

# Il Cruscotto Direzionale in funzione del miglioramento della Comunicazione dei Risultati Assistenziali

Curarsi da noi

Dipartimenti e reparti

L'azienda

Didattica e formazione

Innovazione e ricerca

Notizie



## Come fare per

- › Richiedere esami e visite
- › Cosa sapere sulle prestazioni
- › Conoscere le prestazioni erogate
- › Cercare attività in libera professione
- › Arrivare in ospedale
- › Richiedere la cartella clinica
- › Fare una segnalazione
- › Trovare bandi, gare e concorsi
- › Alloggi parenti di pazienti complessi
- › Distribuzione diretta farmaci

News

[Leggi tutte](#)

**Ilario Guardini**

Funzione Sviluppo Professionale  
Direzione Professioni Sanitarie

**Maura Mesaglio**

Referente Area Infermieristica  
Coordinatore Professioni Sanitarie  
Direzione Professioni Sanitarie

## Definizione

### Strumento di aiuto al management:

- Informazioni rilevanti e tempestive
- Sapersi situare e conoscere il sistema
- Guidare - approccio globale
- Riflettere - orientare le nuove strategie
- Organizzare - livello di performance
- Deve poter evolvere
- Non è uno strumento di sanzione
- Accreditato



Health and Social Care Information Centre <http://systems.hscic.gov.uk/interop/background/accred/catalogue/dashboards>  
Royal College of Nursing. Nursing dashboards – measuring quality 2012 [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/)



# Background (1)



JONA  
Volume 40, Number 1, pp 10-16  
Copyright © 2010 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION

## Assessing and Selecting Data for a Nursing Services Dashboard

Karen H. Frith, PhD, RN, NEA-BC

Faye Anderson, DNS, RN, NEA-BC

Jeanne P. Sewell, MSN, RN

Nurse leaders are held accountable for staffing decisions and quality outcomes, sometimes without proper decision support tools. A nursing services dashboard can provide information to guide staffing decisions for positive outcomes. The authors examine the sources, attributes, and uses of administrative data to assist nurse leaders to make informed decisions in selecting data for inclusion in their nursing services dashboard.

Findings from research on nurse staffing show an undeniable trend: as nurse hours and the percentage

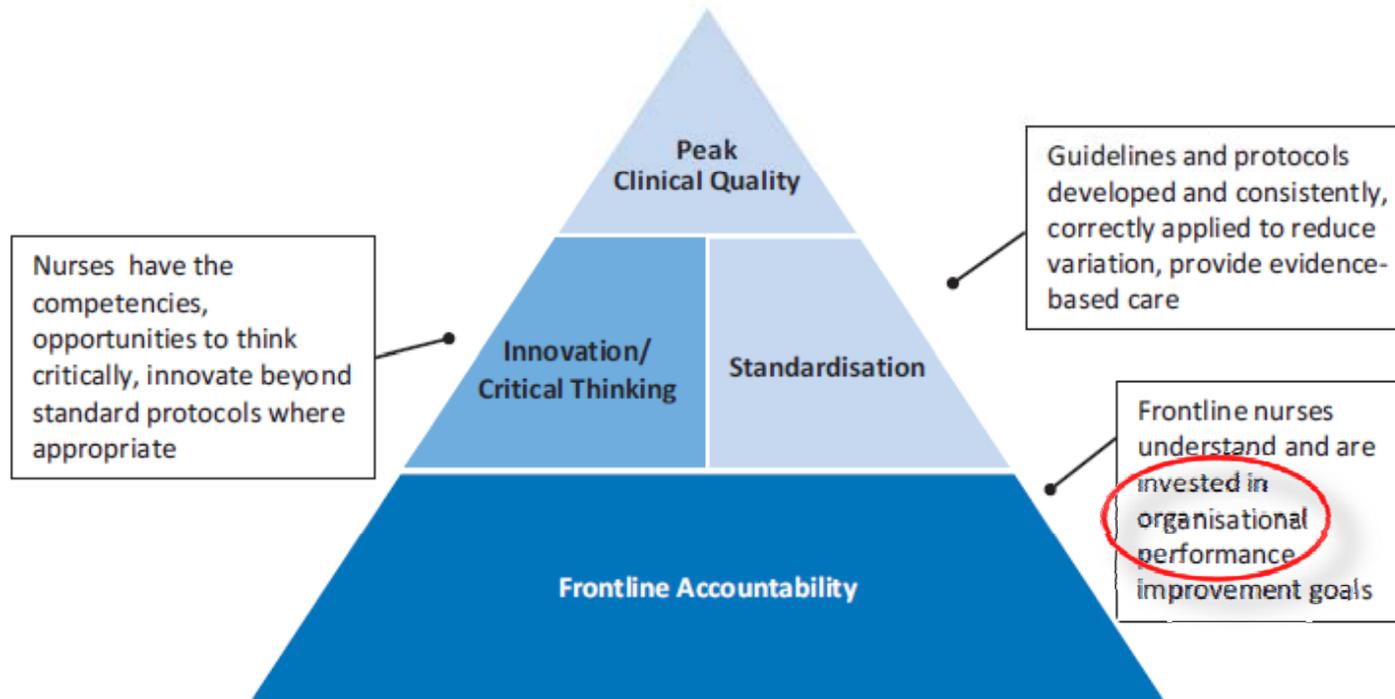
To assess staffing and patient outcomes, data related to staffing, nurses, units, hospitals, and patients are needed. The origins of the data may vary. For example, data may be embedded in discharge abstracts, incidence reports, patient records, *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)* codes, diagnosis-related group (DRG) codes, charge masters, payroll system reports, financial management systems, quality improvement systems, and patient acuity systems. Because data from particular systems are structured to meet specific internal or external



