Amministrazione trasparente

Esiti monitoraggio attività assistenziali

La legge di stabilità 2016 prevede che *"gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti"*.

La ASL di Cagliari ha provveduto al Monitoraggio 2015, con il coordinamento e sulla base delle indicazioni fornite dal Settore Qualità dei Servizi Sanitari (Servizio Qualità dei servizi e Governo Clinico) della Regione.

L'elenco delle strutture da sottoporre al processo di audit è stato individuato sulla base di quanto pubblicatonella sezione "strumenti di audit"del sito PNE.

In tale sezione Age.Na.S. individua le strutture da sottoporre al processo di audit della qualità dei dati, allorquando per un panel definito di indicatori, i risultati e/o la differenza tra il valore aggiustato e quello grezzo, sono superiori o inferiori ad una soglia critica, definita o sulla base dell'atteso per evidenze scientifiche, laddove possibile, o per un posizionamento estremo nella distribuzione del valore dell'indicatore a livello complessivo nazionale.

I risultati dell'audit sulla qualità dei dati degli indicatori del PNE, assieme alle riflessioni operate sulla valorizzazione stessa degli indicatori sono stati utilizzati a supporto dei programmi di auditing clinico ed organizzativo, con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate laddove l'indicatore (al netto dell'attendibilità dei dati stessi) suggerisse possibili aree di intervento.

Le verifiche sono state condotte con in coinvolgimento diretto degli operatori sanitari che operano nelle Unità Operative interessate. il Report con le modifiche apportate è stato inviato alla Regione per le dovute valutazioni e si è in attesa della rivalutazione degli indicatori e dell'aggiornamento dei dati nel sito del PNE.

Obiettivi del processo di AUDIT sulla qualità dei dati:

1. Valutare la qualità dei dati codificati nei Sistemi Informativi Sanitari sulla base dei quali sono stati calcolati gli indicatori del PNE;
2. Individuare eventuali criticità nella codifica e registrazione dei dati che possono essere oggetto di interventi specifici di miglioramento.

Gli obiettivi specifici di tale verifica riguardano:

1. la misura della misclassificazione dei casi selezionati nelle coorti PNE;
2. la corretta attribuzione dei casi alle strutture di ricovero;
3. la misclassificazione degli esiti.

Un ulteriore livello di verifica prevede il confronto tra le informazioni codificate nel Sistema Informativo Ospedaliero ed i dati riportati nella documentazione presente nella cartella clinica.

Gli obiettivi specifici della verifica della documentazione clinica riguardano la misura dellamisclassificazione, rispetto ai criteri definiti nei protocolli PNE di:

1. diagnosi e/o procedure utilizzate nella selezione dei ricoveri;
2. diagnosi e/o procedure utilizzate nei modelli di aggiustamento;
3. criteri utilizzati per la misura dell'esito.

Strutture Pubbliche ASL 8 Cagliari - Indicatori PNE 2015

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: PROPORZIONE DI INTERVENTI ENTRO 2 GIORNI DAL RICOVERO		
20002601	H Marino CA	Basse proporzioni < 10%
PARTI CESAREI PRIMARI		
20003101	SS Trinità	Alte proporzioni > 30%
SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: : MORTALITA' A 30 GIORNI		
20002201	H San Giuseppe Isili	Alta mortalità > 19%

Totale casi presi in esame per Presidio Ospedaliero

Cod. Presidio	Descrizione	Totale
20002200	H San Giuseppe Isili	112
20002600	H Marino CA	150
20003100	H SS Trinità CA	150

Valore degli indicatori PNE

Presidio H	INDICATORE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
H Marino	Frattura collo femore: IntCh. Entro 2 giorni	385	6,75	6,48	0,13	0
H SS Trinità	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	993	29,41	37,64	1,47	0
H San Giuseppe Isili	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	101	25,74	25,19	2,45	0

La rivalutazione della documentazione amministrativa e sanitaria ha portato alla modifica del dato originariamente registrato. Nella maggior parte dei casi la motivazione è riconducibile ad una revisione della codifica della diagnosi principale e/o delle diagnosi secondarie (patologie concomitanti determinanti per il risk adjustment, spesso non inserite in SDO in quanto non considerate tali da modificare l'impegno clinico-assistenziale in termini di durata del ricovero e/o trattamento ricevuto). Solo in tre casi dell'ospedale di Isili è stata rilevata una difformità tra i dati trasmessi dal Presidio e quanto registrato nella banca dati regionale.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI DELL' AUDIT

Sulla base dei risultati dell'Audit sono state intraprese diverse azioni di miglioramento di seguito riepilogate.

Indicatore PNE 42: Frattura collo femore-intervento chirurgico entro 2 giorni

Il processo di audit ha evidenziato:

13 casi di misclassificazione di coorte (in 7 casi: intervento conservativo; in 3 casi scelta del paziente; 2 casi decesso; 1 caso altro)

12 casi con misclassificazione di esito (per intervento conservativo; scelta del paziente; decesso)

ANALISI DELL'ESITO (intervento effettuato entro 48 ore)

I pazienti che hanno effettuato l'intervento entro 48 ore sono stati 24.

I pazienti che hanno effettuato l'intervento oltre le 48 ore sono stati 94, con una conferma del dato PNE.

La verifica delle cartelle cliniche ha consentito di rilevare le motivazioni che hanno comportato il ritardo nella effettuazione dell'intervento.

In 31 casi l'intervento è stato effettuato nella prima data utile in relazione alla programmazione delle sedute operatorie assegnate alle UU.OO.

