

IL FLUSSO DEI DATI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI: UNO STUDIO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE

AUTORI

Londero C¹, Quattrin R¹, Moccia A¹, Tricarico P², Menegazzi G², Brusaferrò S,^{1,2} Delendi M,³ Canciani G.³

1. SOC Accreditemento, Gestione del Rischio Clinico e Valutazione delle Performance Sanitarie (Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine).
2. Dipartimento Scienze Mediche e Biologiche, Università degli Studi di Udine.
3. Direzione Generale (Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine)

INTRODUZIONE E INQUADRAMENTO

Per determinare se la qualità dell'assistenza sanitaria è appropriata, sicura, efficiente, accessibile e centrata sul paziente, le organizzazioni devono misurare i servizi che forniscono. Per valutare il miglioramento della qualità e la sicurezza dei pazienti è importante tener conto che i buoni esiti riflettono pratiche di buona qualità e che il confronto tra organizzazioni incoraggia il miglioramento delle prestazioni.

È essenziale disporre di un flusso valido e sistematico di dati per la misurazione e il monitoraggio delle attività e fare in modo che le misure siano tenute sotto controllo nel tempo per individuare cambiamenti significativi, tendenze o modelli.



OBIETTIVI

L'obiettivo generale dello studio è l'analisi del flusso dei dati dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine (Azienda) al fine di valutare la rilevanza attribuita agli indicatori per la qualità e la sicurezza dei pazienti.

Gli obiettivi specifici sono orientati a:

- identificare quali sono le misure relative al miglioramento della qualità e alla sicurezza del paziente, tra i dati gestiti dall'ospedale;
- identificare modalità, strumenti e tempi per la raccolta, la trasmissione e il ritorno dell'informazione;
- indagare se i dati rispondono agli standard Joint Commission International (JCI);
- osservare quali misure hanno la caratteristica per essere utilizzate come misura di benchmark.

DESCRIZIONE

Lo studio è stato condotto tra febbraio e marzo 2013 e ha riguardato la situazione aziendale riferita all'anno 2012.

I passaggi sono stati:

1. indagine preliminare sugli argomenti (in letteratura e nei programmi aziendali);
2. consultazione dei database ospedalieri;
3. raccolta dati e analisi dei dati.

I dati sono stati raccolti in formato excel (vers. 2007) e classificati nelle seguenti categorie: area di provenienza dei dati, fonte dei dati, persona che li raccoglie, persona che li gestisce e con quali strumenti (raccolta, validazione, analisi, stesura report), tempistiche e modalità del report, strutture destinatarie (interne ed esterne), tipo di dati/misurazioni, dimensione di qualità, capitoli JCI interessati (versione 2011), potenzialità di benchmark internazionale per i dati sulla sicurezza del paziente.

RISULTATI

I risultati mostrano che nell'anno 2012, su un totale di 398, l'Azienda ha gestito 136 (34%) indicatori per il miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti: 105 (77%) nell'area clinica e 31 (23%) nell'area manageriale.

Il 25% di tali indicatori (34), tutti di area clinica, possiedono le caratteristiche per l'effettuazione di benchmark di rilievo internazionale: nello specifico, 11 di questi (32%) appartiene alla Library of Measures di JCI.

- I 136 indicatori sono così distribuiti:
- indicatori di struttura (5/136; 4%);
 - indicatori di processo (100/136; 74%);
 - indicatori di esito (31/136; 3%) (Fig.1)

Le principali dimensioni di qualità focalizzate dagli indicatori sono: la sicurezza (safety) (44/136; 32%), l'efficienza (24/136; 18%), l'efficacia (23/136; 17%) e l'appropriatezza (21/136; 15%). (Fig.2)

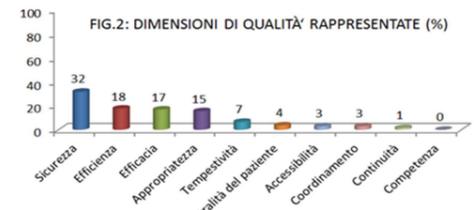
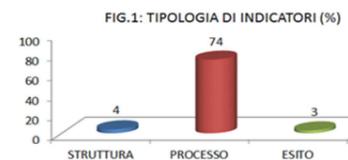
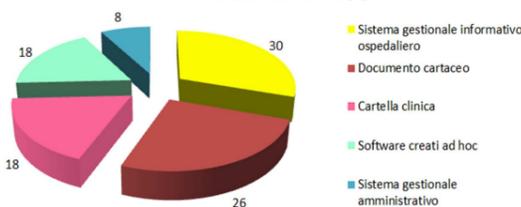


FIG.3: FONTE PRIMARIA DEI DATI (%)



Le fonti primarie dei dati sono:

- sistema gestionale informativo ospedaliero (G2) in 41 casi (30%);
- documento cartaceo in 35 casi (26%);
- cartella clinica in 25 casi (18%);
- software creati ad hoc in 24 casi (18%);
- sistema gestionale amministrativo in 11 casi (8%). (Fig.3)

Emerge che gli strumenti di gestione e analisi dei dati sono:

- software diversi da quelli ufficialmente disponibili in azienda (es. excel) in 73 casi (54%);
- altre modalità, non sempre precisate, in 38 casi (28%);
- software aziendali ufficiali in 25 casi (18%).

I risultati dello studio fanno emergere che i report sugli indicatori vengono restituiti ai destinatari principalmente su base trimestrale (97/136; 72%). (Tab.1) e che il report avviene:

- con modalità cartacea o con file in 100 casi (74%)
- mediante pubblicazione nel portale gestionale dell'azienda in 22 casi (16%)
- con registrazione dei dati nelle schede di budget annuali in 14 casi (10%).

TAB.1: TEMPISTICA DEL REPORT / FEED BACK

| | N. | % |
|---------------|------------|------------|
| TRIMESTRALE | 97 | 72 |
| SEMESTRALE | 37 | 27 |
| MENSILE | 2 | 1 |
| Totale | 136 | 100 |

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'Azienda dimostra di avere in atto un significativo e qualificato programma di monitoraggio e controllo dei dati per la qualità e la sicurezza, sebbene la percentuale degli indicatori di processo e di efficienza prevalga su quella degli indicatori di esito. È in corso un piano di miglioramento successivo allo studio che prevede:

- la definizione di un cruscotto di indicatori specifici per la qualità, ampliando le misure di esito al fine di rispondere più appropriatamente agli standard internazionali;
- l'identificazione di alcune soluzioni atte a ridurre l'uso della carta e a ottenere maggiore tempestività nel reporting;
- la ricerca di soluzioni per l'integrazione dei sistemi informativi interni e la dismissione di gestioni parallele di dati rilevanti per la sicurezza dei pazienti;
- l'adozione di un processo di validazione dei dati.

BIBLIOGRAFIA

- Joint Commission International. Standard per l'accreditamento degli ospedali. Oakbrook Terrace, IL: JCR, Quinta edizione. 2014.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001. pp. 164-80.
- Chassin MR., Loeb JM., Schmalz SP, Wachter RM. Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement. N Engl J Med 2010; 363:683-688 August 12, 2010 DOI: 10.1056/NEJMsb1002320
- Drosler SE, Klazinga NS, Romano PS, Tancredi DJ et al. Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 4: pp. 272-278
- Loeb J. The current state of performance measurement in healthcare. Int J Qual Health Care. 2004;16(Suppl 1): i5-9. [PubMed: 15059982]
- Tsang C, Palmer W, Bottle A, Majeed A, Aylin P. A review of patient safety measures based on routinely collected hospital data. American Journal of Medical Quality 2012; 27(2):154-169.