# Accountability

## Frontline Accountability Foundational to Success

### Improvement Strategy Hierarchy



## Background (2)

Data that are benchmarked with other units, or hospitals, or with standardized databases such as the National Database for Nursing Quality Indicators (NDNQI) or the California Nursing Outcomes Coalition (CalNOC), must be structured using the same definitions as the comparison units. Unfortunately, there is no one set of data definitions for staffing and patient outcomes.<sup>17</sup> Between 2002 and 2008, efforts to establish a common list of nurse-sensitive outcomes resulted in consensus on nurse-sensitive indicators<sup>18,19</sup> (Figure 1). Wherever available, accepted definitions are noted here as the current standard.

utilizzare le medesime  
definizioni per consentire  
il confronto

### Patient-centered Outcome Measures

1. Death among surgical inpatients with treatable serious complications
2. Pressure ulcer prevalence: Percentage of inpatients who have a hospital-acquired pressure ulcer
3. Falls prevalence: Number of inpatient falls per inpatient days
4. Falls with injury: Number of inpatient falls with injuries per inpatient days
5. Restraint prevalence: Percentage of inpatients who have a vest or lift
6. Urinary catheter-associated urinary tract infection for intensive care unit: Percentage of urinary tract infections associated with use of urinary catheters for ICU patients
7. Central line catheter-associated blood stream infection rate for ICU: Percentage of blood stream infections associated with use of central line catheters for ICU patients
8. Ventilator-associated pneumonia for ICU and high-risk nursery patients: Percentage of ventilator-associated pneumonia for ICU and high-risk nursery patients

### System-centered Measures

1. Skill mix: Percentage of registered nurse, licensed vocational/practical nurse, and contracted nurse care hours to total nursing care hours
2. Nursing care hours per patient day: Number of registered nurses per patient day (registered nurse, licensed vocational/practical nurse, and patient day)
3. Practice Environment Scale — Nursing Work Index: Composite score of (1) nursing participation in hospital affairs; (2) nursing foundations for quality of care; (3) leadership and support of nurses; (4) staffing and resource adequacy relations.
4. Voluntary turnover: Number of voluntary uncontrolled separations during the year (APNs, LVN/LPNs, NAs).

Note: NQF, National Quality Forum

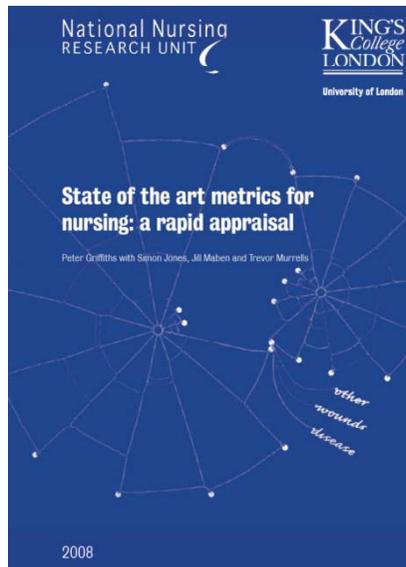
Figure 1. NQF-endorsed national voluntary consensus standards for nursing-sensitive outcomes

18. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). *Online J Issues Nurs.* 2007; 12(3). Manuscript 2. Available at [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx). Accessed July 24, 2009.
19. National Quality Forum. Nursing Care Quality. Available at [http://qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive\\_Care\\_Initial\\_Measures/Nursing\\_Sensitive\\_Care\\_Initial\\_Measures.aspx](http://qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive_Care_Initial_Measures/Nursing_Sensitive_Care_Initial_Measures.aspx). Accessed July 24, 2009.

## Background (3)

**Table 1.** Most frequently identified indicators

Indicator	Area	Number of sources
Pressure ulcer	Safety	11
Failure to rescue	Safety	9
Staffing levels	Effectiveness	9
Falls	Safety	8
Health care associated infection: pneumonia	Safety	8
Staff satisfaction and well-being	Effectiveness	7
Health care associated infection: urinary tract infection	Safety	6
Staffing, skill mix	Effectiveness	6
Medication administration errors	Safety	5
Mortality	Safety	5
Practice environment/perceived quality	Effectiveness	5
Satisfaction with (nursing) care	Compassion	5
Sickness rates	Effectiveness	5
Smoking advice	Effectiveness	5
Staffing bank or agency use	Effectiveness	5
Communication	Compassion	4
Staff experience, knowledge, skills and expertise	Effectiveness	4
Health care associated infection: surgical wound	Safety	4
Instrumental activities of daily living and self-care	Effectiveness	4
Perception of adequate staffing	Safety	4
Use of restraints	Compassion	4





## Obiettivi generali

- Migliorare comunicazione e diffusione degli indicatori
- Contribuire a creare una cultura dell'Accountability
- Fornire una visione bilanciata della performance assistenziale

Individual responsibility and investment in patient care outcomes and key organisational/ward goals.

