



## I PDTA/PCA

Antonio Giulio de Belvis

Dipartimento Life Sciences e Sanità Pubblica

UCSC

UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici

FPG IRCCS

([antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it))

# Conflitti di interesse

Coordinatore scientifico di iniziative per conto di FPG-IRCCS negli ultimi 3 anni da parte di:

- Celgene
- Abbvie
- Amgen
- Daiichi Sankyo
- Novartis

# Le Aziende Sanitarie oggi

- Instabilità e incoerenza in un sistema che invece ha soprattutto bisogno di stabilità e di una leadership forte per il cambiamento
- Debolezza dei sistemi di accountability e di governance
- «Stanchezza» degli operatori per i continui cambi di rotta
- Percezione di subalternità alla politica
- Elevato turnover dei DG (12-18 mesi)

(FIASO 2018)



# I professionisti (la sindrome di Fort Alamo)



Un numero crescente di professionisti che operano in sanità vivono l'alienazione dalla "filiera" perchè pressati da:

- elevati volumi e carichi di lavoro da eseguirsi in tempi sempre più brevi associati a
- un'indubbia richiesta di ridurre i costi con enfasi sui processi di riorganizzazione, consolidamento e razionalizzazione delle attività

A fronte di ciò, frammentari sono i riscontri sull'impatto della loro attività rispetto alla *mission* istituzionale:

# I professionisti (la sindrome di Fort Alamo)

Un numero crescente di professionisti che operano in sanità vivono l'alienazione dalla "filiera" perchè pressati da:

- elevati volumi e carichi di lavoro da eseguirsi in tempi sempre più brevi associati a
- un'indubbia richiesta di ridurre i costi con enfasi sui processi di riorganizzazione, consolidamento e razionalizzazione delle attività

A fronte di ciò, frammentari sono i riscontri sull'impatto della loro attività rispetto alla *mission* istituzionale:



**soddisfare i bisogni di salute della  
popolazione residente,  
garantendo i LEA,  
compatibilmente con le risorse disponibili**

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# I professionisti (la sindrome di Fort Alamo)

Un numero crescente di professionisti che operano in sanità vivono l'alienazione dalla "filiera" perchè pressati da:

- elevati volumi e carichi di lavoro da eseguirsi in tempi sempre più brevi

Come si risponde alla Sindrome di Fort Alamo?

Aspettando Godot:

un nuovo governo,

un nuovo DG,

...la pensione?

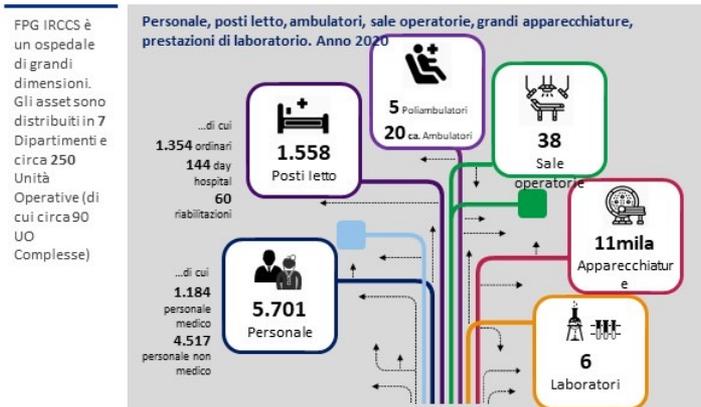


[antonio.debervis@unicatt.it](mailto:antonio.debervis@unicatt.it)



[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# FPG IRCCS: gli *asset* di un ospedale di grandi dimensioni



antonio.debelvis@unicatt.it

# Un anno di ricoveri in FPG IRCCS, struttura di riferimento anche a livello nazionale

FPG IRCCS nel 2020 ha erogato oltre 82mila ricoveri (ordinari/riab e diurni), con circa 57mila interventi chirurgici

## Dimissioni, nati, interventi chirurgici in regime di ricovero e prestazioni ambulatoriali per pazienti interni. Anno 2020



**82.019**

Dimissioni (ordinario/riab e diurno)



**3.840**

Nati



**57.388**

Interventi chirurgici di cui **38.133** in regime di ricovero ordinario



**220**

Trapianti di cui 14 Rene, 20 Fegato e 156 Midollo

## Dimensioni gestionali dei ricoveri ordinari. Anno 2020

**7,57 giornate di degenza media** per i ricoveri ordinari

**1,553 Peso medio ricoveri ordinari**

**1,002 ICP** (dato riferito al 2019 comparato con la degenza media nazionale)

## Ricoveri di pazienti extra regione Lazio. Anno 2020



**19,0%**

Ricoveri ordinari di pazienti extra Regione Lazio



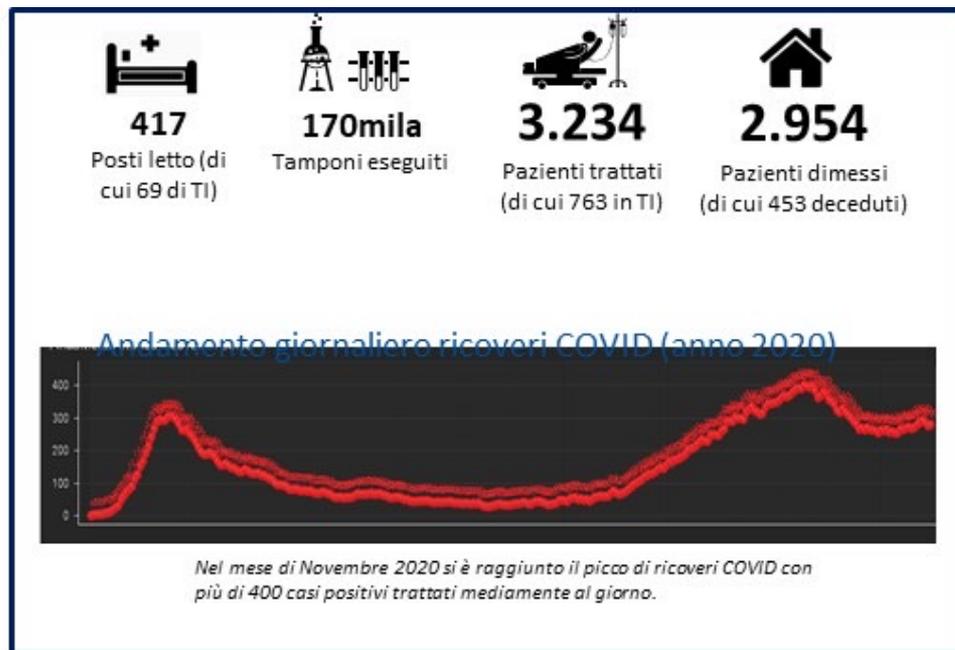
[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# 2020: l'esperienza del COVID Hospital

FPG IRCCS ha ricoverato  
oltre **3'200 pazienti**  
**COVID positivi.**

Circa 800 sono stati quelli  
trattati in Terapia  
Intensiva,

circa 450 casi sono i  
deceduti.



antonio.debelvis@unicatt.it

PROCEDURA  
PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE CASI SOSPETTI PROBABILI O CONFERMATI  
COVID-19

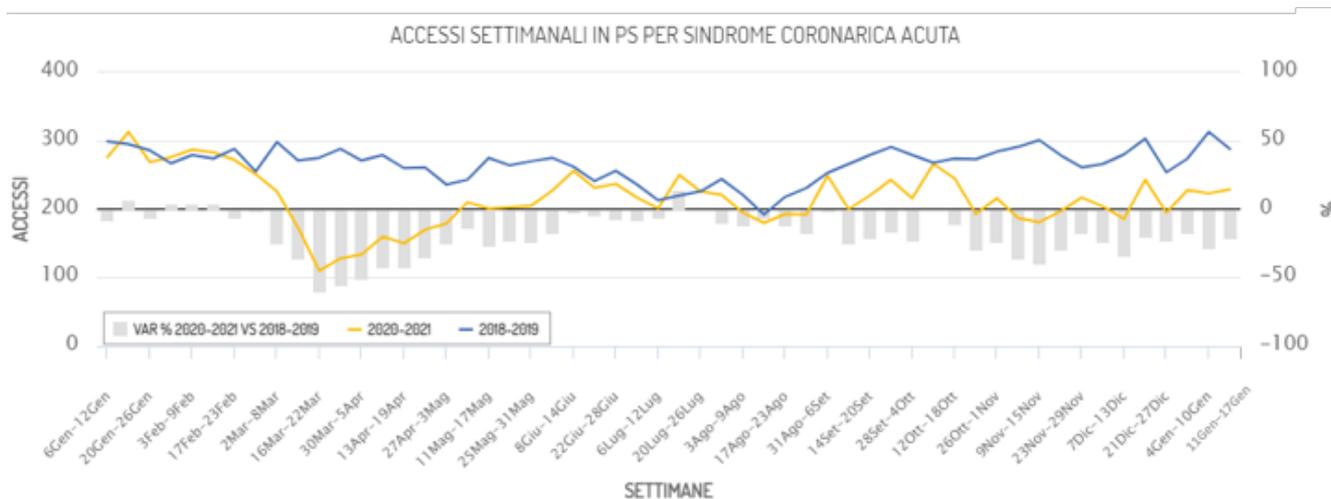
REV.: 0

PRO.926

Procedura  
**Percorso clinico assistenziale casi sospetti probabili o confermati COVID-19**  
**(PRO.926)**

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

## REGIONE LAZIO: MONITORAGGIO IMPATTO COVID - ACCESSI IN PS



antonio.debelvis@unicatt.it

PROCEDURA

PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE CASI SOSPETTI PROBABILI O CONFERMATI  
COVID-19

REV.: 0

PRO.926

Procedura  
**Percorso clinico assistenziale casi sospetti probabili o confermati COVID-19**  
**(PRO.926)**

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# ACCESSO, PRESA IN CARICO E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

I percorsi sono disegnati con metodo standard per gestire

I  
S  
FPG IRCCS ha formalizzato dal 2013 in oltre 50 PCA

Per la maggior parte dei PCA, è prevista una funzione di presa in carico attraverso «Sportelli» dedicati

I PCA realizzati nella FPG-IRCCS (Gennaio - Dicembre 2020)

codice PRO	PCA e Procedure
477	PRO. Gestione in emergenza-urgenza dei pazienti affetti da emofilia e da altre malattie emorragiche congenite
031	PCA dedicato al paziente con Ictus ischemico (Revisione)
172	PCA del paziente con Trauma maggiore (Revisione)
967	PCA «immunoterapia CAR-T» e del Gemelli CAR-T Centre®
188	PCA della persona con infezione da Clostridioides difficile (Revisione)
029	PCA del paziente con TIM del Polmone (Revisione)
966	PCA della donna con Mioma atipico
506	PCA della persona con Tumore Maligno del Pancreas
999	PRO. Fast Track Trapianto di rene
998	PRO. Valutazione del donatore di rene a scopo di trapianto da vivente
921	PCA dei pazienti classificati come casi sospetti, probabili o confermati per COVID-19 in carico nel PCA tempo dipendenti della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" - IRCCS
926	PCA della persona con sospetto, probabile, confermato COVID-19
928	PRO. Gestione del rischio COVID-19 in pazienti in lista per trapianto di fegato in presenza di disponibilità d'organo
936	PRO. Gestione del rischio COVID-19 in pazienti in lista per trapianto di rene in presenza di disponibilità di organo
1004	PRO. Presa in carico ospiti del Centro di accoglienza notturna «Villetta della Misericordia» (VDM) in caso sospetto di COVID-19
937	PRO. Gestione integrata del follow up dei pazienti sospetti o confermati Covid-19 (Post Covid-19) in gravidanza e puerperio

C  
O  
V  
I  
D

# Percorso clinico assistenziale

Un Percorso clinico assistenziale (PA) è un insieme di processi **coordinati** secondo regole ***evidence based*** e finalizzati all'assistenza della persona con un **problema di salute** (nel paziente complesso, è quello che ha determinato l'accesso alla struttura)

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# *Il Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS migliore ospedale italiano*

8 Marzo 2021

Istituzionali

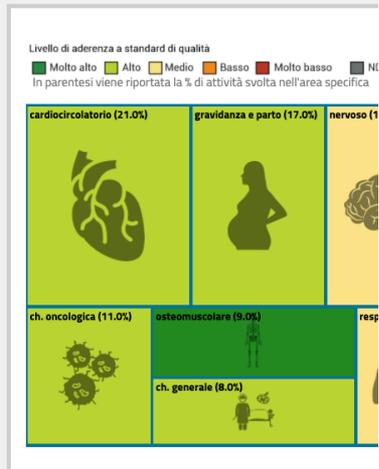


*Lo dice "Newsweek", storico magazine americano nella sua indagine World's Best Hospital 2021 con Statista Inc. Nell'anno della pandemia da Covid-19 ottime performance complessive degli ospedali italiani. Sono 7 tra i primi 100 nel ranking mondiale.*

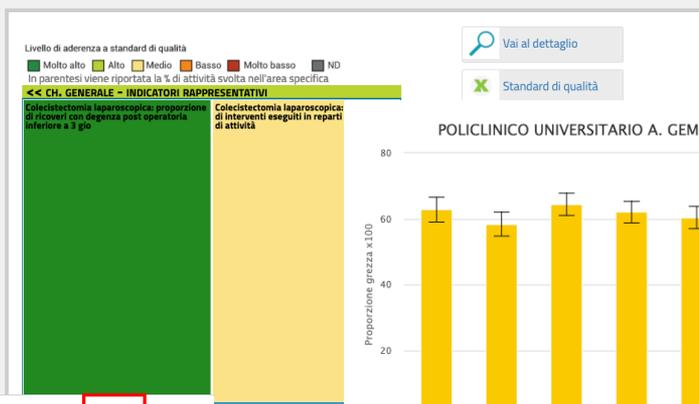
La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS è il migliore ospedale d'Italia. È quanto emerge dalla classifica World's Best Hospital 2021 stilata come ogni anno dallo storico magazine statunitense "Newsweek", in collaborazione con Statista Inc.



Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA

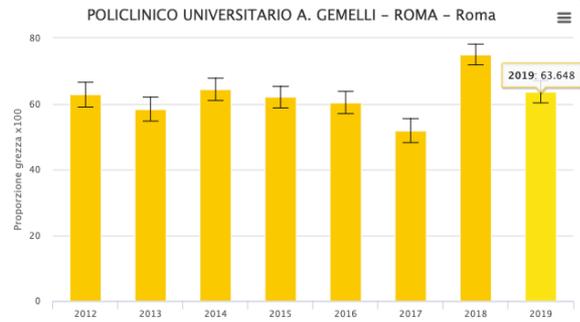


Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



Standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso (%)	Livello di aderenza				
			MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	ASSO	MOLTO ASSO
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	50 %	1	2	3	4	5
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	50 %	100	80-100	50-80	30-50	< 30

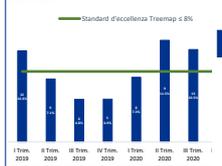


PNE, DATI 2019, PUBBLICATI NEL 2021

Indicatori Treemap\* (Agenas)

Area Clinica: Nervoso

Mortalità intraospedaliera per Ictus ischemico. 2019-2020.



Mortalità intraospedaliera per T cerebrale a seguito di intervento di craniotomia. 2019-2020.

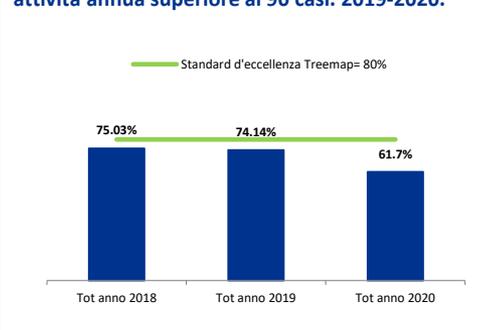


Area Clinica: Chirurgia Generale

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. 2019-2020.

