

# ALLEGATO W

## La qualità della documentazione clinica

### Premessa

La cartella clinica è stata utilizzata dai medici per oltre un secolo come strumento di supporto alla cura dei pazienti. Oggi, tuttavia, il suo ruolo è molto più vasto e rilevante: continua, naturalmente, a essere impiegata come fonte informativa per la valutazione e il monitoraggio delle condizioni cliniche, ma gioca un ruolo anche nell'informazione di terzi, nella formazione degli studenti, nel miglioramento delle conoscenze scientifiche, nella misurazione della performance e ogni qualvolta sia necessario giustificare le scelte compiute dai sanitari sulla base delle evidenze cliniche in essa documentate<sup>1 2 3 4 5 6</sup>.

Inoltre, dalla documentazione presente nella cartella clinica dipende la valorizzazione economica di un ricovero, nonché l'immagine e la credibilità dell'ospedale che un utente esterno si figura nel momento in cui accede alla documentazione prodotta<sup>7 8</sup>.

Nonostante non esista evidenza diretta del fatto che una documentazione sanitaria "di Qualità" aumenti le probabilità di osservare outcome migliori<sup>9</sup>, una cartella clinica accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente ha una maggiore probabilità di ridurre gli errori in medicina, di aumentare l'integrazione fra i diversi setting assistenziali e l'efficienza di erogazione delle prestazioni<sup>10 11 12 13 14 15 16 17</sup>.

In realtà, esistono dubbi sul fatto che l'evoluzione della cartella clinica sia stata all'altezza del complesso compito che dovrebbe assolvere attualmente. È esperienza comune, infatti, trovare cartelle cliniche incomplete, inaccessibili, illeggibili; definibili, in breve, come "di scarsa qualità"<sup>18 19 20 21 22</sup>.

La bibliografia recensita sui programmi di miglioramento della qualità della documentazione clinica non è molto numerosa e, nella maggior parte dei casi, risulta focalizzata su aspetti estremamente settoriali o ancora "avveniristici" per il contesto ospedaliero italiano (ad esempio, una cartella clinica informatizzata quale strumento routinario per la gestione delle informazioni cliniche)<sup>23 24 25 26</sup>.

Peraltro, i vantaggi ottenibili da una documentazione sanitaria adeguata hanno un tale impatto sul processo assistenziale, che ci si stupisce anche della rarità con cui vengono riportati in letteratura gli studi sullo sviluppo di indicatori specifici per valutarne la qualità e monitorarne l'andamento<sup>27 28 29 30 31 32</sup>.

Anche le strutture sanitarie maggiormente attente al problema hanno difficoltà ad attivare una valutazione sistematica della qualità della cartella clinica, che vada oltre i controlli previsti dalla normativa<sup>33 34</sup>. Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che persino definire una cartella clinica di Qualità è un'impresa piuttosto complessa, a causa della molteplicità degli attributi analizzabili: chiarezza, leggibilità, veridicità, tempestività, rintracciabilità, pertinenza, completezza ecc. Anche ipotizzando di costruire tanti indicatori per quanti sono gli aspetti valutabili, le modalità

di assegnazione di un giudizio di qualità risulterebbero sempre oggetto di forte dibattito, oltre che condizionate dalle caratteristiche della documentazione redatta in un contesto organizzativo. Quest'ultimo, infatti, nella maggioranza dei casi, vincola le scelte verso indicatori costruiti *ad hoc* difficilmente esportabili in realtà differenti<sup>35 36 37</sup>.

Indicatori trasferibili, ma anche esaustivi, sufficientemente pertinenti e accurati, semplici, veloci e poco costosi da rilevare, snelliscono l'attività di valutazione e rendono fattibile un monitoraggio routinario che, in modo analogo a quanto avviene in altri ambiti di sorveglianza (ad esempio, la sorveglianza delle malattie infettive o la sorveglianza delle infezioni ospedaliere), può permettere di controllare la stabilità del processo e di intervenire nei casi necessari<sup>38 39 40</sup>.

Nonostante le evidenti difficoltà insite in questa specifica valutazione, conoscere i risultati delle attività di miglioramento focalizzate sulla documentazione clinica è quantomeno doveroso per ogni organizzazione che ispira il proprio agire al miglioramento continuo della qualità. Per tali organizzazioni diventa essenziale avvalersi di indicatori sufficientemente testati o sperimentarne di nuovi, là dove non esista un consenso sulla variabile più appropriata da rilevare.