# Dal dato alle azioni

Dati

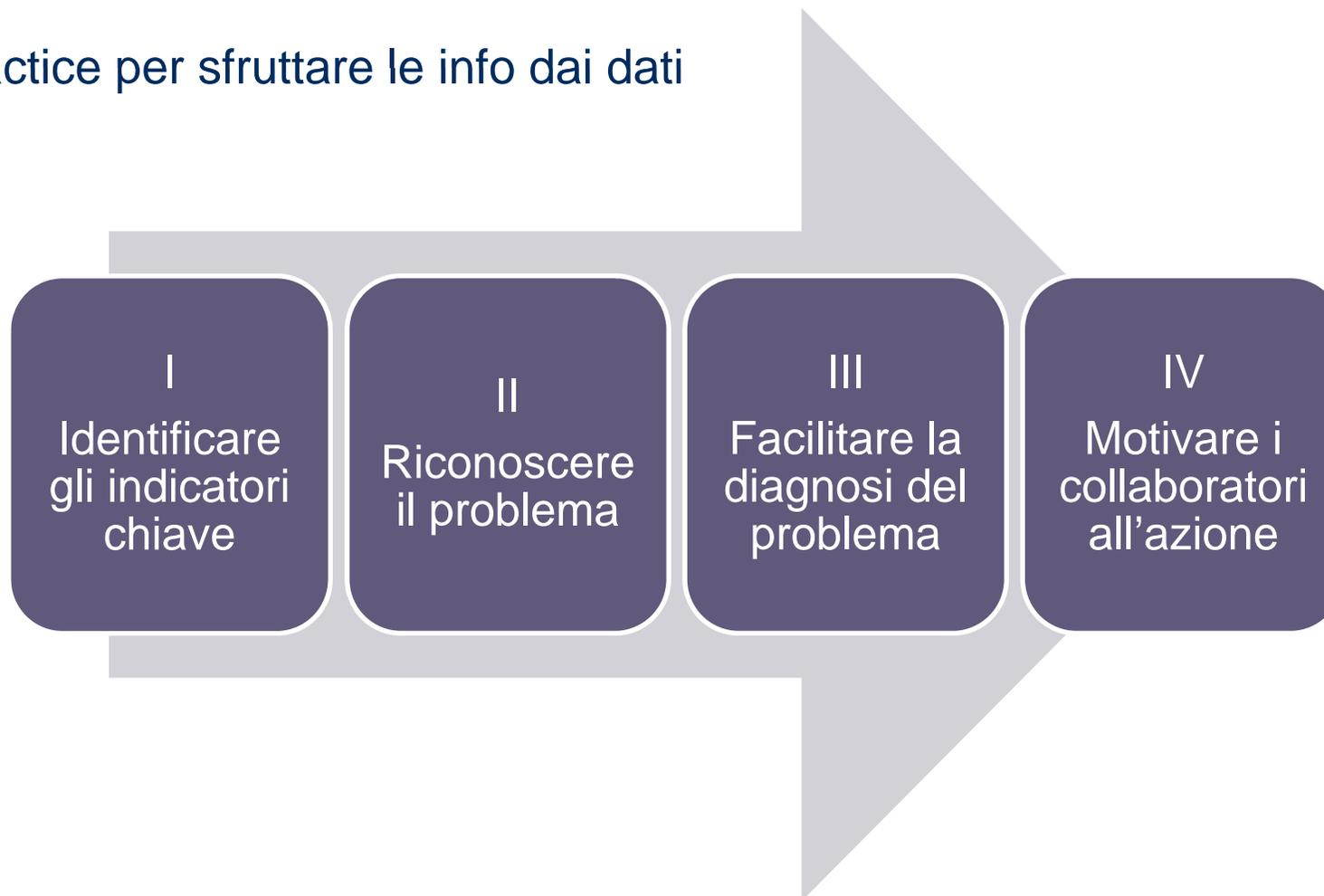
Benchmarking

Performance gap

Azioni

# Dai dati al miglioramento della performance

Best Practice per sfruttare le info dai dati



## Identificare gli indicatori chiave (1)

# Valutazione della disponibilità dei dati



### Disponibilità reale dei dati

- Accessibili rapidamente e senza eccessiva difficoltà
- No raccolta dati se troppo onerosa



### Frequenza di monitoraggio

- Monitoraggio costante, mensile o trimestrale
- Intervalli dilatati (annuale) ostacolano l'impatto sulla performance



### Comunicabilità

- Definizione e modalità dei calcolo dovrebbero essere semplici e comprensibili
- L'incomprensione impedisce la potenzialità di intervento

## Identificare gli indicatori chiave (2)

# Selezione degli indicatori clinici

<b>Nursing-Sensitive Care (NSC)</b>	
I-NSC-2	Patients that have hospital-acquired (nosocomial) pressure ulcer(s) (category/stage II) on the day of the prevalence study. Note: Please see Appendix E for details on how to collect this measure.
I-NSC-4	All documented falls with or without injury, experienced by patients in a calendar month.
I-NSC-5	All documented falls by a patient with an injury level of minor (2) or greater.

Tratto da JCI International  
Library of Measures

## Identificare gli indicatori chiave (3)

# Riferimenti

Metric Category: Care Quality (continued)			
Metric	Ideal Reporting Frequency	Calculation(s)	Endorsing Organizations
<b>PRESSURE ULCERS</b>	Monthly	33 Pressure ulcer incidence  Total number of decubitus ulcers X 1,000/ Total # of patient days	
			
	Monthly	34 Hospital-acquired pressure ulcer prevalence  The number of persons who exist in the patient population at a point in time with hospital-acquired pressure ulcers	  
Monthly	35 Skin assessment completed on admission  Percent of skin assessments completed upon admission		

Nursing Executive Center



Nursing Metrics Pick-List

Contents	
Metric Category	Metrics Count
Care Quality	46
Human Resources	15
Operations	24
<b>Total</b>	<b>79</b>