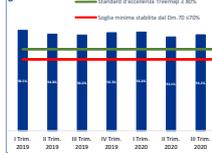


Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività annua superiore ai 90 casi. 2019-2020.



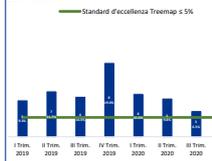
Area CI

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. 2019-2020.



Area I

Mortalità intraospedaliera per BPCO riacutizzata. 2019-2020.

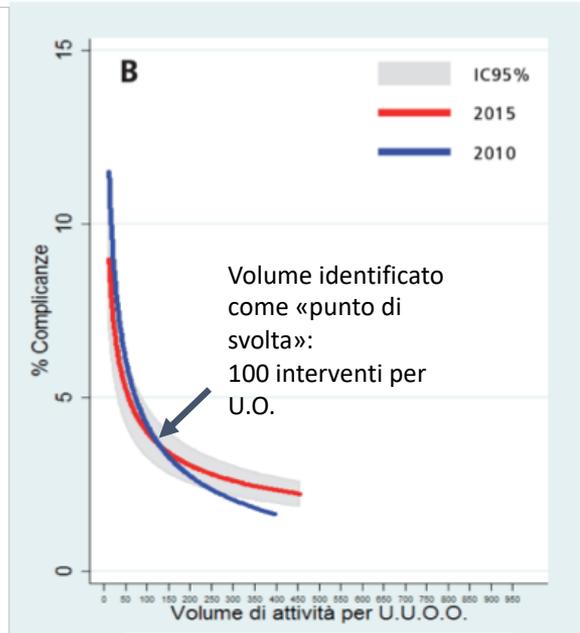


\* Strumento nazionale di valutazione sintetica delle strutture

N.B. Lo standard di eccellenza per i valori di mortalità si riferisce alla mortalità a 30 gg: dato non rilevabile dal SID.

A cura della UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici.  
Fonte: DWH (dati 20.01.21)

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: ASSOCIAZIONE TRA COMPLICANZE A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO (A) E PER UNITÀ OPERATIVA (B)**



Anche prima di conoscere i dati di outcome, i cittadini sapevano quali professionisti scegliere

[antonio.debelvis@policinico gemelli.it](mailto:antonio.debelvis@policinico gemelli.it)

# Valutazione di efficacia e equità del SSN in Italia



The image shows a screenshot of the website for the Programma Nazionale Esiti (PNE) - edizione 2020. The header is blue and contains the following elements:

- Logo of Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
- Logo of Ministero della Salute
- IT language selector
- Menu icon (three horizontal lines)
- Page title: PNE 2020 Programma Nazionale Esiti - edizione 2020
- Navigation menu: Home, Documentazione (dropdown), Guida Utente (dropdown)

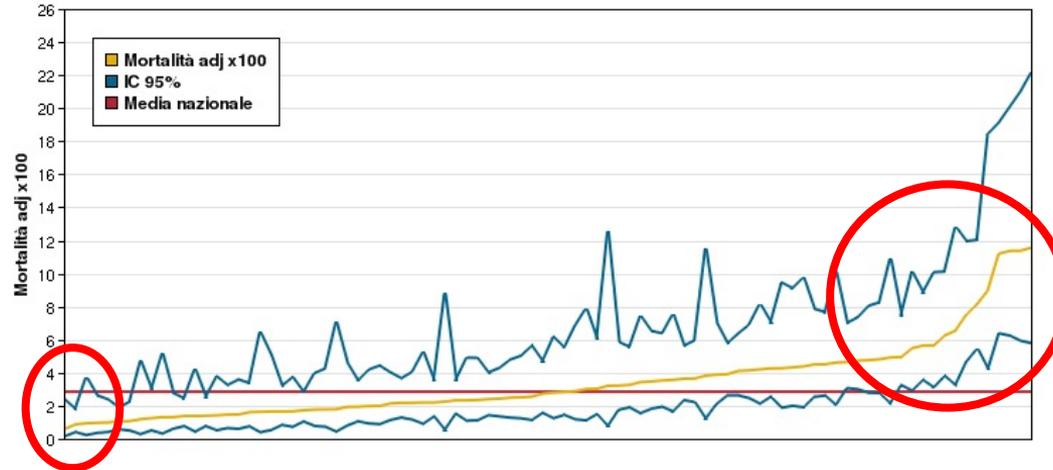
The main content area features a light blue background with a large white arrow pointing right. The text reads:

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo  
*"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."*

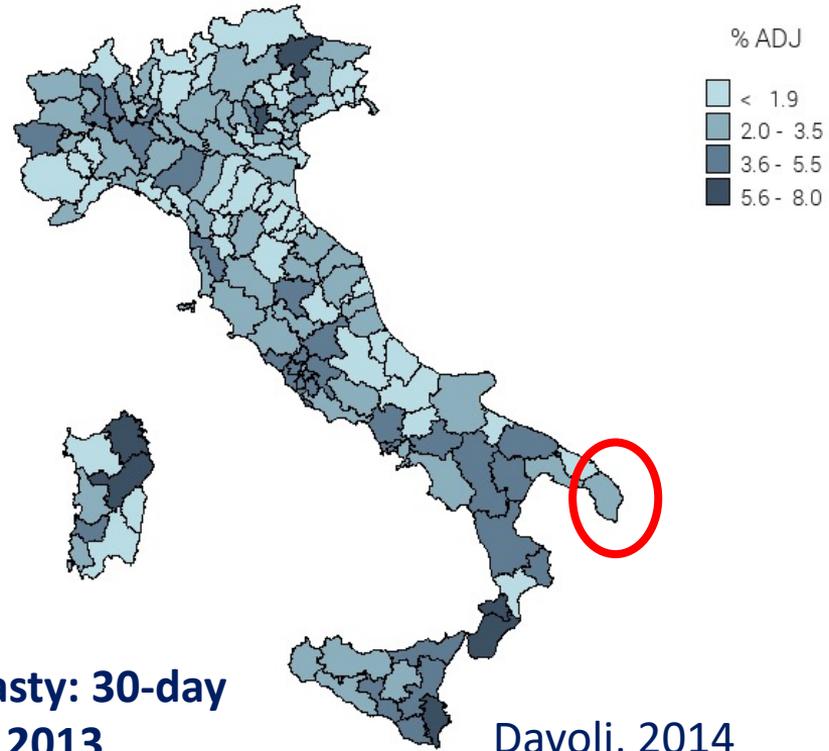
Below this text are four circular icons representing different aspects of the program:

- Struttura Ospedaliera/ASL**: Represented by a blue circle with a white building icon.
- Sintesi per Struttura/ASL**: Represented by a green circle with a white list icon.
- Strumenti per audit**: Represented by an orange circle with a white target icon.
- Sperimentazioni Regionali**: Represented by a grey circle with a white gear icon.

## Valvuloplasty: 30-day mortality. 2013

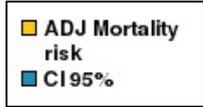


Davoli, 2014

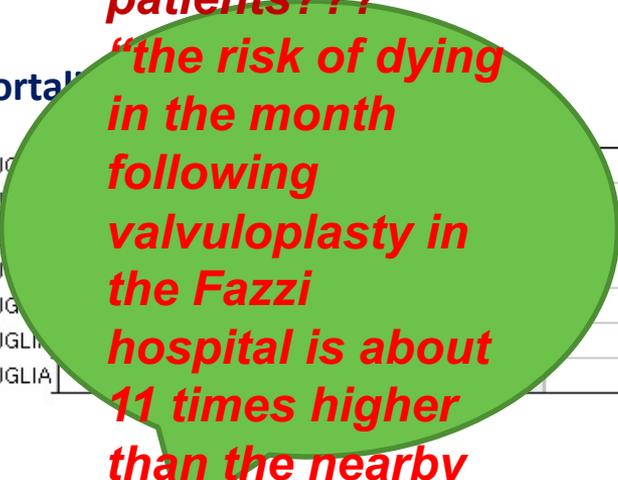


**Information for patients???**  
**“the risk of dying in the month following valvuloplasty in the Fazzi hospital is about 11 times higher than the nearby clinic”**

**Valvuloplasty: 30-day mortality**



A.O.SSN Consorziale Policlinico-Bari-PUGLIA  
 Osp. V. Fazzi-Lecce-PUGLIA  
 CCA Città di Lecce-Lecce-PUGLIA  
 CCA Anthea-Bari-PUGLIA  
 CCA CBH Villa Bianca-Bari-PUGLIA  
 CCA Villa Verde SNC-Taranto-PUGLIA  
 CCA S. Maria-Bari-PUGLIA



STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ
Osp. V. Fazzi - Lecce	LE	Puglia	127	9.45	11.37
CCA Città di Lecce - Lecce	LE	Puglia	440	1.14	0.99

**Struttura:** Osp. V. Fazzi - Puglia VS CCA Città di Lecce - Puglia **RR ADJ:** 11.48 - P: 0.000

Davoli, 2014



40.331824,18.158008



Distance 5km  
10 min



Davoli, 2014



= Change the clinical area » Cardiovascular diseases » Isolated Coronary Artery Bypass Graft (CABG)



◀ Back

volume of admissions

Select an indicator

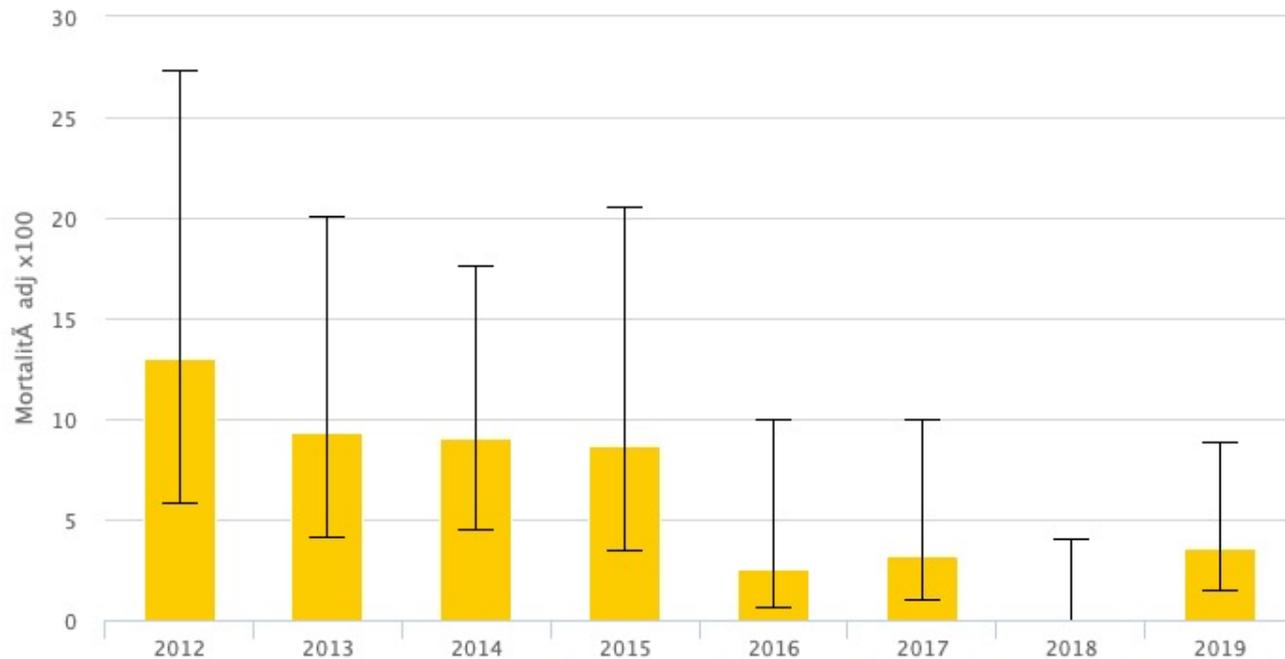
Outcome measures  
by Hospital/  
Local Health Unit

**Valvuloplasty: Volume of admissions  
2013**

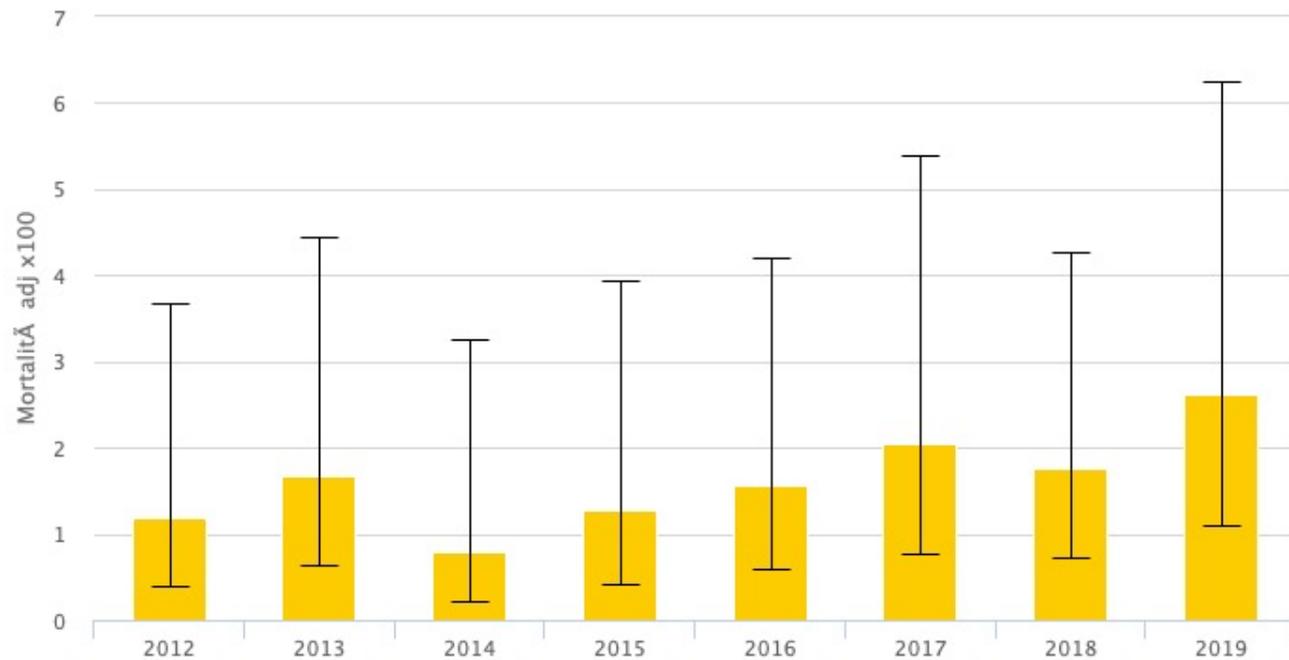
HOSPITAL	PROVIN CE	REGION N	
Italia		ITALIA	26645
Osp. V. Fazzi	LE	PUGLIA	114
A.O.SSN Consorziale Policlinico	BA	PUGLIA	195
CCA S. Maria	BA	PUGLIA	307
CCA Anthea	BA	PUGLIA	396
CCA CBH Villa Bianca	BA	PUGLIA	310
CCA Città di Lecce	LE	PUGLIA	321
CCA Villa Verde SNC	TA	PUGLIA	136

Davoli, 2014

# OSPEDALE LECCE 'V FAZZI' - LECCE - Lecce



## CASA DI CURA CITTA' DI LECCE - LECCE - Lecce



# Monitoraggio e audit



## Misurazione della performance

- Monitoraggio indicatori di PCA ogni 6 -12 mesi

Gli indicatori hanno la funzione di consentire il monitoraggio del percorso clinico-assistenziale e di valutare il raggiungimento degli obiettivi preposti.

Da una attenta strategia di disegno e di analisi degli indicatori è possibile identificare i punti deboli del percorso e mettere in atto opportune manovre correttive.

