

Gli indicatori di qualità: quali indispensabili?

Dr. Omero Triossi

Dipartimento di Malattie Digestive e
Metaboliche AUSL Ravenna

Azienda USL di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Ferrara

In collaborazione con:



**LO SCREENING COLO-
RETTALE:
DALLE LINEE-GUIDA
EUROPEE AL
PROTOCOLLO DELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara



U.S. Department of Health & Human Services

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

Advancing Excellence in Health Care

Visit: National Guideline Clearinghouse | Health Care Innovations Exchange | AHRQ Home

NQMC National Quality Measures Clearinghouse

Help | RSS | Subscribe to weekly e-mail | Site map | Co

Home

Measures

Expert Commentaries

Tutorial on Quality Measures

Compare Measures

FAQ

Submit Measures

About

My NQMC

NQMC is a public resource for evidence-based quality measures and measure sets.

Search the site:

GO

[Search Tips](#)

[Advanced Search](#)

[About Search](#)



HHS Measure Inventory is a separate repository of measures currently being used by the divisions in the U.S. Department of Health and Human Services for quality measurement, improvement, and reporting.

- [Browse the Inventory](#)
- [Measure Totals by](#)

Sign In to

Save your favorite and organizational mail alerts.

E-mail:

Password:

Remember me

Sign In

[Forgot your password?](#)

[New User?](#)

< Back

'colon cancer screening'

Search within:

Sort results by: Relevance Publication date

Filter results by:

1-13 of 13

1. **Colorectal cancer screening: percentage of patients age 50 and older who meet criteria for colorectal cancer screening who are up-to-date with screening.** 2010 May. [NQMC Update Pending] NQMC:006163
Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization. [View all measures by the developer\(s\)](#)
2. **Colorectal cancer screening: percentage of African American or American Indian patients age 45 and older who are up-to-date with colorectal cancer screening.** 2010 May. [NQMC Update Pending]
NQMC:006164
Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization. [View all measures by the developer\(s\)](#)
3. **Colorectal cancer screening: percent of patients who have received appropriate colorectal cancer screening.** 2010 Oct. NQMC:006026
Veterans Health Administration - Federal Government Agency [U.S.]. [View all measures by the developer\(s\)](#)
4. **Preventive services for adults: percentage of African American or American Indian patients age 45 years and older who are up-to-date with colorectal cancer screening.** 2011 Sep. NQMC:007305
Institute for Clinical Systems Improvement - Nonprofit Organization. [View all measures by the developer\(s\)](#)
5. **Preventive services for adults: percentage of patients age 50 years and older who are up-to-date**



Internet

100%

< Back

'colonoscopy'

Search within: **GO**

Sort results by: Relevance Publication date

Filter results by: ▼

1-17 of 17

1. **Colonoscopy: percentage of incomplete colonoscopies performed, during the 6 month time period.**

2011 Jan. **[NQMC Update Pending]** NQMC:006547

Australian Council on Healthcare Standards - Health Care Accreditation Organization. *View all measures by the developer(s)*

2. **Endoscopy and polyp surveillance: percentage of patients aged 18 years and older receiving a surveillance colonoscopy, with a history of a prior colonic polyp in previous colonoscopy findings who had a follow-up interval of 3 or more years since their last colonoscopy documented in the colonoscopy report.** 2010 Sep. NQMC:004498

American Gastroenterological Association - Medical Specialty Society; American Society of Gastrointestinal Endoscopy - Medical Specialty Society; National Committee for Quality Assurance - Health Care Accreditation Organization; Physician Consortium for Performance Improvement® - Clinical Specialty Collaboration. *View all measures by the developer(s)*

3. **Endoscopy and polyp surveillance: percentage of patients aged 50 years and older receiving a screening colonoscopy without biopsy or polypectomy who had a recommended follow-up interval of at least 10 years for repeat colonoscopy documented in their colonoscopy report.** 2010 Sep.

NQMC:004497

American Gastroenterological Association - Medical Specialty Society; American Society of Gastrointestinal

