

6ª Conferenza Nazionale GIMBE

Verso un approccio di sistema alla Clinical Governance

Bologna, 11 febbraio 2011

**Appropriatezza, efficacia e sicurezza
della Stroke Care di Bentivoglio**
Un audit clinico per valutare le performance**Marco Masina**Unità Operativa di Geriatria, Bentivoglio
AUSL di Bologna**BACKGROUND (1)**

- La **Evidence-based Stroke Care** riduce gli effetti invalidanti e la mortalità
- Per garantire ai pazienti "la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze", è indispensabile utilizzare l'audit clinico come strumento di clinical governance per monitorare la qualità dell'assistenza in termini di:
 - Processi: appropriatezza
 - Esiti: efficacia, sicurezza, efficienza

**BACKGROUND (2)****2008**

- Avvio Progetto "Stroke Care Bentivoglio", secondo obiettivo aziendale di budget
- Attivazione dell' Audit Clinico

2009

- Piano Formativo Aziendale (PFA) multiprofessionale: medici geriatri e fisiatri, infermieri, fisioterapisti, OSS
- Inserimento dell' Audit Clinico nel PFA

2010

- Completamento acquisizione attrezzature

BACKGROUND (3)**17 maggio 2010**

- Attivazione 4 posti letto Stroke Care UO Geriatria Bentivoglio, quale punto Spoke Nord, Rete Metropolitana Provincia di BO

**OBIETTIVI (1)**

- Valutare l'efficacia dell'audit clinico sul miglioramento della qualità dell'assistenza nei pazienti con stroke acuto
- Confrontare le performance dell'Area Stroke Care con quelle della UO Geriatria, utilizzando indicatori relativi a sei aree

OBIETTIVI (2)**AREE CLINICO-ASSISTENZIALI-ORGANIZZATIVE**

1. Diagnostica
2. Presa in carico in fase acuta
3. Outcome clinici
4. Percorso di dimissione
5. Prescrizione alla dimissione
6. Safety

METODI (1)

Ciclo sistematico dell'Audit secondo Benjamin

1. Preparazione (2008)
2. Selezione dei criteri di revisione e definizione di uno standard minimo e condivisione con l'equipe (2008)
3. Misurazione del livello di performance di base, degli scostamenti dallo standard e indicazione degli obiettivi in ottica multiprofessionale (2009)
4. Verifica dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi dopo attivazione Area Stroke Care (in corso 2010-11)

METODI (2)

Standard di appropriatezza

- Linee Guida SPREAD, V edizione, dicembre 2007 → VI edizione, gennaio 2010
- Linee Guida AHA/ASA (American Heart Association/American Stroke Association), 2007
- Audit regionale Emilia Romagna (2007-09)

METODI (3)

UO Geriatria
I sem 2009*

BEFORE



Stroke Care
lug-dic 2010

AFTER

* Se dati non disponibili, Audit regionale 2007-09

RISULTATI (1)

	UO Geriatria I sem 2009	Stroke Care Lug-dic 2010
Pazienti ricoverati	53	84
Età media (anni)	81,4	77,9
Degenza media <small>* compresa successiva lungodegenza</small>	12,6*	8,6
Occupazione media	-	102,3%
Eziologia stroke		
• Trombosi e ateroembolico	30%	24%
• Emorragici	26%	17%
• Cardioembolico	21%	15%
• Altri	23%	44%

RISULTATI (1)

1. DIAGNOSTICA	UO Geriatria I sem 2009	Stroke Care Lug-dic 2010
Definizione eziologia e sede dello stroke, registrazione in cartella, lettera dimissione	100%	100%
Corrispondenza tra diagnosi clinica e SDO	Emorragico 92% Ischemico 72%	Emorragico 93% Ischemico 82%
Segnalazione in cartella degli stroke ischemici cardioembolici	58%	100%

RISULTATI (2)

2. PRESA IN CARICO IN FASE ACUTA	UO Geriatria I sem 2009	Stroke Care Lug-dic 2010
ECG	100%	100 %
TC in PS	100%	100 %
TC in stroke isch. entro 48h	48%	96%
Profilo lipidico	41%	100 %
Ecodoppler TSA entro 48-72 h	72%	48%
Ricerca disfagia all'ingresso	84%	80%
Valutazione multi-professionale entro 72 ore	54%	69%
NIH-SS all'ingresso	N.D.	90%

RISULTATI (3)

3. OUTCOME CLINICI	UO Geriatria I sem 2009	Stroke Care Lug-dic 2010
NIH-SS migliorata alla dimissione	N.D.	45 %
Rankin 0-2 alla dimissione ictus ischemici	N.D.	41%
Mortalità intraospedaliera	20% Geriatria e LDPA	4,2%

RISULTATI (4)

4. PERCORSO DIMISSIONE	SU Maggiore Audit regionale 2007-09	Stroke Care Lug-dic 2010
Dimessi da Stroke Care	56%	45 %
Dimissione in struttura riabilitativa-lungodegenza	42%	55 %*
Dimissione in struttura protetta, RSA, hospice	0%	8% da Stroke Care 12% da LDPA

* Riabilitazione intensiva, riabilitazione estensiva, lungodegenza post-acuzie

RISULTATI (5)

5. PRESCRIZIONE ALLA DIMISSIONE	UO Geriatria I sem 2009	Stroke Care Lug-dic 2010
Relazione fisioterapica fine trattamento	45%	100%
Prescrizione antiaggreganti	92%	94%
Prescrizione TAO	22%	50%
Controindicazioni esplicitate	11%	7%
Prescrizione ipolipemizzanti	68%	75%
Prescrizione anti-ipertensivi	84%	85%
Prescrizione controllo clinico post-dimissione	17%	64 %
Prescrizione EBPM in ictus ischemico	62%	73 %

LIMITI

- Data management (compatibilità software)
- Numero limitato di pazienti
- Possibili differenze (variazioni random, case mix, effetti selezione, etc) tra before e after

CONCLUSIONI

- Miglioramento delle performance rispetto al 2009 con buona aderenza agli indicatori di processo
- Ove confrontabili risultati simili alla Stroke Unit Ospedale Maggiore e all'Audit Regionale 2007-2009
- Punti di forza: continuità assistenziale e dimissioni protette
- Principali criticità
 - tempo di esecuzione di ecodoppler → integrazione tra professionisti di geriatria-medicina-cardiologia
 - prescrizione TAO migliorata, ma non ottimale