The National Database of Nursing Quality Indicators

The Agency for Healthcare Research and Quality

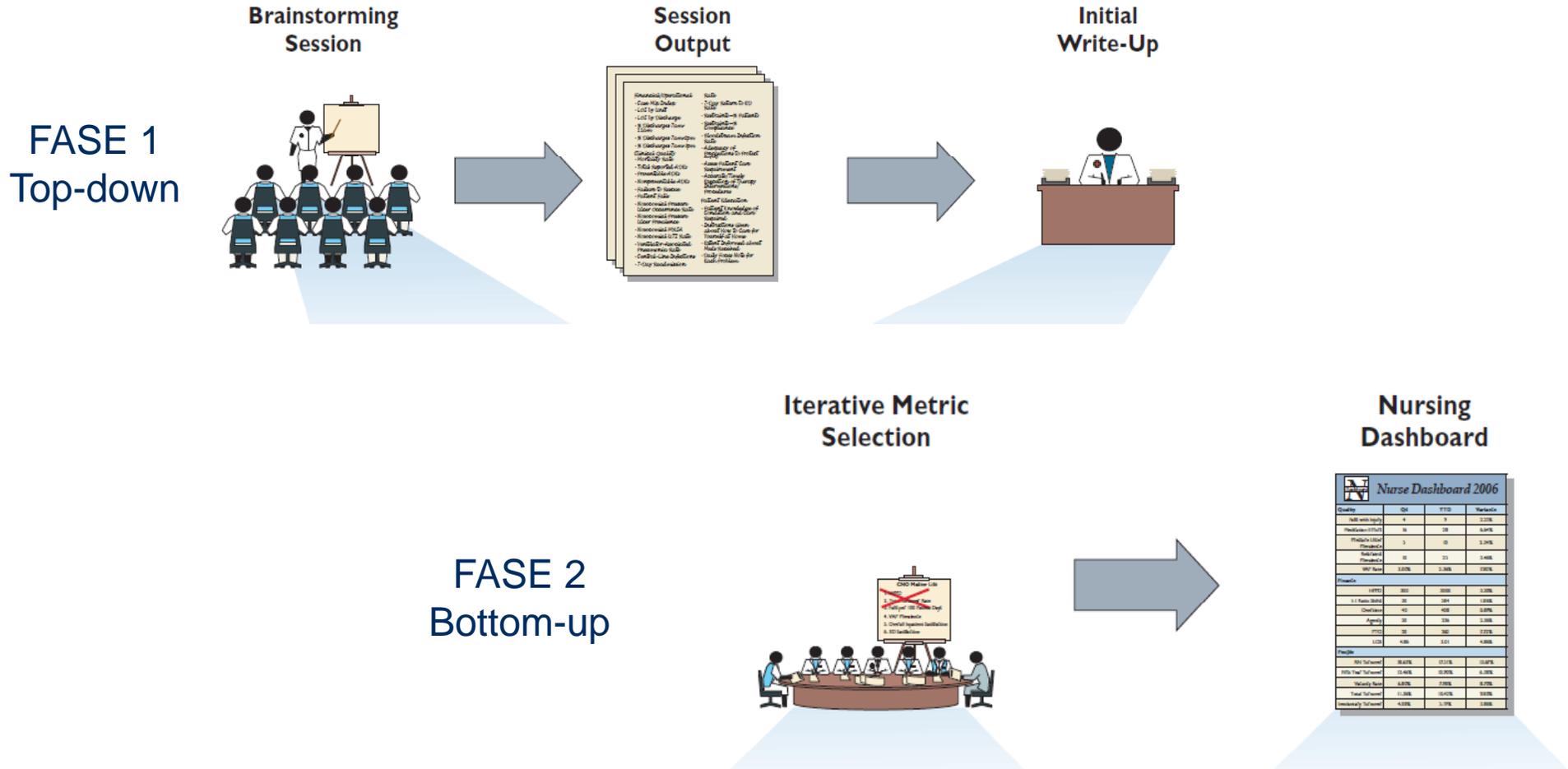
JCAHO Staffing Effectiveness

National Quality Forum

The California Nursing Outcomes Coalition

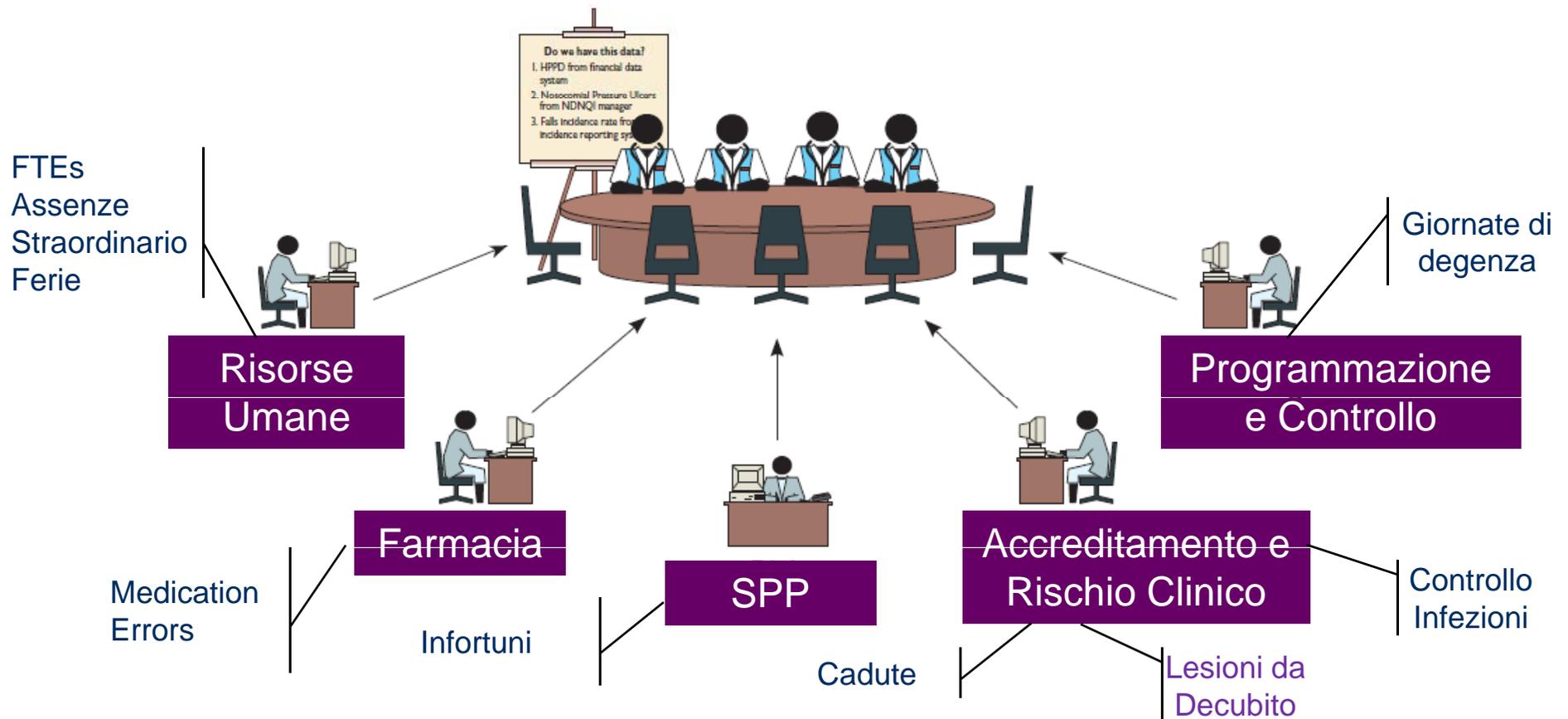
# Identificare gli indicatori chiave (4)

