5. Misurare e confrontarsi

1. CONOSCERE QUELLO CHE FACCIAMO

Il fronte «interno»

ANALISI DEI PROCESSI

1. Che cosa stai cercando di fare ?

2. Come lo stai facendo?

3. Come sai se stai facendo la cosa giusta ? (APPROPRIATEZZA)

4. Come sai se è il miglior modo per farla? (SPRECHI)

5. Come sai se è il modo più sicuro per farla? (RISCHI)

CONFRONTO «ESTERNO» STANDARD, VALUTAZIONI

2. COMPRENDERE SE CIO' CHE FACCIAMO E' CORRETTO

Un sistema, anche ben strutturato, non può essere solo AUTOREFERENZIALE

CHI GARANTISCE CHE STIAMO LAVORANDO BENE?

Il fronte «esterno»

Con cosa e con chi misurarci?

Possiamo confrontare:

- I nostri comportamenti (standard)
- Le nostre performance (indicatori di processo e di risultato)

Fonti autorevoli di carattere tecnico-scientifico: Linee Guida di Società Scientifiche

Organizzazioni a valenza nazionale ed internazionale (es: Regione, Joint Commission International, Top Employers, ecc)

Il livello minimo di confronto è il «rispetto» delle norme

L'approccio burocratico si ferma qui: faccio e rispetto quello che la «norma» mi chiede di fare

Analisi del processo

1. Che benefici riceve il cliente finale dall'intero processo?
2. Ci sono disomogeneità nel modo di attuare il processo?
3. Che valore aggiunto hanno le singole attività?

   Sono veramente indispensabili?
4. Si possono ridurre i tempi?
5. **Sono disponibili informazioni su quello che fanno le migliori organizzazioni simili?**

   Se sì vale la pena di imitarle?

ECCELLENZA……

PROGEA

Fondazione Poliambulanza

Brescia, Italy

has been

Accredited

by

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

QUALITY APPROVAL

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

which has evaluated this **Hospital** and found it to meet the international health care quality standards for patient care and organization management.

Clarion E. Johnson, MD
Chair

Paula Wilson
President, Chief Executive Officer

CN 2633.1

Joint Commission International is a division of Joint Commission Resources, Inc. an affiliate of The Joint Commission.

HIMSS

Stage

6

Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM)

GLI ORGANISMI DI NORMAZIONE

A LIVELLO INTERNAZIONALE

A LIVELLO EUROPEO

EN

Comitato Europeo di Normazione
Vi aderiscono gli enti normativi di numerosi paesi membri della CE

IN ITALIA

UNI

Unificazione Normativa Italiana
fondato nel 1921

http://www.efqm.org/

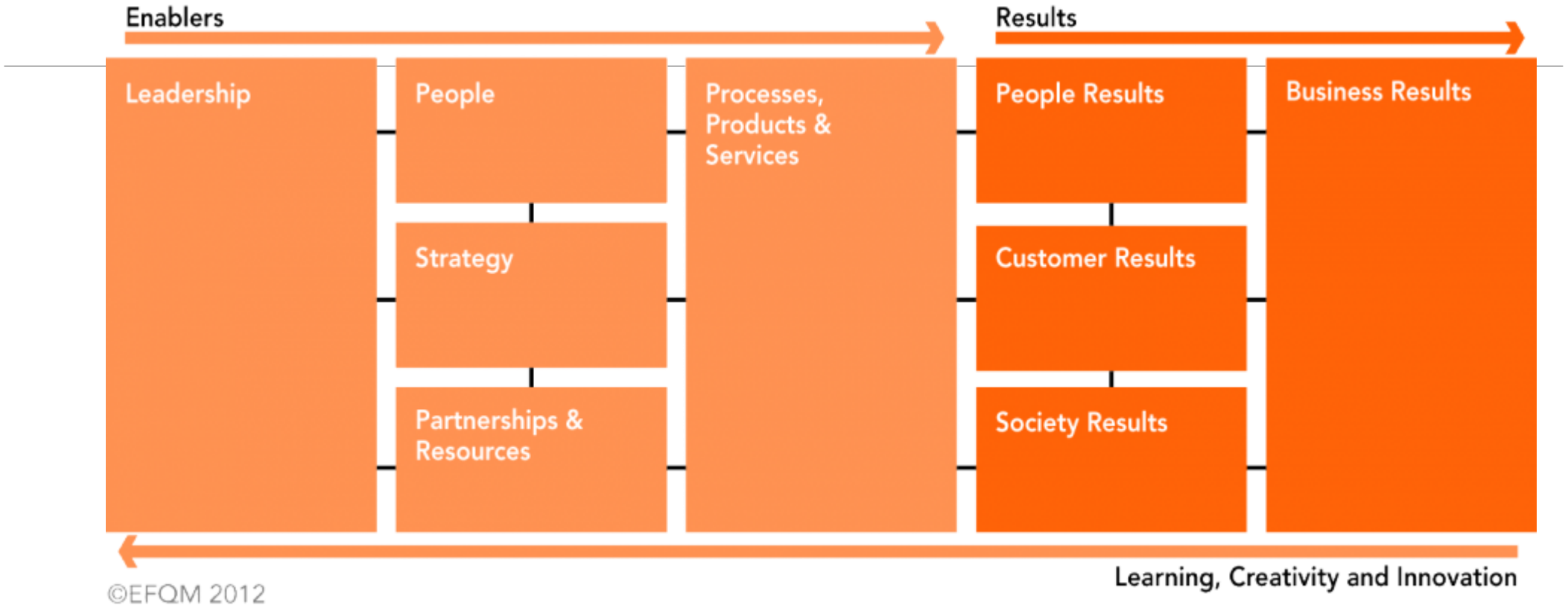
WHAT IS EXCELLENCE?

If you put a group of people in a room and ask them what Excellence is, you will receive many different answers but they should have something in common: ***Excellence is about doing your best****... And every day, we are reminded of how important it is to strive for excellence, be it in life or at work. By nurturing a culture of excellence within your organisations, you open the path to success.*

"All European organizations, both in the public and private sectors, are facing new challenges. The increasing pressure to compete on a global stage with limited resources means we all have to work together to secure our future prosperity, and that of generations to come. The EFQM Excellence Model provides a framework that encourages the cooperation, collaboration and innovation that we will need to ensure this goal is achieved." Herman van Rompuy, President of the European Council

http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model

MODEL CRITERIA



APPLICABLE TO ANY ORGANISATION

Who We Are

The Baldrige Program is the nation's public-private partnership dedicated to performance excellence. The Baldrige Program

•Raises awareness about the importance of performance excellence in driving the U.S. and global economy

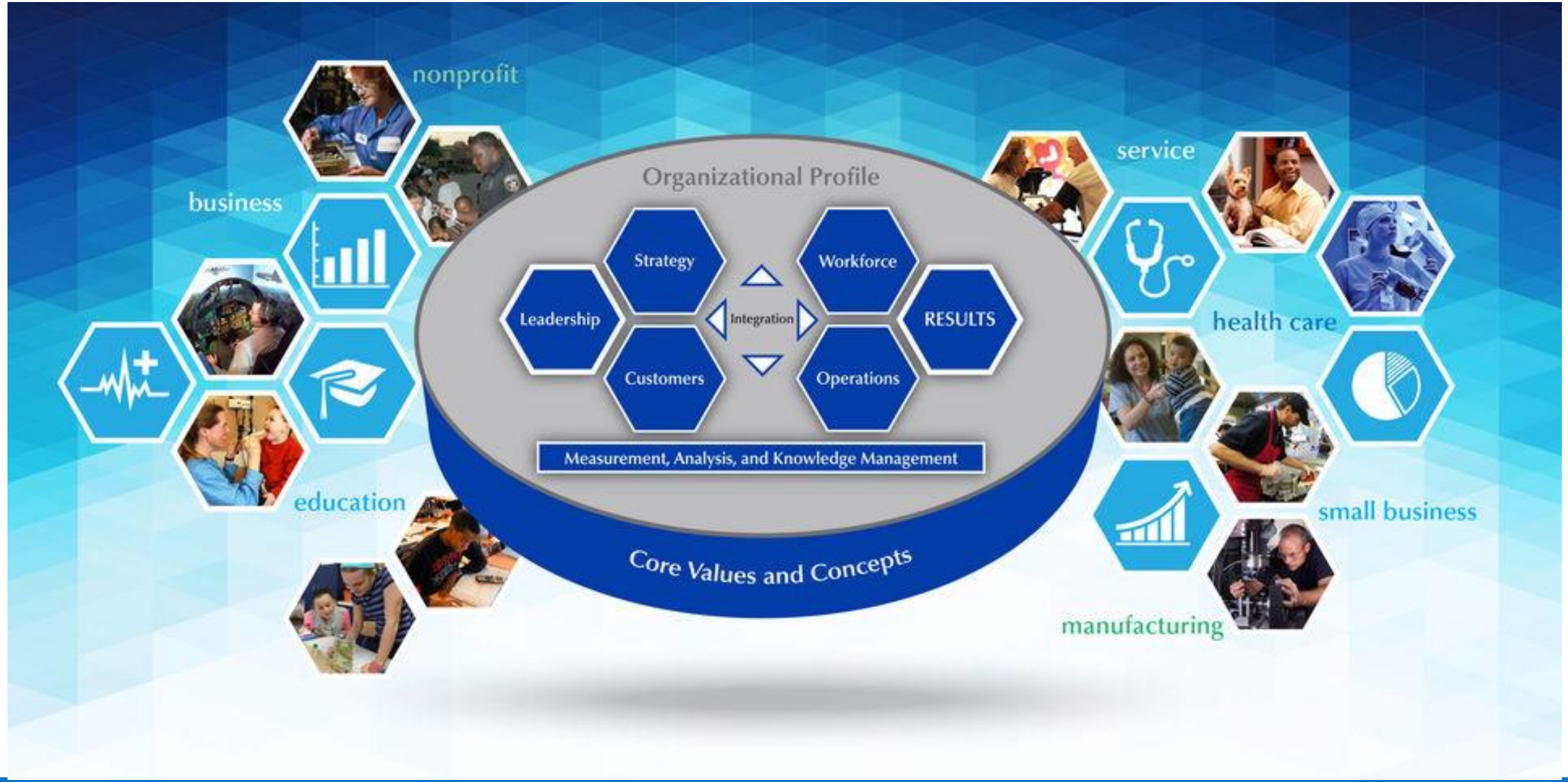
•Provides organizational assessment tools and criteria