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

## QUALITY IMPROVEMENT

# How organisations contribute to improving the quality of healthcare



**Naomi Fulop** and **Angus Ramsay** argue that we should focus more on how organisations and organisational leaders can contribute to improving the quality of healthcare

Naomi J Fulop *professor of healthcare organisation and management*, Angus I G Ramsay *NIHR knowledge mobilisation research fellow*

UCL Department of Applied Health Research, London, UK; Correspondence to: N J Fulop [n.fulop@ucl.ac.uk](mailto:n.fulop@ucl.ac.uk)

### Key messages

The contribution of healthcare organisations to improving quality is not fully understood or considered sufficiently

Organisations can facilitate improvement by developing and implementing an organisation-wide strategy for improving quality

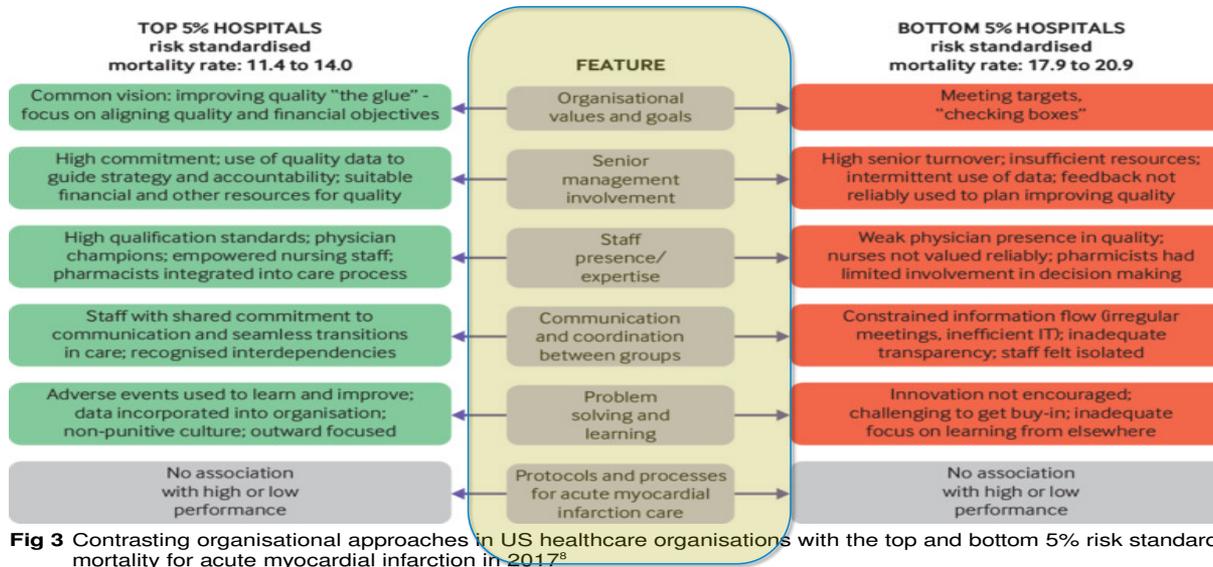
Organisational leaders need to support system-wide staff engagement in improvement activity and, where necessary, challenge professional interests and resistance

We discuss how organisational processes such as development of a strategy and use of data can be used to drive improvement, the characteristics of organisations that are good at improvement, and what to consider when thinking about how organisations can help improve quality of healthcare and patient outcomes.

We present evidence on the role of organisations in improvement drawn from acute hospital settings in the UK and other countries. Although contexts may vary—for example, in whether health



BMJ 2019;365:1773 doi: 10.1136/bmj.1773 (Published 2 May 2019)



**Fig 3** Contrasting organisational approaches in US healthcare organisations with the top and bottom 5% risk standardised mortality for acute myocardial infarction in 2017<sup>9</sup>

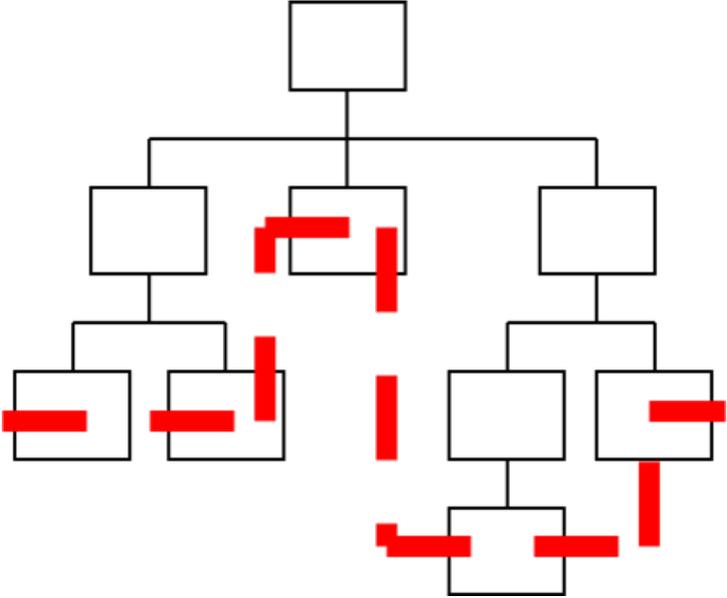


BMJ 2019;365:1773 doi: 10.1136/bmj.1773 (Published 2 May 2019)

antonio.debelvis@unicatt.it

# Gestione per processi:

*"Se non riuscite a descrivere quello che state facendo come se fosse un processo, non sapete cosa state facendo". Deming William Edwards*



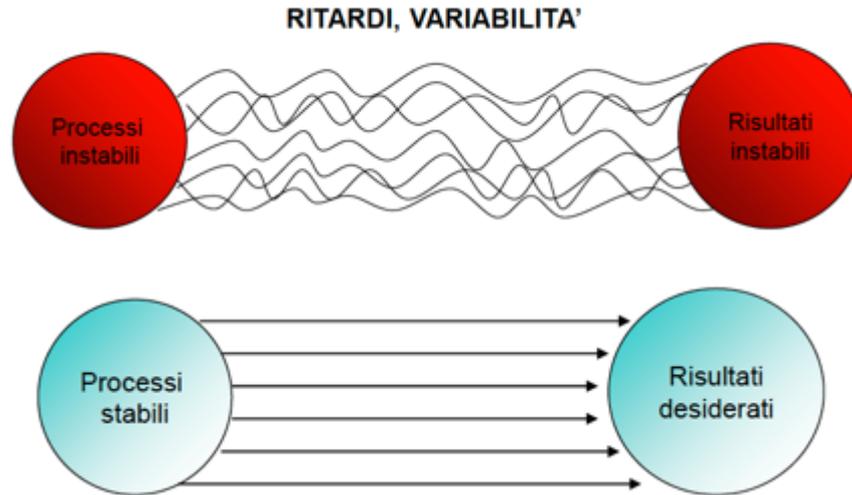
## Perché parlare di gestione per processi in sanità?

- per promuovere l'integrazione;
- perché il percorso del paziente è trasversale rispetto alla struttura organizzativa;
- perché è cambiato il quadro epidemiologico;
- per migliorare sicurezza ed appropriatezza;
- per creare sistemi di responsabilità più coerenti con i processi di cura;
- per superare una misurazione e responsabilizzazione centrata esclusivamente sulla dimensione strutturale dell'organizzazione;
- per eliminare inefficienze create da duplicazioni, ridondanze, colli di bottiglia e mancanza di coordinamento.

# Il PCA o PDTA "percorso diagnostico terapeutico assistenziale": la terminologia

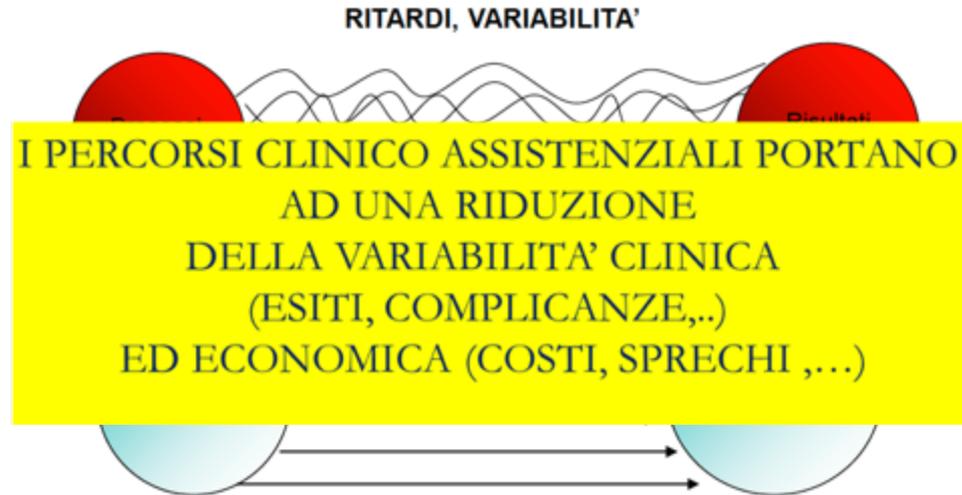
- il termine "**percorso**" per definire:
  - **l'iter del paziente** dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia,
  - **l'iter organizzativo** che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente.
- i termini "**diagnostico**", "**terapeutico**" e "**assistenziale**" per definire:
  - **la presa in carico totale** - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute
  - **gli interventi multi professionali e multidisciplinari** rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

## IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE



[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

## IL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

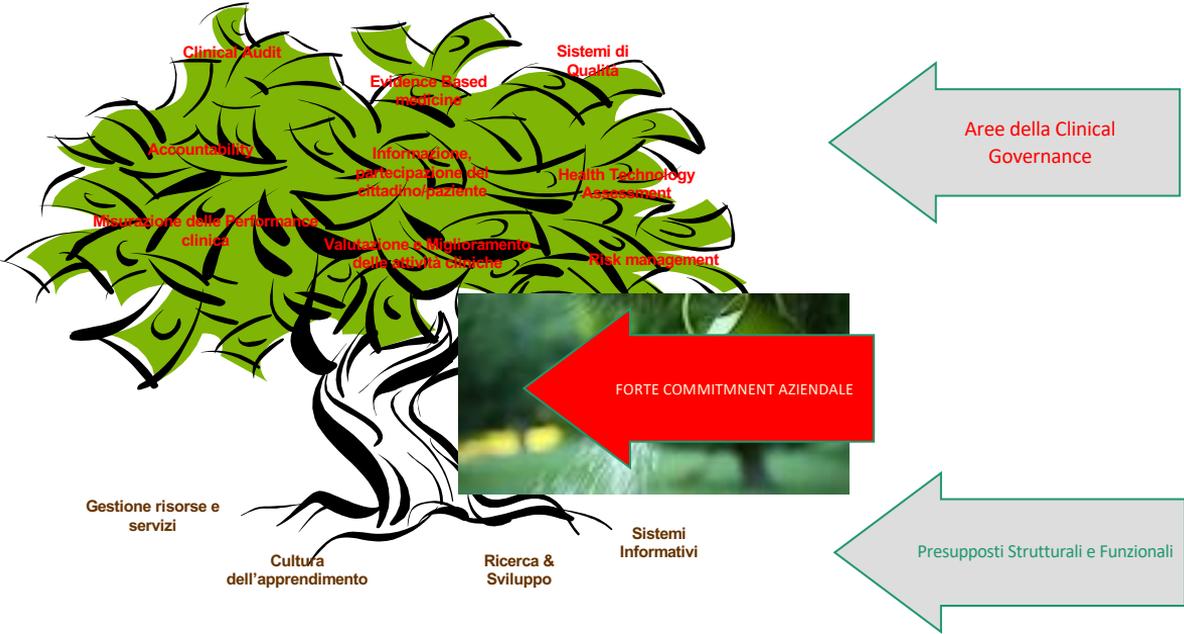


[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# I PCA NELL'OTTICA DELLA CLINICAL GOVERNANCE

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# Clinical Governance



antonio.debelvis@unicatt.it

# PERCHE' E' DIFFICILE GESTIRE L'ASSISTENZA PER PCA/PDTA?

- Oggi l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, i sistemi di misurazione e rendicontazione e la logica complessiva di *valorizzazione* dell'attività assistenziale **non sono coerenti** con le logiche del framework proposto.
  - Se pensiamo ai **sistemi informativi e di rendicontazione** dell'attività sanitaria, questo avviene perchè non sono nati per supportare il decisore in un'ottica di filiera assistenziale (privilegiando la *vista* processo e/o risultato) e consentono con grandi difficoltà il monitoraggio sistematico dell'attività assistenziale attorno alle logiche da noi proposte. Quindi, non favoriscono la messa a regime della loro introduzione nella più complessiva gestione aziendale.

antonio.debelvis@unicatt.it

**Manuale 1**  
**GESTIONE PER**  
**PROCESSI PROFESSIONALI**  
**E**  
**PERCORSI ASSISTENZIALI**

*”...Ci sentiamo di affermare che l’attivazione dei percorsi assistenziali, secondo le metodologie suggerite in questo manuale, è probabilmente il modo migliore di mettere in pratica la clinical governance...”*

Casati G et al , 2005

antonio.debelvis@unicatt.it

## PERCHE' I PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI?

Lo sviluppo nelle realtà assistenziali di sistemi di continuous quality improvement dei processi di cura - ad esempio, attraverso l'applicazione di linee guida/buone pratiche grazie ai Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) - è non solo aspirazione dei clinici e dei manager più illuminati, ma punto cardine della più recente normativa di riferimento. In particolare:

- Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera) prescrive che le strutture ospedaliere, per essere accreditate, debbano “promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance)”. Il punto 5.3. (Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello) prevede che le strutture ospedaliere, a partire da quelle di primo livello,



debbano dimostrare una “documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: [...] Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici; [...] Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche; Misurazione della performance clinica e degli esiti; Audit Clinico [...]”.

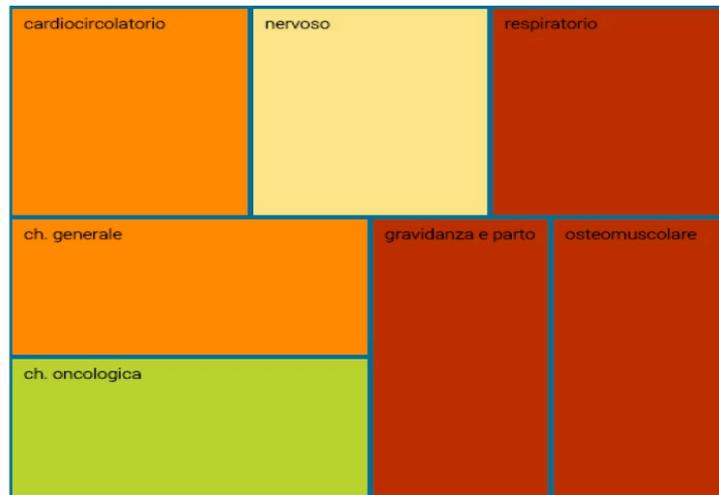
- La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016), all'art. 1 comma 539 ha disposto che “tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie si debbano dotare di strumenti di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario adeguati, adottando, tra gli altri, [...] “percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti; [...]”.

Rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici [...]”.

- Ed ancora, all'organizzazione delle cure per PCA/PDTA si richiama indirettamente il DDL “Gelli” sulla responsabilità medica, che tutela l'operatore sanitario che avrà rispettato le linee guida o le buone pratiche assistenziali, proprio perché i percorsi clinici ne costituiscono la veste organizzativo-gestionale di implementazione. I PCA/PDTA sono quindi strumento di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle cure, di riduzione del livello di inappropriately e del rischio, nell'ottica di una reale focalizzazione sui bisogni della persona assistita, garantendo così equità per l'accesso ai migliori standard assistenziali.

