



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI



Via Coppino, 26 - 07100 SASSARI – C.F. - P. IVA 02268260904

DELIBERAZIONE N. 83 DEL 17/02/2017

Oggetto: Approvazione del Piano Triennale per il miglioramento della qualità delle cure e l'adeguamento dell'offerta.	
Struttura Proponente Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione	Conto di Costo _____
Direttore della Struttura Proponente Dott.ssa Chiara Seazzu	Responsabile del Procedimento Dott.ssa Chiara Seazzu
Estensore: Dott.ssa Ida Spanedda	
<p>Il Responsabile della Struttura propone l'adozione del presente provvedimento, attestandone conformità alla norma, la corrispondenza del formato cartaceo al file inserito sul SISAR atti nonché l'utilità e l'opportunità per gli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.</p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott.ssa Chiara Seazzu Firma <u>Chiara Seazzu</u></p> <p>Il Responsabile della Struttura e il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza. Dichiarano inoltre, di aver predisposto la dichiarazione di acquisto inderogabile, agli atti del Servizio.</p> <p>Il presente provvedimento contiene dati sensibili Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Il Responsabile del procedimento: Dott.ssa Chiara Seazzu Data <u>17-02-2017</u> Firma <u>Chiara Seazzu</u></p> <p>Il Responsabile della Struttura: Dott.ssa Chiara Seazzu Data <u>17-02-2017</u> Firma <u>Chiara Seazzu</u></p> <p>Il Responsabile addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso <input type="checkbox"/> È <input type="checkbox"/> NON È (le motivazioni sono allegate alla presente) coerente con le proiezioni economiche comunicate alla Direzione Strategica. Spesa prevista _____ C.E. n. _____</p> <p>Il Responsabile del Controllo di Gestione: Dott.ssa Sara Sanna Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p> <p>Il Responsabile del Bilancio attesta altresì che la spesa non contrasta gli obiettivi Regionali di contenimento della spesa sanitaria e di rientro dal disavanzo (nota RAS Prot. 4801 del 29.12.2016).</p> <p>Il Responsabile del Bilancio: Dott.ssa Rosa Maria Bellu Data _____ Firma _____</p> <p>Parere del Direttore Amministrativo: Dott. Lorenzo Pescini (Delibera del Direttore Generale. n. 378 del 02.11.2016) Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>17-02-2017</u> Firma <u>Chiara Seazzu (DELIBERA N. 415 del 22.02.2016)</u></p> <p>Parere del Direttore Sanitario: Dott. Nicolò Orrù (Delibera del Direttore Generale. n. 393 del 14.11.2016) Favorevole <input checked="" type="checkbox"/> Non Favorevole <input type="checkbox"/> (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>17.02.2017</u> Firma <u>Nicolò Orrù</u></p>	
La presente Deliberazione si compone di n.-17 -pagine, di cui n.- 12 -pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale	

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Chiara Seazzu)

- VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992: “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e s.m.i;
- VISTO** il Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999: “Disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed Università, a norma dell’art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- VISTO** il Protocollo d’Intesa sottoscritto in data 11.10.2004 dalla Regione Sardegna e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari;
- VISTA** la Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 (legge di stabilità 2016) con la quale, tra le altre, si prevede che ciascuna Regione debba individuare, con apposito provvedimento della Giunta Regionale, le Aziende Ospedaliere (AO) e le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) che presentino una o entrambe le condizioni di seguito specificate:
- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell’attività, ai sensi dell’art. 8 sexies del Decreto Legislativo del 30 Dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
 - il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- VISTA** la Delibera della Regione Autonoma della Sardegna n. 63/44 del 25.11.2016 “Applicazione art. 1, comma 525, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Individuazione degli Enti tenuti alla presentazione del piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell’equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all’adeguamento dell’offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati”;
- CONSIDERATO** che la Regione Autonoma della Sardegna con la suddetta Delibera ha individuato l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari quale Ente da sottoporre a piano di rientro ai sensi dell’art. 1, comma 524, lettera b) della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015;
- TENUTO CONTO** che l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è tenuta a sottoporre all’Assessorato dell’Igiene e Sanità e Assistenza Sociale, entro novanta giorni dall’adozione della Delibera della Giunta Regionale n. 63/44, il piano di rientro redatto secondo le modalità previste dal paragrafo 1.2 delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro di cui all’art. 1, comma 528, della Legge n. 208/2015, contenente le misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all’adeguamento dell’offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati;
- RISCONTRATO** pertanto che l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è stata individuata come Ente da sottoporre al piano di miglioramento della qualità delle cure o adeguamento dell’offerta per il mancato rispetto dei parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure, così come stabilito dal Decreto Ministeriale 21 giugno 2016 e meglio specificato nell’Allegato Tecnico B del decreto medesimo;
- CONSIDERATO** che l’Allegato Tecnico B individua come ambiti assistenziali 7 aree cliniche (cardiocircolatorio, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale,

chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare) e per ciascuna area vengono individuati uno o più indicatori e 5 classi di valutazione con un punteggio variabile da (qualità molto alta) a 5 (qualità molto bassa);