•Educates leaders in businesses, schools, health care organizations, and government and nonprofit agencies about the practices of best-in-class organizations

•Recognizes national role models and honors them with the only Presidential Award for performance excellence

What We Do

The Baldrige Program educates organizations in performance excellence management and administers the Malcolm Baldrige National Quality Award. We are the nation's public-private partnership dedicated to improving the performance of U.S. organizations.


nonprofit
business
education
service
health care
small business
manufacturing
Organizational Profile
Strategy
Workforce
Leadership
Integration
RESULTS
Customers
Operations
Measurement, Analysis, and Knowledge Management
Core Values and Concepts

Il modello di eccellenza
=
“metodo” per il cambiamento

Vision and leadership	+	Competenze	+	Incentivi	+	Mezzi	+	Piano di implementazione	= Cambiamento
		Competenze	+	Incentivi	+	Mezzi	+	Piano di implementazione	= Confusione
Vision and leadership	+			Incentivi	+	Mezzi	+	Piano di implementazione	= Ansia
Vision and leadership	+	Competenze	+			Mezzi	+	Piano di implementazione	= Resistenza
Vision and leadership	+	Competenze	+	Incentivi	+			Piano di implementazione	= Frustrazione
Vision and leadership	+	Competenze	+	Incentivi	+	Mezzi			= Stagnazione
Criterio 1 Leadership		Criterio 3 Personale		Criterio 3 Personale		Criterio 4 Partnership e Risorse Criterio 5 Processi		Criterio 2 Politiche e Strategie	

PROGEA

ACCREDITATION CANADA

Better Quality. Better Health.

https://www.accreditation.ca/

Accreditation Canada prevede 3 livelli di Accreditamento all'eccellenza: oro, platino e diamante che le strutture sanitarie possono raggiungere in funzione della risposta fornita dai servizi di ciascuna azienda ai criteri definiti dagli standard internazionali.

ACCREDITATION CANADA

Better Quality. Better Health.

PROGEA

Italy

https://www.accreditation.ca/

AUSL Bologna, Niguarda, altri…

Organization	City	Accredited Since	Accreditation Level
Azienda ULSS 20 Verona - Dipartimento di Prevenzione	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Dipartimento di Salute Mentale	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Distretti 1	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Distretti 2	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Distretti 3	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Distretti 4	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 20 Verona - Ospedale di San Bonifacio	Verona, Veneto	2012	Gold
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino	Santorso, Veneto	2016	Gold
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo - DSM - Comunita' Allogio Casa Bianca Soligo	Pieve di Soligo, Treviso	2012	Gold
Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo - Hospice	Pieve di Soligo, Treviso	2012	Gold

http://www.achs.org.au/

The Australian Council on Healthcare Standards

CLINICAL INDICATOR PROGRAM

ACHS International

Over 1450 healthcare organisations are members of the Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) quality improvement and accreditation programs and nearly 700 organisations belong to the ACHS Clinical Indicator program.

ACHS members have a commitment to patient care and service delivery and recognise the need for continuing quality improvement. ACHS members come from across Australia and from across the world - we work with organisations in Hong Kong, the Middle East, India and New Zealand.

S.I.E.D.

Manuale di Accreditamento

in collaborazione con

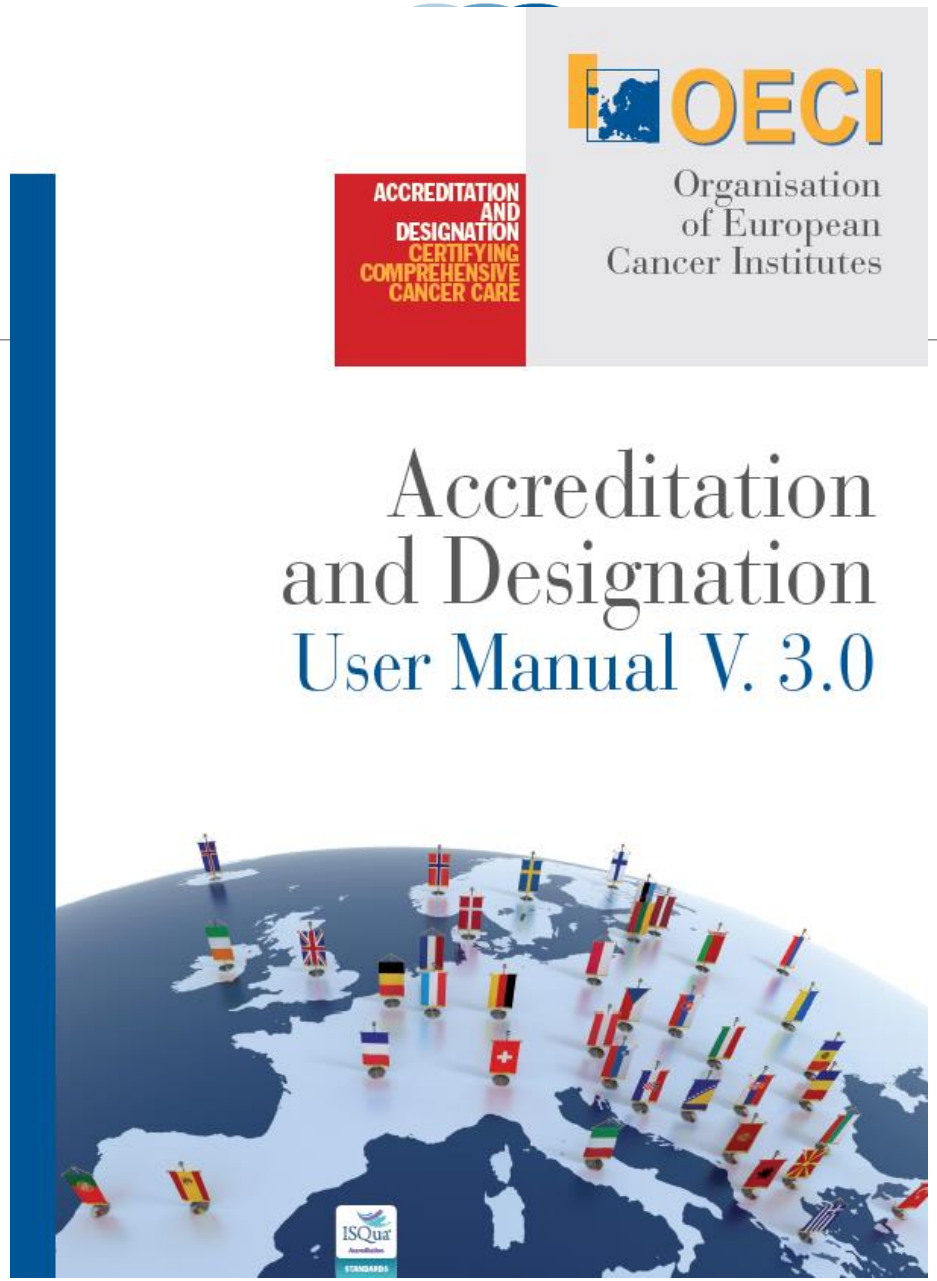
CERMET Certificazione e ricerca per la qualità

member of group kiwa Partner for progress

ANOTE IIGEA

PROGEA

Manuale Accreditamento Società Italiana Endoscopia Digestiva (SIED)