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND



[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# I PDT/PCA E I LEA

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

## I LEA

- I LEA Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti dal D. L.vo 502/1992 come “l’insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate”.
- Con il decreto ministeriale 12 dicembre 2001 è stato introdotto nel nostro Paese un “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, consistente in un insieme di indicatori, riferiti ai diversi livelli di assistenza riferite all’attività svolta, la diffusione dei servizi, le risorse impiegate, i costi, i risultati ottenuti.

antonio.debelvis@unicatt.it

# IL «NUOVO» SISTEMA DI GARANZIA DEI LEA

- Il 13 dicembre 2018 la Conferenza Stato-Regioni ha espresso intesa sul Decreto Interministeriale recante il “Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA”, che verrà applicato a partire dal 2020

«Dal 2020 la griglia Lea andrà in soffitta, sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che ha visto la luce nel dicembre 2018 con l’Intesa Stato-Regioni divenuta legge dello Stato con il Dm 12 marzo 2019. Formalmente la finalità del NSG è di mettere in relazione i Lea erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell’assistenza: sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza. Saranno utilizzati 88 indicatori relativi sia ai macro-livelli di assistenza [prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16), assistenza distrettuale (n. 33), assistenza ospedaliera (n. 24)], sia al monitoraggio di Pdta (n. 10), al contesto per la stima del bisogno sanitario (n. 4) e all’equità sociale (n. 1)»

GIMBE, 2020 su «Sole24Ore –Sanità»

antonio.debelvis@unicatt.it

**NUOVO SISTEMA DI GARANZIA:  
MACRO-LIVELLI E Percorsi Integrati di Cura**



	MACRO-LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	Dimensione			
		efficacia ed appropriatezza clinica	efficienza ed appropriatezza organizzativa	sicurezza	equità sociale
Bisogni di salute ↓ ↓ ↓	<b>PERCORSI INTEGRATI DI CURA (PDTA)</b> prevenzione collettiva e sanità pubblica ..... distrettuale ..... ospedaliera ..... .....				

Andamento temporale  
Variabilità entro regioni

- Fonti dei dati - Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (flussi NSIS)
- Indagini campionarie

antonio.debelvis@unicatt.it

## PECULIARITÀ METODOLOGICHE DEL MONITORAGGIO DEI PDTA (2)



**individuazione delle  
coorti di soggetti  
«all'ingresso»**

**osservazione dei  
soggetti nel tempo e  
nello spazio**

**fonti dati  
continuative  
a copertura esaustiva  
a valenza nazionale**

**integrazione  
delle fonti dati**



## NSG: 10 INDICATORI DI PROCESSO (allegato 1 DM 12-3-2019)

Manuale operativo NSG-PDTA del Ministero della salute (v. 23-7-2018)



- Aderenza alle terapie farmacologiche
- Aderenza al follow-up clinico



- Aderenza ai controlli periodici dei marcatori di malattia



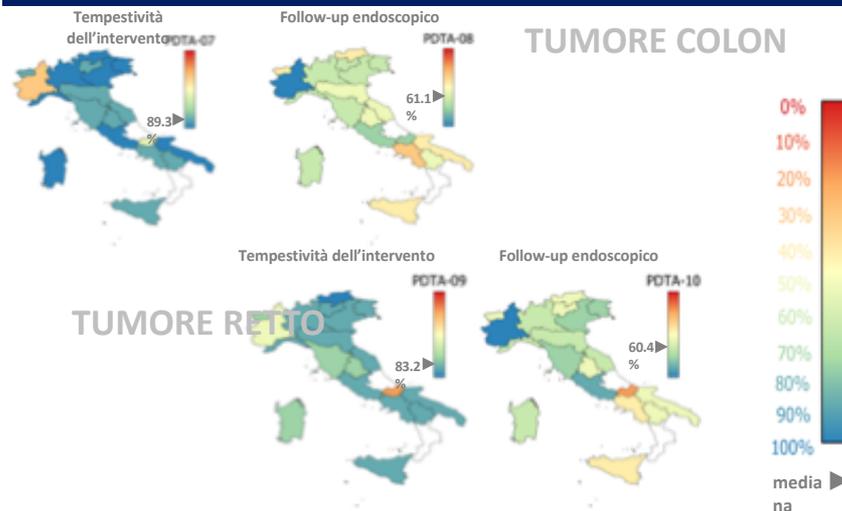
- Tempestività degli interventi terapeutici chirurgici e medici
- Aderenza al follow-up clinico

antonio.debelvis@unicatt.it

## NSG: 10 INDICATORI DI PROCESSO (DM 12-3-2019)

Sperimentazione: anno valutazione 2017

– anno reclutamento pazienti 2015

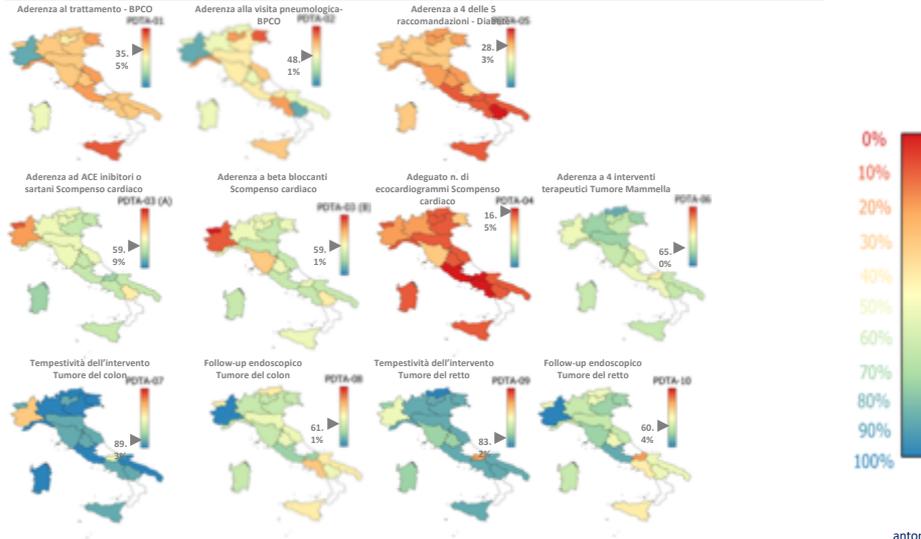


antonio.debelvis@unicatt.it

# NSG: 10 INDICATORI DI PROCESSO (DM 12-3-2019)

Sperimentazione: anno valutazione 2017

– anno reclutamento pazienti 2015



antonio.debelvis@unicatt.it

## **NUOVO SISTEMA DI GARANZIA - PDTA DOPO LA SPERIMENTAZIONE.....**



- **attivare un confronto diretto con i referenti regionali allo scopo di individuare e discutere i potenziali determinanti della limitata aderenza e dell'elevata variabilità**
- **promuovere attività di audit nelle regioni e tra specialisti clinici**
- **caratterizzare e analizzare i diversi modelli organizzativi assistenziali regionali**
- **pubblicare la metodologia e i risultati nell'area del Nuovo Sistema di Garanzia del sito del Ministero della Salute**
- **procedere con il calcolo annuale dei 10 indicatori di processo**
- **sviluppare indicatori per altri PDTA all'interno del NSG e in sinergia con gli altri sistemi/tavoli del Ministero della salute**

antonio.debelvis@unicatt.it

I Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) sono **interventi complessi** per migliorare l'**organizzazione assistenziale** e **favorire decisioni multidisciplinari** nella gestione di **determinati problemi di salute** per **determinate categorie di assistiti**

In Italia sono richiamati a più riprese dalla normativa nazionale per finalità differenti, dalla gestione delle liste d'attesa al monitoraggio degli esiti.

#### Si parla di PCA in presenza di:



Approccio multidisciplinare



Standardizzazione dei comportamenti in ottica EBM



Identificazione del gruppo di pazienti di riferimento



Monitoraggio, audit e revisione periodici

#### La normativa e la programmazione nazionali ne prevedono l'utilizzo per:



Monitoraggio e gestione dei tempi di attesa (Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012)



Gestione processi assistenziali, miglioramento qualità dell'assistenza e monitoraggio esiti (DM 70/2015)



Esercizio buona pratica clinico-assistenziale per la responsabilità professionale (L. 24/2017)

# Percorso, LG, Procedura, Protocollo

- **Percorso clinico assistenziale**

**Piano di gestione integrato** che indica obiettivi assistenziali per il paziente e struttura la sequenza logica e temporale delle azioni necessarie a conseguire con efficienza tali risultati

- **Linea guida**

Serie di **raccomandazioni** di buona pratica assistenziale, basate sulle **prove di efficacia** e raccolte con ricerche sistematiche di letteratura o definite da esperti di Società scientifiche

- **Protocollo clinico**

Un insieme di istruzioni scritte per guidare l'assistenza del paziente o un professionista nell'esecuzione di un'attività clinica

- **Procedura clinica**

La sequenza dei passi da seguire nell'esecuzione di un'attività assistenziale sanitaria

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

# Il Percorso Clinico Assistenziale

## Finalità

- Ridisegnare i processi
- Ridurre i costi
- Scegliere gli investimenti
- Governare il fattore tempo
- Riorientare le responsabilità

[antonio.debelvis@unicatt.it](mailto:antonio.debelvis@unicatt.it)

PRO.002  
rev. 2020

Al Direttore Sanitario

Al Direttore PeVOC

Richiesta attivazione di un nuovo Percorso Clinico Assistenziale del paziente con.....

Approvato nella riunione del Comitato Direttivo di Dipartimento del ...../...../..... (allegare omissis del verbale della riunione del Comitato Direttivo di Dipartimento)

Compilare la griglia sottostante, proponendo un punteggio compreso tra 0 (meno rilevante) e 3 (più rilevante) per motivare la necessità di attivazione del PCA dedicato ad un problema di salute e consentirne la prioritizzazione:

CRITERIO	PUNTEGGIO
Volumi di attività e popolazione di pazienti nella Fondazione (Ricoveri Ordinari, Day Hospital, Day Surgery)	0 1 2 3
Livello di variabilità e complessità del processo assistenziale	0 1 2 3
Attuale Implementazione di un Approccio Multidisciplinare	0 1 2 3
Frammentazione della casistica tra le UO	0 1 2 3
Qualità di gestione attuale del problema di salute (es. posizionamento rispetto agli indicatori nazionali/regionali, di outcome)	0 1 2 3
Domanda di assistenza per il problema di salute (dati epidemiologici, trend della domanda, incremento dell'incidenza/Prevalenza della malattia)	0 1 2 3
Interesse scientifico: impatto sulla ricerca e la sperimentazione (Randomized Controlled Trials, Impact Factor)	0 1 2 3
Interesse strategico e di sviluppo per la Fondazione (corrispondenza nel Piano Strategico)	0 1 2 3

TOTALE PUNTEGGIO

# QPS. COME RISPONDE LA UOC PEVOC?

.....QPS 2; QPS 4; QPS 4.1; QPS 6

## SISTEMA DI MONITORAGGIO AZIENDALE DEGLI OUTCOME CLINICI

Il sistema, costruito dal 2018 attraverso protocolli validati e condivisi con la Direzione ICT;

- Valuta la **compliance** dell'organizzazione rispetto agli obiettivi di qualità ed i risultati del monitoraggio periodico del PCA applicano indicatori evidence based;
- per amplificare ulteriormente la capacità del PCA di attivare il miglioramento della qualità, vengono realizzati **audit** clinico-organizzativi (Cfr. **PRO. 181**).

Il sistema è allineato ai protocolli del Programma Nazionale Esiti (PNE). La validità è stata verificata replicando i protocolli di calcolo del PNE sulla casistica interna FPG per il 2017 (DWH).



Gemelli

PROCEDURA ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEGLI OUTCOME ASSISTENZIALI: METODOLOGIA DEGLI AUDIT CLINICI Rev. 3 PRO 181

Procedura Attività di monitoraggio degli outcome assistenziali: metodologie degli audit clinici (PRO.181)

	NOME	FUNZIONE	DATA	SEGNA
Relatore da:	Carmen Angelotti		23/04/2020	Carmelita
	Massimo Antonelli	Direttore Dipartimento Scienze dell'emergenza, anestesologiche e della riabilitazione	24/04/2020	F.lli
	Roberto Bernabei	Direttore Dipartimento Scienze dell'investimento, neurologia, ortopedica e della testa-collo	25/04/2020	Uff
	Antonio Garbarini	Direttore Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche	01/05/20	
	Massimo Mazzoni	Direttore Dipartimento Scienze Cardiovascolari	14/05/20	Mazzoni
	Ruggiero Marconi	Direttore Dipartimento Scienze della salute della donna e del bambino e di sanità pubblica	16/05/2020	Marconi
	Maurizio Sargantini	Direttore Dipartimento Scienze di laboratorio e diagnostiche	20/05/20	Uff
	Vincenzo Valentini	Direttore Dipartimento Diagnostica per immagini, radioterapia oncologica ed ematologia	31/05/20	Uff
	Alberto Fione	Responsabile Qualità ed accreditamento	13/06/2020	Mazzoni
	Fabio Serpi	Direttore ICT	28/06/20	
Verificato da:	Giuseppe Venugro	Responsabile Risk Management	16/07/20	
	Maurizio Zapp	Direttore SIFA	17/07/20	
	Antonio Giulio De Bellis	Direttore UOC Feriti e Valutazione Outcome Clinici	18/07/20	
Approvato da:	Nicco Bellantone	Direttore Generale Clinica	01/08/20	
	Andrea Cambini	Direttore Sanitario	01/08/20	

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

Pag. 1 di 12

**GLD.11.2**  
**EM 4**

I responsabili di dipartimento/servizio dimostrano la riduzione di variabilità nei processi e negli esiti grazie all'utilizzo delle linee guida per la pratica clinica.

# Indicatori Sistema di monitoraggio Aziendale outcome clinici FPG-IRCCS



*La UOC PeVOC seleziona indicatori **SOSTENIBILI** e in **GRADO DI MISURARE** l'impatto dello specifico PCA sui processi assistenziali*

# Esempio protocollo di calcolo indicatore sistema di monitoraggio

STEMI proporzione di trattati con PTCA entro 90 min.	
<b>Definizione</b>	Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti.
<b>Fonte dei dati</b>	Flusso SDO- DWH aziendale
<b>Numeratore</b>	Numero di episodi di STEMI in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 90 minuti.
<b>Denominatore</b>	Numero di episodi di STEMI.
<b>Criteri di inclusione</b>	Tutti i ricoveri con dimissione nel periodo di riferimento e con diagnosi principale di IMA (ICD-9-CM 410.xx) o con diagnosi principale di una condizione compatibile con la diagnosi di infarto ed IMA in secondaria. Le diagnosi principali compatibili con la diagnosi di infarto, comprese complicanze legate a procedura, sono: 411,413,414, 423.0,426,427, escluso 427.5,428, 429.5, 429.6, 429.71, 429.79, 429.81, 518.4, 518.81, 780.01, 780.2, 785.51, 799.1, 997.02, 998.2.
<b>Criteri di esclusione</b>	Vengono esclusi: 1) ricoveri di pazienti non residenti in Italia; 2) ricoveri di pazienti di età inferiore ai 18 e superiore ai 100 anni; 3) ricoveri con dimissione a domicilio o contro il parere del medico; 4) ricoveri preceduti, nelle 4 settimane precedenti, da un ricovero con diagnosi di IMA; 5) ricoveri per trasferimento da altra struttura; 6) episodi di IMA in cui compaia una diagnosi 410.7x o 410.9.x in almeno un ricovero dell'episodio.
<b>Definizione dell'evento (numeratore)</b>	L'esito è l'esecuzione della PTCA (codici ICD-9-CM in qualsiasi campo di procedura: 00.66, 36.01, 36.02, 36.05, 36.06, 36.07) entro 90 minuti dalla data di ammissione del ricovero indice.
<b>Intervallo di osservazione</b>	Trimestrale
<b>Standard</b>	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 minuti dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta: minimo 60%
<b>L'indicatore deriva dalla formalizzazione di un'azione di miglioramento prevista dal percorso?</b> Si X No <input type="checkbox"/>	
<b>Lo scostamento dallo standard determina l'attivazione di un audit clinico?</b> Si X No <input type="checkbox"/>	

