EASYNET

Valutazione comparativa di efficacia di strategie di Audit e Feedback (A&F) per migliorare i percorsi integrati di cura per condizioni croniche e acute

Work Package 1 – Lazio

Seminario di lavoro 9-10 Maggio 2022

DEP Lazio
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio

SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

REGIONE LAZIO

Obiettivi

1 Definire calcolare e valutare indicatori di processo e di esito mirati ad identificare potenziali criticità del percorso di cura per condizioni croniche e acute.

2 Valutare l'efficacia comparativa di diverse strategie di Audit&Feedback (A&F), in pazienti con **diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** (e **scompenso cardiaco**).

3 Valutare l'efficacia di differenti strategie di A&F per migliorare l'appropriatezza e la tempestività dei percorsi di cura in emergenza cardio e cerebrovascolare, in pazienti con **infarto miocardico acuto (IMA)** e **ictus**.

Due linee di ricerca su A&F

EMERGENZA (OSPEDALE)

IMA E ICTUS

CRONICITÀ (TERRITORIO)

DIABETE

BPCO

SCOMPENSO CARDIACO

EASYNET

LINEA DI RICERCA EMERGENZA

1 Definire calcolare e valutare indicatori di processo e di esito mirati ad identificare potenziali criticità del percorso di cura per condizioni croniche e acute.

3 Valutare l'efficacia di differenti strategie di A&F per migliorare l'appropriatezza e la tempestività dei percorsi di cura in emergenza cardio e cerebrovascolare, in pazienti con **infarto miocardico acuto (IMA)** e **ictus**.

EASYNET

WP1 Lazio - Emergenza

Obiettivi specifici

Linea progettuale emergenza:

1) Definire, calcolare e valutare **indicatori** di processo e di esito al fine di identificare potenziali criticità e disuguaglianze nei percorsi di cura per le patologie acute IMA e Ictus nel Lazio.
2) Definire diverse **strategie di Audit e Feedback (A&F)** per il miglioramento della pratica clinica e degli esiti nei pazienti con IMA e Ictus.
3) Applicare e **valutare l'efficacia** delle diverse strategie di A&F nel migliorare l'adeguatezza e la tempestività degli interventi sanitari di emergenza, nei pazienti con IMA e ictus.
4) Identificare i **fattori facilitanti e limitanti** per l'implementazione degli interventi utilizzando un approccio sia quantitativo che qualitativo.

Disegno dello studio e intervento di A&F

EMERGENZA (OSPEDALE)

IMA E ICTUS

Disegno

Da emendamento: **Pre-Post intervento con gruppo di controllo**

TARGET

Setting ospedaliero: team di specialisti in area emergenza cardio e cerebrovascolare per IMA e ictus cerebrale

IMA	Cardiologia, Medicina d'Urgenza, Direzione sanitaria
ICTUS	Neurologia, Medicina d'Urgenza, Direzione sanitaria

Collaborazioni

Emergenza territoriale **ARES 118**; conduce un intervento di Audit & Feedback orientato alla fase pre-ospedaliera del percorso del paziente con sospetto IMA e sospetto Ictus

Regione Lazio

EASYNET

WP1 Lazio - Emergenza

Disegno dello studio e interventi

Disegno
Pre-Post intervento con gruppo di controllo

INTERVENTO

- **FEEDBACK PERIODICI** (ogni 6 mesi) comprensivi di una serie di indicatori di esito e di processo calcolati per struttura e riferimenti (standard, benchmark, media regionale, best performer).
- Invito a pianificare e condurre **INCONTRI DI AUDIT** a seguito di ciascun feedback
- Restituzione di una **GRIGLIA** con informazioni sulle caratteristiche degli Audit condotti (data, partecipanti, discussione degli indicatori, identificazione delle attività di miglioramento, verbale di Audit etc).

TARGET – Strutture ospedaliere
Team di Specialisti clinici e di Direzione Sanitaria, coinvolti nell'assistenza in emergenza al paziente con IMA e Ictus.

Collaborazioni
Regione Lazio, ARES 118

CONTROLLO

Disponibilità del P.Re.Val.E.

PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari

QUALI

FEEDBACK PERIODICI
(ogni 6 mesi)

- Selezione di indicatori in uso da PReValE
- Nuove proposte discusse con i team di progetto dedicati (risultati Delphi)
- Possibilità, per ciascuna struttura di integrare gli indicatori forniti dal DEP con ulteriori indicatori di automonitoraggio calcolati presso le strutture stesse o in uso in altre attività

CARATTERISTICHE

- Indicatori per l'A&F utili ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in emergenza per IMA e Ictus, calcolati per struttura e confrontati con la media regionale, valori standard ove presenti e risultati di «*Best Performer*»
- Comprendono indicatori di volume, di appropriatezza e tempestività e di esito.
- Alcuni indicatori di interesse a livello di rete potranno essere inseriti nel report con l'obiettivo di fornire anche una lettura dei percorsi extra-struttura (collaborazione ARES 118).

WP1 Lazio - Emergenza

~~*Indicatori*~~

Area Cardiovascolare

FEEDBACK PERIODICI
(ogni 6 mesi)

1. IMA: VOLUME DI RICOVERI
2. STEMI: VOLUME DI RICOVERI
3. STEMI: VOLUME DI RICOVERI CON ALMENO UNA PTCA
4. STEMI: PROPORZIONE DI TRATTATI CON PTCA ENTRO 90 MINUTI
5. STEMI: PROPORZIONE DI PTCA ENTRO 90' SUL TOTALE DEI TRATTATI CON PTCA ENTRO 12H
6. IMA: MORTALITÀ A 30 GIORNI (annuale, 2019, 2020)
7. STEMI: MORTALITÀ A 30 GIORNI (annuale 2019, 2020)
8. STEMI: MORTALITÀ INTRA-OSPEDALIERA (ENTRO 30 GIORNI) (annuale 2019, 2020)
9. IMA: MORTALITÀ INTRA-OSPEDALIERA (ENTRO 30 GIORNI) (annuale 2019, 2020)

Report gennaio 2022

Nuove proposte

STEMI: PROPORZIONE DI ASSISTITI IN EMERGENZA OSPEDALIERA TRASPORTATI DA MEZZO 118

STEMI: DI-DO (DOOR IN – DOOR OUT). TEMPO INTERCORSO TRA L'INGRESSO IN PS E L'USCITA DAL MEDESIMO PS PER IL TRASFERIMENTO IN EMODINAMICA

STEMI: PROPORZIONE DI PAZIENTI CON ATTIVAZIONE ECG RETE EMERGENZA

Possibilità, per ciascuna struttura di integrare gli indicatori forniti dal DEP con ulteriori indicatori di automonitoraggio calcolati presso le strutture stesse o in uso in altre attività

WP1 Lazio - Emergenza

~~*Indicatori*~~

Area Cerebrovascolare

FEEDBACK PERIODICI
(ogni 6 mesi)

Report gennaio 2022

1. ICTUS ISCHEMICO: VOLUME DI RICOVERI
2. ICTUS ISCHEMICO: NUMERO TRATTAMENTI DI TROMBOLISI PRESSO LA STRUTTURA
3. ICTUS ISCHEMICO: RIAMMISSIONI OSPEDALIERE A 30 GIORNI
4. ICTUS ISCHEMICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI DAL PRIMO ACCESSO (annuale, 2019, 2020)
5. ICTUS ISCHEMICO: MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA (ENTRO 30 GG DAL RICOVERO)

Nuove proposte

ICTUS ISCHEMICO: TEMPO MEDIANO DA TRIAGE A PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI DIMESSI (STRATIFICATI PER CODICE TRIAGE)

ICTUS ISCHEMICO: NUMERO TRATTAMENTI DI TROMBECTOMIA

ICTUS EMORRAGICO: VOLUME RICOVERI PER EMORRAGIA CEREBRALE SPONTANEA (ESCLUSA ESA)

ICTUS ISCHEMICO: PROPORZIONE DI TRATTATI CON TROMBOLISI

ICTUS ISCHEMICO: PROPORZIONE DI ACCESSI IN PS CON CODICE 1,2 RICOVERATI ENTRO 4 ORE DALL' ACCESSO IN PS

ICTUS ISCHEMICO: PROPORZIONE DI INGRESSI IN STROKE UNIT ENTRO 4 ORE DA ACCESSO IN PS

Possibilità, per ciascuna struttura di integrare gli indicatori forniti dal DEP con ulteriori indicatori di automonitoraggio calcolati presso le strutture stesse o in uso in altre attività

