

9^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidenze e Innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

Bologna, 14 marzo 2014

**Migliorare le performance in sanità:
dalle criticità identificate dal Programma
Nazionale Esiti alla riorganizzazione dei
servizi aziendali**

Giovanni Messori Ioli

ASL TO 5 di Chieri (TO)

BACKGROUND

- **Accountability & Benchmarking:** la valutazione delle *performance* assume sempre maggiore rilevanza per garantire un servizio sanitario efficace ed efficiente, controllando i costi
- Piano Nazionale Esiti (PNE): a ottobre 2013 diffusione dati relativi alle attività 2007- 2012 con specifiche richieste alle AA.SS.RR. del Piemonte da parte della Direzione Sanità
- Sistema bersaglio (MeS di Pisa)
- Esigenza specifica della Direzione Generale: disporre di dati di esito per valutazioni e scelte strategiche

OBIETTIVI

- Identificare le performance aziendali «critiche» riportate dal PNE
- Implementare strategie condivise tra management e professionisti per migliorare le performance
- Monitorare gli effetti di tali strategie sul "riallineamento" degli indicatori critici

METODI

- Ottobre 2013: discussione ed approfondimento di tutti gli indicatori del PNE tra la Direzione Generale, i Direttori di Dipartimento ed il Controllo di Gestione
- Selezione degli indicatori con rilevanti scostamenti dai valori medi
- Analisi delle cause degli scostamenti
- Definizione e implementazione delle azioni
- Condivisione degli obiettivi specifici con i Dipartimenti
- Monitoraggio dei dati di attività e misurazione scostamenti (2014/2015)