Riferimenti:

PNE AGENAS: [https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro\\_304.pdf](https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_304.pdf)

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70: <https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

# Validazione indicatori Sistema di Monitoraggio con dati PNE 2017

Cod.	INDICATORE	Dato SMPeVOC 2017	Dato PNE 2017
CAR001	Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	85	85
CAR002	Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	6	6
CAR005	By-pass Aortocoronarico: volume di ricoveri	288	288
CAR006	IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	31	31
CAR007	IMA: volume di ricoveri	594	597
CAR016	IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	56%	56,07%
CAR017	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 min		ND
CAR018	STEMI: volume di ricoveri	269	268
CAR019	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	77.80%	81,05%
CAR020	N-STEMI: volume di ricoveri	294	294
CAR021	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	452	452
CAR023	Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	863	863
CAR024	Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	539	539
CAR028	PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	947	946
CER003	Ictus ischemico: volume di ricoveri	536	531
CER004	Ictus ischemico: mortalità intraospedaliera	7.70%	7.67%
DIG008	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività superiore ai 90 casi	51.80%	51.76%
DIG009	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	94.80%	88.11%
ONC001	Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	522	522
ONC004	Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	443	443
ONC008	Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	16	16
ONC012	Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	986	986
ONC013	Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi effettuati in reparti con volume di attività superiore ai 135 casi	78.50%	78.49%
ONC020	Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	244	244
ONC021	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità intraospedaliera		
ONC026	Intervento chirurgico per TM retto: volume di interventi	244	244
ONC029	Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	133	133
ONC031	Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	532	532
ONC032	Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	885	885
ONC033	Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	82	82
ORT001	Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	464	463
ORT003	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	92.50%	92.76% fpg
ORT005	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	4	4
ORT004	Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	116	116
ORT006	Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	207	208
ORT007	Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	503	502
ORT010	Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	218	218
ORT013	Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	28	28
ORT016	Sostituzione di ginocchio: volume di ricoveri	237	ND
ORT017	Frattura del collo del femore: volume di interventi chirurgici	450	450
PAR001	Parti: volume di ricoveri	3967	3967
PAR002	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	22.60%	22.83%
PNE002	BPCO riacutizzata: mortalità intraospedaliera	12.60%	12.78%
URO002	Histerectomia: Volume di ricoveri	1778	1774
VAS005	Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	26	26

# Flusso di comunicazione del Sistema aziendale di Monitoraggio degli Outcome Clinici



- Il Report viene presentato nei Comitati di Dipartimento
- E' inviato con cadenza trimestrale a:
  - Direttore di Dipartimento;
  - Responsabile SITRA di Dipartimento;
  - Direttori e Responsabili di UO;
  - Coordinatori clinici di Percorso;
  - Coordinatori infermieristici;
  - Governance Aziendale



- > Al Direttore di Dipartimento
- > Ai Responsabili SITRA di Dipartimento
- > Ai Direttori di UO
- > Ai Coordinatori Clinici di Percorso
- > Ai Coordinatori infermieristici

FONDAZIONE POLICLINICO GEMELLI  
PROTOCOLLO UNICO  
Tipo Atto: Interna  
Prof. N. 001943/21 - Del 15/04/2021  
DIREZIONE SANITARIA

- e p.c.
- > Al Presidente
  - > Al Direttore Generale
  - > Al Direttore Scientifico dell'IRCCS
  - > Al Direttore Governo Clinico
  - > Al Direttore ICT
  - > Al Direttore del Controllo di Gestione
  - > Al Direttore del SITRA
  - > Al Responsabile Qualità ed Accreditamento

SEDE

Oggetto: Sistema interno di monitoraggio e posizionamento delle performance assistenziali della Fondazione IRCCS di pertinenza del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari.

Carissimi,

Siamo lieti di inviarVi i dati del sistema di monitoraggio delle performance assistenziali della Fondazione relativi al IV trimestre (1 ottobre - 31 dicembre) dell'anno 2020, realizzato in collaborazione con la Direzione ICT.

I dati degli indicatori di Vostra pertinenza e il relativo andamento sono riportati nell'Allegato A alla presente lettera e disponibili sulla intranet aziendale al seguente indirizzo: <http://intranet.policlinicogemelli.it/?p=70627>

Ciascun indicatore viene confrontato rispetto allo standard di riferimento, se previsto, oppure rispetto al trend storico (scostamento rispetto al trimestre precedente- III Trim. 2020, o allo stesso trimestre dell'anno precedente- IV Trim. 2019).

- Il Sistema di Monitoraggio alimenta il Report Quality & Safety (Indicatori Treemap-PNE+ Indicatori PCA prioritari nel periodo di riferimento)
- Il Report dipartimentale è pubblicato sulla Intranet Aziendale
- Il Report Quality and Safety è illustrato ed affisso nelle Bacheche della Qualità dei reparti interessati ed è oggetto di analisi con i professionisti e tra i professionisti



Sistema di monitoraggio Outcome Clinici

Reparto	Periodo	Stato
DEPARTAMENTO SCIENZE DI LABORATORIO E METEOROLOGICHE (I TRIM 2019 - IV TRIM 2020)	Download	1/1/2021
DEPARTAMENTO SCIENZE DELL'EMERGENZA, ANESTESIOLOGICHE, E DELLA RIABILITAZIONE (I TRIM 2019 - IV TRIM 2020)	Download	1/1/2021
DEPARTAMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, RADIODIAGNOSTICA ONCOLOGICA ED EMATOLOGIA (I TRIMESTRE 2019 - IV TRIMESTRE 2020)	Download	01/1/2021
DEPARTAMENTO SCIENZE DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DI SANITA' PUBBLICA (I TRIMESTRE 2019 - IV TRIMESTRE 2020)	Download	01/1/2021
DEPARTAMENTO SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE (I TRIMESTRE 2019 - IV TRIMESTRE 2020)	Download	01/1/2021
DEPARTAMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI (I TRIMESTRE 2019 - IV TRIMESTRE 2020)	Download	01/1/2021
DEPARTAMENTO SCIENZE DELLA INVECCHIAMENTO, NEUROLOGICHE, ORTOPEDICHE E DELLA TESTA-COLLO (I TRIMESTRE 2019 - IV TRIMESTRE 2020)	Download	01/1/2021

<http://intranet.policlinicogemelli.it/percorsi-e-valutazione-outcome-clinici/>

# Flusso di comunicazione del Sistema di Monitoraggio degli Outcome



- Viene presentato nei Comitati di Dipartimento
- E' inviato con cadenza trimestrale a:

- Direttore di Dipartimento;
- Responsabile SITRA di Dipartimento;
- Direttori e Responsabili di UO;
- Coordinatori clinici di Percorso;
- Coordinatori infermieristici;
- Governance Aziendale



- > Al Direttore di Dipartimento
- > Ai Responsabili SITRA di Dipartimento
- > Ai Direttori di UO
- > Ai Coordinatori Clinici di Percorso
- > Ai Coordinatori infermieristici

FONDAZIONE POLICLINICO GEMELLI  
PROTOCOLLO UNICO  
Tipo Atto: Interno  
Prof. N. 0013943/21 - Del 15/04/2021  
DIREZIONE SANITARIA

e p.c.

- > Al Presidente
- > Al Direttore Generale
- > Al Direttore Scientifico dell'IRCCS
- > Al Direttore Governo Clinico
- > Al Direttore ICT
- > Al Direttore del Controllo di Gestione
- > Al Direttore del SITRA
- > Al Responsabile Qualità ed Accreditamento

SEDE

Oggetto: Sistema interno di monitoraggio e posizionamento delle performance assistenziali della Fondazione IRCCS di pertinenza del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari.

Carissimi,

Siamo lieti di inviarVi i dati del sistema di monitoraggio delle performance assistenziali della Fondazione relativi al IV trimestre (1 ottobre - 31 dicembre) dell'anno 2020, realizzato in collaborazione con la Direzione ICT.

I dati degli indicatori di Vostra pertinenza e il relativo andamento sono riportati nell'Allegato A alla presente lettera e disponibili sulla intranet aziendale al seguente indirizzo: <http://intranet.policlinicogemelli.it/?p=70627>

Ciascun indicatore viene confrontato rispetto allo standard di riferimento, se previsto, oppure rispetto al trend storico (scostamento rispetto al trimestre precedente- III Trim. 2020, o allo stesso trimestre dell'anno precedente- IV Trim. 2019).

- Il Sistema di Monitoraggio alimenta il Report Quality and Safety (Indicatori Treemap-PNE+ Indicatori PCA prioritari nel periodo di riferimento)
- Il Report dipartimentale è pubblicato sulla Intranet Aziendale
- Il Report Quality and Safety è illustrato ed affisso nelle Bacheche della Qualità dei reparti interessati ed è oggetto di analisi con i professionisti e tra i professionisti

<http://intranet.policlinicogemelli.it/percorsi-e-valutazione-outcome-clinici/>

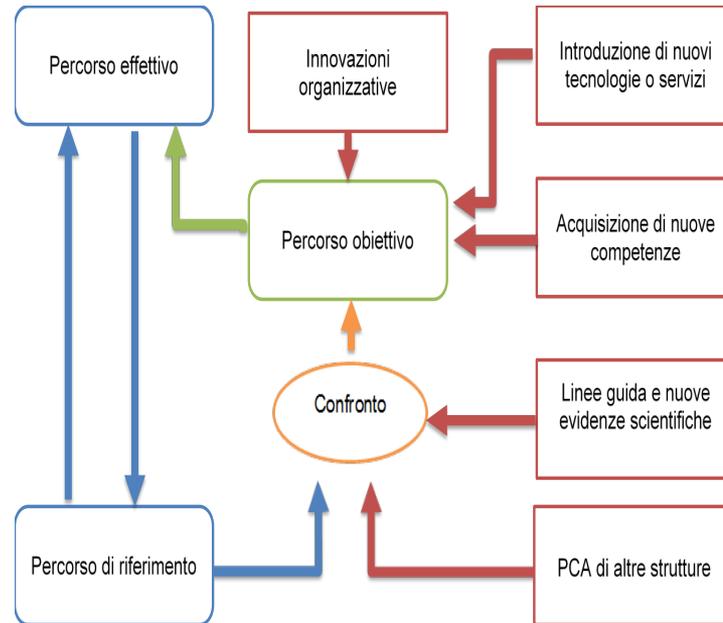
## Sistema di monitoraggio Outcome Clinici

DEPARTAMENTO SCIENZE DEL LABORATORIO E INFETTIOLOGICHE (I TRIM 2019, IV TRIM 2020)	Download	04/10/20
DEPARTAMENTO SCIENZE DELL'EMERGENZA, ANESTESIOLOGICHE, E DELLA RIANIMAZIONE (I TRIM 2019, IV TRIM 2020)	Download	11/10/20
DEPARTAMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINE, RADIOGRAFIA ORTOPEDICA ED DERMATOLOGIA (I TRIMESTRE 2019, IV TRIMESTRE 2020)	Download	05/11/20
DEPARTAMENTO SCIENZE DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DI SANTA PUBBLICA (I TRIMESTRE 2019, IV TRIMESTRE 2020)	Download	05/11/20
DEPARTAMENTO SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE (I TRIMESTRE 2019, IV TRIMESTRE 2020)	Download	11/10/20
DEPARTAMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI (I TRIMESTRE 2019, IV TRIMESTRE 2020)	Download	11/10/20
DEPARTAMENTO SCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO, NEUROLOGICHE, ORTOPEDICHE E DELLA TESTA COLLO (I TRIMESTRE 2019, IV TRIMESTRE 2020)	Download	11/10/20



# Come implementare i PCA creare *valore* per il paziente?

Il Metodo Gemelli è basato su 3 elementi: 1) percorso effettivo (ciò che si fa); 2) percorso di riferimento (ciò che si dovrebbe fare); 3) percorso obiettivo (ciò che si potrebbe fare). Il confronto tra i 3 percorsi e input esterni sono leve per la revisione dei PCA



...permettendo di incrementare il valore per il paziente

# I Percorsi Clinico Assistenziali

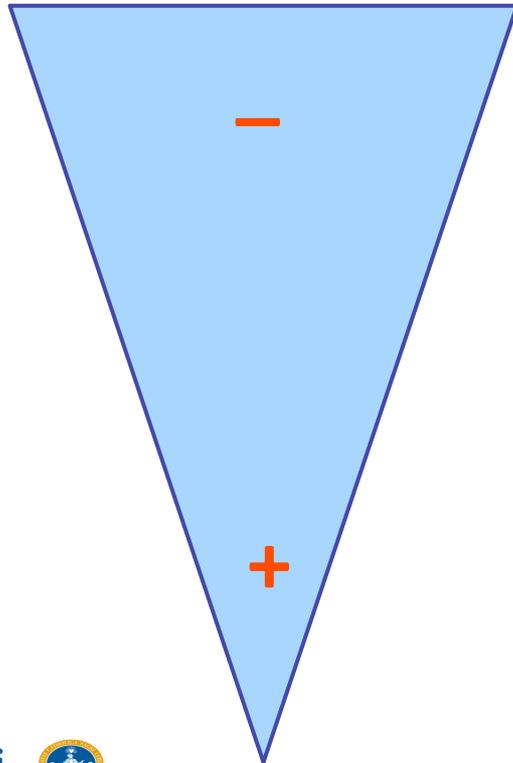
## *Tipologie di processi assistenziali:*

- *Percorso effettivo*: coincide con **l'iter effettivamente seguito** dalla struttura ospedaliera per dare concreta risposta al problema di salute di un singolo paziente
- *Percorso di riferimento*: **la migliore sequenza temporale e spaziale possibile** delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una “tipologia” di pazienti **sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione**
- *Percorso obiettivo*: rappresenta **la migliore sequenza temporale e spaziale** delle attività che si intendono far seguire ai pazienti che presentano un determinato problema di salute

# Il percorso di riferimento TO BE

## LA LETTERATURA DI RIFERIMENTO

### La gerarchia delle fonti



- Dispense
- Atti di convegni
- Monografie
- Libri di testo
- Articoli (descrizioni di esperienze, commenti, editoriali)
- Revisioni della letteratura
- Articoli di ricerca
  - Studi descrittivi
  - Studi caso controllo
  - Studi clinici controllati e randomizzati
- Revisioni sistematiche di letteratura
- Metanalisi
- Linee guida

# Analisi AS IS

Raccogliere informazioni relative a come, **ATTUALMENTE**, sono gestite le situazioni clinico organizzative del problema sanitario oggetto del PDTA/PCA

Mirata alla descrizione ed alla rappresentazione di **quanto effettivamente succede** ad un “paziente tipo nel suo percorso nella specifica organizzazione aziendale

## STRUMENTI

Analisi dei documenti Interviste

Focus group

## RUOLO FONDAMENTALE GRUPPO DI LAVORO

## Il percorso di riferimento TO BE

Rappresenta, sulla base delle linee guida e del percorso ideale, **la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse**