Fine

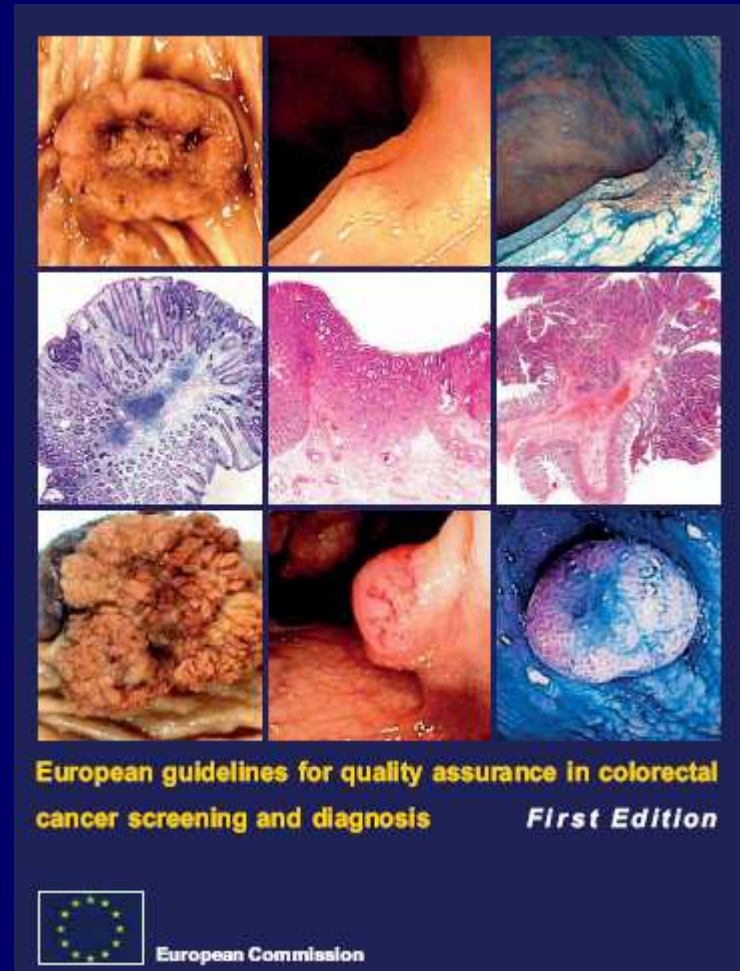
Internet

100%

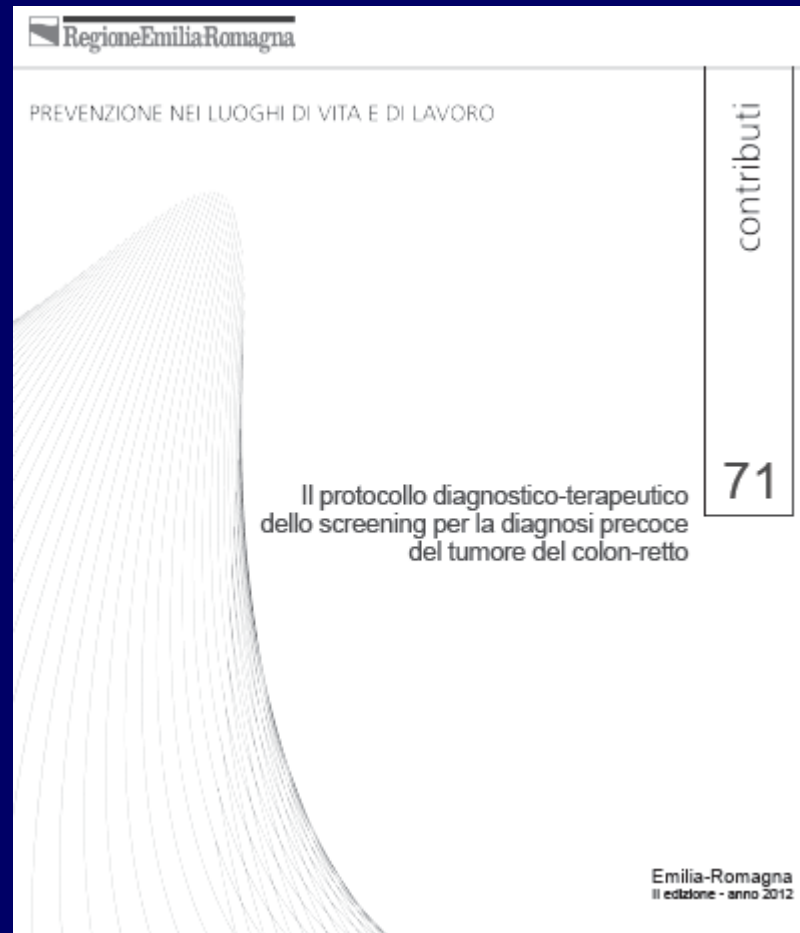
Riferimenti

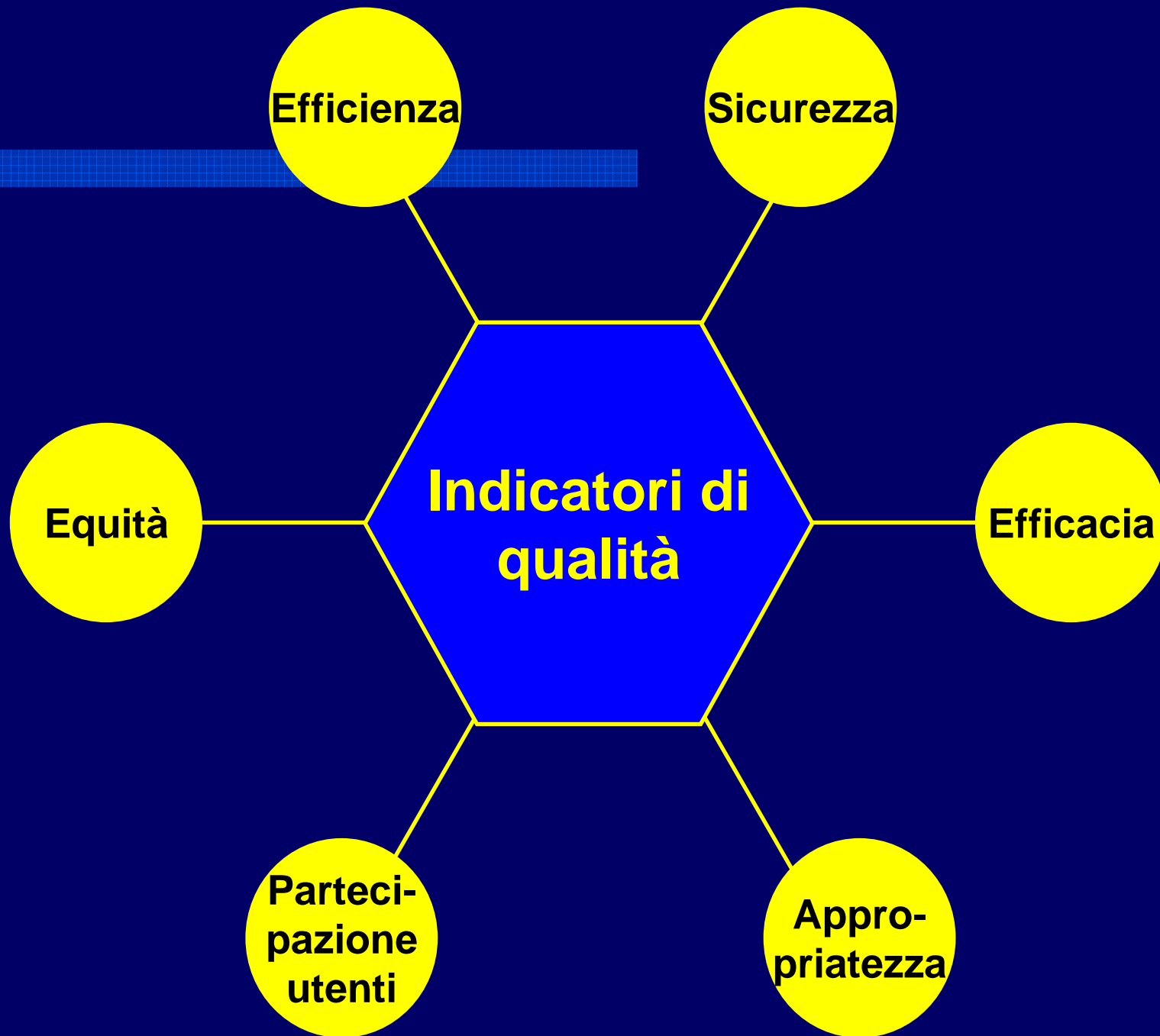


Riferimenti



Riferimenti





Indicatori di qualità

Struttura



Processo



Esito

1. Indicatori di struttura

Definizione

**Requisiti Strutturali, Tecnologici e Organizzativi
delle strutture sanitarie,
generalmente definiti dai programmi
di accreditamento**

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono quelli descritti nella Delibera della Giunta Regionale 6 luglio 2009, n° GPG/2009/889, in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti.