- TENUTO CONTO** che le classi di valutazione sono definite in base alle soglie minime di rischio riportate nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, in altre indicazioni normative vigenti nonché nella letteratura scientifica di riferimento e nella distribuzione osservata nelle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale;
- CONSIDERATO** che gli indicatori, i corrispondenti pesi e i valori soglia, sempre ai sensi del Decreto Ministeriale 21 giugno 2016 sono annualmente elaborati dall’Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali nell’ambito del Programma Nazionale Esiti, usufruendo delle ultime schede di dimissione ospedaliera disponibili a livello centrale (Ministero della Salute) per la valutazione di ciascuna Struttura Ospedaliera;
- DATO ATTO** che l’ultima edizione del Programma Nazionale Esiti utilizza come base di calcolo degli indicatori le schede di dimissione ospedaliera dell’anno 2015, sintetizzando i risultati dell’analisi di tutti gli indicatori delle 7 aree cliniche in una rappresentazione grafica denominata Treemap;
- RILEVATO** che nel Treemap viene indicato il posizionamento dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari nelle aree cliniche oggetto di analisi e che le due aree cliniche “gravidanza e parto” e “chirurgia generale” (38 - 39,5% delle aree sottoposte ad analisi) si collocano sulla classe di livello “basso” di aderenza a standard di qualità;
- ACCERTATA** la necessità di stipulare, alla luce delle indicazioni della Regione Sardegna, apposito Piano Triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l’adeguamento dell’offerta;
- VISTA** la nota del 15 febbraio 2017 con la qual il Direttore Sanitario ha trasmesso al Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione, il Piano Triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l’adeguamento dell’offerta al fine di provvedere all’approvazione tramite atto deliberativo;
- TENUTO CONTO** che il piano prevede, entro il triennio, il raggiungimento di un livello di aderenza a standard di qualità “almeno” medio nelle due aree cliniche “gravidanza e parto” e “Chirurgia Generale”;

PROPONE

Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente:

- 1) di approvare il Piano Triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l’adeguamento dell’offerta, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- 2) di comunicare il presente provvedimento all’Assessorato Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale entro il termine di novanta giorni che decorre dalla data di adozione della DGR 63/44 del 25/11/2016;

- 3) di dare mandato agli uffici competenti al fine della predisposizione dei conseguenti adempimenti;

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

(Dott.ssa Chiara Seazzu)

Chiara Seazzu

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Antonio D'Urso

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 57 del 03.10.2016

L'anno duemiladiciassette, il giorno diciannove del mese di Febbraio, in Sassari, nella sede legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

PRESO ATTO della proposta di Deliberazione avente per oggetto: "Presa d'atto del Piano Triennale per il miglioramento della qualità delle cure e l'adeguamento dell'offerta";

DATO ATTO che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno espresso parere favorevole;

D E L I B E R A

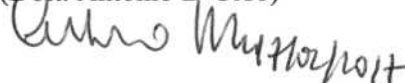
Per i motivi espressi in premessa, che qui si richiamano integralmente

Di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- 1) di approvare il Piano Triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l'adeguamento dell'offerta, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;
- 2) di comunicare il presente provvedimento all'Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale entro il termine di novanta giorni che decorre dalla data di adozione della DGR 63/44 del 25/11/2016;
- 3) di dare mandato agli uffici competenti al fine della predisposizione dei conseguenti adempimenti;

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Antonio D'Urso)



La presente Deliberazione è in pubblicazione all'Albo Pretorio elettronico del sito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari dal 17-02-2017 per la durata di quindici giorni

Il Responsabile del Servizio Affari Generali, Legali, Comunicazione e Formazione

(Dott.ssa Chiara Seazzu)





PIANO TRIENNALE DI RIENTRO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA
QUALITA' DELLE CURE E L'ADEGUAMENTO DELL'OFFERTA

Ai sensi della delibera RAS n. 63/44 del 25.11.2016

in applicazione dell'art.1, comma 526, della legge 28 dicembre 2015 n. 208



INDICE

1. Premessa

1.1 - Delibera RAS n. 63/44 del 25.11.2016

1.2 - PNE 2015 e 2016: Treemap e indicatori dell'AOU di Sassari

2. Obiettivi del Piano

2.1 - Area clinica gravidanza e parto - Indicatore "proporzione di parti con taglio cesareo primario" nell'AOU di Sassari nel PNE 2015 e 2016

2.2 - Area clinica chirurgia generale - Indicatore "Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti con volume di attività > di 90 casi/anno"

3. Verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari

4. Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici ed organizzativi

4.1- Area clinica chirurgia generale

4.2- Area clinica gravidanza e parto

5. Programma di Interventi

5.1 - Interventi per il miglioramento della qualità dei dati

5.2 - Interventi per il miglioramento dell'appropriatezza clinico - organizzativa

5.2.1- Attivazione del servizio di Parto Analgesia

5.2.2- Integrazione con i Consultori del territorio per la condivisione del percorso nascita

6. Budget per l'attuazione del piano

7. Monitoraggio del Piano

8. Sintesi degli interventi e crono - programma



1. Premessa

1.1 - Delibera RAS n. 63/44 del 25.11.2016

La Regione Autonoma della Sardegna con DGR n. 63/44 del 25 Novembre 2016, ha individuato l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari come Ente da sottoporre a piano di rientro ai sensi dell'art. 1, comma 524, lettera b) della legge n. 208/2015.

La legge 208/2015 (nota anche come legge di stabilità per il 2016) prevede l'obbligo, per le aziende ospedaliere e ospedaliero - universitarie, di predisporre un piano di rientro in presenza o di un determinato scostamento tra costi e ricavi o del mancato rispetto dei parametri relativi a **volumi, qualità ed esiti delle cure**.

L'AOU di Sassari è stata individuata come ente da sottoporre a piano di miglioramento della qualità delle cure o adeguamento dell'offerta per il mancato rispetto dei parametri relativi a **volumi, qualità ed esiti delle cure**, così come stabilito dal DM 21 giugno 2016 e specificato nell' "Allegato Tecnico B" al decreto medesimo.

1.1.2- Allegato tecnico B) al DM 21 giugno 2016 (e DM 2 aprile 2015 n. 70)

L'allegato tecnico B individua come ambiti assistenziali 7 aree cliniche: cardiocircolatorio, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Per ciascuna area clinica l'allegato B individua uno o più indicatori e 5 classi di valutazione, con un punteggio variabile da 1 (qualità molto alta) a 5 (qualità molto bassa): le classi di valutazione sono definite in base alle soglie minime di rischio riportate nel decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 (*"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*), ad altre indicazioni normative vigenti, alla letteratura scientifica di riferimento, alla distribuzione osservata nelle strutture di ricovero presenti sul territorio nazionale. Per gli indicatori che riguardano gli interventi per tumore della mammella, le colecistectomie laparoscopiche ed i parti, alle strutture con un volume di attività inferiore al valore soglia riportato nel DM n. 70/2015 viene, comunque, attribuita la classe di valutazione di più bassa qualità.

Gli indicatori, i corrispondenti pesi e i valori soglia, sempre ai sensi del DM 21 giugno 2016, sono annualmente elaborati dall'Agenas (Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali) nell'ambito del PNE (Programma Nazionale Esiti), che utilizza le ultime SDO (schede di dimissione ospedaliera) disponibili a livello centrale (Ministero salute) per la valutazione di ciascuna struttura ospedaliera.

L'ultima edizione PNE – anno 2016, che ha come base di calcolo degli indicatori le schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2015, sintetizza i risultati dell'analisi di tutti gli indicatori delle 7 aree cliniche in una rappresentazione grafica denominata Treemap.

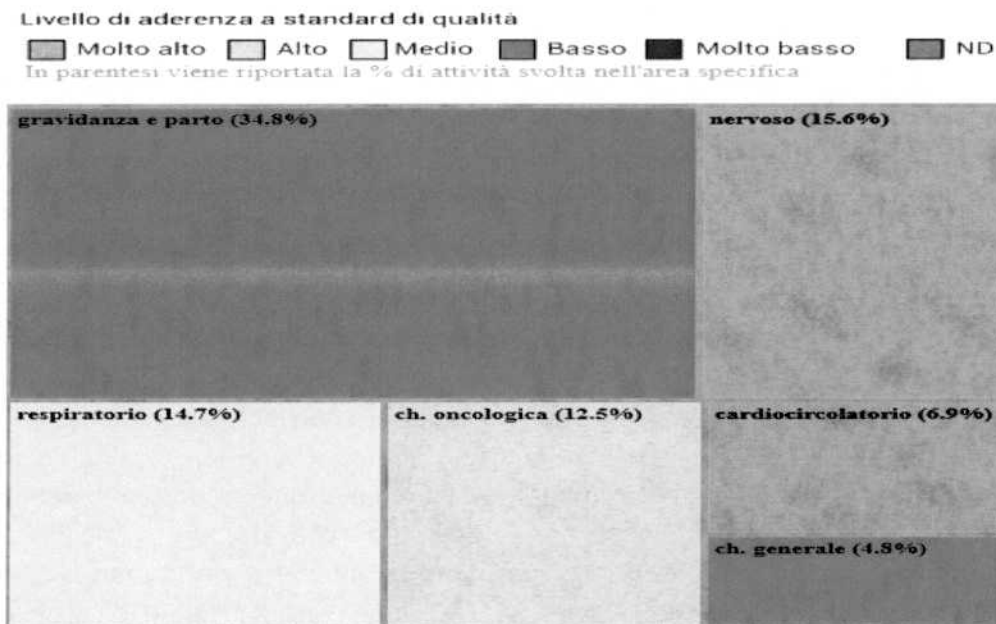
Per ogni stabilimento ospedaliero il treemap è costruito in modo tale che ogni area clinica sia proporzionale all'attività complessiva delle 7 aree cliniche considerate. Ogni area clinica assume un colore di valutazione che è la sintesi della valutazione degli indicatori propri dell'area, ognuno dei quali incide sulla base del peso assegnato.