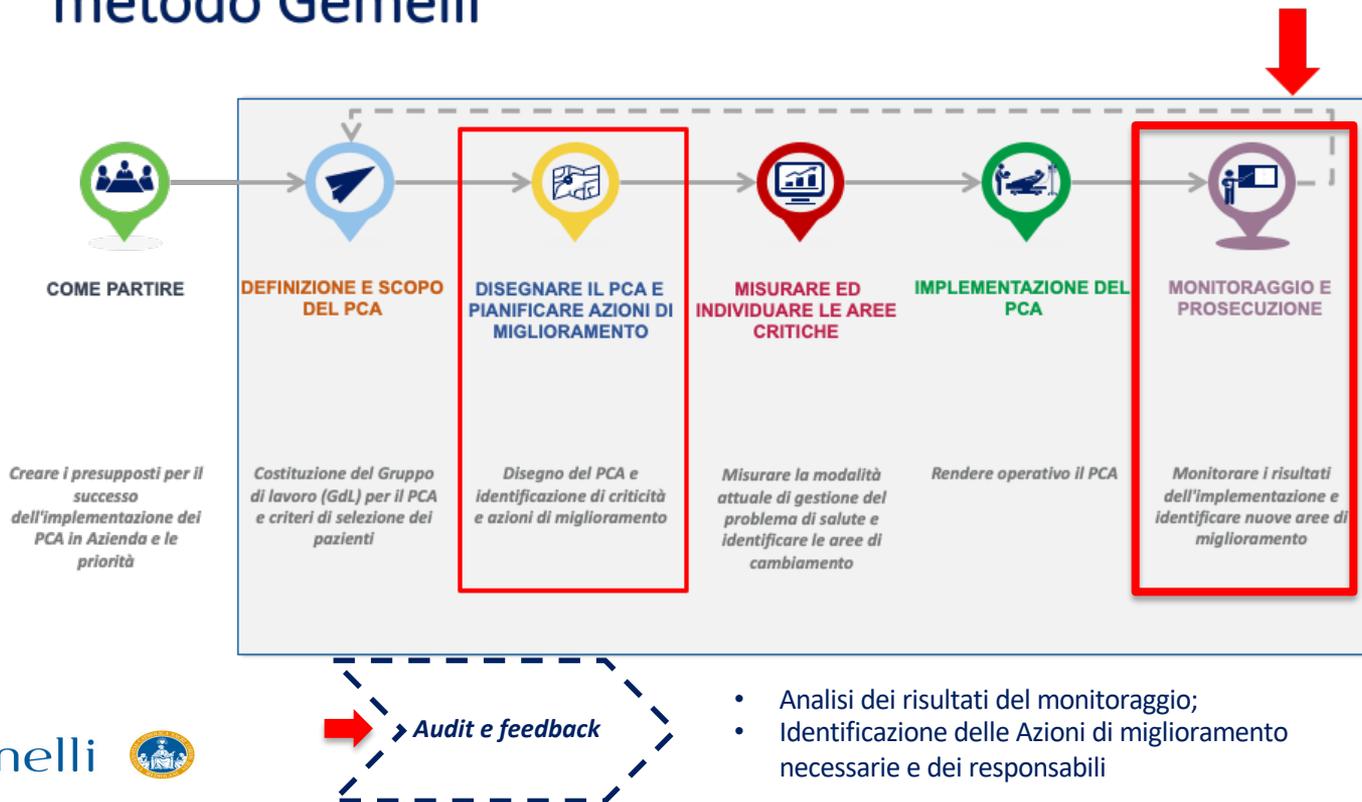
**Dopo aver definito le singole attività...**

- Definizione successione tempi delle **azioni necessarie** realizzabili
- Eliminare le **azioni ritenute non necessarie** o ridondanti

## PERCHE' E' DIFFICILE GESTIRE L'ASSISTENZA PER PCA/PDTA?

- Oggi l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, i sistemi di misurazione e rendicontazione e la logica complessiva di *valorizzazione* dell'attività assistenziale **non sono coerenti** con le logiche del framework proposto.
  - Se pensiamo ai **sistemi informativi e di rendicontazione** dell'attività sanitaria, questo avviene perchè non sono nati per supportare il decisore in un'ottica di filiera assistenziale (privilegiando la *vista* processo e/o risultato) e consentono con grandi difficoltà il monitoraggio sistematico dell'attività assistenziale attorno alle logiche da noi proposte. Quindi, non favoriscono la messa a regime della loro introduzione nella più complessiva gestione aziendale.

# Fasi dell'implementazione di un PCA: il metodo Gemelli



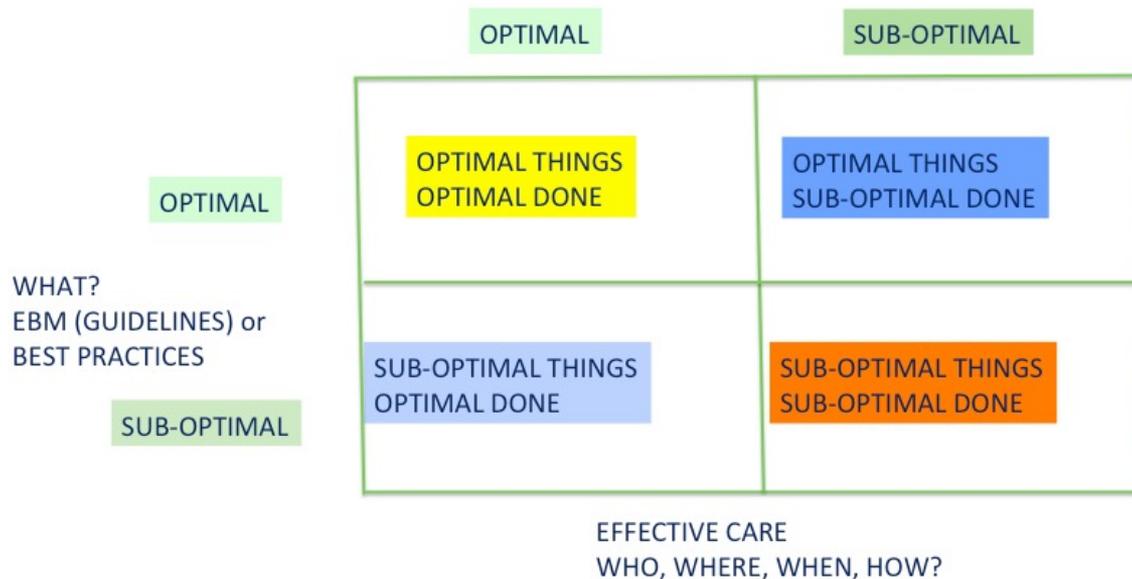
# PDTA E HTA

# QUALE APPROPRIATEZZA?

- **Appropriatezza** come rapporto “*ottimo*” fra:
  - **Clinica: benefici / rischi**
  - **Gestionale: benefici / costi monetari**
  - **Organizzativa: tra setting assistenziali**

[antonio.debelvis@policlinicogemelli.it](mailto:antonio.debelvis@policlinicogemelli.it)

## THE ROLE OF CRITICAL PATHWAYS TOWARDS APPROPRIATENESS OF CARE



Mod: from Vanhaect, 2003

antonio.debelvis@unicatt.it

Figura 10 Schema di funzionamento del processo HTA4PDTA

**HTA4PDTA**

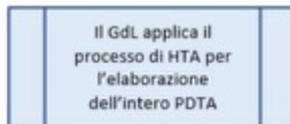




Tabella 15 HTAMPDTA: Esempio di strumento operativo per la sintesi delle informazioni (incluse quelli derivanti dal report di HTA) di un singolo intervento/nodo di un PDTA che prevede l'utilizzo di DM (Utilizzo dell'alternativa A - DM A rispetto all'Alternativa B - DM B per il trattamento della patologia C)

**Problema clinico:** Patologia C**Background e obiettivi:** breve descrizione del problema clinico.**Opzione:** Alternativa A**Comparatore:** Alternativa B**Setting:** in ospedale

Dominio/Area di valutazione e peso (HTA Core Model 3.0 EUnethTA)	Indicatori		Performance/valori Alternativa A	Performance/valori Alternativa B	Livello delle evidenze	Considerazioni aggiuntive				
Problema clinico ed utilizzo corrente della tecnologia					<table border="1"> <tr> <td>⊕ ○○○ MOLTO BASSA</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○ BASSA</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> </table>	⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA	⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA									
⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA									
Descrizione e caratteristiche tecniche della tecnologia					<table border="1"> <tr> <td>⊕ ○○○ MOLTO BASSA</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○ BASSA</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> </table>	⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA	⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA									
⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA									
Sicurezza					<table border="1"> <tr> <td>⊕ ○○○ MOLTO BASSA</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○ BASSA</td> <td>⊕⊕⊕⊕ ALTA</td> </tr> </table>	⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA	⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA	
⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA									
⊕⊕○○ BASSA	⊕⊕⊕⊕ ALTA									
Efficacia Clinica					<table border="1"> <tr> <td>⊕ ○○○ MOLTO BASSA</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERATA</td> </tr> </table>	⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA			
⊕ ○○○ MOLTO BASSA	⊕⊕⊕○ MODERATA									

Dominio/Area di valutazione e peso (HTA Core Model 3.0 EUnetHTA)	Indicatori		Performance/valori Alternativa A	Performance/valori Alternativa B	Livello delle evidenze	Considerazioni aggiuntive								
					<table border="1"> <tr> <td>⊕⊕○○</td> <td>⊕⊕⊕⊕</td> </tr> <tr> <td>BASSA</td> <td>ALTA</td> </tr> </table>	⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕	BASSA	ALTA					
⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕													
BASSA	ALTA													
Costi e valutazione economica					<table border="1"> <tr> <td>⊕○○○</td> <td>⊕⊕⊕○</td> </tr> <tr> <td>MOLTO BASSA</td> <td>MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○</td> <td>⊕⊕⊕⊕</td> </tr> <tr> <td>BASSA</td> <td>ALTA</td> </tr> </table>	⊕○○○	⊕⊕⊕○	MOLTO BASSA	MODERATA	⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕	BASSA	ALTA	
⊕○○○	⊕⊕⊕○													
MOLTO BASSA	MODERATA													
⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕													
BASSA	ALTA													
Analisi etica					<table border="1"> <tr> <td>⊕○○○</td> <td>⊕⊕⊕○</td> </tr> <tr> <td>MOLTO BASSA</td> <td>MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○</td> <td>⊕⊕⊕⊕</td> </tr> <tr> <td>BASSA</td> <td>ALTA</td> </tr> </table>	⊕○○○	⊕⊕⊕○	MOLTO BASSA	MODERATA	⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕	BASSA	ALTA	
⊕○○○	⊕⊕⊕○													
MOLTO BASSA	MODERATA													
⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕													
BASSA	ALTA													
Aspetti organizzativi					<table border="1"> <tr> <td>⊕○○○</td> <td>⊕⊕⊕○</td> </tr> <tr> <td>MOLTO BASSA</td> <td>MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○</td> <td>⊕⊕⊕⊕</td> </tr> <tr> <td>BASSA</td> <td>ALTA</td> </tr> </table>	⊕○○○	⊕⊕⊕○	MOLTO BASSA	MODERATA	⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕	BASSA	ALTA	
⊕○○○	⊕⊕⊕○													
MOLTO BASSA	MODERATA													
⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕													
BASSA	ALTA													
Pazienti e aspetti sociali					<table border="1"> <tr> <td>⊕○○○</td> <td>⊕⊕⊕○</td> </tr> <tr> <td>MOLTO BASSA</td> <td>MODERATA</td> </tr> <tr> <td>⊕⊕○○</td> <td>⊕⊕⊕⊕</td> </tr> <tr> <td>BASSA</td> <td>ALTA</td> </tr> </table>	⊕○○○	⊕⊕⊕○	MOLTO BASSA	MODERATA	⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕	BASSA	ALTA	
⊕○○○	⊕⊕⊕○													
MOLTO BASSA	MODERATA													
⊕⊕○○	⊕⊕⊕⊕													
BASSA	ALTA													
Aspetti legali					<table border="1"> <tr> <td>⊕○○○</td> <td>⊕⊕⊕○</td> </tr> <tr> <td>MOLTO BASSA</td> <td>MODERATA</td> </tr> </table>	⊕○○○	⊕⊕⊕○	MOLTO BASSA	MODERATA					
⊕○○○	⊕⊕⊕○													
MOLTO BASSA	MODERATA													

# PDTA E LOGICA JCI

I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Proges S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

## C.o.P.: Requisiti nella definizione, strutturazione e valutazione del

### Percorso di Cura (PDC)

Requisiti:

PDC\_1: Utilizzo di Linee Guida e protocolli clinico/assistenziali

PDC\_2: Il percorso è strutturato

PDC\_3: Standardizzazione dei codici

PDC\_4: Definizione e formalizzazione dei criteri di arruolamento dei pazienti

PDC\_5: Valutazione continua del percorso

PDC\_6: Il personale conosce ed adotta le linee guida

PDC\_7: Il percorso è strutturato e attivato con il coinvolgimento di tutti



Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore



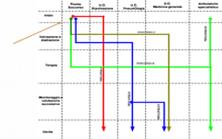
## Nella FPG IRCCS:

Caratteristiche dei Percorsi Clinico Assistenziali (PCA):

- Riferimento a Linee Guida e migliori evidenze
- Strutturazione e rappresentazione del PCA tramite flowchart
- Definizione di criteri clinici per l'ingresso e per l'uscita dei pazienti nel PCA
- Monitoraggio indicatori di PCA ogni 6-12 mesi (Audit)
- Analisi descrittiva della casistica e audit strutturato su cartelle
- Gestione multiprofessionale e multidisciplinare (MDTs, Tumor Board)

## Mappa degli episodi

- L'episodio, parte costitutiva di un percorso, rappresenta un insieme di azioni finalizzate a generare un risultato, intermedio rispetto a quello del percorso complessivo
- La mappa degli episodi è l'articolazione complessiva dei percorsi collegati ad uno specifico problema di salute che individua i singoli ambiti di produzione sanitaria ed i risultati intermedi



set. '19

I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Proges S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

### C.o.P.: Requisiti in termini di condizioni organizzative da realizzarsi per la gestione del Percorso di Cura (SO)

Requisiti:

SO\_1: Si raccolgono informazioni sul paziente

SO\_2: I bisogni del paziente vengono valutati

SO\_3: Per soddisfare i bisogni del paziente vengono utilizzate le informazioni disponibili

SO\_4: È garantita la continuità assistenziale anche per le prestazioni non direttamente gestite

SO\_5: Il personale è qualificato

SO\_6: Sono definiti i ruoli e le responsabilità

SO\_7: È garantita una gestione efficace ed efficiente dei professionisti



Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore



### Nella FPG IRCCS:

- Raccolta di informazioni da pazienti, familiari/caregiver e altri professionisti coinvolti. Di esse è tenuta traccia in cartella
- Valutazione dei pz al momento della presa in carico (Scheda infermieristica per la continuità assistenziale ed eventuale attivazione della Centrale di Continuità Assistenziale)
- Le attività dei professionisti nel Percorso sono definite tramite matrice di assegnazione delle responsabilità
- Nell'accreditamento JCI sono previsti «privileges» per l'esecuzione delle attività da parte dei professionisti
- Sono effettuati interventi formativi per il personale in merito ai diversi PCA

La storia del paziente e la mappa di processo



I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Fregoa S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

### C.o.P.: Requisiti in termini di empowerment del paziente (CPF)

Requisiti:

CPF\_1: Pazienti e familiari vengono coinvolti nel percorso di cura

CPF\_2: Si valutano le capacità di apprendimento del paziente

CPF\_3: Il paziente dispone di materiali informativi comprensibili e coerenti

CPF\_4: Si promuovono i corretti stili di vita



Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore



### Nella FPG IRCCS:

- In diversi PCA vi è il coinvolgimento di associazioni di pazienti (e familiari/caregiver) nelle fasi di definizione, implementazione e monitoraggio
- Tali associazioni hanno un ruolo attivo nell'informazione, nell'educazione e nella promozione dei corretti stili di vita presso pazienti e familiari/caregiver



I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Proges S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

### C.o.P.: Requisiti in termini di gestione della documentazione clinica e di valutazione del Percorso attraverso l'utilizzo dei dati (DAT)

Requisiti:

DAT\_1: Si proteggono la riservatezza e la privacy del paziente

DAT\_2: Consenso informato

DAT\_3: Per ogni paziente è disponibile un fascicolo personale

DAT\_4: Condivisione delle informazioni per la continuità assistenziale

DAT\_5: È definito chi può accedere alla documentazione clinica

DAT\_6: I dati raccolti sono attendibili

DAT\_7: Si utilizzano i dati per decidere



# Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore



### Nella FPG IRCCS:

- È acquisito il consenso informato del paziente e/o dei familiari/caregiver, il quale è conservato nella documentazione clinica, tutelando la riservatezza
- È garantito il rispetto della normativa in termini di informativa e consenso al trattamento dei dati
- Per ciascun paziente è predisposta una cartella clinica strutturata
- È utilizzata una checklist per la valutazione della qualità della compilazione della cartella clinica
- La Centrale di Continuità Assistenziale, qualora attivata, provvede a condividere le informazioni con tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza
- I dati raccolti sul Percorso di cura sono utilizzati in fase di monitoraggio e audit (analisi descrittiva della casistica e audit strutturato su cartelle)

Il valore è nei dati



set. '19

I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Proges S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore



### C.o.P.: Requisiti in termini di definizione, implementazione e monitoraggio di indicatori di performance che consentano di valutare il Percorso (IND)

Requisiti:

IND\_1: Si valutano gli outcome con l'utilizzo di dati

IND\_2: Gli eventi sentinella, avversi e i near miss sono tracciati e gestiti

IND\_3: Si verificano le divergenze dalle linee guida

IND\_4: Customer satisfaction

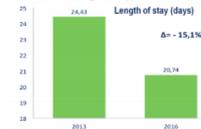


### Nella FPG IRCCS:

- Monitoraggio indicatori di PCA ogni 6-12 mesi (Audit)
- Gli indicatori possono essere focalizzati sul paziente, sull'azienda e sui rapporti col territorio
- È stato implementato un sistema interno di monitoraggio delle performance assistenziali, che prevede il calcolo degli indicatori PNE (*release* a cadenza trimestrale)
- Vi è un processo di rilevazione e valutazione di eventi sentinella, avversi e near miss
- Nelle attività di monitoraggio e negli audit sono di norma utilizzati uno o più indicatori sulla *customer satisfaction*

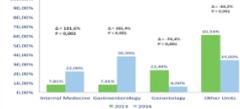
#### Durata della degenza (giorni)

*Clostridium difficile* ADMISSIONS - 2013 vs 2016 (length of stay)



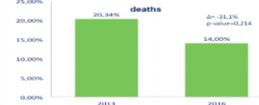
#### Sede più appropriata

*Clostridium difficile* ADMISSIONS - 2013 vs 2016 (admission ward)



#### Mortalità ospedaliera (%)

*Clostridium difficile* ADMISSIONS - 2013 vs 2016 (Mortality)



I requisiti C.O.P. per la certificazione dei percorsi di cura



Prospa S.r.l. - Milano  
T&C S.r.l. - Milano

### C.o.P.: Requisiti in termini di progettazione ed implementazione del programma di miglioramento necessario al superamento delle problematiche individuate nel processo di autovalutazione (QUA)

Requisiti:

QUA\_1: Esiste un piano di miglioramento

QUA\_2: Il piano è noto all'organizzazione e condiviso

QUA\_3: Si attua e valuta il piano di miglioramento



# Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS  
Università Cattolica del Sacro Cuore

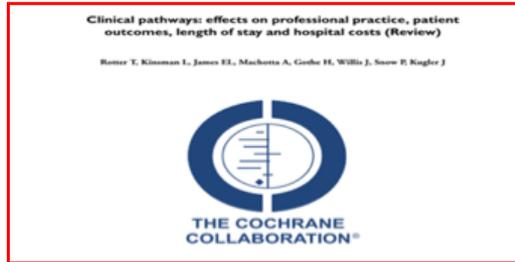


### Nella FPG IRCCS:

- Già nella fase di definizione del PCA sono individuate una serie di azioni di miglioramento volte al superamento delle criticità esistenti
- Qualora nelle attività di monitoraggio e di audit si rilevino degli scostamenti rispetto all'atteso, si definiscono ulteriori azioni di miglioramento e/o si rimodulano quelle pre-stabilite. Gli effetti di ciò sono rivalutati dopo un congruo lasso di tempo (6-12 mesi)
- Tutte le azioni sopra descritte sono svolte con il coinvolgimento attivo di tutte le équipe assistenziali coinvolte



## Quando i percorsi clinico assistenziali funzionano?



Componenti fondamentali per un efficace sviluppo ed implementazione dei percorsi clinico assistenziali:

Utilizzo di strumenti *evidence based*

Contestualizzazione delle evidenze

Coinvolgimento dei clinici e implementazione di un *team* multidisciplinare

Sviluppo dei sistemi informativi

Gap analysis

Audit e feedback

## *Attivazione di un Audit*

1. Cosa dovrebbe accadere?

2. Cosa sta realmente accadendo?

3. Quali azioni sono necessarie?



1. Allineamento rispetto allo standard atteso.

2. Disallineamento.

3. Attivare un gruppo di lavoro (di audit) che individui le azioni di miglioramento necessarie e i soggetti responsabili per un miglioramento della performance assistenziale.



antonio.debelvis@unicatt.it

[ chiudi ]

- > Cardiovascolare
  - > Infarto Miocardico Acuto (IMA)
  - > Angioplastica (PTCA)
  - > By-pass Aortocoronarico
  - > Valvuloplastica
  - > Scompenso cardiaco
  - > Scompenso cardiaco congestizio
  - > Riparazione aneurisma aorta addominale
  - > Rivascolarizzazione carotidea
  - > Rivascolarizzazione arti inferiori
  - > Arteriopatie degli arti inferiori
  - > Trombosi venose profonde
  - > Embolia polmonare
- > Perinatale
- > Procedure Chirurgiche
- > Cerebrovascolare
- > Digerente
- > Muscoloscheletrico
- > Respiratorio
- > Urogenitale
- > Malattie Infettive
- > Pediatria



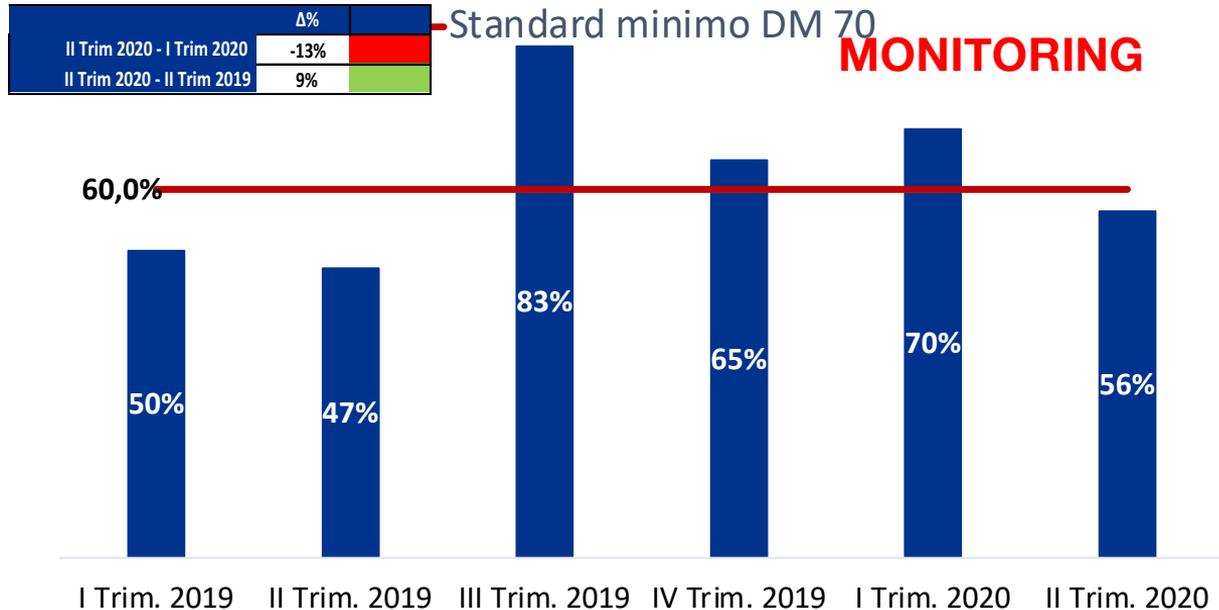
P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari, curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP) contiene le informazioni relative alle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali.  
 Il lavoro portato avanti con P.Re.Val.E. è stato parte integrante del Programma Nazionale di Valutazione di Esito (PNE), gestito da AgeNaS per conto del Ministero della Salute, individuato come strumento per la valutazione degli esiti delle cure del Sistema Sanitario Nazionale.

*Con la pubblicazione di questi dati, si vuole dotare la Regione di uno strumento di governo trasparente, sulla base del quale riorientare e migliorare il sistema sanitario del Lazio. Inoltre si vuole fornire alle aziende sanitarie uno strumento operativo di monitoraggio tempestivo della qualità delle cure erogate.*

Sito ottimizzato per Google Chrome e Mozilla Firefox

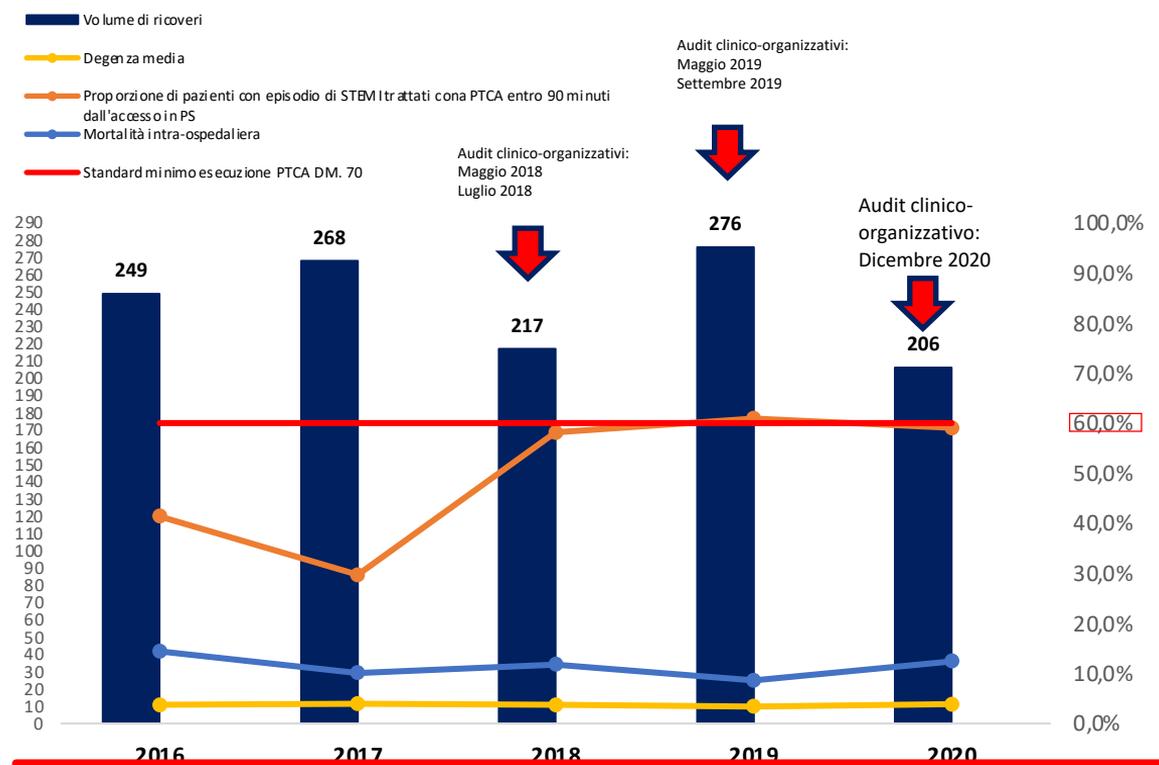
<https://www.dep.lazio.it/prevale2020/#>

# Proportion of Percutaneous coronary intervention (PCI) carried out within 90 minutes from hospital admission in AMI-STEMI patients



Riferimenti:  
 PNE AGENAS: [https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro\\_304.pdf](https://pne.agenas.it/risultati/protocolli/pro_304.pdf)  
 Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70: <https://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>

# PCA STEMI



Dati PNE integrati nel processo di Budget

Release trimestrale Sistema di Monitoraggio Outcome Clinici

# SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO

DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI

I Trimestre 2019 – IV Trimestre 2020

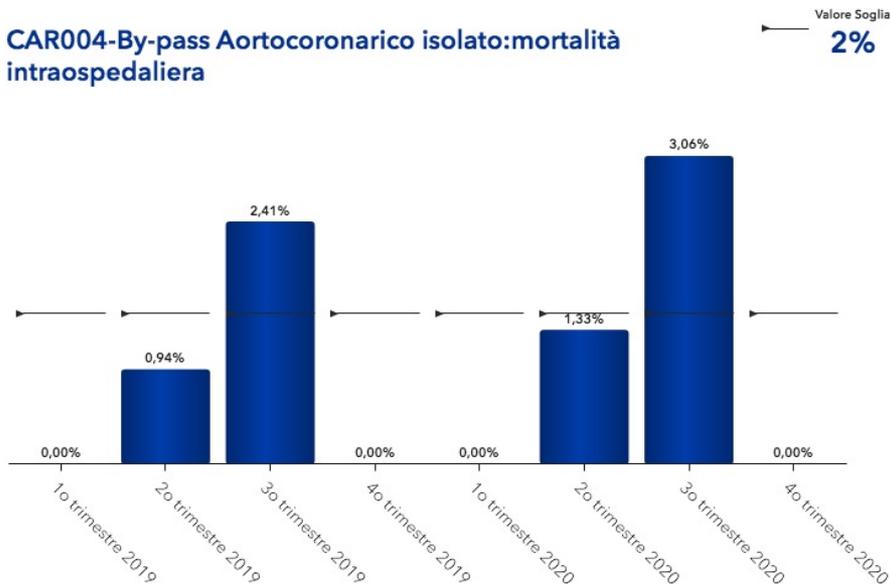
UOC Percorsi e Valutazione Outcome Clinici

# Tabella sinottica andamento dipartimento

I Trimestre 2019 – IV Trimestre 2020 DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI	Variazione percentuale IV Trim. 2020 rispetto al trend storico		Posizionamento rispetto allo Standard (se previsto)	DATO PNE AGENAS (2019)
	IV Trim. 2020 vs IV Trim. 2019	IV Trim. 2020 vs III Trim. 2020		
<b>Descrizione indicatori:</b>				
<a href="#">Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri</a>				87
<a href="#">Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri</a>				3
<a href="#">Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità intraospedaliera</a>				1.54
<a href="#">By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità intraospedaliera</a>				1.24
<a href="#">By-pass Aortocoronarico: volume di ricoveri</a>				374
<a href="#">IMA a sede non specificata: volume di ricoveri</a>				1
<a href="#">IMA: volume di ricoveri</a>				683
<a href="#">IMA: mortalità intraospedaliera</a>				5.45
<a href="#">IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni</a>				60.86
<a href="#">STEMI: volume di ricoveri</a>				273
<a href="#">STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 min</a>				
<a href="#">STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)</a>				81.6
<a href="#">STEMI: mortalità intraospedaliera</a>				
<a href="#">N-STEMI: volume di ricoveri</a>				409
<a href="#">Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri</a>				518
<a href="#">Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità intraospedaliera</a>				1.98
<a href="#">Scenpenso cardiaco: volume di ricoveri</a>				919
<a href="#">Scenpenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri</a>				500
<a href="#">Scenpenso cardiaco congestizio: mortalità intraospedaliera</a>				6.19
<a href="#">PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica</a>				1081
<a href="#">Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri</a>				53

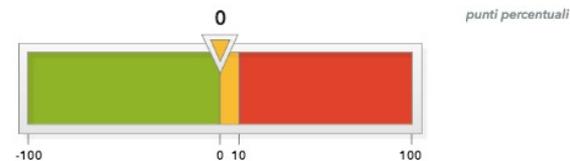
# By-pass Aortocoronarico: mortalità intraospedaliera