2. Indicatori di processo

Definizione

Informano se il processo assistenziale sia stato erogato, o meno, in maniera appropriata secondo quanto definito da standard di riferimento: linee-guida, percorsi assistenziali

2. Indicatori di processo

Indicatore	Descrizione	Formula	Standard accettabile	Standard desiderabile
Estensione teorica	% donne residenti in area con screening attivo	$\frac{\text{pop. bers. donne 45-74anni}}{\text{donne residenti 45-74 anni}}$		100%
Estensione effettiva degli inviti	% donne invitate	$\frac{\text{Invitate} - \text{inviti inesitati}}{\text{pop. bersaglio} - \text{escluse prima dell'invito}}$	>80%	>95%

Obiettivi regionali la cui rendicontazione entra nel Bilancio di Missione annualmente pubblicato
Estensione > 95%



3. Indicatori di esito

Definizione

Documentano una modifica di esiti assistenziali

Gerarchia delle evidenze

STUDI

**Revisioni sistematiche
e metanalisi**

**Trial randomizzati
controllati**

Osservazionali di coorte

Osservazionali su serie di casi

Case report

**Parere di esperti,
editoriali**

RISULTATI

Mortalità globale

**Mortalità secondaria
alla malattia**

**Complicanze della
malattia**

Diagnosi di malattia

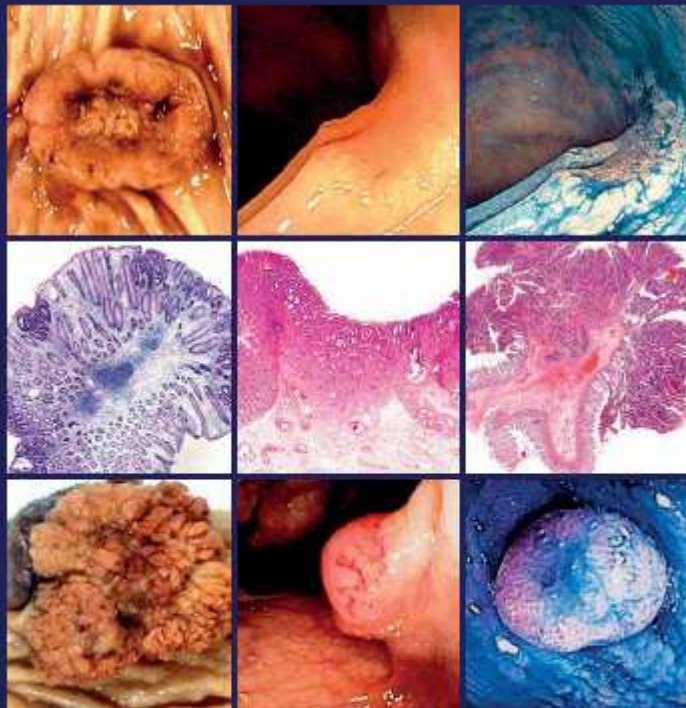
Miglioramento dei test

**Riduzione dei fattori
di rischio**

3. Indicatori di esito

- ✓ **Mortalità globale**
- ✓ **Mortalità secondaria al cancro del colon-retto**
- ✓ **Indicatori precoci di impatto:**
 - ✓ **Tasso dei cancri intervallo**
 - ✓ **Adesione corretta**

Indicatori di qualità



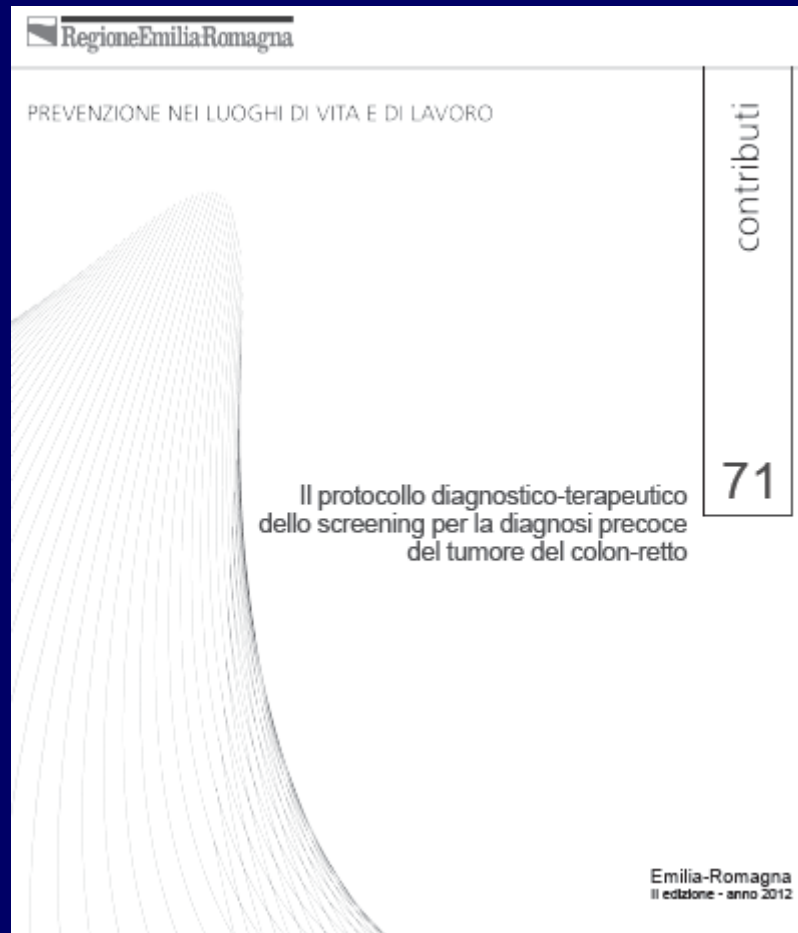
European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