1.2 - PNE 2016 e Treemap dell'AOU di Sassari

La figura che segue è il Treemap messo a disposizione sul sito PNE, e riassume il posizionamento dell'AOU di Sassari, nelle aree cliniche oggetto di analisi, per gli indicatori calcolati dalla edizione 2016 del PNE, sulla base delle SDO delle attività di ricovero dell'anno 2015.

Fig. 2- PNE 2016 - Treemap AOU di Sassari



Nell'edizione 2016, come anche nella precedente edizione 2015, le due aree cliniche "gravidanza e parto" e "chirurgia generale", che rappresentano insieme circa il 38-39,5 % delle aree sottoposte ad analisi, si posizionano sulla classe di livello "basso" di aderenza a standard di qualità: il verificarsi di questa condizione ha reso automatica, da parte della Regione Sardegna, l'individuazione dell'AOU di Sassari quale Ente da sottoporre a "Piano di miglioramento della qualità delle cure o adeguamento dell'offerta", in attuazione del disposto del DM 21 Giugno 2016 che individua gli Enti per cui sussistono le condizioni di cui all'art. 1, comma 524, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, quali quelli per cui almeno uno stabilimento presenta una o più aree cliniche cui corrisponde: un punteggio corrispondente a qualità assistenziale molto bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in tali aree, in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno, in misura superiore al 15% delle dimissioni totali effettuate dallo stabilimento stesso, oppure un punteggio corrispondente a qualità assistenziale bassa ed attività ospedaliera complessivamente erogata in misura superiore al 33% delle dimissioni effettuate dallo stabilimento.



2. Obiettivi del piano

“L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari è tenuta a sottoporre all’Assessorato all’Igiene e Sanità, entro i 90 giorni successivi all’approvazione della presente deliberazione, il piano di rientro redatto secondo le modalità previste dal paragrafo 1.2 delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro di cui all’art. 1, comma 528, della legge n. 208/2015, **contenente le misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all’adeguamento dell’offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati**” (delibera di Giunta Regionale n. 63/44 del 25 Novembre 2016).

Il piano, pertanto, entro il triennio, deve prevedere il raggiungimento di un livello di aderenza a standard di qualità “almeno” medio in due aree cliniche:

- Area gravidanza e parto;
- Area Chirurgia generale.

2.1 – Area clinica gravidanza e parto - L’indicatore “proporzione di parti con taglio cesareo primario”

La performance “livello di aderenza a standard di qualità basso” dell’AOU di Sassari nell’area clinica gravidanza e parto, che assume un colore arancio nel Treemap della precedente Fig 2, è in realtà il risultato di 3 indicatori, di peso rispettivamente 80%, 10% e 10%, come evidenziato nella figura n. 3:

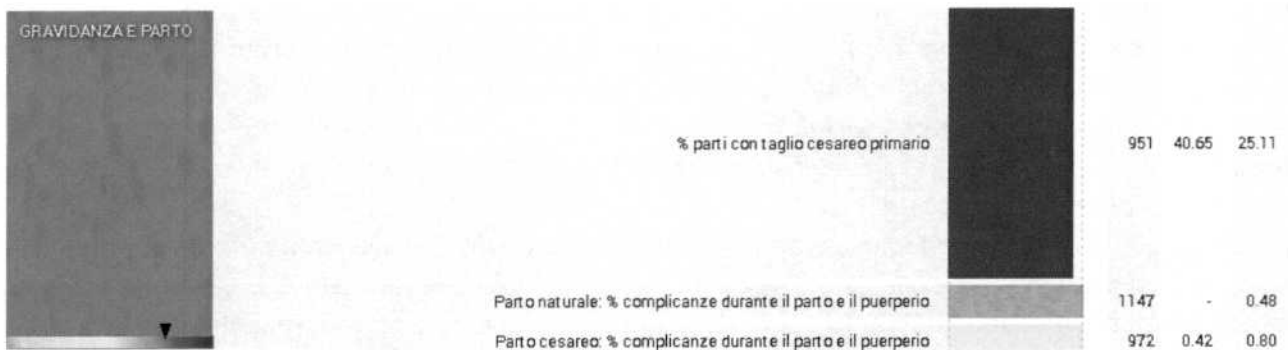


Fig.3- PNE 2016 - AOU di Sassari - Area gravidanza e Parto

L’indicatore “proporzione di parti con taglio cesareo primario”, in area rossa (molto basso) ha un peso di 80% all’interno dell’area di riferimento, mentre gli altri due indicatori, posizionati in area gialla (medio) e verde scuro (molto alto) rivestono ciascuno un peso del 10%.

Raggiungere l’obiettivo di ricondurre l’area clinica gravidanza e parto ad un livello almeno “medio” di aderenza agli standard di qualità significa, pertanto, porsi come primo obiettivo la riduzione del ricorso al taglio cesareo primario fino al raggiungimento di un livello standard, almeno medio, di questo indicatore.

2.2- Area clinica chirurgia generale - L’indicatore “Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti con volume di attività > di 90 casi/anno”

La performance “livello basso” di aderenza a standard di qualità dell’AOU di Sassari nell’area Chirurgia Generale è il risultato di 2 indicatori, illustrati nella figura n. 4:



Fig.4- PNE 2016 - AOU di Sassari- Chirurgia Generale

CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	82	68.59	69.18
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	98	0.00	73.94

I due indicatori "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni" e "Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi eseguiti in reparti con volume di attività maggiore di 90 casi" hanno un peso identico pari al 50% all'interno della propria area, e sono posizionati il primo sul colore giallo (medio), il secondo sul colore rosso (molto basso).

Ne deriva che il secondo obiettivo del piano di rientro dell'AOU di Sassari si identifica con il miglioramento di questo secondo indicatore (che non esclude, come obiettivo secondario, il raggiungimento di un livello di qualità alto o molto alto dell'altro indicatore).

L'analisi del dettaglio conferma che due soli indicatori, uno dell'area clinica chirurgia generale e uno dell'area clinica gravidanza e parto, sono responsabili del posizionamento complessivo dell'AOU e in ultima analisi della necessità di predisporre un piano di rientro per:

- Colecistectomia laparoscopica: % di interventi effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi;
- % di parti con taglio cesareo primario.

In realtà, ai fini dell'individuazione dell'AOU di Sassari quale Ente da sottoporre a Piano di rientro, il primo indicatore riveste per l'AOU di Sassari una rilevanza relativa, considerato che l'area clinica di riferimento rappresenta solo il 4,8 % delle 7 aree sottoposte ad analisi: inoltre, trattandosi di volumi di attività, le azioni di miglioramento sono facilmente individuabili e l'obiettivo di riallineamento è facilmente raggiungibile tramite più opzioni, di tipo organizzativo, che richiedono tempi relativamente brevi e certi.

L'indicatore "% di parti con taglio cesareo primario" è invece più complesso da affrontare in quanto su di esso si possono fare considerazioni di tipo epidemiologico, organizzativo e gestionale, inoltre, è estremamente rilevante in quanto appartiene ad un'area che da sola rappresenta il 33-34% delle 7 aree cliniche considerate: questo indicatore necessita, per il suo riallineamento, di azioni molteplici, anche di tipo organizzativo ma soprattutto capaci di incidere su scelte assistenziali, da parte dei medici professionisti, storicamente consolidate e a volte addirittura "richieste" dall'utenza. Inoltre, considerate le modalità complesse di calcolo dell'indicatore (vedi protocollo operativo PNE, allegato n. 1 al presente Piano), è necessario prioritariamente un audit sulla qualità dei dati, la cui accuratezza potrebbe influenzare in modo determinante il calcolo dell'indicatore (audit, peraltro, espressamente richiesto dal DM 21 giugno 2016 e normalmente previsto entro le attività del Programma Nazionale Esiti e su cui la AOU di Sassari ha già avviato le attività nel 2015).

3. Verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi Informativi Sanitari

Le linee guida del DM 21 giugno 2016 prevedono quattro mesi di tempo dalla data di approvazione del piano, che come definito dalla citata DGR n. 63/44 del 25 Novembre 2016 dovrebbe avvenire entro febbraio 2017, per:



- a) la valutazione e la verifica della qualità dei dati di ricovero sulla base dei quali sono stati calcolati gli indicatori;
- b) l'identificazione di eventuali criticità nella codifica e nella registrazione dei dati che possano essere oggetto di interventi di miglioramento.

Tale periodo verrà utilizzato dall'AOU di Sassari per la conduzione di attività di audit sulla qualità dei dati SDO utilizzati per il calcolo dell'indicatore “% parti con taglio cesareo primario” dal PNE 2016, non appena sarà reso disponibile dalla RAS il campione corrispondente.