In questo allegato vengono presentati e discussi i risultati dello studio svolto sulla valutazione della "qualità" della documentazione clinica nell'ambito del progetto di ricerca promosso dall'ASSR. A tal fine, è stata messa a punto una griglia di valutazione che include un set di criteri/requisiti, riguardo ai quali è stato raggiunto un ottimo livello di standardizzazione. Tale griglia, sviluppata con il supporto metodologico della Joint Commission International nell'ambito di un progetto della Regione Lombardia<sup>41</sup>, è utilizzata regolarmente dall'IRCCS Istituto Europeo di Oncologia di Milano all'interno di un sistema di miglioramento dei processi clinici<sup>42</sup>.

## Aspetti metodologici

I 26 requisiti contenuti nella griglia di valutazione (riportata nell'**allegato L**) misurano in effetti quella che è stata definita "l'*accettabilità*" della cartella clinica e, in Lombardia, rappresentano attualmente l'indicatore di riferimento per valutare la presenza di un livello "minimo" di qualità delle cartelle cliniche.

L'*accettabilità* viene quindi intesa principalmente come un mix di completezza e leggibilità "minime" della documentazione. Completezza e leggibilità sono, infatti, gli aspetti valutabili che maggiormente possono influire sulla qualità del dato raccolto. Questi aspetti sono stati indagati verificando la presenza di specifici requisiti all'interno di sezioni "rilevanti" della cartella clinica. Per ragioni operative, il numero di sezioni indagate e il numero di requisiti indagati sono relativamente ridotti. Sono state ritenute "rilevanti" quelle sezioni:

(1) che rappresentano la principale fonte informativa per la raccolta dei dati degli indicatori di II livello e quindi:

- Documentazione compilata all'ingresso (riporta informazioni su: Motivo del ricovero, Anamnesi patologica prossima, Esame obiettivo)
- Diario medico
- Diario infermieristico
- Cartella/documentazione anestesiologicala
- Lettera di dimissione

(2) che contraddistinguono tappe fondamentali del processo assistenziale:

- Consenso informato all'intervento chirurgico

(3) che suggeriscono la presenza di un livello minimo di controllo sui flussi informativi:

- Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I requisiti indagati, riportati in Tabella 1, sono complessivamente 26, sono requisiti "minimi" e sono espressi in forma di quesito a cui è possibile rispondere solo in forma dicotomica (SI/NO). Non tutti i requisiti possono essere applicati ad uno specifico caso: ad esempio, se il ricovero è di tipo medico i requisiti relativi al referto operatorio, alla cartella anestesiologicala, ecc., non possono essere applicati. In tal caso il requisito è considerato "non applicabile".

**Tabella 1: Griglia di valutazione della qualità della documentazione clinica - Requisiti valutati e loro applicabilità**

n.	Requisito	Quando è applicabile?
01	La cartella clinica è disponibile per la consultazione?	Sempre
02	La SDO è firmata dal medico responsabile (anche sigla)?	Sempre
03	Il motivo del ricovero è indicato? (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1 <sup>a</sup> g. o nella documentazione di valutazione all'ingresso)	Sempre
04	L'anamnesi patologica prossima è presente?	Sempre
05	L'anamnesi patologica prossima è leggibile (cioè: è scritta con grafia leggibile)?	Sempre