European Commission

Indicator ¹	Acceptable level	Desirable level
1 Invitation coverage ^{Rec 3.7; Sect 3.3.1}	95%	>95%
2 Uptake rate ^{Rec 3.8; Sect 3.3.1}	>45%	>65%
3 Rate of inadequate FOBT ^{Rec 3.9; 4.21; Sect 3.3.2; 4.3.4}	<3%	<1%
4 Maximum time between test and receipt of result should be 15 days ^{Rec 3.15; Sect 3.3.4}	>90%	
5 Rate of referral to follow-up colonoscopy after positive test ^{Rec 3.10; Sect 3.3.2, 3.3.3}	90%	>95%
6 Maximum time between referral after positive screening (any modality) and follow-up colonoscopy should be 31 days ^{Rec 3.16, 5.19; Sect 3.3.4, 5.3.5}	>90%	>95%
7 Compliance with follow-up colonoscopy after positive FS ^{Rec 3.14; Sect 3.3.2, 3.3.3}	85%	>90%
8 Rate of complete colonoscopies. Follow-up and screening colonoscopies to be recorded separately ^{Rec 3.11; Rec 5.41, Sect 3.3.2, 3.3.3, 5.4.5.1}	>90%	>95%
9 Time interval between positive colonoscopy/FS and definitive management should be within 31 days ^{Rec 3.17, 8.2; Sect 3.3.4, 8.2}	>95%	
10 Endoscopists participating in a CRC screening programme should perform a minimum no. of procedures per year ^{Rec 5.38; Sect 5.4.5.1}	300	>300
11 Biopsies and lesions identified in the screening programme and the subsequent resection specimen should be reported on a proforma ^{Rec 7.11; Sect 7.6.5.2, 7.8}	>90%	
12 Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a colonoscopy screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<5%	
13 Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a FOBT screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<10%	

Indicatori di qualità



Indicatori di qualità

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL TEST PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE

INDICATORI DI PERFORMANCE

Per valutare e monitorare il percorso di screening all'interno del laboratorio e per ottenere informazioni utili al miglioramento dell'attività stessa, si è reso necessario individuare alcuni parametri che permettano di analizzare in dettaglio caratteristiche organizzative, strumentali e procedurali, ritenute più critiche all'interno del processo diagnostico.

Di seguito si elencano gli indicatori proposti dal gruppo di lavoro, che ha fatto riferimento alle indicazioni presenti nel manuale GISCoR concernenti le specifiche relative agli indicatori di qualità per il monitoraggio dei programmi di screening dei tumori colorettali.

Indicatori di qualità

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL TEST PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE

1) Percentuale di campioni inadeguati (non idonei per errato campionamento)

Definizione: percentuale di campioni inadeguati sul totale degli esami refertati

$$\text{Formula: } \frac{\text{N. campioni di screening inadeguati}}{\text{N. esami di screening refertati dal laboratorio}} \times 100$$

Scopo: l'indicatore permette di monitorare aspetti relativi alla qualità dell'informazione (chiarezza delle istruzioni cartacee e/o verbali relative alla raccolta delle feci)

Standard di riferimento: accettabile: < 1 %
desiderabile: < 0,5 %

Tipo di registrazione: puntuale

Periodicità di elaborazione: ogni 12 mesi

Competenza della elaborazione: Centro screening

2) Percentuale di campioni non correttamente identificati

Definizione: percentuale di campioni non correttamente identificati sul totale degli esami di screening eseguiti

$$\text{Formula: } \frac{\text{N. campioni di screening non correttamente identificati}}{\text{N. campioni di screening processati dal laboratorio}} \times 100$$

Scopo: l'indicatore permette di monitorare aspetti relativi al percorso di identificazione/riconoscimento dell'utente

Standard di riferimento: accettabile: <1 %
desiderabile: <0,5 %

Tipo di registrazione: puntuale

Periodicità di elaborazione: ogni 12 mesi

3) Numero di rilevazioni annue nelle quali ETs > ETa

Definizione: calcolo annuale del numero di eventi/ mesi nei quali l'Errore Totale sperimentale (ETs) non rispetta i traguardi di qualità predefiniti (ETa): ETs > ETa

Scopo: L'indicatore permette di quantificare la capacità del nostro sistema di rispettare il traguardo analitico scelto per i valori prossimi al cut off

Standard di riferimento:

accettabile: 1 rilevazione nell'anno di ETs fuori dai limiti predefiniti

desiderabile: nessuna rilevazione di ETs fuori dai limiti predefiniti

Tipo di registrazione: elaborato mensile

Periodicità di elaborazione: ogni 12 mesi

4) Numero di prestazioni VEQ fuori dai criteri di accettazione definiti dal provider

Definizione: numero di controlli VEQ che non rispettano il limite di accettabilità (ETa) calcolato, in funzione dell'imprecisione e dell'accuratezza del test, dal gruppo di controllo di qualità esterna (QCE).

Scopo: l'indicatore permette di monitorare l'accuratezza del processo analitico in termini di Errore Totale.

Standard di riferimento: accettabile: 1 valore fuori dai criteri di accettazione
desiderabile: nessun valore fuori dai criteri di accettazione

Tipo di registrazione: Elaborati VEQ

Periodicità di elaborazione: 1 volta all'anno

5) Numero mancati invii risultati VEQ annuali

Definizione: mancato invio di risultati VEQ sul totale degli invii annuali.

Scopo: l'indicatore permette di monitorare aspetti relativi alla motivazione/coINVOLGIMENTO degli operatori del laboratorio, nel monitorare l'accuratezza dei propri risultati.

Standard di riferimento: accettabile: 1 mancato invio
desiderabile: 0 mancati invii

Periodicità di elaborazione: 1 volta all'anno

E inoltre importante verificare periodicamente gli indicatori epidemiologici riconosciuti:

	Standard accettabile	Standard desiderabile
Fobt + 1° esame	< 6%	<5%
Fobt + Esami successivi	<4,5%	<3,5%
Adesione all'approfondimento	>85%	>90%
VPP + alla colonscopia per adenoma avanzato o carcinoma	Al primo esame > 25% Esami successivi >15%	>30% >20%
Tasso di identificazione per carcinoma	Al primo esame >2% Esami successivi >1%	>2,5% >1,5%
Tasso di identificazione per adenoma avanzato	Al primo esame >7,5% Esami successivi >5%	>10% >7,5%

Indicatori di qualità

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL II LIVELLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