ACCREDITATION AND DESIGNATION CERTIFYING COMPREHENSIVE CANCER CARE
OECI
Organisation of European Cancer Institutes
Accreditation and Designation
User Manual V. 3.0
ISQua

FVE Federation of Veterinarians of Europe

Code of Good Veterinary Practice

PI

Quality standards and guidelines for test validation for infectious diseases in veterinary laboratories

Kim M. Newberry [(1, 2)*] & A. Colling [(1, 2)]

(1) Australian Centre for Disease Preparedness, 5 Portarlington Road, East Geelong, VIC 3219, Australia

(2) OIE Collaborating Centre for Diagnostic Test Validation Science in the Asia-Pacific region

ASVCP | AMERICAN SOCIETY for VETERINARY CLINICAL PATHOLOGY

Principles of Quality Assurance and Standards for Veterinary Clinical Pathology (Version 2.0, completed 2009, published in 3 sections)

- Control of preanalytical and analytical factors for hematology for mammalian and nonmammalian species, hemostasis, and crossmatching in veterinary laboratories

- Control of preanalytical, analytical, and postanalytical factors for urinalysis, cytology, and clinical chemistry in veterinary laboratories

- Control of general analytical factors in veterinary laboratories

Key Areas of Quality Standards in Veterinary Medicine:

PROGEA

•Ethical Conduct:

•Veterinarians are expected to maintain honesty, fairness, and professionalism in their interactions with clients, colleagues, and patients. This includes reporting suspected abuse or neglect, avoiding misrepresentation, and adhering to advertising guidelines.

•Veterinary Medicinal Products:

•These products must be manufactured according to Good Manufacturing Practices (GMP) standards, ensuring the quality, purity, and strength of the active ingredients and the final product. This includes labeling, packaging, and release processes.

•Laboratory Services:

•Quality standards are crucial for veterinary clinical pathology laboratories, ensuring the reliability and validity of test results. This involves controlling pre-analytical, analytical, and post-analytical factors.

•Veterinary Services:

•Standards are set for the overall quality of veterinary services, including communication with clients, collaboration with stakeholders, and the overall competence of the services provided.

•Quality Improvement:

•Practices should implement quality improvement initiatives to continuously enhance patient care and client satisfaction. This can involve involving the team, establishing standard operating procedures, and using models like Plan-Do-Study-Act.

•**Animal Welfare:**
•Veterinarians have a responsibility to ensure the welfare of the animals in their care, including providing appropriate care, pain management, and addressing suspected cases of animal abuse or neglect.

•**Client Communication:**
•Open and effective communication with clients is essential, fostering trust and ensuring informed decision-making.

•**Competence of Veterinary Professionals:**
•Veterinarians should maintain their competence through continuing education and professional development.

•**Use of Technology:**
•Proper use and maintenance of veterinary technology, including diagnostic imaging and laboratory equipment, are essential for quality care.

•**Record Keeping:**
•Accurate and comprehensive record-keeping is vital for tracking patient progress, ensuring continuity of care, and documenting treatment protocols.

The Joint Commission

La Joint Commission è un'organizzazione statunitense non profit che si occupa di accreditare e valutare le organizzazioni sanitarie per migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi di assistenza sanitaria. È una delle organizzazioni di accreditamento più importanti e con più esperienza al mondo.

https://www.jointcommission.org/multimedia/a-world-of-difference--video-presentation/

Joint Commission International

Organization Accredited by Joint Commission International

IMPROVING THE QUALITY AND SAFETY OF HEALTHCARE FOR EVERY PATIENT ACROSS THE GLOBE

http://www.jointcommissioninternational.org/

JCI is the recognized leader in international health care accreditation.

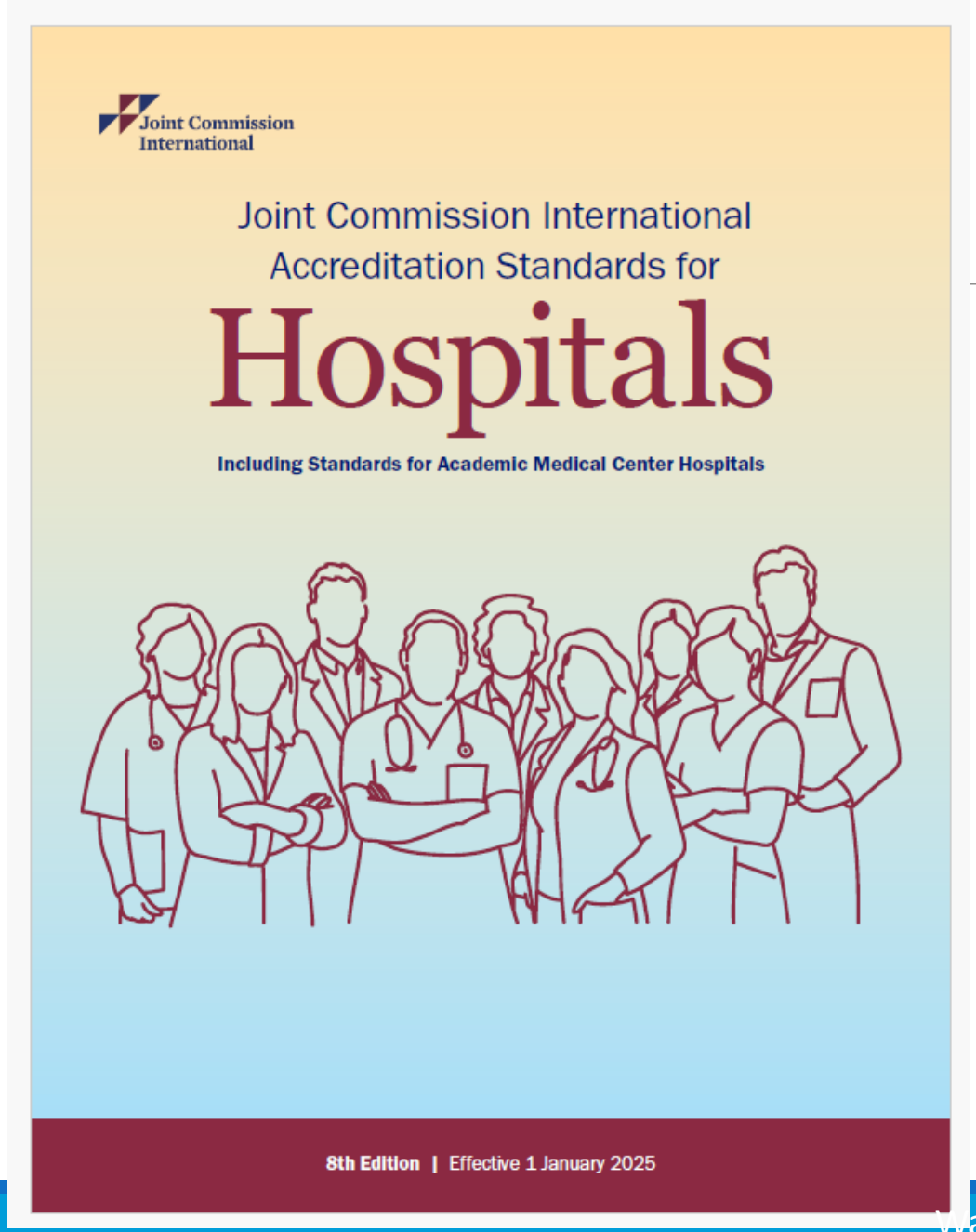
Tutti gli standard JCI sono improntati su QUALITA' e SICUREZZA

Joint Commission International è la divisione internazionale di The Joint Commission (USA), organizzazione non governativa dedita da oltre 75 anni al miglioramento della qualità e della sicurezza nei servizi sanitari.
The Joint Commission rappresenta l'ente di accreditamento in sanità più grande e con più esperienza al mondo.
Ad oggi, tramite un processo di accreditamento volontario, sono state accreditate più di 1000 organizzazioni e programmi sanitari nel mondo e oltre 20 nel nostro Paese