## Processo di selezione degli indicatori



## Identificare gli indicatori chiave (5)

# Consultazioni con i detentori del dato



# Identificare gli indicatori chiave (6)

## Indicatori Cruscotto Degenze

Direzione Professioni Sanitarie		INDICATORI CRUSCOTTO DEGENZE				ottobre 2012	
CT	ARGOMENTO	INDICATORE	CALCOLO	n-%-d	Freq.	OBIETTIVI E TRIGGERS	Rif/ Resp
QUALITA' DELL'ASSISTENZA	INFEZIONI	Tasso di infezioni del tratto urinario (UTI)	Tasso di UTI x 1000 giornate di degenza	decimale	mensile		DMO Infection Control Team
		Incidenza Infezioni Sito Chirurgico (SSI)	N° di pz con infezione del sito chir. / N° pz chir. selezionati	%	mensile		
	MEDICATION ERRORS	Errori area Terapia	N° di errori segnalati nel trimestre	numero	trimestrale	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato su 5 segnalazioni	Farmacia
	CADUTE	Incidenza Cadute	N° di cadute paziente x 1000 / giornate di degenza	decimale	mensile	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato >3 (dato benchmark)	Accr., Gest Rischio Clinico e Val Perf Sanitarie
		Incidenza Cadute con danno	N° di cadute con danno x 1000 / giornate di degenza	decimale	mensile	Goal 0.1 Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato >1.5	
	LESIONI DA DECUBITO	Incidenza Lesioni da Decubito	N° di LdD acquisite in ospedale x 1000 / giornate di degenza	decimale	mensile		DPS
Prevalenza Lesioni 2-3-4 stadio acquisite in Ospedale		N° di pazienti con lesione di 2°-3°-4° stadio acquisita in ospedale nel giorno in esame/Totale pazienti presenti al momento della rilevazione	%	mensile	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se performance diminuisce per 2 mesi consecutivi		
Prevalenza Totale LdD		N° di pazienti con lesione di 2°-3°-4° stadio nel giorno in esame/Totale pazienti presenti al momento della rilevazione	%	mensile	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se performance diminuisce per 3 mesi consecutivi		
RISORSE UMANE	TRAINING	N° di infermieri in training per 100 FTEs	N° di infermieri in training / N° totale FTEs x 100	%	mensile	No goal, no trigger	Coord SOC
	BENESSERE FISICO OPERATORI	N° di Infortuni per 100 FTEs	N° di Infortuni al team / N° totale FTEs x 100	%	trimestrale	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se indicatore a 10	Accr., Gest Rischio Clinico e Val Perf Sanitarie
		N° di Infortuni a rischio biologico per 100 FTEs	N° di Infortuni a rischio biologico al team / N° totale FTEs x 100 (Biohazard risk injuries)	%	trimestrale	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se indicatore peggiora per 2 trimestri consecutivi	
	PRODUTTIVITA'	Totale ore di assenza non pianificate infermieri	N° totale ore di assenza non pianificate (malattia, infortunio, lutto...)	numero	trimestrale		GRU
		Totale ore di assenza non pianificate supporto	N° totale ore di assenza non pianificate (malattia, infortunio, lutto...)	n	trimestrale	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se performance supera 500 (Media Trimestre)	
		Ore straordinarie infermieri	Ore straordinarie* sul totale FTEs (profili infermieristici)	decimale	trimestrale	Miglioramento se indicatore decresce Trigger attivato se performance raggiunge 10 (Media Trimestre)	
DIRITTI CONTRATTUALI	Fruizione Ferie infermieri	Giorni di ferie fruiti in percentuale dei diritti (profili infermieristici)	% media	trimestrale	Goal: 10-25-75-100% nei 4 trimestri (Media Trimestre). Miglioramento se indicatore incrementa.	GRU	
	Fruizione Ferie supporto	Giorni di ferie fruiti in percentuale dei diritti (profili di supporto)	% media	trimestrale	Trigger attivato se performance scende del 10% rispetto al goal.		