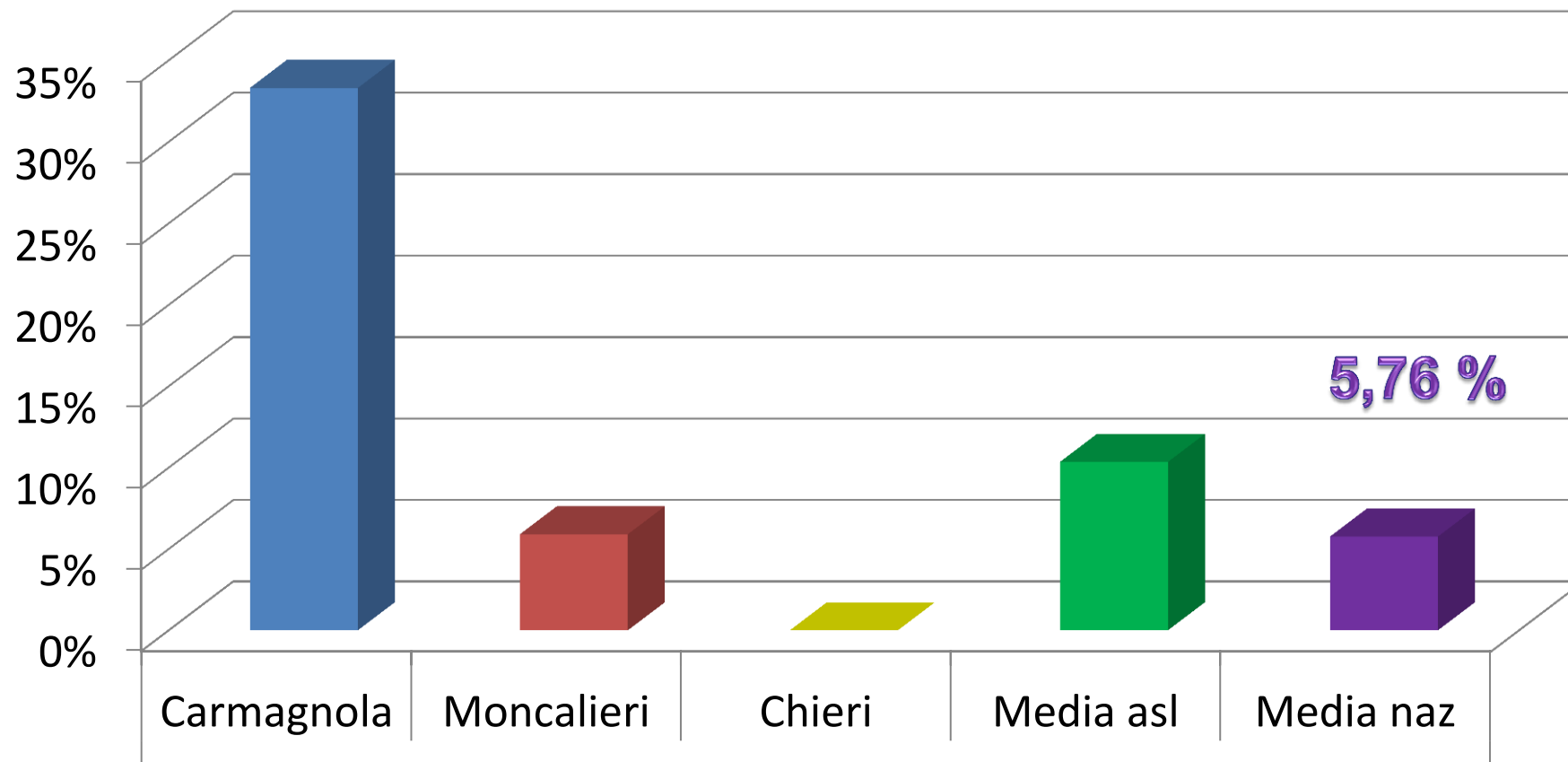
RISULTATI

INDICATORI CRITICI

1. Mortalità a 30 giorni per carcinoma gastrico
2. Ricoveri < 3 gg per colecistectomia laparoscopica
3. Legatura e stripping vene (DRG 119)
4. Mortalità a 30 gg per ictus