Indicatori di qualità nella colonscopia

I requisiti strutturali e organizzativi dovrebbero essere soddisfatti al 100%

- completezza grezza: $(\text{N. esami fino al cieco} / \text{N. totale esami}) \times 100$
standard: accettabile se $\geq 90\%$, desiderabile $\geq 95\%$
- preparazione intestinale insufficiente: $(\text{N. esami inadeguati} / \text{N. esami}) \times 100$
standard: $\leq 10\%$ (se la pulizia è insufficiente ripetere nei tempi sopra indicati)
- intolleranza: $(\text{N. esami interrotti per intolleranza} / \text{N. totale esami}) \times 100$
standard: $\leq 5\%$
- interruzione per altri motivi (specificare): $(\text{N. esami interrotti} / \text{N. totale esami}) \times 100$
standard: $\leq 5\%$
- presenza di consenso informato: 100% delle colonscopie eseguite
- referto adeguato: 100% delle colonscopie eseguite

Indicatori di qualità

LA DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA DEI POLIPI E DEL CARCINOMA DEL COLON-RETTO

11	Biopsies and lesions identified in the screening programme and the subsequent resection specimen should be reported on a proforma ^{Rec 7.11; Sect 7.6.5.2, 7.8}	>90%
12	Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a colonoscopy screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<5%
13	Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a FOBT screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<10%

Tasso di displasia severa in adenomi < 10 mm

< 1%

Indicatori di qualità

LA TERAPIA CHIRURGICA

INDICATORI

Il raggiungimento di un elevato livello qualitativo deve prevedere l'individuazione di indicatori misurabili e di standard di riferimento. L'introduzione di indicatori ha lo scopo di valutare se, nelle sedi individuate per il trattamento chirurgico, si ha la possibilità di garantire un livello di prestazioni di qualità accettabile anche attraverso confronti e interventi di retraining degli operatori.

Criteri di qualità strutturali

Come da manuale di accreditamento

Criteri di qualità organizzativi

Lista di attesa trasparente

Percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare integrato

Indicatori di qualità

LA TERAPIA CHIRURGICA

Indicatori di qualità per il trattamento del carcinoma colo-rettale :

Trattamento chirurgico

- numero di linfonodi recuperati e valutati: % pazienti, sul totale dei pazienti operati, con >12 linfonodi. *Standard: > 90%*
- mortalità entro 30gg o mortalità intra-ospedaliera: % pazienti, sul totale dei pazienti operati. *Standard: <= 1%*
- % di addomino-perineali sul totale degli interventi per cancro del retto. *Standard < 40%*

Trattamento radio-chemioterapico:

- % dei pazienti in stadio terzo, sottoposti a terapia adiuvante, per il cancro del colon-retto. *Standard: > 80%*
- % dei pazienti in stadio secondo e terzo sottoposti a terapia neoadiuvante, per il cancro del retto medio-basso. *Standard >= 80%*

Indicatori di qualità

Struttura



Processo



Esito

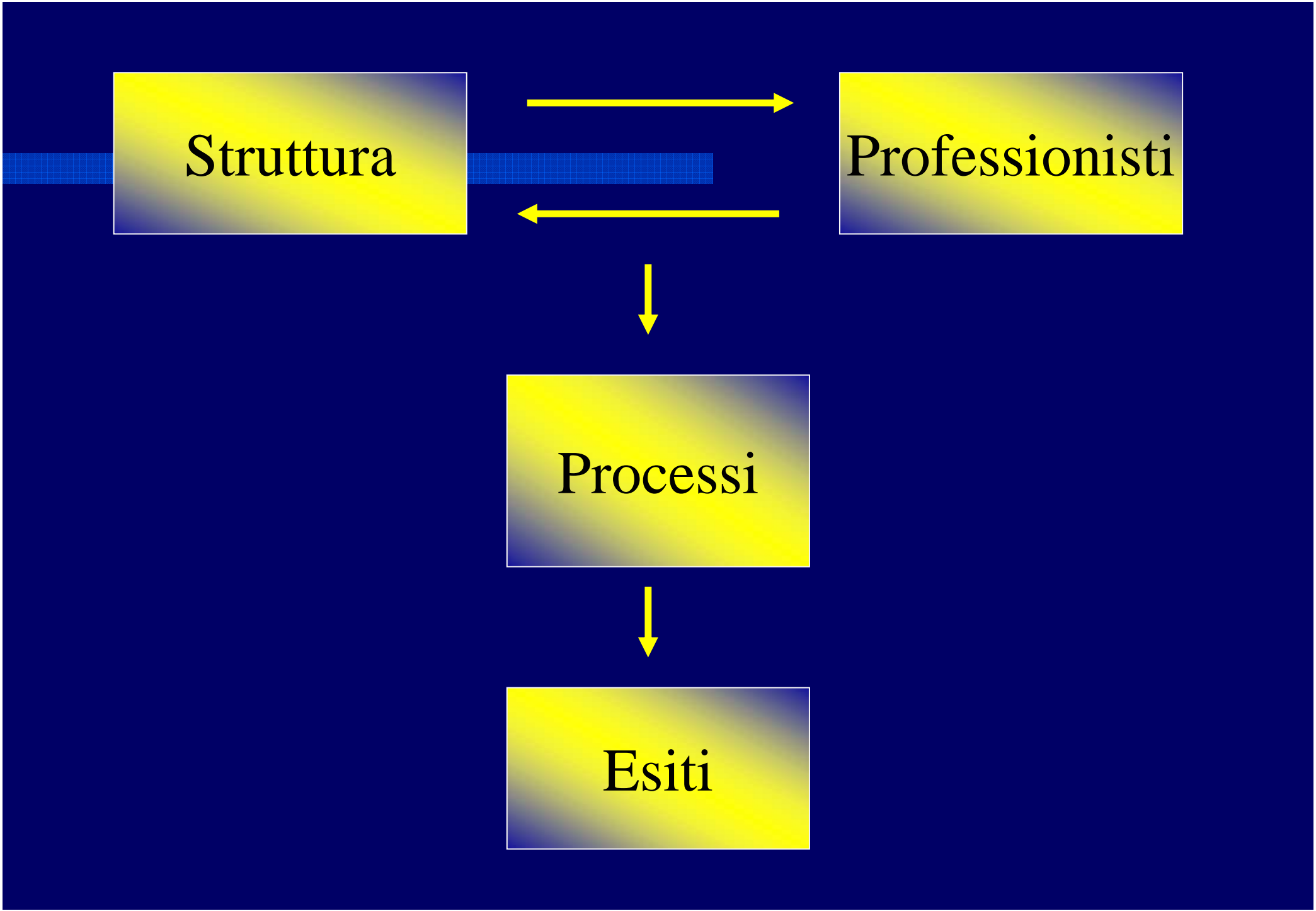
Esiste una notevole variabilità negli esiti a parità di strutture, procedure ed organizzazione!!!