Survey struttura report di feedback

Obiettivo

Valutare la capacità informativa di diverse modalità di rappresentazione dei risultati degli indicatori per la costruzione del report di feedback

Modalità di partecipazione

Accesso tramite link *Google Form*

I risultati della survey sono stati inviati ai presenti nel mese di gennaio

LINEA DI RICERCA EMERGENZA' 1° REPORT

Dati di «BASELINE preliminare»

WP1 Lazio - Emergenza

Griglia per l'Audit

INCONTRI DI AUDIT

- Organizzati nel periodo successivo all'invio del report (*feedback*)
- Ciascuna struttura organizza gli incontri in maniera autonoma ed in base alle proprie caratteristiche ed organizzazione
- Referente/i: riceve il report e avvia la convocazione dell'incontro coordinandosi con le figure di riferimento presso la propria struttura. Es. Risk management, Responsabili UO coinvolte, etc
- Le caratteristiche degli audit saranno raccolte attraverso una griglia inviata insieme ai report

GRIGLIA

Informazioni raccolte:

Struttura rispondente; Data; Responsabile audit; eventuale composizione del team, verbale di audit, destinatari verbale, elementi dell'Audit (da letteratura):

- Identificazione degli stakeholder da coinvolgere (specialisti, direzione sanitaria etc.)
- Convocazione dell'incontro di audit
- Discussione indicatori di monitoraggio (eventuali aggiuntivi)
- Presentazione e Discussione di casi clinici
- Individuazione delle azioni di miglioramento (e tipologia di azione)
- Identificazione dei responsabili dell'implementazione delle azioni di miglioramento
- Identificazione chiara del tempo di verifica delle azioni implementate (specificare il timing)

WP1 Lazio - Emergenza

Schema invio report

Report	Periodo	Invio
I Report, baseline preliminare	gennaio – luglio 2021	**gen/feb 2022**
		I AUDIT
II Report, baseline consolidato	gennaio – dicembre 2021	**giu/lug 2022**
		II AUDIT
III Report, post-intervento preliminare	gennaio – luglio 2022	**gen/feb 2023**
		III AUDIT
IV Report, post-intervento consolidato	gennaio – dicembre 2022	**giu/lug 2023**
		IV AUDIT

Stato dell’arte

A&F avviato:

- ✓ Primo feedback inviato
- ✓ Conferma di ricezione dei materiali da tutte le strutture
- ✓ Avvio attività di Audit presso almeno 5 strutture (delle 20 incluse)

1 struttura ha condotto 2 Audit (1 IMA e 1 ictus) coinvolgendo diversi stakeholder (clinici, infermieri, Direzione DEA, DEP). Identificate azioni di miglioramento: Es problemi di codifica diagnosi e procedure che comportano una sottostima di alcuni indicatori.

1 struttura ha comunicato di aver avviato, a seguito dell’audit, una revisione del percorso IMA

Prima di agosto:

- ✓ Incontro con strutture per monitorare attività e raccogliere criticità eventuali
- ✓ Aggiornamento indicatori
- ✓ Integrazione HEA
- ✓ Invio secondo feedback

Settembre - Dicembre:

- ✓ Secondo ciclo audit

➢ **Collaborazione con tutti gli stakeholder coinvolti**

Ostacoli e soluzioni

Principali ostacoli e **soluzioni proposte**

Ostacoli	Soluzioni
• **Dati mancanti** non disponibili dalle banche dati amministrative sanitarie	• **Discussione in corso di Audit** Raccogliere ed evidenziare i punti critici che emergeranno nel corso degli audit e possibili azioni di miglioramento. Sintetizzare in particolare quanto non risolvibile tra i risultati di progetto. • **Ricerca qualitativa. Questionari**
• Mancata consultazione del feedback • Mancata conduzione di audit presso le strutture. Difficoltà nel mantenere contatti con le strutture	• Definizione di appositi **referenti/contatti per struttura (Dir Sanitarie in cc)** • **Monitoraggio attivo** con mail periodiche e cicli di contatti telefonici.