RISULTATI

Mortalità a 30 giorni per carcinoma gastrico



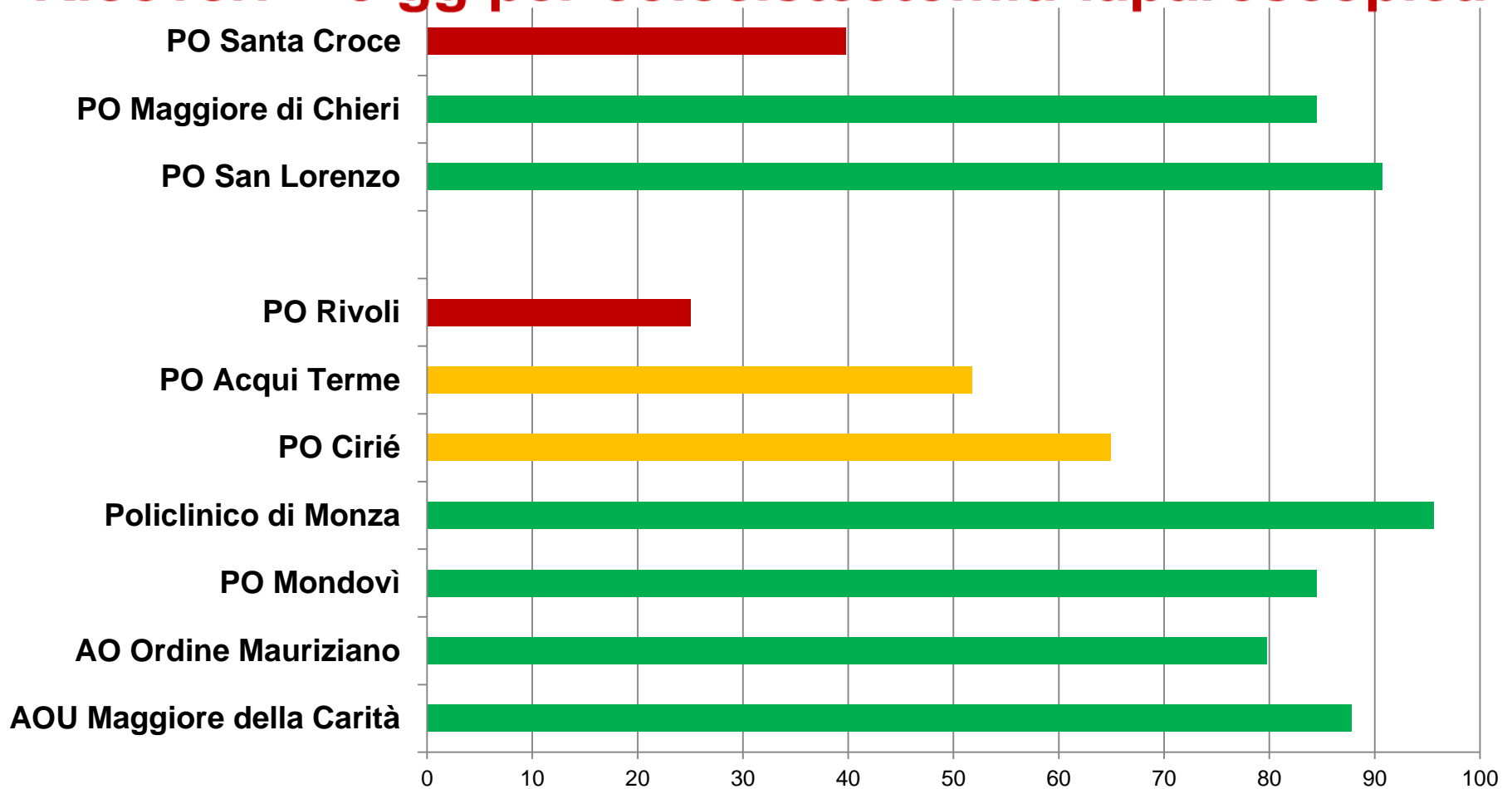
RISULTATI

1. Mortalità a 30 giorni per carcinoma gastrico

- **Analisi locale:** assenza di terapia intensiva a Carmagnola e presenza dell'UTIC solo a Moncalieri
- **Azioni:** effettuare gli interventi per tumore dello stomaco preferibilmente c/o il P.O. di Moncalieri e con un'unica équipe aziendale
- **Monitoraggio 2013:** non sono più stati eseguiti interventi c/o il P.O. di Carmagnola

RISULTATI

Ricoveri < 3 gg per colecistectomia laparoscopica



RISULTATI

2. Ricoveri < 3 gg per colecistectomia laparoscopica

- **Analisi locale:** percentuale aziendale pari al 72,9%, in linea con la media regionale (70%) con differenze rilevanti tra i presidi di Carmagnola (90,7%), Chieri (84,5%) e Moncalieri pari al 39,8%
- **Azione:** razionalizzazione nella gestione dei ricoveri e maggior efficienza a Moncalieri, attraverso una sensibilizzazione del direttore della SC
- **Monitoraggio 2013:** nel bimestre nov-dic 2013 il dato relativo al P.O. di Moncalieri si è allineato alla media regionale (70%)