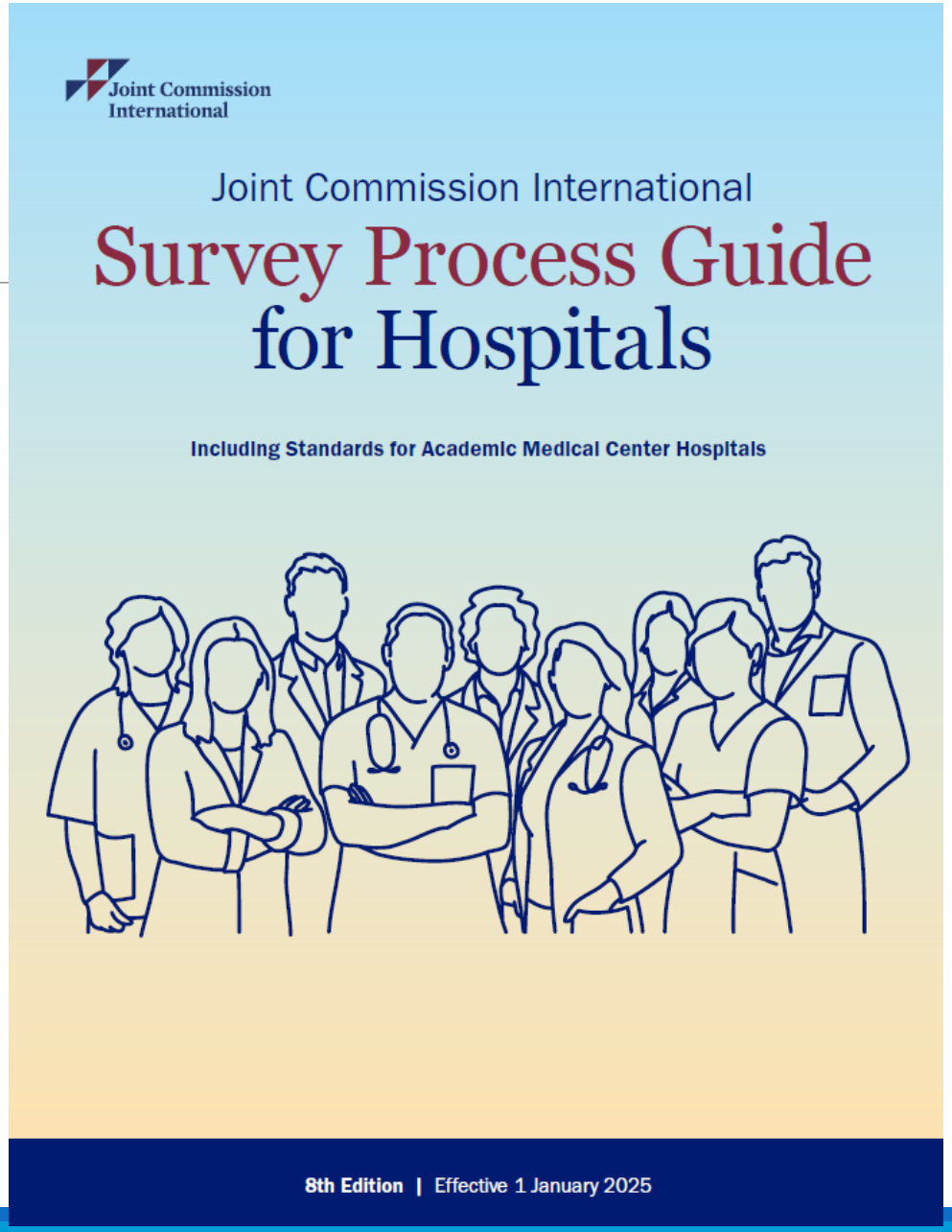
ISQua Membership
Supporting Patient Safety and Healthcare Quality Globally

PROGEA

>1000 ORGANIZZAZIONI ACCREDITATE NEL MONDO; 28 STRUTTURE IN ITALIA


Joint Commission International
Joint Commission International
Accreditation Standards for
Hospitals
Including Standards for Academic Medical Center Hospitals
8th Edition | Effective 1 January 2025

PROGEA


Joint Commission International
Joint Commission International
Survey Process Guide
for Hospitals
Including Standards for Academic Medical Center Hospitals
8th Edition | Effective 1 January 2025

PROGEA

Standard

E’ **l’enunciazione di una aspettativa** (*comportamento atteso*)

Uno standard definisce un livello accettabile di performance per una organizzazione o un individuo.

Si riferisce a strutture, processi o outcome misurabili.

Obiettivi, standard, intenti e fattori misurabili

Obiettivo 1: Identificazione corretta dei pazienti

Standard IPSG.1

L'ospedale elabora e implementa un processo per migliorare l'accuratezza di identificazione del paziente. ℗

Intento Per ogni standard è esplicitato l'**INTENTO:**

una breve spiegazione del razionale e del significato di uno standard.

L'intento può contenere il dettaglio delle aspettative derivanti dallo standard

Intento di IPSG.1

Gli errori di identificazione del paziente si verificano praticamente in tutte gli aspetti della diagnosi e del trattamento. Il paziente può essere sedato, disorientato, non del tutto vigile o in stato comatoso; può cambiare posto letto, stanza o reparto all'interno dell'ospedale; può presentare disabilità sensoriali; può non essere in grado di ricordare la propria identità oppure si possono verificare altre situazioni che causano errori di identificazione. L'intento di questo obiettivo è duplice: in primo luogo, identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento; in secondo luogo, verificare la corrispondenza tra il servizio o il trattamento e il paziente.

Fattori misurabili

Per ogni standard sono specificati

i FATTORI MISURABILI (1217):

- elencano ciò che è richiesto per una completa e totale aderenza allo standard
- sono singoli elementi di uno standard e del suo intento che vengono valutati e votati durante il processo di accreditamento (survey)

Types of Tracers

Due tipi di Tracers

1. Patient Tracer: segue il **<u>percorso del paziente</u>**, di un singolo paziente all'interno dell'ospedale

2. System Tracer: Segue un **<u>processo</u>** nell'ospedale, dall'inizio alla fine

Joint Commission International

CREDERSI PIÙ DI CIÒ CHE SI È….
….O STIMARSI MENO DI CIÒ CHE SI VALE?

Walter Gomarasca

“Un grande errore è quello di credersi più di ciò che si è e stimarsi meno di ciò che si vale.”

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

PROGEA

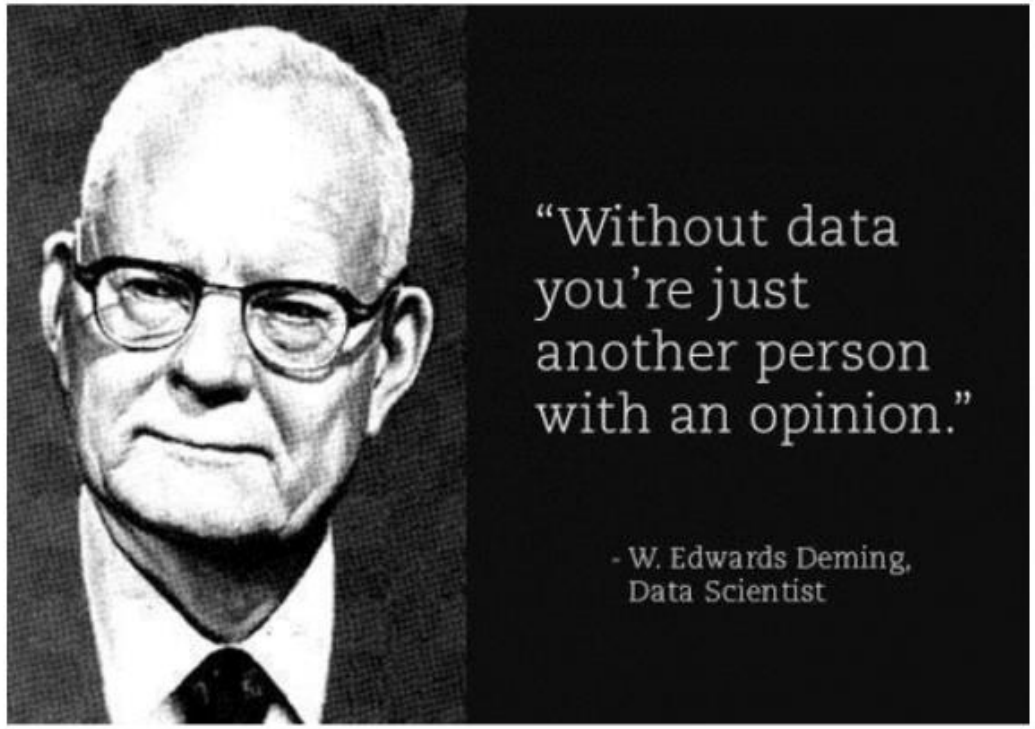
Misurare e valutare i processi

"Di Dio ci fidiamo.
Tutti gli altri portino dati."

William Edwards Deming, (1900-1993)

Indicatori

Clinico-assistenziali



AUTOREFERENZIALITA’

— Non capisco dove l’abbia sentita, lei, questa fesseria che la nostra azienda sia in crisi.

Siamo bravi
per definizione,
per appartenenza,
per titolo

PESSIMISMO

Un pessimista è colui che, quando sente profumo di fiori, si guarda in giro per vedere dov'è la bara

Henry Louis Mencken

Il rischio opposto a quello dell'autoreferenzialità è quello del «non va bene niente», «non ne vale la pena»

Spesso dipende dalla mancanza di consapevolezza dell'effettiva qualità dei risultati raggiunti.