Gli obiettivi specifici della verifica della documentazione clinica riguardano:

- 1) la misura della misclassificazione rispetto ai criteri definiti nel PNE;
- 2) le diagnosi e/o le procedure utilizzate nei modelli di aggiustamento;
- 3) i criteri utilizzati per la misurazione dell'esito.

La metodologia di verifica (revisione delle cartelle e nuova codifica delle SDO da parte di un medico diverso dal primo codificatore) sarà quella già sperimentata nell'anno 2016 in occasione delle attività di audit condotte su un campione PNE 2015 (SDO 2014) di 150 SDO, da parte di un gruppo di lavoro comprendente un medico della Direzione Sanitaria e tre medici dell'Unità Operativa. Lo strumento, già utilizzato sul campione SDO 2014, ha sostanzialmente confermato la corrispondenza dell'esito “parto cesareo primario” tra campione PNE e cartella clinica, ma ha anche evidenziato una **sottocodifica di comorbilità della madre/fattori relativi al feto** che, se correttamente riportate nella SDO materna, incidono in maniera significativa sul calcolo dell'indicatore, perché rientrano nell'elenco dei fattori di rischio per il cesareo, utilizzati per il risk adjustment secondo il protocollo operativo PNE.

Sulla base della relazione finale sulle attività di Audit svolte sulle SDO 2014, PNE 2015, sono state previste una serie di azioni correttive per il miglioramento della qualità dei dati, che, eventualmente potranno essere integrate sulla base delle risultanze dell'audit sulla qualità dei dati PNE 2016, che verrà completato entro il mese di maggio 2017.

Un'analisi preliminare sui dati di attività dell'area chirurgia generale non ha rilevato criticità per l'indicatore “Colecistectomia laparoscopica: % di interventi in reparti con volume di attività maggiore di 90 casi”, un indicatore di volume che risente quasi esclusivamente della completezza e tempestività di trasmissione dei flussi SDO a livello centrale.

4 - Analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi

Le linee guida inserite nel DM 21 giugno 2016 concedono un lasso di tempo di 6 mesi, dal momento dell'approvazione del Piano, per completare il processo di auditing clinico/organizzativo.

4.1- Area clinica Chirurgia Generale

Le UU.OO. dell'AOU di Sassari afferenti al codice disciplina 09 - chirurgia generale, sono due:

- U.O. di Clinica Chirurgica (33 posti letto, di cui 30 ordinari e 3 diurni);
- U.O. di Patologia Chirurgica (26 posti letto di cui 24 ordinari e 2 diurni).

Entrambe effettuano sia interventi afferenti all'area chirurgia oncologica sia interventi afferenti all'area chirurgia generale, come definiti nel documento PNE “Treemap definizioni e metodi”.

Nelle more del complesso passaggio di acquisizione del P.O. SS Annunziata e del riordino della rete ospedaliera regionale, non sono stati attuati quei riordini organizzativi e gestionali tali da portare in capo ad una sola équipe i volumi delle colecistectomie laparoscopiche che, peraltro, vi sono a sufficienza.

Ne deriva pertanto che, nell'anno 2015, nei due reparti sono stati eseguiti solo 98 interventi di colecistectomia laparoscopica e nessuna delle due UU.OO. ha raggiunto il numero di 90 casi,



volume minimo dell'indicatore PNE per l'area chirurgia generale (numero massimo 58 interventi nell'U.O. di Patologia Chirurgica nell'anno 2015).

L'allineamento sull'indicatore PNE può essere raggiunto con due diverse opzioni organizzative:

- a. ricondurre tutti gli interventi di colecistectomia laparoscopica all'interno di una delle due UU.OO.;
- b. adeguare l'offerta alla domanda ottimizzando l'utilizzo del blocco operatorio e incrementando gli interventi in entrambe le UU.OO., riducendo contestualmente le liste di attesa.

La scelta tra queste due opzioni comporta una attenta valutazione delle implicazioni sull'organizzazione dell'intero blocco operatorio e delle ripercussioni sulle liste di attesa degli altri interventi programmati. Detta valutazione sarà oggetto di audit organizzativo entro i primi 6 mesi di approvazione del piano, come indicato nell'allegato B del DM 21 giugno 2016.

4.2 - Area clinica gravidanza e parto

La Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'AOU di Sassari, a direzione universitaria, costituisce l'unico punto nascita pubblico della città capoluogo. Considerata la presenza di un reparto di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, è punto di riferimento per le gravidanze ad alto rischio del Centro - Nord Sardegna. Pertanto succede spesso che accedano in urgenza al P.S. Ostetrico, donne al loro primo contatto con la Clinica, la cui gravidanza è stata seguita in altri ospedali o in consultori del territorio, indirizzate da ultimo alla struttura. Contestualmente, solo il 30% circa dei tagli cesarei primari nell'anno 2015 sono stati programmati dalla struttura, mentre il 70% è stato eseguito in urgenza.