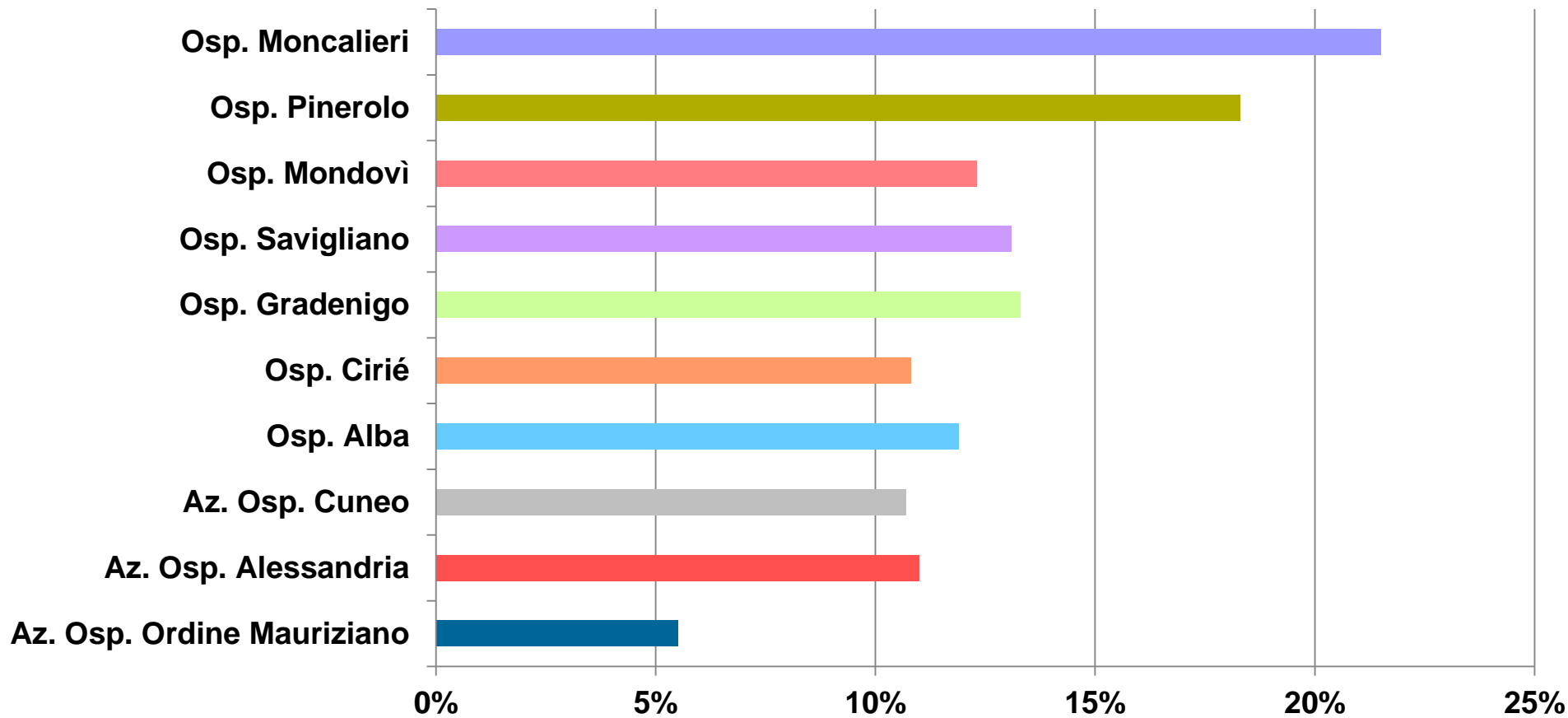
RISULTATI

3. Legatura e stripping vene (DRG 119)

- **Criticità:** una casa di cura accreditata ha eseguito nel 2012 il più elevato numero di interventi (920) su base nazionale
- **Azioni:** la Commissione di Vigilanza dell'ASL ha valutato un campione casuale di circa 100 cartelle cliniche e SDO, rilevando una percentuale di interventi inappropriati pari al 20% → valorizzazione dell'inappropriatezza ed emissione nota di credito da parte della casa di cura all'ASL
- **Monitoraggio:** ulteriore analisi di SDO (2012-2013-2014)

RISULTATI

Mortalità a 30 gg per ICTUS



RISULTATI

4. Mortalità a 30 gg per ictus

- **Criticità:** nel P.O. di Moncalieri mortalità del 21,5% (dato tra i più negativi a livello regionale), rispetto al 15,2% dell'ASL
- **Azioni:** valutazione delle cartelle cliniche del 2012; riesaminati con i professionisti i risultati dei pregressi audit clinici (2008 e 2010)
- **Monitoraggio 2013:** la mortalità nel P.O. di Moncalieri si è ridotta al 14,9%, allineata a quella aziendale. Dalla casistica esaminata, è comunque emersa una gravità elevata dei pazienti trattati (scala NIHSS – non valutabile dalla SDO)

LIMITI

- Bias legati alla codifica (ICD9-CM, SDO, DRG, etc.)
- Limite del sistema SDO a stimare la gravità del quadro clinico del paziente: fattori di confondimento, modificatori d'effetto, gravità del quadro clinico non codificabile
- Necessità di prolungati tempi di monitoraggio
- Selezione opportunistica da parte delle AA.SS. degli indicatori più "vantaggiosi"
- Valutazione percepita come "controllo ispettivo"

CONCLUSIONI

- L'analisi critica dei dati del PNE con i clinici e l'attivazione di un piano operativo condiviso con la Direzione Generale hanno migliorato i settori critici evidenziati
- Valore aggiunto: sviluppo tra i clinici di una cultura "quantitativa" e orientata agli esiti
- Valore "emergente" dell'esperienza: introdotto un monitoraggio trimestrale, sia degli indicatori critici, sia di altri indicatori
- Si evidenzia l'utilità dei dati PNE come strumento per la riorganizzazione di un'azienda sanitaria

Grazie a...

Dott. Maurizio Dore

Dott. Marco Bo

Dott. Luciano Zardo

Ing. Emanuele Gennusa