06	L'esame obiettivo all'ingresso è firmato (anche sigla)?	Sempre
07	L'esame obiettivo all'ingresso è datato?	Sempre
08	L'esame obiettivo all'ingresso è leggibile?	Sempre
09	L'esame obiettivo all'ingresso comprende almeno apparato respiratorio+cardiocircolatorio+sede del problema? <sup>1</sup>	Sempre
10	Il diario medico è presente?	Sempre
11	Il diario presenta annotazioni in tutte le giornate di degenza? <sup>2</sup>	Sempre
12	Le annotazioni riportate in diario medico sono firmate/siglate?	Sempre
13	Il diario infermieristico è presente/allegato?	Sempre
14	Il diario presenta annotazioni in tutte le giornate di degenza? <sup>3</sup>	Sempre
15	Le annotazioni riportate nel diario infermieristico sono firmate/siglate?	Sempre
16	Nel consenso informato all'intervento chirurgico è presente sia la firma del paziente che quella del medico?	Quando eseguita almeno 1 procedura chirurgica
17	Nel consenso informato all'intervento chirurgico è presente la data di compilazione?	Quando eseguita almeno 1 procedura chirurgica
18	La documentazione/cartella anestesiologicala è presente/allegata?	In caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale
19	Nella documentazione/cartella anestesiologicala è documentato il monitoraggio intraoperatorio?	In caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale
20	Nel referto operatorio è identificabile il primo operatore (il nome deve essere leggibile)?	Quando eseguita almeno 1 procedura chirurgica <sup>4</sup>
21	Nel referto operatorio è presente la data dell'intervento?	Quando eseguita almeno 1 procedura chirurgica
22	Nel referto operatorio è identificabile l'intervento eseguito?	Quando eseguita almeno 1 procedura chirurgica
23	È presente la lettera di dimissione?	Sempre
24	Nella lettera di dimissione è presente la data di stesura?	Sempre
25	Nella lettera di dimissione è identificabile il medico redattore (leggibile)?	Sempre
26	Nella lettera di dimissione è presente una sintesi descrittiva del decorso clinico?	Sempre

Per quanto riguarda il calcolo della dimensione campionaria e le modalità di raccolta e validazione dei dati, si rimanda all'**allegato F**.

<sup>1</sup> È almeno presente la documentazione:

- dell'avvenuta auscultazione del torace e dei toni cardiaci
- dell'avvenuta valutazione obiettiva della sede del problema

<sup>2</sup> In tutti i giorni di permanenza del paziente presso la struttura devono essere riportate delle annotazioni, compresa la giornata di dimissione

<sup>3</sup> In tutti i giorni di permanenza del paziente presso la struttura devono essere riportate delle annotazioni, compresa la giornata di dimissione

<sup>4</sup> In presenza di più procedure chirurgiche non concomitanti i requisiti 20, 21, 22 devono essere soddisfatti per ciascuna delle procedure

In questa sede intendiamo rammentare che è stato progettato e realizzato uno specifico percorso formativo per la rilevazione dei dati relativamente alla qualità della cartella clinica. Vale inoltre la pena ricordare che le cartelle cliniche "valutate" si riferiscono a specifiche condizioni cliniche, riportate di seguito in Tabella 2.

**Tabella 2: Distribuzione delle cartelle cliniche per regione e per condizione clinica**

	<b>ANCA</b>	<b>INFARTO</b>	<b>SCOMPENSO</b>	<b>ICTUS</b>	<b>COLON</b>	<b>TOTALE</b>
LOMBARDIA	231	516	1080	880	604	3311
PA TRENTO	10	46	51	32	40	179
SICILIA	23	530	535	338	88	1514
FRIULI	30	30	80	39	25	204
MARCHE	30	146	170	179	128	653
AO VERONA	15	72	100	90	69	346
PUGLIA	104	280	275	226	109	994
TOSCANA	191	221	395	308	247	1362
CAMPANIA	29	11	33	29	43	145
MOLISE	10	34	98	26	27	195
UMBRIA	1	1	8	2	8	20
<b>TOTALE</b>	<b>674</b>	<b>1887</b>	<b>2825</b>	<b>2149</b>	<b>1388</b>	<b>8923</b>

## Analisi dei dati

I dati si riferiscono a **8764** schede valide.

La differenza rispetto al numero totale delle cartelle cliniche campionate (N=8923) per la rilevazione dei dati necessari alla costruzione degli indicatori di II livello, è dovuta al fatto che, in un numero limitato di casi, i rilevatori hanno ommesso l'analisi preliminare della documentazione e non hanno pertanto compilato la scheda relativa alla valutazione della qualità della cartella clinica.

In un solo caso, il numero di schede esaminate è superiore al numero di cartelle campionate. Ciò è dovuto ad una errata interpretazione del campionamento, per cui le cartelle campionate, per il calcolo degli indicatori di II livello, ex post sono state tolte dal numero del campione per mancata corrispondenza ai requisiti di campionamento, ma ne è stata comunque valutata l'accettabilità.