La mancanza di confronto, se è vero che non ci permette di scoprire le carenze da colmare, spesso non ci consente di dimostrare le effettive eccellenze.

Misurare

da un lato le criticità,

dall’altro le eccellenze

I LEADER DI DIPARTIMENTO E DI UNITA' OPERATIVA

Scegliere le **priorità** di misurazione

Capire **se e dove bisogna migliorare**

- per ridurre la discrezionalità e le inefficienze,
- per incrementare la sicurezza delle procedure
- per migliorare l'efficacia delle terapie o dei trattamenti
- per migliorare la soddisfazione del paziente
- per mirare all'eccellenza o per dimostrare la qualità del lavoro svolto

E' compito di chi dirige l'Unità, sotto il profilo medico, infermieristico e tecnico

PROGEA

I leader di dipartimento o servizio devono essere i principali attori

nella selezione e nel monitoraggio dell'attività clinico-assistenziale

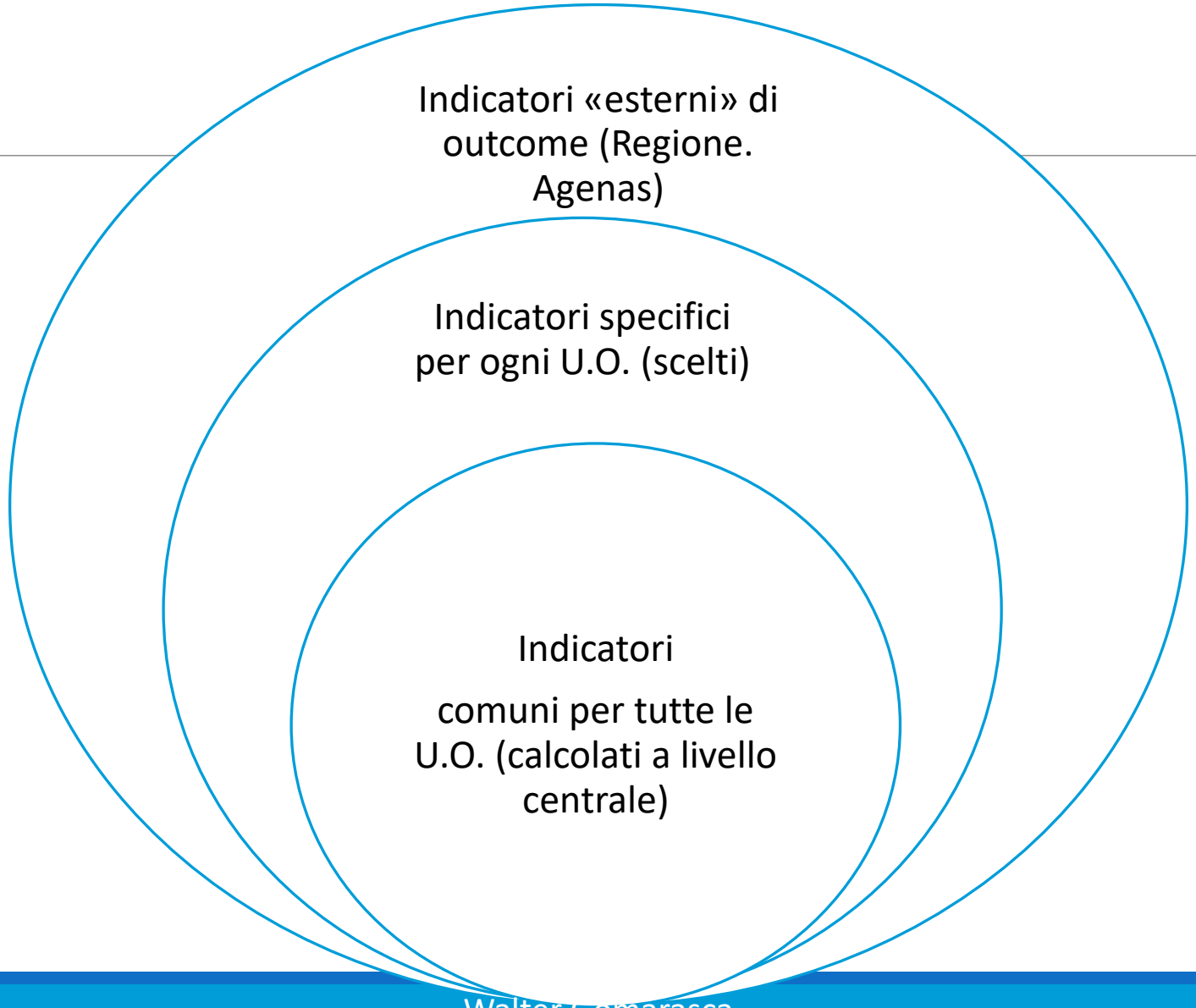
Non è compito dell'Ufficio Qualità: la leadership dell'ospedale, dei Dipartimenti, delle Unità Operative deve definire le priorità di misurazione e di miglioramento.

La Direzione dell'ospedale è il facilitatore, è a servizio dei leader, che devono diventare i veri protagonisti.

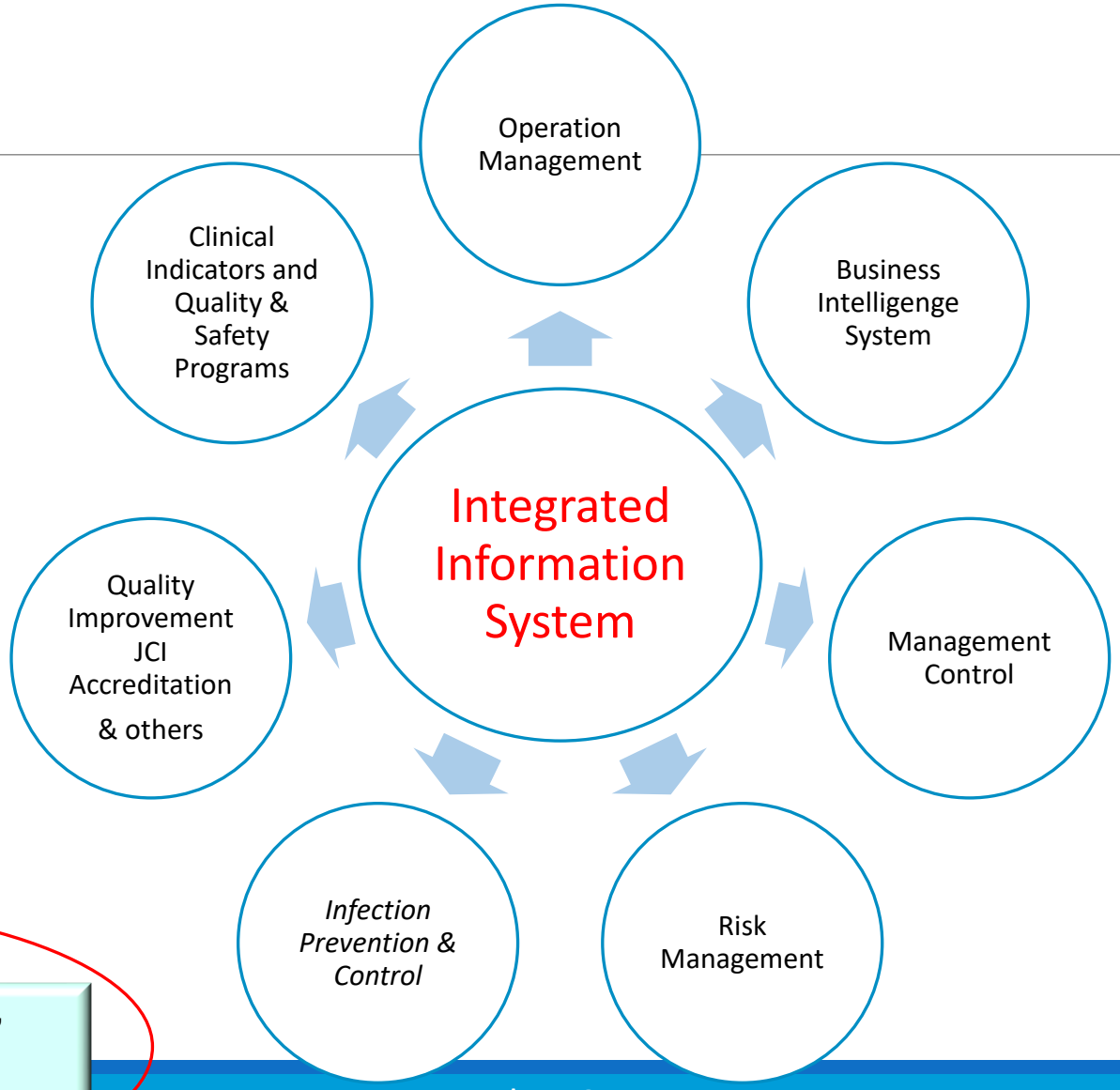
E l'oggetto di miglioramento, non sono i protocolli, non è la carta:

diventare un centro di eccellenza oncologico, ridurre il tasso di riospedalizzazione, diminuire la prevalenza e l'incidenza delle infezioni, eliminare i problemi di flusso dei pazienti, monitorare il lavoro delle attività in outsourcing, diminuire gli eventi avversi o implementare un'organizzazione per intensità di cura, risparmiare sulle inefficienze e sui costi aggiunti…… questo è migliorare……

Come sono raccolti, aggregati ed analizzati i dati



Quanto è elevate la nostra Qualità? Quanto è sicuro il nostro lavoro? Cosa dobbiamo conoscere?