# Riconoscere il problema (2)

## Interfaccia DPS

**MARZO\_13**

CATEGORIA	QUALITÀ DELLA ASSISTENZA												RISORSE UMANE											
	CADUTE		LCO		TRAINING		INFORTUNI		ASSENZE INF		ASSENZE SUPP		STRAORD INF		STRAORD SUPP		FERIE INF		FERIE SUPP					
	Incidenti/1000 giorni di degenza	Totale cadute/1000 giorni di degenza	Incidenti/1000 giorni di degenza	Prevalenza pazienti con LCO 2-3-4 mesi rispetto a Decubi	Prevalenza pazienti con LCO	Prevalenza pazienti con LCO 2-3-4 mesi rispetto a Decubi	Prevalenza pazienti con LCO	Prevalenza pazienti con LCO 2-3-4 mesi rispetto a Decubi	Totale ore di assenza non pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs INF	Totale ore di assenza pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs SUPP	Totale ore di assenza non pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs INF	Totale ore di assenza pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs SUPP	De assenze (M/P) Tot. FTEs INF	De assenze (M/P) Tot. FTEs SUPP	De assenze (M/P) Tot. FTEs INF	De assenze (M/P) Tot. FTEs SUPP	Gom ferie fullin percentuale de 2013	Gom ferie fullin percentuale de 2013 SUPP	Gom ferie fullin percentuale de 2013	Gom ferie fullin percentuale de 2013 SUPP				
111 ISTRUTTO DI TERAPIA INTENSIVA	0.0	0.0	28.7	0.0%	0.0%	0.0	2.2	2.2	0	0	27	-4.3	-9.3	23.1	21.1									
112 ISTRUTTO DI TERAPIA INTENSIVA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	18	44	-4.7	-9.4	16.9	23.8										
113 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0.0	0.0	78.6	33.3%	88.7%	0.0	3.9	3.9	18	21	-0.4	-15.4	13.6	24.4										
21 MEDICINA I	0.9	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	3.1	3.1	10	28	8.3	2.7	11.9	9.7										
22 MEDICINA I	0.0	0.0	0.9	3.4%	3.4%	4.8	0.0	0.0	18	10	18.0	8.1	16.3	16.4										
23 MEDICINA I	3.0	2.0	12.0	0.0%	0.0%	0.0	3.3	3.3	19	28	11.6	2.7	14.0	18.8										
24 MEDICINA I	0.0	0.0	4.2	3.4%	31.0%	0.0	0.0	0.0	19	17	1.2	9.8	11.3	18.1										
25 MEDICINA D'URTO	0.0	0.0	3.8	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	19	28	18.0	7.8	13.1	17.4										
26 CLINICA MEDICINA	3.2	0.0	0.0	3.4%	3.4%	0.0	0.0	0.0	18	28	7.2	2.1	9.8	14.4										
27 MEDICINA - SEDE DI CURA	2.8	1.9	1.9	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	30	39	-14.0	-9.4	14.3	8.1										
28 AREA ASSISTENZIALE POSTICURATORIA	0.0	0.0	0.0	8.9%	8.9%	0.0	0.0	0.0	10	21	6.6	-2.4	29.3	18.1										
31 NEUROLOGIA	8.2	8.8	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	11	23	-11.9	-9.7	24.1	26.2										
32 NEUROLOGIA	1.3	0.0	1.3	0.0%	0.0%	8.8	0.0	0.0	29	28	0.8	9.7	12.2	23.8										
33 CLINICA RIUMATOLOGICA	6.2	4.2	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	10	7	4.1	-4.9	9.3	12.3										
41 ONCOLOGIA	3.9	3.9	8.9	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
42 ONCOLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
43 MEDICINA NUCLEARE	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
81 NEUROLOGIA	1.4	1.4	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
81a NEUROLOGIA	0.0	0.0	0.0	8.7%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
82 CHIRURGIA	1.3	1.3	1.3	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
83 CHIRURGIA VERTEBRALE	2.8	0.0	2.8	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
84 CHIRURGIA PLASTICA	6.8	1.8	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
71 CARDIOLOGIA	0.9	0.9	4.3	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
72 CARDIOLOGIA	0.0	0.0	4.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
73 CARDIOLOGIA	1.0	1.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
74 PNEUMOLOGIA	2.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										
74a CHIRURGIA GENERALE	0.8	0.0	3.3	10.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0										