Struttura

Professionisti

Processi

Esiti



Competenza individuale

Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Endoscopia Digestiva

Competenza individuale

Gli operatori devono essere classificati dal Responsabile di riferimento, in base al loro livello di competenza, secondo il seguente sistema:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

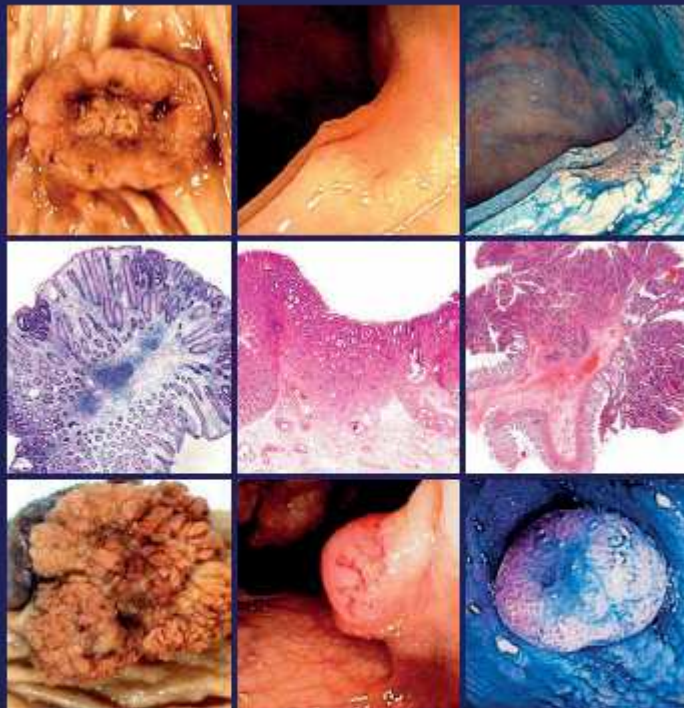
Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Competenza in:

- Endoscopia Diagnostica
- Esecuzione di emostasi endoscopica e polipectomie
- Endoscopia Terapeutica (solo per i servizi diagnostico-operativi avanzati)
- Organizzazione delle attività endoscopiche

Competenza individuale



European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



European Commission

Indicator ¹	Acceptable level	Desirable level
1 Invitation coverage ^{Rec 3.7; Sect 3.3.1}	95%	>95%
2 Uptake rate ^{Rec 3.8; Sect 3.3.1}	>45%	>65%
3 Rate of inadequate FOBT ^{Rec 3.9; 4.21; Sect 3.3.2; 4.3.4}	<3%	<1%
4 Maximum time between test and receipt of result should be 15 days ^{Rec 3.15; Sect 3.3.4}	>90%	
5 Rate of referral to follow-up colonoscopy after positive test ^{Rec 3.10; Sect 3.3.2, 3.3.3}	90%	>95%
6 Maximum time between referral after positive screening (any modality) and follow-up colonoscopy should be 31 days ^{Rec 3.16, 5.19; Sect 3.3.4, 5.3.5}	>90%	>95%
7 Compliance with follow-up colonoscopy after positive FS ^{Rec 3.14; Sect 3.3.2, 3.3.3}	85%	>90%
8 Rate of complete colonoscopies. Follow-up and screening colonoscopies to be recorded separately ^{Rec 3.11; Rec 5.41, Sect 3.3.2, 3.3.3, 5.4.5.1}	>90%	>95%
9 Time interval between positive colonoscopy/FS and definitive management should be within 31 days ^{Rec 3.17, 8.2; Sect 3.3.4, 8.2}	>95%	
10 Endoscopists participating in a CRC screening programme should perform a minimum no. of procedures per year ^{Rec 5.38; Sect 5.4.5.1}	300	>300
11 Biopsies and lesions identified in the screening programme and the subsequent resection specimen should be reported on a proforma ^{Rec 7.11; Sect 7.6.5.2, 7.8}	>90%	
12 Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a colonoscopy screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<5%	
13 Rate of high-grade neoplasia reported by pathologists in a FOBT screening programme ^{Rec 7.21; Sect 7.7}	<10%	

Competenza individuale

8	Rate of complete colonoscopies. Follow-up and screening colonoscopies to be recorded separately Rec 3.11; Rec 5.41, Sect 3.3.2, 3.3.3, 5.4.5.1	>90%	>95%
---	---	------	------

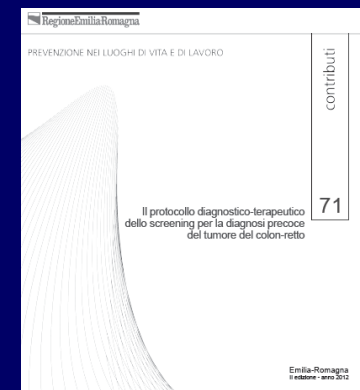
10	Endoscopists participating in a CRC screening programme should perform a minimum no. of procedures per year Rec 5.38; Sect 5.4.5.1	300	>300
----	---	-----	------

Competenza individuale

LA TERAPIA CHIRURGICA

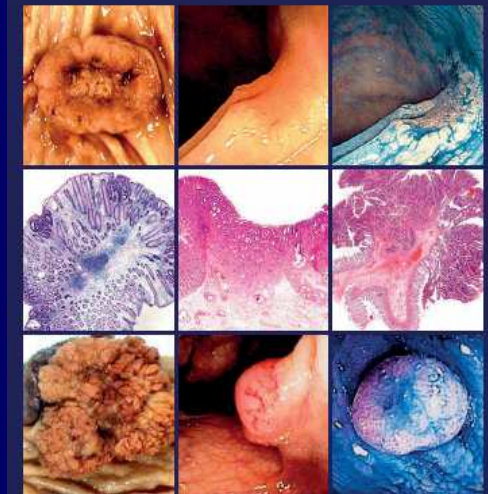
SPECIALIZZAZIONE E VOLUME DI ATTIVITÀ NELLA CHIRURGIA DEL CANCRO COLORETTALE

Dalla letteratura (studi caso-controllo) si evidenzia che la morbilità e sopravvivenza sono influenzati dall'esperienza del chirurgo e dal volume di attività del centro. I dati tuttavia sono ancora insufficienti per indicare uno specifico volume minimo di pazienti da trattare annualmente. La terapia chirurgica del cancro del retto deve essere eseguita da chirurghi con un training specifico sulla TME.