CAR004-By-pass Aortocoronarico isolato:mortalità intraospedaliera

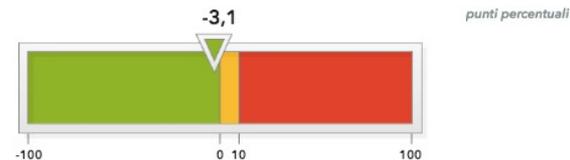


Risultato  
**0,00%**

Variazione 4o trimestre 2020 rispetto trimestre dell'anno precedente



Variazione 4o trimestre 2020 rispetto trimestre precedente

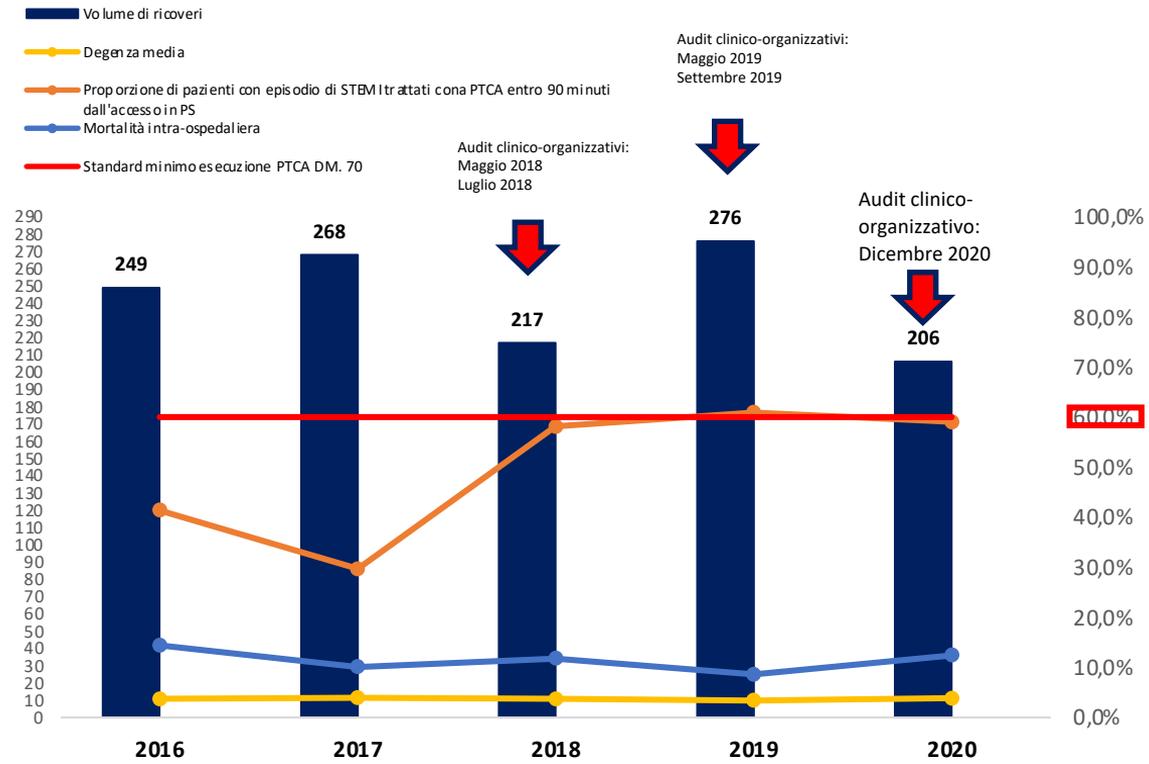


ADJ % PNE 2018-2019 (MORTALITÀ A 30 GIORNI): **1.24**

## PCA STEMI

- Monitoraggio e attivazione audit

# PCA STEMI

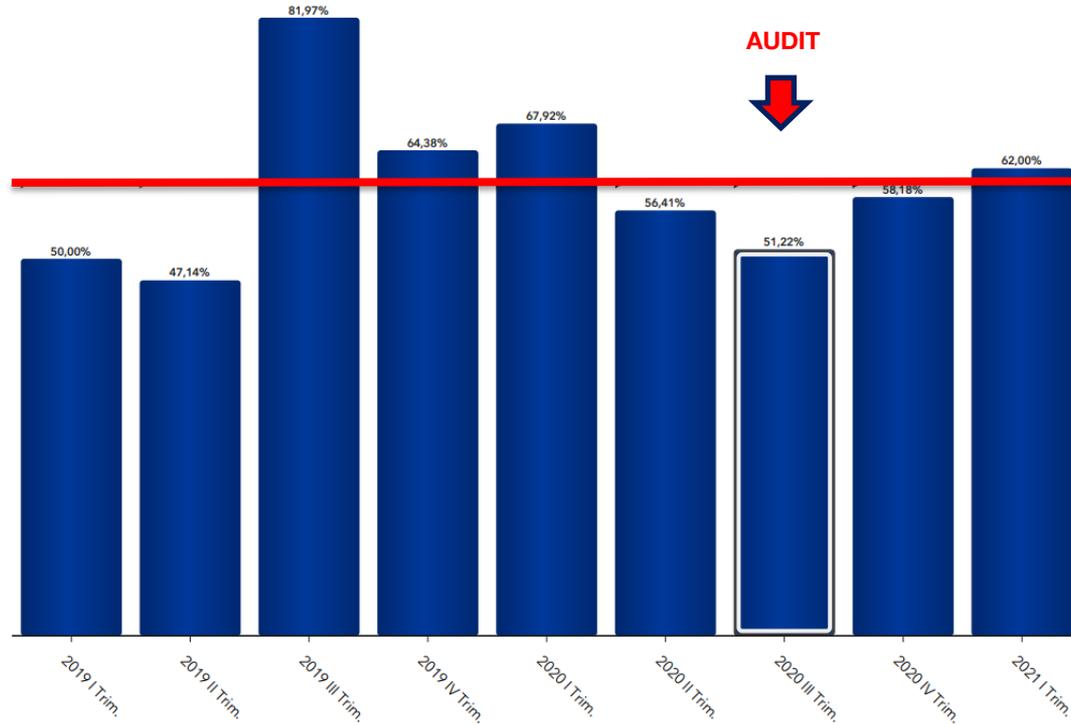


Dati PNE integrati nel processo di Budget

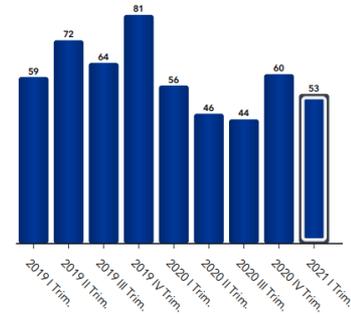
Release trimestrale Sistema di Monitoraggio Outcome Clinici

# MONITORAGGIO TRIMESTRALE esempio

STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 min.



STEMI: volume di ricoveri

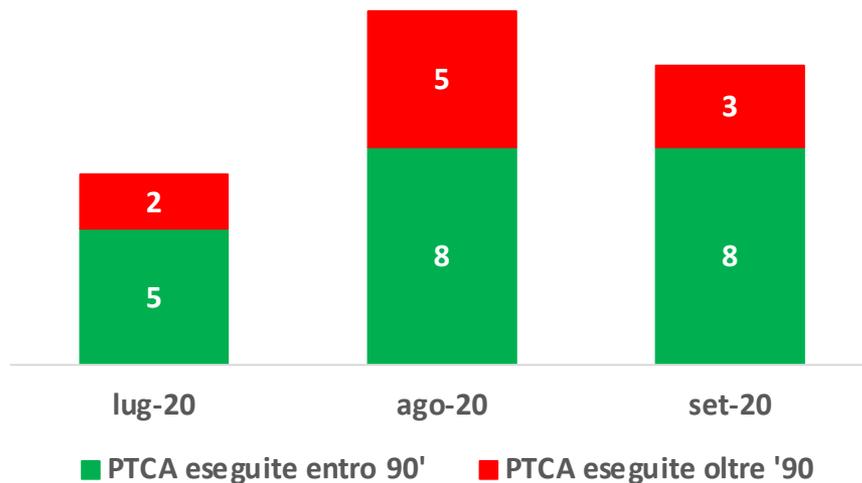


Standard minimo DM.70= 60%

## CASISTICA OGGETTO DI AUDIT del 23/12/2020

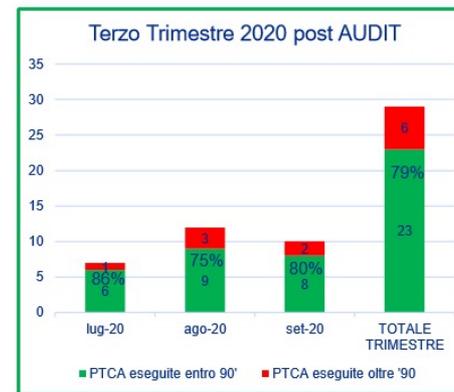
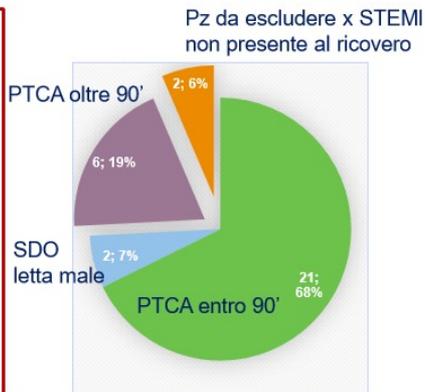
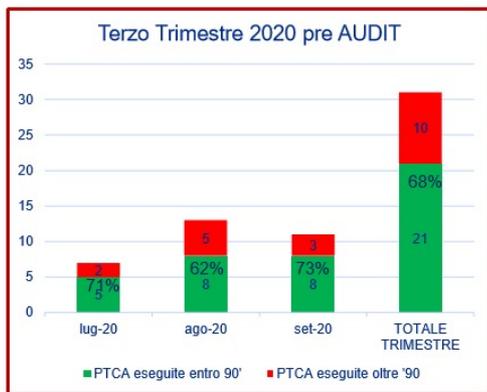
Dettaglio indicatore: pazienti con STEMI sottoposti a PTCA entro e oltre 90'

CODICE NOSOGRAFICO PTCA oltre 90' III trimestre 2020	
0120020215687	0920010242238
0920010158731	0920010256493
0920010171809	0920010275790
0920010189132	0920010217339
0920010205656	0920010222685



# AUDIT del 23/12/2020

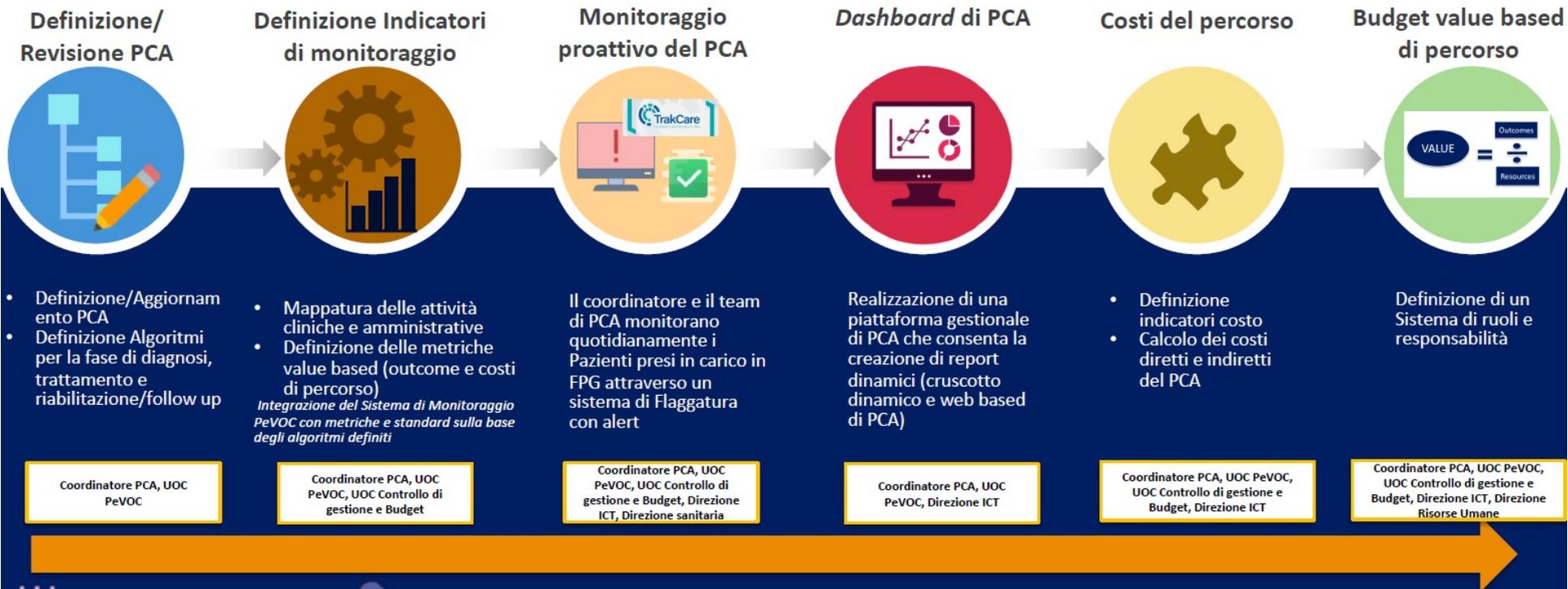
Dettaglio indicatore: pazienti con STEMI sottoposti a PTCA entro e oltre 90'



## OSSERVAZIONI E PIANO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO AUDIT DEL 23/12/2020

Osservazioni	Azioni di miglioramento (e relativo Responsabile)	Data di inizio e di fine
Relativamente al dato riferito alla tempistica di esecuzione della PTCA, si rileva la necessità di innescare meccanismi proattivi di gestione del flusso dei pazienti per migliorare la performance assistenziale.	A fronte delle criticità rilevate e degli interventi già implementati a seguito degli audit di percorso precedenti (introduzione del cardiologo di PS, controllo sistematico della qualità nella codifica delle cartelle cliniche, allineamento del sistema informativo della sala di emodinamica), si pone la necessità di sviluppare un nuovo modello di gestione di flussi da pronto soccorso, già previsto nel nuovo modello organizzativo, che preveda un monitoraggio <b>proattivo</b> del PCA STEMI. Tale approccio prevede la realizzazione di un cruscotto gestionale dinamico di PCA che, a partire dalla <b>Flaggatura</b> dei pazienti e di un sistema di <b>alert</b> , consenta agli attori coinvolti nel PCA di agire tempestivamente garantendo una presa in carico più efficace ed appropriata. (Gruppo di lavoro Modello sperimentale Value-based del Dipartimento Scienze Cardiovascolari)	Gennaio 2021-Luglio 2021
I dati del Sistema di monitoraggio mostrano una riduzione sensibile dei volumi di pazienti presi in carico nel PCA	Attraverso la partecipazione al Progetto “Easy Net” coordinato con la Regione Lazio, si porterà all’attenzione del gruppo di lavoro- al quale partecipano tutti i referenti della rete di emergenza cardiologica regionale- la necessità di analizzare, attraverso una reportistica ad hoc, il flusso dei pazienti, all’interno della rete (Responsabile UOC PeVOC, Coordinatore di PCA)	Gennaio 2021- Giugno 2021

# Il Modello Organizzativo Value Based del Dipartimento Scienze Cardiovascolari



**Orizzonte temporale:**  
6 mesi



**Stakeholders coinvolti:** Dipartimento Scienze Cardiovascolari, Direzione Governo Clinico, Direzione Sanitaria, Direzione Operation, Direzione Scientifica IRCCS, SITRA.



**PCA del paziente con STEMI**  
**PCA del paziente con Valvulopatie**  
**PCA del paziente con Patologia aortica**

ANTONIO GIULIO DE BELVIS  
SABINA BUCCI

## Come organizzare l'assistenza del paziente per percorsi di cura

L'esperienza presso la Fondazione  
Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"

---



VITA E PENSIERO | STRUMENTI  
MEDICINA