La scarsa attenzione rilevata, secondo quanto emerso nel corso delle attività di audit sulla qualità dei dati condotte nell'anno 2016 (PNE 2015, dati di attività 2014), sull'indicazione delle diagnosi di comorbidità sarebbe in parte responsabile di una probabile sottocodifica delle SDO, che spiegherebbe il divario tra proporzione grezza dei parti con taglio cesareo primario (35,96) e proporzione ADJ (40,65).

L'ipotesi è frutto anche di un'analisi preliminare condotta sui ricoveri ripetuti di 249 donne che nell'anno 2015, prima del ricovero indice per parto, nel corso della gravidanza avevano subito almeno un altro ricovero per patologie/condizioni varie: nella SDO del ricovero indice del parto, molto spesso, queste condizioni/patologie della gravidanza non risultavano segnalate.

I ricoveri ripetuti, per altro, non sono risultati associati ad un maggior rischio di taglio cesareo rispetto alle donne che avevano fatto il loro primo ingresso nella struttura al momento del parto: al contrario, ad una prima analisi il rischio sembrerebbe inferiore nel gruppo di donne che erano andate incontro a uno o più ricoveri nel corso della gravidanza.

5. Programma di interventi

Il programma degli interventi, che potrà essere perfezionato nel dettaglio solo dopo i primi 6 mesi di attuazione del piano (ad evidenze note sulla qualità dei dati e con le risultanze dell'audit clinico ed organizzativo), sulla base delle criticità emerse dall'analisi dettagliata del contesto interno, è volto soprattutto al miglioramento dell'indicatore dell'area gravidanza e parto. Comprende



interventi per il miglioramento della qualità dei dati e interventi per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinica.

5. 1- Interventi per il miglioramento della qualità dei dati.

Una buona qualità dei dati è elemento indispensabile per la validità dell'indicatore. La Direzione Sanitaria ha programmato, come prima azione, una direttiva per la corretta compilazione della SDO, che dovrà essere sempre codificata dal medico che ha avuto in carico l'utente: le disposizioni saranno contestuali a momenti di formazione del personale.

5.1.1 - Attività di formazione del personale.

L'attività di formazione del personale sarà condotta sistematicamente nel corso del secondo semestre 2017 con eventi accreditati ECM, volti sia alla sensibilizzazione sistematica del personale sull'importanza della codifica sia alla diffusione del protocollo PNE, accompagnato dall'elenco dei codici ICD - CM, con la "decodifica" in chiaro di tutte le comorbilità della madre/fattori relativi al feto derivabili dalla SDO della madre, che rientrano nel protocollo per il calcolo dell'indicatore.

5.1.2 - Adeguamento postazioni e tecnologie informatiche

La corretta e tempestiva compilazione delle SDO da parte di tutti i medici della struttura può avvenire solo se a ciascuno di essi è garantito l'accesso a una postazione informatica disponibile durante il turno di lavoro. L'AOU entro il primo semestre dall'approvazione del piano provvederà alla ricognizione delle dotazioni informatiche e al loro adeguamento, in modo da garantire l'accesso al programma da tutte le postazioni in uso nei reparti, negli ambulatori e negli studi dei Medici dell'U.O.

5.1.3 - Revisione modulistica della cartella clinica

Nella cartella Clinica dell'U.O. di Ostetricia verrà introdotto un modulo prestampato, in posizione fissa, che renda agevole l'inquadramento di ogni parto secondo la classificazione di Robson, per il corretto inquadramento epidemiologico della casistica trattata.

5.2. Interventi per il miglioramento dell'appropriatezza clinico - organizzativa.

L'audit sulla qualità dei dati del campione PNE 2015, condotto nell'anno 2016, ha fornito diversi momenti di incontro in cui sono emerse criticità organizzative capaci di incidere sia sul comportamento, anche clinico, dei medici, che sulla posizione delle donne nei confronti dell'opzione parto naturale- taglio cesareo, con particolare riferimento alla necessità di garantire un servizio di parto analgesia (previsto nei LEA di prossima approvazione).

5.2.1 - Attivazione del servizio di Parto Analgesia (PA)

Istituire un servizio di parto analgesia significa garantire una guardia attiva multidisciplinare dedicata composta da anestesista, ginecologo-ostetrico, pediatra-neonatologo e ostetrica: il percorso organizzativo necessita di una forte integrazione sia all'interno del dipartimento materno infantile che con l'U.O. di Anestesia e rianimazione.