CLINICAL-CARE ASSESSMENTS,
CLINICAL PATHWAYS,
RISK ASSESSMENT

ECONOMIC AND ORGANIZATIONAL ASSESSMENTS

PROGEA

I Responsabili di Dipartimento /Servizio partecipano:
- alle priorità di miglioramento trasversali a tutto l'ospedale e
- al miglioramento dell'assistenza e delle cure specifiche del Dipartimento/Servizio?

Misurare = avere informazioni oggettive a supporto delle **attività di miglioramento** e valutare:

- tutte le attività svolte o erogate
- i privileges dei medici / la valutazione degli infermieri
- le linee guida e la loro applicazione
- i PDTA
- i protocolli clinici

Le attività di misurazione dovrebbero offrire la possibilità di valutare anche il personale oltre ai processi assistenziali

Come è organizzato il programma di qualità e sicurezza per supportare i responsabili nell'implementazione del programma? Il programma dispone di risorse e tecnologie adeguate?

In che modo il personale addetto alla qualità supporta i responsabili e il personale delle U.O. nei loro sforzi di miglioramento della qualità?

Le fonti dei dati

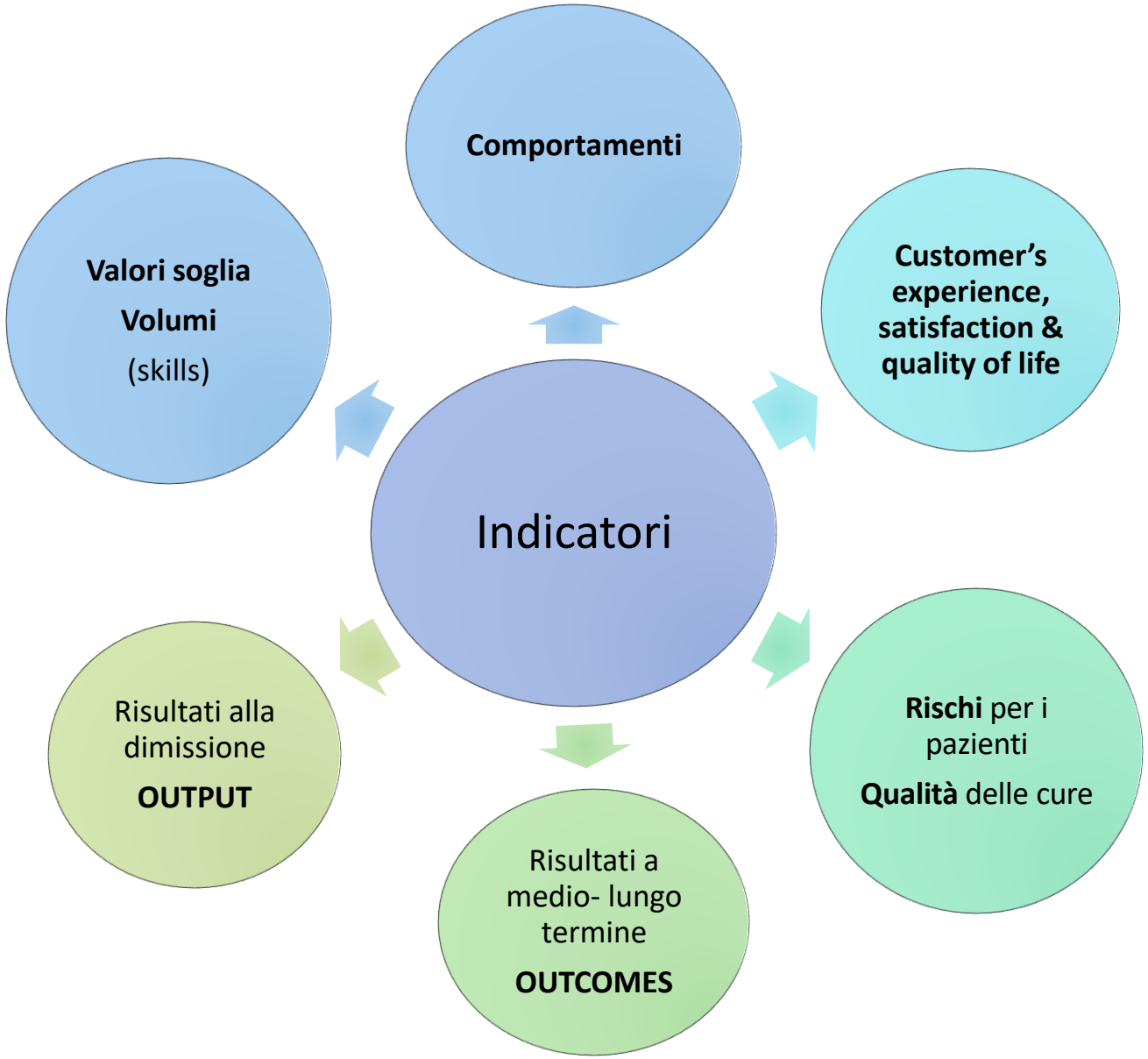
- Completezza / accuratezza cartelle cliniche
- Aderenza ai Percorsi Clinico-Assistenziali e alle Linee Guida
- Indicatori di rischio
- Infezioni
- Customer satisfaction e customer experience
- Sicurezza delle infrastrutture, impianti, apparecchiature

Differenza fra DATI e indicatori

- Importante analizzare i DATI allo scopo di comprendere dove siamo bravi e dove possiamo migliorare
- La semplice «raccolta di dati» non è di per sè sufficiente
- Creare indicatori significa analizzare i dati e trasformarli in INFORMAZIONI UTILI

Cosa decidiamo di misurare?

Indicatori di Performance clinico-assistenziali



Il benchmarking possibile è potenzialmente molto ampio:

A) Fonti istituzionali (Agenas, Regione, Scuola Sup. S.Anna-Pisa, Ministero, ISS)

B) International Library of Measures

C) Società Scientifiche Nazionali e Internazionali

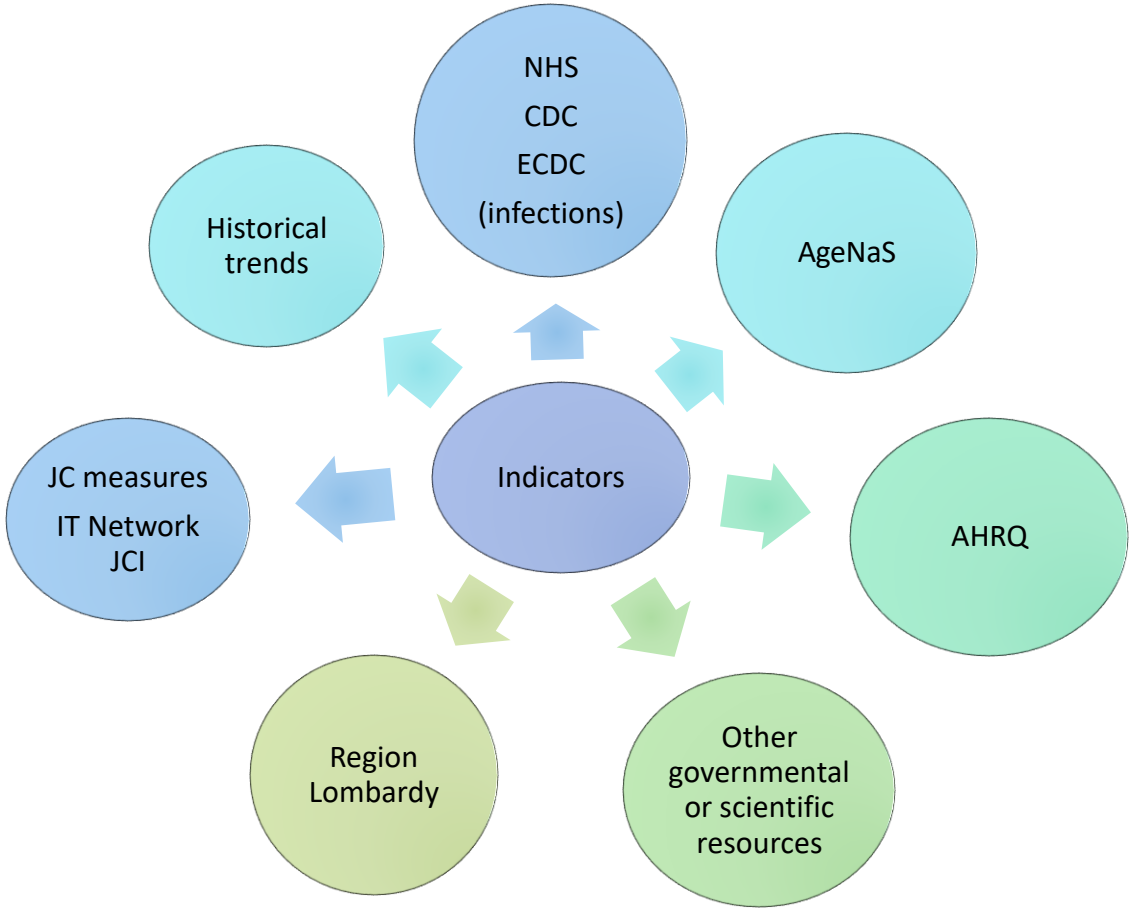
D) Sistemi sanitari (es: NHS)