In 14 casi, l'intervento programmato è stato rinviato per sopraggiunte urgenze che hanno avuto la priorità o per prolungamento delle sedute operatorie.

In 49 casi la programmazione dell'intervento è stata differita per situazioni cliniche dei pazienti, riconducibili alle seguenti motivazioni:

Pazienti con problematiche dell'assetto coagulativo, per i quali è stato necessario predisporre interventi terapeutici.

Pazienti con anemia, per i quali è stato necessario stabilizzare la situazioni ematologica.

Pazienti febbrili per concomitanti processi flogistici.

Pazienti con squilibrio idro-elettrolitico da stabilizzare.

Effetti dell'audit sulle azioni di miglioramento:

La corretta gestione dei pazienti con Frattura di femore rientra tra gli obiettivi di miglioramento che la ASL di Cagliari intende promuovere.

Pertanto già nel corso dell'anno 2015 è stata costituita una Comunità di Pratica (comprendente l'aspetto ospedaliero e territoriale) per definire, con il supporto di un programma formativo, il "Percorso clinico assistenziale e organizzativo per il trattamento della frattura prossimale del femore ".

Tale percorso, è stato adottato in fase sperimentale dal 1 marzo 2016, con identificazione di indicatori che riguardano sia la fase ospedaliera sia la presa in carico territoriale con i seguenti obiettivi:

- rendere omogenei, in ambito aziendale, i percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da frattura di femore prossimale al fine di garantire l'accesso all'intervento entro 48 ore
- ridurre la mortalità a breve e lungo termine
- migliorare l'esito dell'assistenza erogata
- ridurre la durata dei ricoveri
- implementare il ricorso a più appropriati livelli di cura alla dimissione
- favorire il mantenimento delle precedenti capacità di deambulazione e di svolgimento delle attività quotidiane
- favorire il mantenimento di una vita indipendente al proprio domicilio

In merito alla gestione dei pazienti si intende inoltre promuovere:

1. l'adozione di una linea guida condivisa sulla valutazione clinica dei pazienti ai fine dell'eleggibilità all'intervento entro le 48 ore (sono già stati adottati protocolli di gestione del rischio trombo embolico).
2. La revisione organizzativa della gestione delle Sale del Blocco Operatorio (modifica, già intrapresa nel corso dell'anno 2015, dell'articolazione delle sedute operatorie con garanzia di assegnazione di una seduta giornaliera a ciascuna delle due UU.OO di Ortopedia).

Indicatore PNE 37: "proporzione di parti con taglio cesareo primario"

Il processo di audit ha evidenziato:

Misclassificazioni relative a errori di codifica

L'82% circa delle SDO non rispettavano le linee guida del Ministero della Salute, per la codifica di diagnosi e interventi per diverse motivazioni; in particolare nel 70% circa delle SDO analizzate è stata rilevata la mancanza del codice relativo all'esito del parto (V270).

Dei 33 cesarei presenti in elenco con diagnosi principale 6697x (TC senza menzione dell'indicazione) nel 64% dei casi era invece presente in cartella clinica una corretta indicazione all'intervento, sulla cui base è stata operata una revisione della codifiche delle diagnosi principale/secondaria.

Effetti dell'audit sulle azioni di miglioramento:

A seguito dei risultati della revisione si procederà ad informare tutti i medici del reparto circa le criticità riscontrate ed alla promozione di un intervento formativo finalizzatoa favorire l'adozione di comportamenti univoci e condivisi, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute, oltreché aduniformare le modalità dicorretta codifica dei ricoveri con ricorso al TC primario.

Indicatore PNE 15: Mortalità a 30 giorni per Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC)

Il processo di audit ha evidenziato:

Misclassificazione della coorte:nella maggior parte dei casi l'errore andava ricercato nella transcodifica delle informazioni cliniche registrate nella cartella da parte dei medici codificatori. Si trattava in realtà di casi clinici complessi, ovvero caratterizzati da una sintomatologia aspecifica e da numerose co-morbiditàdi non semplice inquadramento diagnostico. Comunque, da una più attenta valutazione della cartella clinica, si poteva evincere chiaramente come la diagnosi di scompenso cardiaco fosse poco corretta nei casi in questione.

In una ridotta percentuale di casi la misclassificazione della coorte era verosimilmente legata a meccanismi (flusso dati? Altro?) comunque indipendenti dal medico che ha codificato la SDO.

In quattro casi non sono stati rilevati criteri di esclusione validi, per cui gli stessi sarebbero stati da arruolare tra gli scompensi cardiaci non deceduti a 30 gg,(anche in questo caso l'errore è da attribuire a fattori indipendenti dal medico codificatore).

In otto casi i pazienti classificati tra gli scompensi cardiacipresentavano in realtà validi criteri di esclusione, che però non sono stati codificati dal medico.

In un certo numero di pazienti sono state inoltre apportatemodifiche alle diagnosi (principali e/o secondarie) e agli interventi (principali e/o secondari) che non hanno comportato alcuna modifica della

coorte selezionata; tali variazioni sono state apportate solo ed esclusivamente per una migliore definizione clinico-diagnostica.

Effetti dell'audit sulle azioni di miglioramento:

Il risultato del lavoro svolto è stato reso noto a tutti i medici del reparto;si è condivisa e concordata con gli stessi l'adozione dei criteri di Framingham per la codifica dello Scompenso Cardiaco in diagnosi principale (diagnosi di scompenso cardiaco = 2 criteri maggiori oppure 1 criterio maggiore + 2 criteri minori), al fine di adottare modalità univoche nell'individuazione dello scompenso cardiaco in diagnosi principale.