Competenza individuale

The aim of screening is to lower the burden of cancer in the population by discovering disease in its early latent stages. This permits more effective treatment than if diagnosed later when symptoms occur. Early treatment of invasive lesions, for example by endoscopic resection of early CRC, can be generally less detrimental for quality of life. The endoscopic removal of pre-malignant lesions also reduces the incidence of CRC by stopping the progression to cancer. Randomised trials in people of



European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



Competenza individuale

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL II LIVELLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

- detection rate (DR: tasso di diagnosi/mille screenati con FOBT) dei cancri e degli adenomi . Secondo le Linee Guida Europee la DR per adenomi negli screening organizzati varia fra :13.3-22.3/mille al primo passaggio. Per i cancri la DR varia da 1.8 a 9.5/mille al primo passaggio e 1.3/mille ai successivi

Competenza individuale

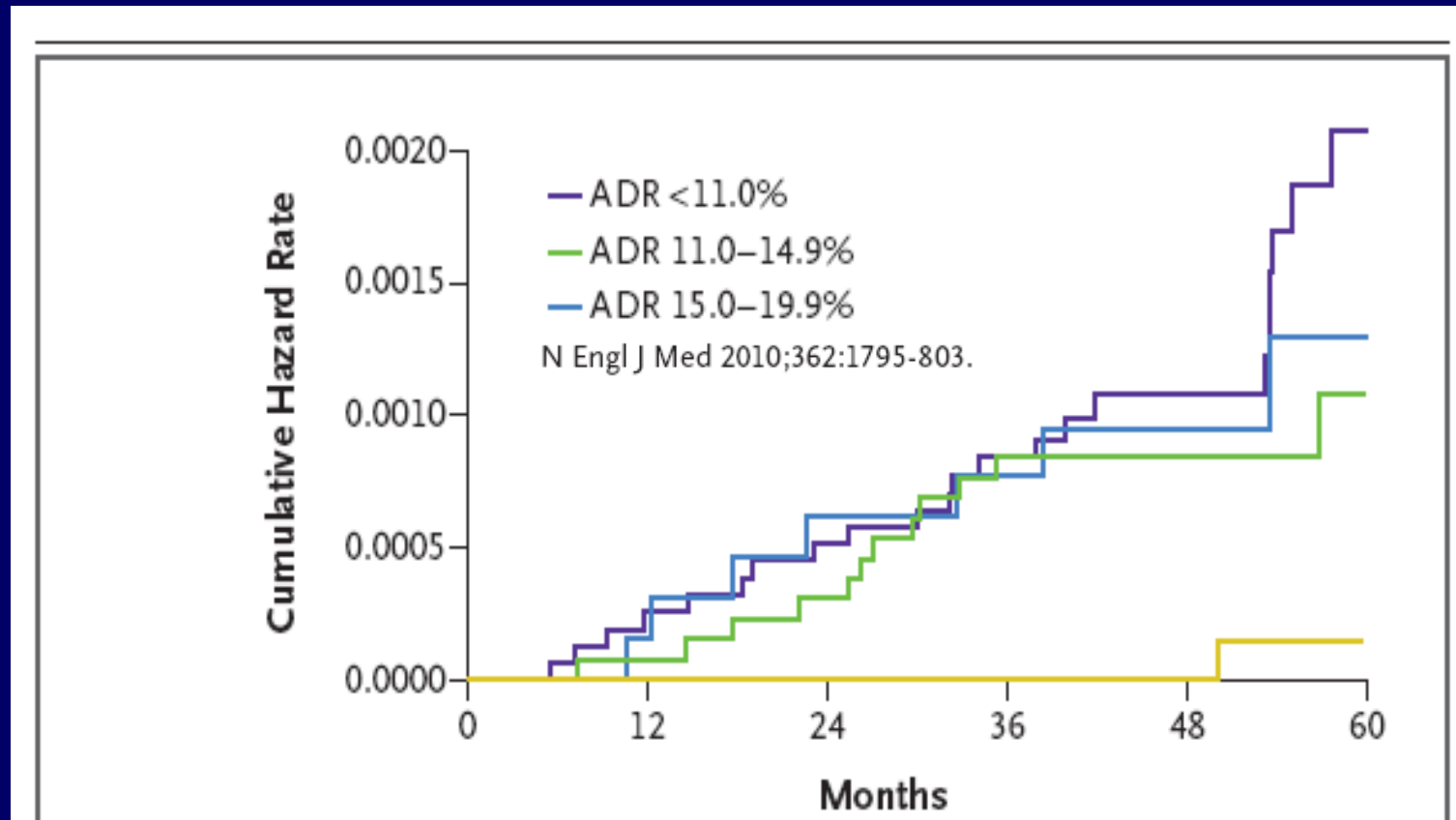
Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Endoscopia Digestiva

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Accuratezza della colonscopia di screening	N. di pazienti con adenomi/n. totale di pazienti sottoposti a colonscopia di screening x 100		Una colonscopia accurata deve consentire una adeguata valutazione della prevalenza di adenomi nei soggetti asintomatici sottoposti a screening	≥ 25% negli uomini; ≥ 15% nelle donne	Aziendale	Documentazione sanitaria (referti endoscopici)	Valutazione semestrale a cura dell'UO	Progetto regionale di screening

Competenza individuale

- ✓ **La detection rate dell'endoscopista correla con l'incidenza dei cancri intervallo!!**

Competenza individuale



Kaminski N Engl J Med 2010

Competenza individuale

- ✓ **Può un indicatore di esito come la detection rate per adenomi sostituire completamente la misurazione degli indicatori di processo?**

Determinanti Detection Rate

- ✓ **Età media dei pazienti**
- ✓ **Primo esame FOBT o successivo**
- ✓ **N° polipi recuperati**
- ✓ **Tempo di recupero**
- ✓ **Pulizia del colon**
- ✓ **% raggiungimento del cieco**
- ✓ **.....**

Limite indicatori di esito

E' estremamente difficile risalire da esiti insoddisfacenti/sfavorevoli ai processi su cui intervenire per migliorare la qualità dell'assistenza.