**GIUGNO\_13**

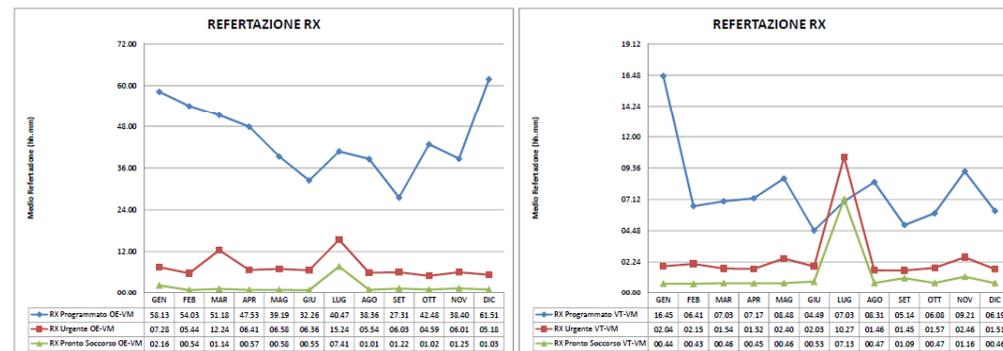
CATEGORIA	QUALITÀ DELLA ASSISTENZA												RISORSE UMANE											
	CADUTE		LCO		TRAINING		INFORTUNI		ASSENZE INF		ASSENZE SUPP		STRAORD INF		STRAORD SUPP		FERIE INF		FERIE SUPP					
	Incidenti/1000 giorni di degenza	Totale cadute/1000 giorni di degenza	Incidenti/1000 giorni di degenza	Prevalenza pazienti con LCO 2-3-4 mesi rispetto a Decubi	Prevalenza pazienti con LCO	Prevalenza pazienti con LCO 2-3-4 mesi rispetto a Decubi	Prevalenza pazienti con LCO	Totale ore di assenza non pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs INF	Totale ore di assenza pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs SUPP	Totale ore di assenza non pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs INF	Totale ore di assenza pianificata (M/P/ST) / N° Tot. FTEs SUPP	De assenze (M/P) Tot. FTEs INF	De assenze (M/P) Tot. FTEs SUPP	De assenze (M/P) Tot. FTEs INF	De assenze (M/P) Tot. FTEs SUPP	Gom ferie fullin percentuale de 2013	Gom ferie fullin percentuale de 2013 SUPP	Gom ferie fullin percentuale de 2013	Gom ferie fullin percentuale de 2013 SUPP					
111 ISTRUTTO DI TERAPIA INTENSIVA	0.0	0.0	51.6	77.3%	77.3%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	14.7	4.3	40.3					
112 ISTRUTTO DI TERAPIA INTENSIVA	0.0	0.0	7.8	0.0%	33.3%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.3	34.0	9.6	11.8					
113 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0.0	0.0	43.8	33.3%	80.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.0	18.0	3.2	-0.1					
21 MEDICINA I	0.9	0.9	0.0	0.0%	8.8%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8	19.8	1.0	-4.1					
22 MEDICINA I	0.9	0.0	0.0	3.0%	0.0%	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	21.8	10.8	9.4	28.3	39.1								
23 MEDICINA I	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.3	25.4	11.8	11.8	18.1									
24 MEDICINA I	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0	8.4	7.8	2.4	28.8									
25 MEDICINA D'URTO	4.0	0.0	2.0	0.0%	3.7%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	28.8	17.0	14.0	28.1									
26 CLINICA MEDICINA	1.1	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.8	12.4	12.8	-1.0	27.8									
27 MEDICINA VERTEBRALE	1.9	0.0	2.8	0.0%	2.7%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.8	10.8	10.8	8.0	34.3									
28 AREA ASSISTENZIALE POSTICURATORIA	2.8	2.8	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	19.2	2.0	-11.2	88.7									
31 NEUROLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.4	48.4	18.8	6.7	88.9									
32 NEUROLOGIA	2.8	1.3	0.0	10.7%	10.7%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.2	38.8	8.7	13.3	27.7									
33 CLINICA RIUMATOLOGICA	3.8	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.8	0.0	4.7	2.9	24.1									
41 ONCOLOGIA	2.0	2.8	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.0	14.0	19.0	3.8	34.0									
42 ONCOLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	24.0	18.8	13.0	4.3	89.0									
43 MEDICINA NUCLEARE	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.8	84.0	11.2	-9.8	37.4									
81 NEUROLOGIA	2.8	1.4	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	14.8	2.7	0.4	37.7									
81a NEUROLOGIA	0.0	0.0	8.4	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0									
82 CHIRURGIA	2.8	1.8	0.0	0.0%	4.8%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.8	17.4	18.0	7.3	27.8									
83 CHIRURGIA VERTEBRALE	0.0	0.0	3.1	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.8	9.0	4.2	0.0	32.2									
84 CHIRURGIA PLASTICA	6.8	1.8	1.8	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.8	21.2	3.1	4.9	28.0									
71 CARDIOLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.0	21.8	31.8	3.1	20.7									
72 CARDIOLOGIA	0.0	0.0	13.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.3	84.0	17.8	1.7	28.9									
73 CARDIOLOGIA	0.8	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.1	14.0	20.8	8.8	28.8									
74 PNEUMOLOGIA	0.0	0.0	0.0	3.4%	3.4%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.3	28.1	4.4	0.8	38.1									
81 CHIRURGIA GENERALE	2.3	0.0	1.9	8.1%	9.1%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	47.3	10.7	-0.8	30.8									
81a CHIRURGIA	0.0	0.0	4.8	0.0%	2.8%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0	3.3	10.8	7.7	30.8									
82 CHIRURGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.8	27.0	3.2	-1.7	33.2									
83 CHIRURGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.1	18.0	18.8	7.8	31.8									
84 CHIRURGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.4	18.8	2.4	2.8	23.7									
91 NEUROLOGIA	3.1	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	13.8	8.1	14.8									
91a CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.8	3.3	-2.8	-10.3	81.1									
92 CHIRURGIA PLASTICA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	10.0	17.0	-8.9	-7.1	42.2								
991 GINECOLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.8	22.3	9.1	-3.0	37.7									
992 GINECOLOGIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.1	18.2	3.4	3.2	34.1									
993 PEDIATRIA	0.0	0.0	0.0	0.0%	0.0%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	23.4	13.8	3.8	2.4	31.3	</								

## Qualità dell'ASSISTENZA – REFERTAZIONE ed EVENTI AVVERSI

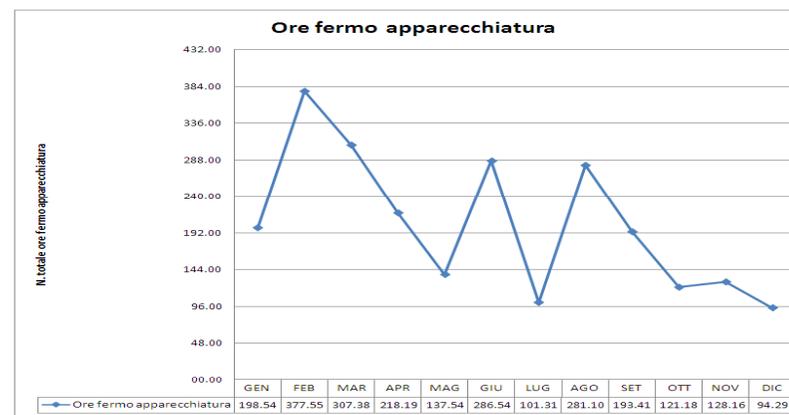
### ● Obiettivi

1. NON appesantire l'attività
2. Fornire una "SINTESI" dei dati
3. FOTOGRAFARE nel tempo le peculiarità dell'organizzazione
4. Concentrare gli sforzi per "PRENDERE DECISIONI"

SOS DI DPT RADIOLOGICA D'URGENZA ED EMERGENZA  
Qualità dell'Assistenza e Gestione Risorse Tecnologiche - ANNO 2012