E) Istituzioni Internazionali (es CDC Atlanta, ECDC, AHRQ, ICHOM)

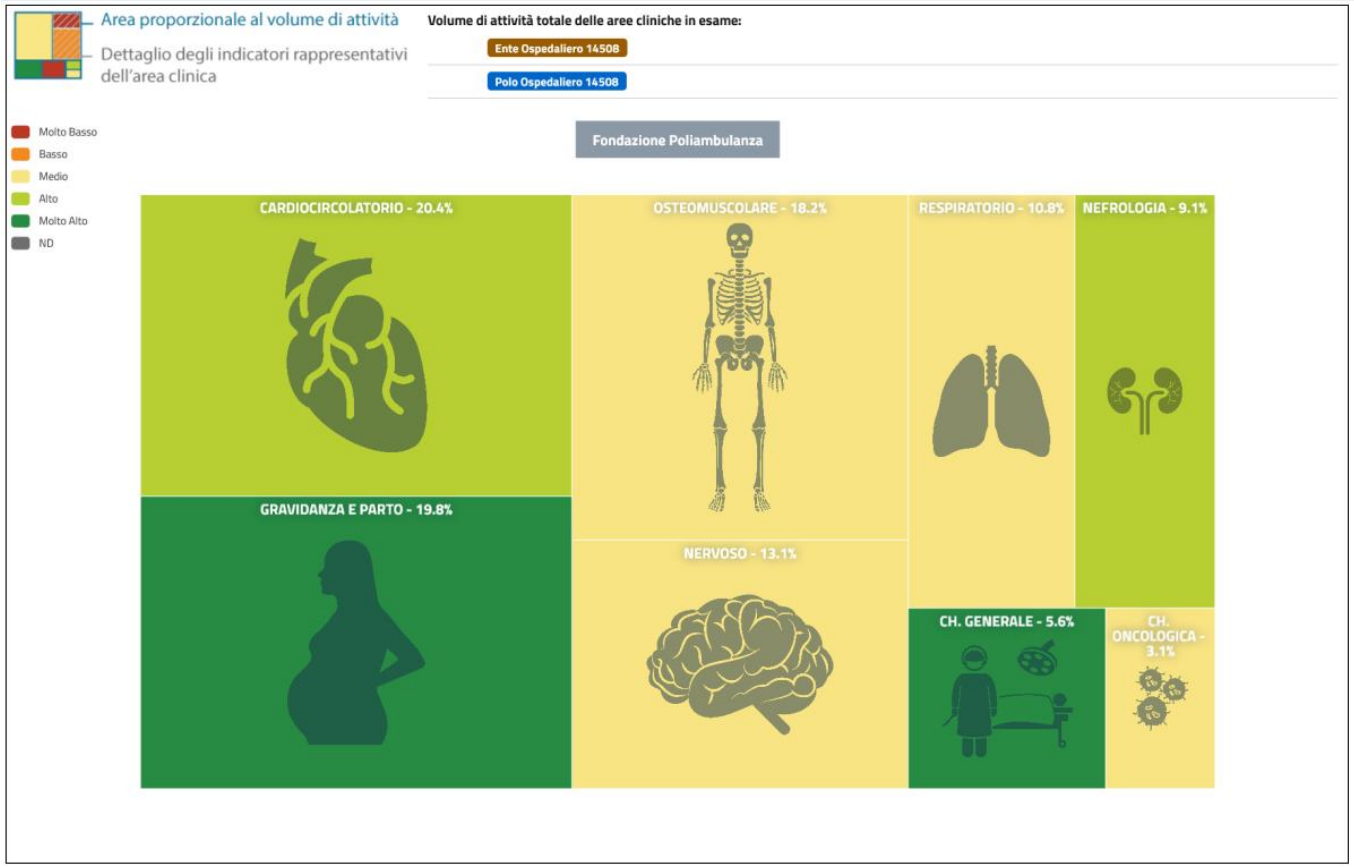
F) OMS

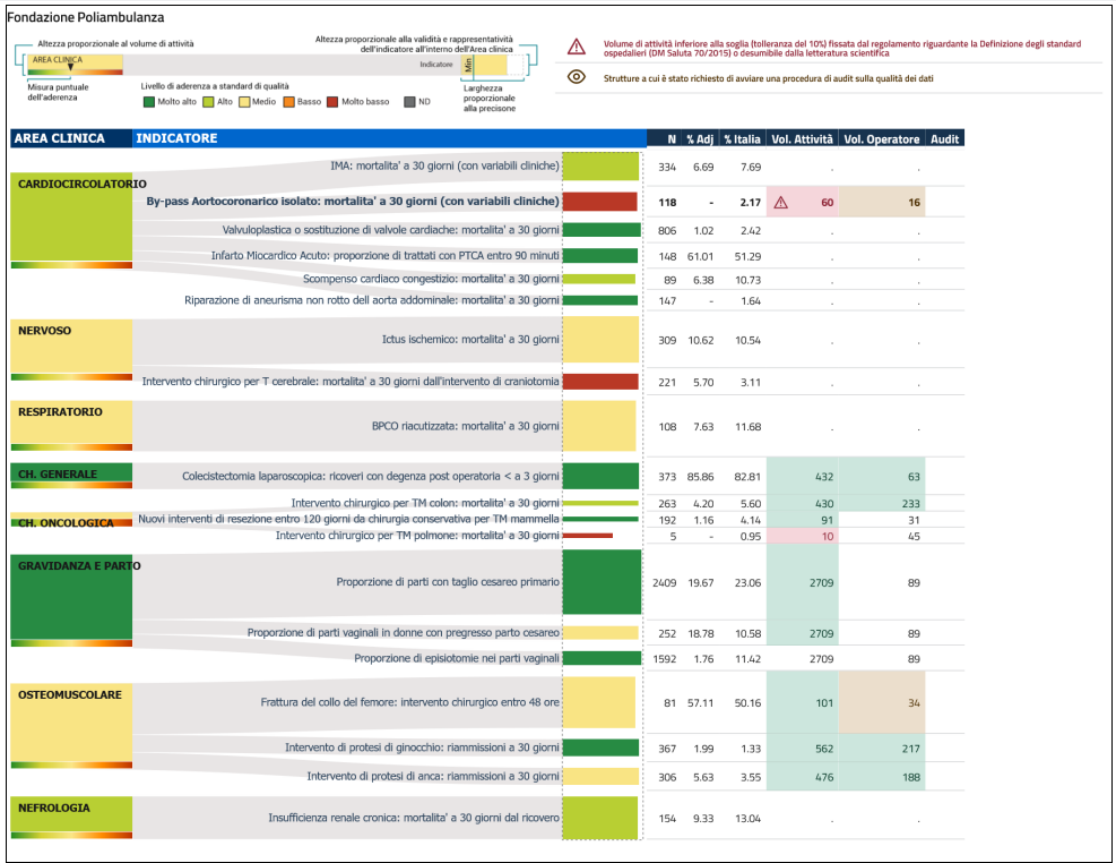
G) Altri ospedali internazionali, singoli o in rete (es: Johns Hopkins, Karolisnska, Majo clinic, ospedali rete JCI) o nazionali (rete nazionale JCI)

H) <u>Dati storici e trend interni</u>



AGENAS / PNE





AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalita' a 30 giorni (con variabili cliniche)	334	6.69	7.69	.	.	
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalita' a 30 giorni (con variabili cliniche)	118	-	2.17	60	16	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalita' a 30 giorni	806	1.02	2.42	.	.	
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	148	61.01	51.29	.	.	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalita' a 30 giorni	89	6.38	10.73	.	.	
	Riparazione di aneurisma non rotto dell aorta addominale: mortalita' a 30 giorni	147	-	1.64	.	.	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	309	10.62	10.54	.	.	
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalita' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	221	5.70	3.11	.	.	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalita' a 30 giorni	108	7.63	11.68	.	.	
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	373	85.86	82.81	432	63	
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	263	4.20	5.60	430	233	
	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	192	1.16	4.14	91	31	
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	5	-	0.95	10	45	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2409	19.67	23.06	2709	89	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	252	18.78	10.58	2709	89	
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1592	1.76	11.42	2709	89	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	81	57.11	50.16	101	34	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	367	1.99	1.33	562	217	
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	306	5.63	3.55	476	188	
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalita' a 30 giorni dal ricovero	154	9.33	13.04	.	.	