Use of process measures to monitor the quality of clinical practice

Outcomes of care are a blunt instrument for judging performance and should be replaced, say **Richard J Lilford, Celia A Brown, and Jon Nicholl**

BMJ | 29 SEPTEMBER 2007 | VOLUME 335

SUMMARY POINTS

Process measures are the most suitable management tool for judging and rewarding quality

Clinical outcomes are likely to be affected by factors other than the quality of care

Outcome measures provide insufficient information about how to improve

Assessment of process encourages universal improvement rather than focusing on outliers

Selected measures must be valid and important

SOUNDING BOARD

Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement

Mark R. Chassin, M.D., M.P.P., M.P.H., Jerod M. Loeb, Ph.D., Stephen P. Schmalz, Ph.D.,
and Robert M. Wachter, M.D.

N ENGL J MED 363;7 NEJM.ORG AUGUST 12, 2010

Accountability measures — Using measurement to promote quality improvement

Mark Chassin et coll. definiscono quattro criteri di *accountability* per gli indicatori di processo (IP).

1. Consistenti evidenze dimostrano che l'aderenza all'IP migliora gli esiti assistenziali. 2. L'IP "cattura" accuratamente se un processo *evidence-based* è stato realmente erogato. 3. L'IP si focalizza su un processo condizionato da un numero limitato di ulteriori processi prima dell'insorgenza dell'esito. 4. L'aderenza all'IP non determina conseguenze avverse non previste.

N Engl J Med 2010; 363:683-688

Indicatori di qualità: quali indispensabili

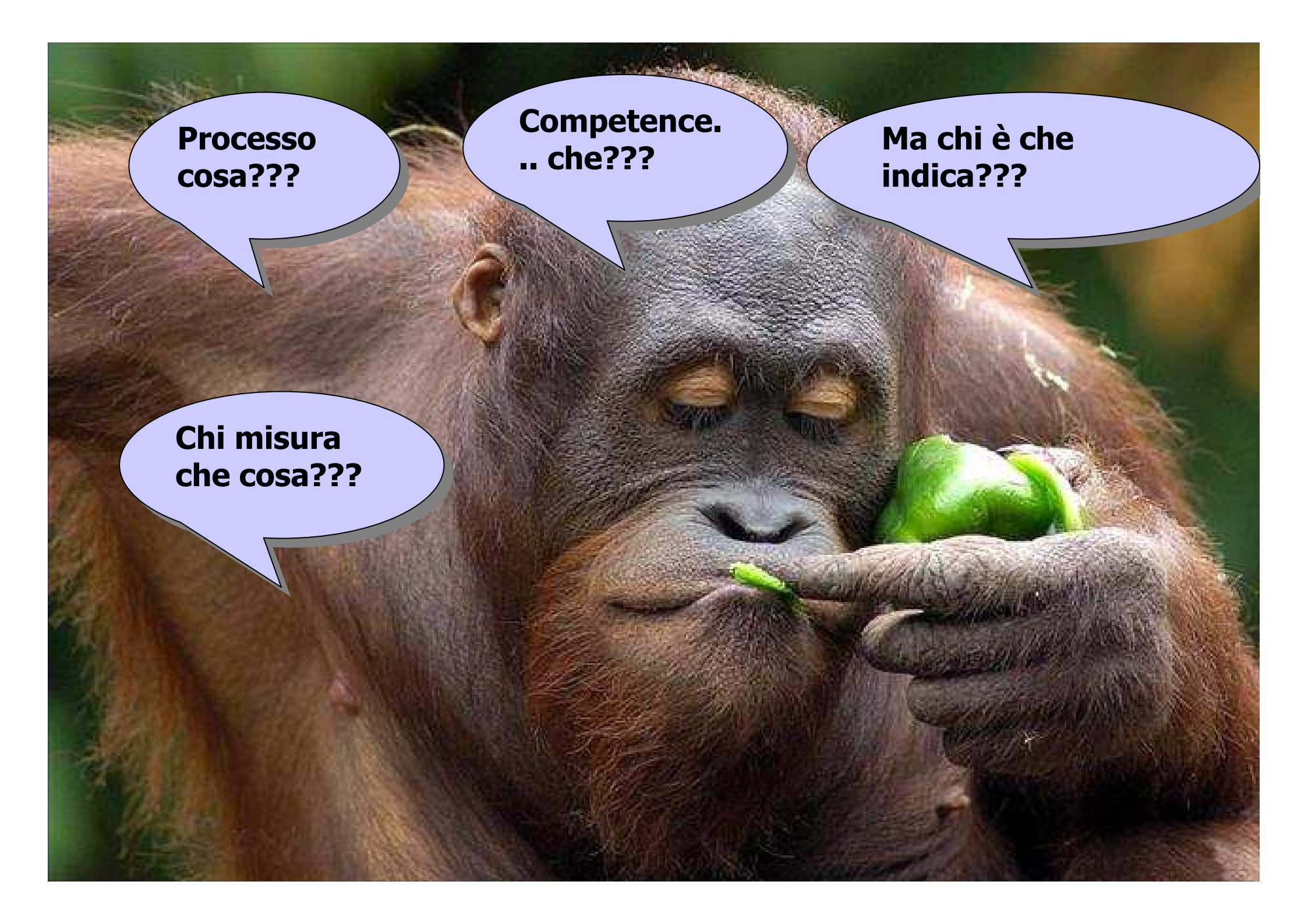
Conclusioni - 1

- ✓ La conformità degli indicatori strutturali ai requisiti di accreditamento istituzionale è un presupposto indispensabile della qualità assistenziale
- ✓ La valutazione della competenza professionale costituisce oggi l'anello debole della catena

Indicatori di qualità: quali indispensabili

Conclusioni - 2

- ✓ La misurazione degli indicatori di esito, per quanto indispensabile, non fornisce indicazioni per migliorare la qualità dell'assistenza
- ✓ Gli indicatori di processo misurano la qualità delle prestazioni professionali e andrebbero sempre misurati

A close-up photograph of an orangutan's face. The orangutan has brown fur and is looking down at a bright green pepper it is holding in its mouth. Its right hand is visible, holding the pepper. The background is a blurred green, suggesting a natural habitat.

**Processo
cosa???**

**Competence.
.. che???**

**Ma chi è che
indica???**

**Chi misura
che cosa???**