L'accesso alla PA prevede:

- 1) entro il settimo mese di gravidanza, la partecipazione delle donne a un corso informativo tenuto da una equipe multidisciplinare, finalizzato ad illustrare le indicazioni, i benefici per la madre e il



feto del parto naturale, le controindicazioni e le eventuali complicanze della PA; le possibili complicanze del parto cesareo;

2) entro la 35° settimana di gravidanza, una visita anestesiologicala, in un ambulatorio dedicato, per valutazione dell'idoneità alla procedura.

Considerata la carenza cronica di anestesisti in ambito regionale, per il primo semestre del piano è realistico avviare il servizio di Parto Analgesia nelle ore diurne, con l'obiettivo di coprire l'intero arco delle 24 h non appena reclutati i 6 Anestesisti (entro dicembre 2017).

5.2.2 - Stabilizzazione del personale medico e ostetrico

Si procederà alla stabilizzazione del personale attualmente a tempo determinato e all'integrazione dell'organico con copertura dei posti vacanti, mediante sostituzione del personale cessato dal servizio a vario titolo (entro il 31.12.2017).

5.2.3 - Aggiornamento tecnologico

In sala parto e nel pronto soccorso ostetrico dovranno essere previsti rispettivamente un ecografo ed un cardiocografo dedicati (entro il 31.12.2017).

5.2.4 - Integrazione con i consultori del territorio per la condivisione del percorso nascita

Una delle criticità emerse dagli incontri in occasione dell'audit PNE, potenzialmente capace di incidere nel comportamento dei medici, è la scarsa conoscenza dell'andamento della gravidanza delle donne seguite fino a quel momento nei consultori territoriali, che quindi accedono per la prima volta alla struttura al momento del parto.

E' opinione degli operatori che la possibilità di condividere con i consultori territoriali le informazioni sull'andamento complessivo della gravidanza possa garantire maggior sicurezza nelle scelte effettuate al momento del parto, considerato che, in emergenza, la donna non sempre si trova nelle condizioni ideali per fornire una anamnesi accurata e completa.

La connessione al programma informatico utilizzato dai consultori della provincia non presenta difficoltà tecniche: sono già in corso interlocuzioni informali, volte a superare le criticità legate alla tutela della privacy, mediante acquisizione preventiva del consenso informato delle donne per le quali, al momento del parto, è previsto l'accesso alla Clinica Ostetrica.

La collaborazione con i consultori sarà estesa alla programmazione di corsi di preparazione al parto, alla predisposizione di materiale informativo e all'organizzazione di eventi volti alla sensibilizzazione sull'importanza del parto naturale e sui vantaggi per la mamma e per il bambino, ogniqualvolta siano assenti vere e proprie indicazioni mediche scientificamente riconosciute.

6. Budget per l'attuazione del piano

Gli investimenti previsti nel piano di rientro ammontano ad € 785.000,00 e prevedono:

- € 15.000,00 per l'acquisizione di tecnologie informatiche (hardware e software) entro il 30.06.2017 (nei primi 4 mesi dall'adozione del piano);
- € 170.000,00 per il rinnovo del parco tecnologico (n. 2 ecografi, n. 2 cardiocografi) da acquisire entro il 31.12.2017;
- € 420.000,00/anno per l'assunzione di n. 6 medici specialisti in anestesia e rianimazione (entro il 31.12.2017);
- € 180.000,00/anno per l'assunzione di 5 ostetriche (entro il 31.12.2017).



7. Monitoraggio del Piano

Secondo quanto previsto dal DM del Ministero della Salute, l'AOU di Sassari provvederà a documentare le attività relative ai processi di verifica e miglioramento del presente piano, producendo:

- una relazione ed una misura della misclassificazione a seguito della verifica dei dati relativi agli indicatori critici, entro il 25.06.2017 (quattro mesi dall'approvazione del piano) sulla base del campione PNE 2016 (SDO 2015);
- una verifica e conseguente valutazione documentata dei dati 2016;
- un report sulla metodologia e sui risultati del processo di audit clinico – organizzativo, entro il 25.08.2017 (sei mesi dall'approvazione del piano);
- la pubblicazione, con cadenza trimestrale, sia sul sito web Aziendale che sul sito PNE, del monitoraggio delle attività programmate coerenti con il cronoprogramma;
- una relazione annuale di sintesi sugli interventi realizzati e il loro monitoraggio (dopo dodici mesi dall'approvazione del piano);
- una relazione conclusiva con verifica dei risultati conseguiti;
- un programma di mantenimento dei risultati.

Schematicamente vengono di seguito riportate le azioni, i tempi di realizzazione e gli investimenti necessari che sono previsti per singola azione da mettere in campo.

8 - Sintesi degli interventi e crono programma

Nella tabella di seguito indicata viene rappresentata la sintesi degli interventi previsti ed il relativo crono programma del piano di rientro di questa AOU.