Problema: i risultati giungono con un discreto ritardo rispetto al periodo di rilevazione

DA NON DIMENTICARE…..

Gli indicatori sono come il cane che punta la preda: è il cacciatore che interpreta i segnali e interviene al momento opportuno

Quality and Safety Dashboard

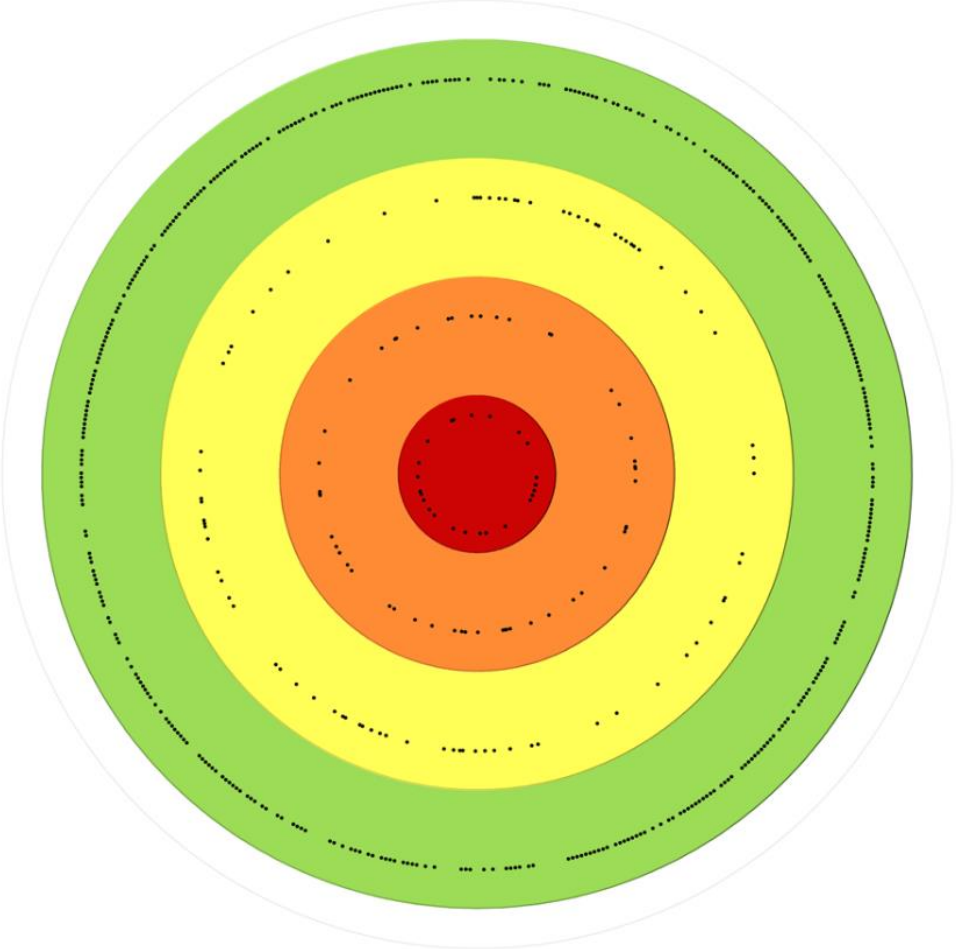
591 indicatori clinici esaminati

Green: meglio o corrispondenti al benchmarking

Yellow: deviazione dai valori di riferimento entro il 30%. Giudicato "fisiologico" in base alla scarsa numerosità.

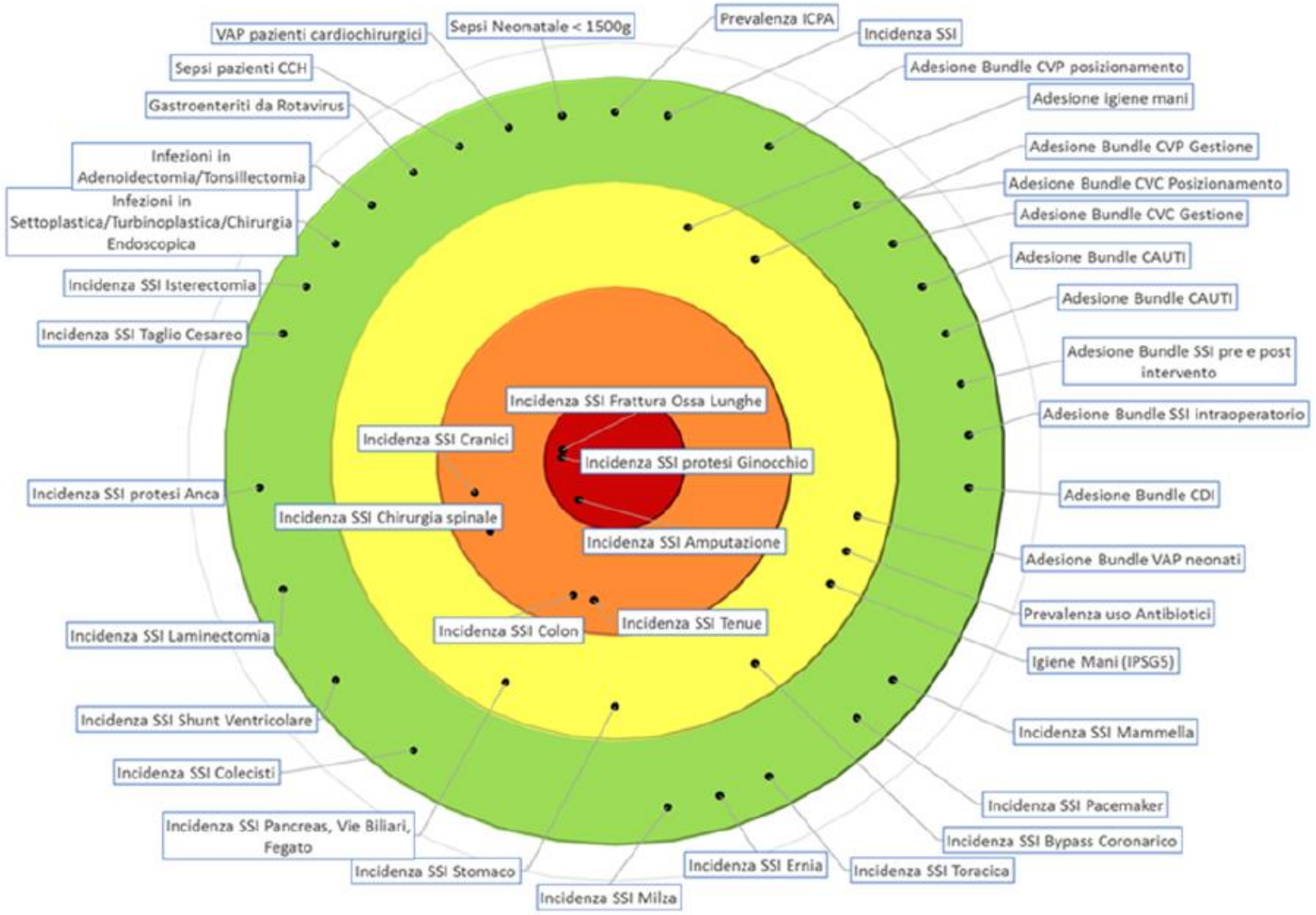
Orange: deviazione compresa fra il 30 ed il doppio del valore (100%). E' richiesta l'analisi.

Red: valori superiori al doppio del riferimento. E' richiesta l'analisi.



Un totale di 591 indicatori, di cui 78 meritevoli di un riesame generico, 45 dei quali di approfondimento, di cui 8 hanno richiesto azioni correttive.

Infections Area, Indicators System



Infections Area:

- Infections prevalence
- SSI Incidence
- Sentinel Microorganisms
- Antimicrobial stewardship and Ab prevalence
- Compliance:
  - Hand hygiene,
  - Bundles