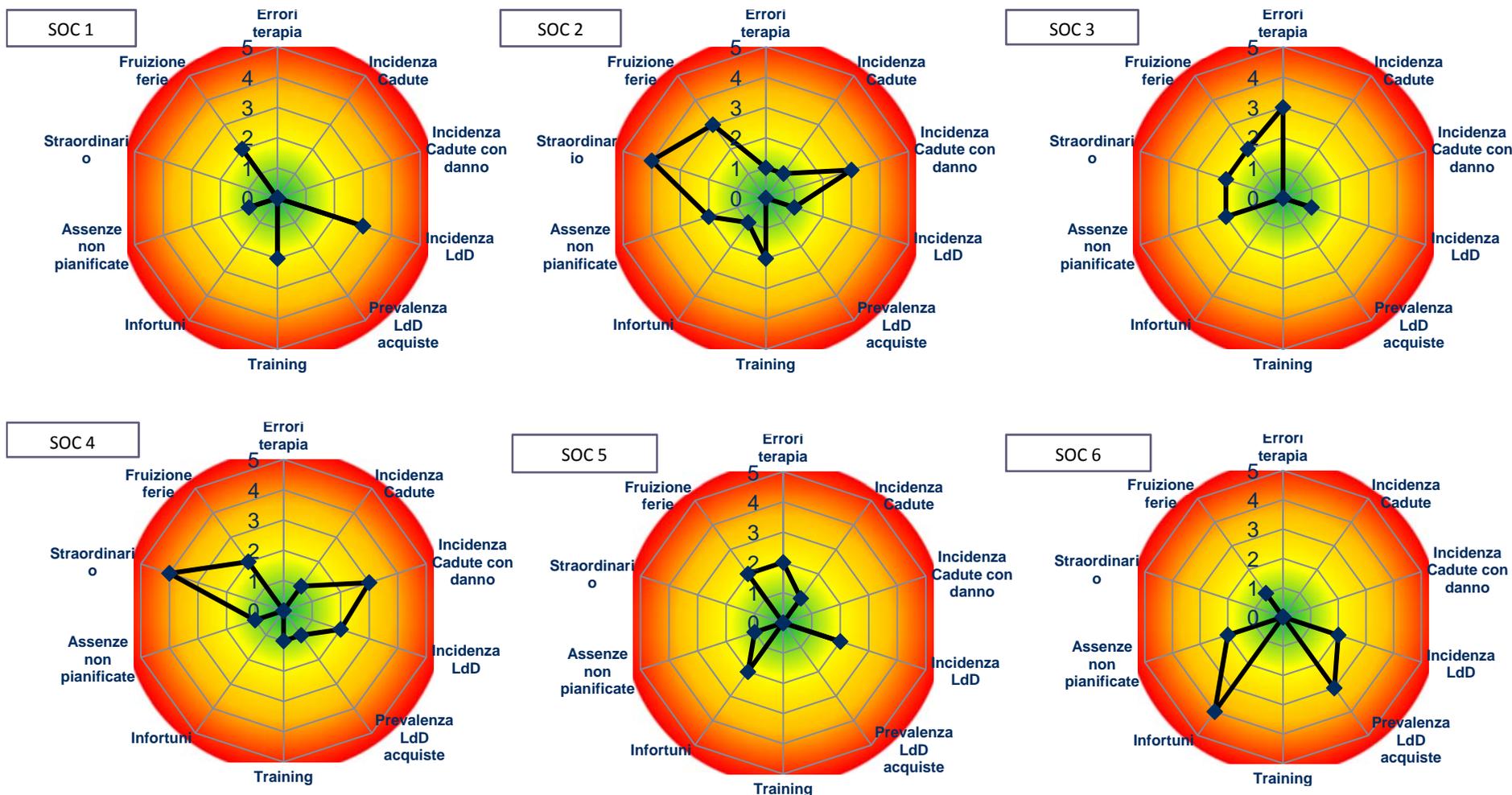
## Gestione delle RISORSE TECNOLOGICHE



# Facilitare la diagnosi del problema

## Rappresentazione grafica

### MONITORAGGIO DIC. 2012





# Motivare all'azione (2)

## In preparazione al riaccreditamento JCI 2013


**AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA**  
 Santa Maria  
della Misericordia  
di Udine

### COSA CONOSCERE / SAPERE - 1

- **I patient safety goal**
  - Identificazione paziente
  - Read back
  - Farmaci alto rischio
  - Sicurezza paziente chirurgico
  - Igiene mani
  - Prevenzione cadute
- **Le regole di sicurezza**
  - Antincendio / evacuazione
  - Maxiemergenza
  - Sicurezza rischio chimico / biologico
  - Gestione apparecchiature
  - Corsi BLS/D




**AZIENDA  
OSPEDALIERO  
UNIVERSITARIA**  
 Santa Maria  
della Misericordia  
di Udine

### COSA CONOSCERE / SAPERE - 2

- **Le procedure / i protocolli**
  - Quali sono
  - Dove si possono rintracciare
- **Gli obiettivi e i risultati della struttura (bacheca di reparto)**
  - Report cartella clinica
  - Infezioni ospedaliere
  - **Cruscotto indicatori**
  - Obiettivi di budget
  - Incident reporting
  - Sicurezza





## Motivare all'azione (3) Ruolo del Coordinatore

1. Motivare i collaboratori a registrare i dati in modo accurato: **rete di referenti clinici!**
2. Diffondere i dati “negativi” senza provocare frustrazione nei collaboratori
3. Rimarcare che i collaboratori possono determinare un impatto sulla performance



## CONCLUSIONI

- ✓ Aumentare la sensibilità sugli indicatori di risultato assistenziale
  - Dati storici per il Coordinatore neo insediato
- ✓ Consolidare la rete di referenti aziendali
- ✓ Contribuire a realizzare i Progetti di miglioramento
  - Progetto Cadute
  - Prevenzione e Controllo LdD
  - Monitorare e ridefinire la gestione delle risorse



## Direzione delle Professioni Sanitarie

**Maura MESAGLIO**

Referente Area Infermieristica  
Coordinatore Professioni Sanitarie

Contatti:

**Ilario GUARDINI**

Funzione Sviluppo Professionale

**0039 0432 552220-559575**

[guardini.ilario@aoud.sanita.fvg.it](mailto:guardini.ilario@aoud.sanita.fvg.it)

<http://www.ospedaleudine.it/>

Ringraziamenti per la collaborazione al progetto:

Noacco S, Martina G, Vesca R, Sbaiz D, Paroni L, Londero C.