Nella Tabella 3 sono riportati i dati a livello di regione di appartenenza, la cui analisi include: il numero di cartelle cliniche campionate in ciascuna delle 11 regioni partecipanti allo studio (RCC), il numero di cartelle cliniche esaminate (schede ricevute, ovvero RCE), e la percentuale di schede ricevute rispetto al campione originario (%RCE).

**Tabella 3: Distribuzione delle cartelle cliniche campionate e valide per regione**

Regione	RCC	RCE	% RCE
R01	3311	3245	98,01
R02	179	175	97,77
R03	346	345	99,71
R04	204	204	100
R05	1362	1253	92
R06	20	20	100
R07	653	631	96,63
R08	195	190	97,44
R09	145	140	96,55
R10	994	1059	106,54
R11	1514	1502	99,21
<b>Totale</b>	<b>8923</b>	<b>8764</b>	<b>98,22</b>

### Legenda

RCC= cartelle cliniche campionate

RCE= cartelle cliniche esaminate (schede ricevute)

%RCE= percentuale di cartelle cliniche esaminate (schede ricevute)

## Analisi dei risultati

Per l'analisi dei risultati è stata sviluppata una misura sintetica (=indicatore) che esprime l' "accettabilità" complessiva delle cartelle cliniche indagate (percentuale di cartelle cliniche "accettabili", riportata come "%RCA" in Tabella 4): ciascuna cartella clinica esaminata è stata, quindi, giudicata accettabile solo se soddisfa la totalità dei requisiti applicabili (o "non accettabile", se non soddisfa anche un solo requisito applicabile).

Nella Tabella 4 sono riportati i dati relativi alle cartelle cliniche considerate "accettabili" nelle 56 strutture ospedaliere coinvolte nella rilevazione (indicatore "%HCA") e nelle 11 regioni partecipanti allo studio (indicatore "%RCA").

**Tabella 4: Distribuzione delle cartelle cliniche accettabili per regione e per struttura ospedaliera**

Ospedale	Regione	RCC	RCE	HCE	HCA/RCA	%HCA	%RCA
H01	R01			174	0	0,00	
H02	R01			302	0	0,00	
H03	R01			231	0	0,00	
H04	R01			141	0	0,00	
H05	R01			112	0	0,00	
H06	R01			128	0	0,00	
H07	R01			21	0	0,00	
H08	R01			179	12	6,70	
H09	R01			371	1	0,27	
H10	R01			429	2	0,47	
H11	R01			515	0	0,00	
H12	R01			441	13	2,95	
H13	R01			73	3	4,11	
H14	R01			128	0	0,00	
	R01	3311	3245	3245	31		0,96
H15	R02			175	0	0,00	
	R02	179	175	175	0		0,00
H16	R03			345	0	0,00	
	R03	346	345	345	0		0,00%
H17	R04			119	6	5,04	
H18	R04			85	2	2,35	
	R04	204	204	204	8		3,92%
H19	R05			13	0	0,00	
H20	R05			42	1	2,38	
H21	R05			21	0	0,00	
H22	R05			55	0	0,00	
H23	R05			34	0	0,00	
H24	R05			22	0	0,00	

H25	R05			47	0	0,00	
H26	R05			13	0	0,00	
H27	R05			39	0	0,00	
H28	R05			7	0	0,00	
H29	R05			110	0	0,00	
H30	R05			191	0	0,00	
H31	R05			86	0	0,00	
H32	R05			47	0	0,00	
H33	R05			56	0	0,00	
H34	R05			38	0	0,00	
H35	R05			48	0	0,00	
H36	R05			4	0	0,00	
H37	R05			77	0	0,00	
H38	R05			101	0	0,00	
H39	R05			24	1	4,17	
H40	R05			20	1	5,00	
H41	R05			158	0	0,00	
	R05	1362	1253	1253	3		0,24
H42	R06			20	0	0,00	
	R06	20	20	20	0		0,00
H43	R07			56	0	0,00	
H44	R07			201	0	0,00	
H45	R07			111	0	0,00	
H46	R07			263	0	0,00	
	R07	653	631	631	0		0,00
H47	R08			65	0	0,00	
H48	R08			125	0	0,00	
	R08	195	190	190			0,00
H49	R09			69	0	0,00	
H50	R09			39	0	0,00	
H51	R09			32	0	0,00	
	R09	145	140	140			0,00
H52	R10			723	0	0,00	
H53	R10			336	5	1,49	
	R10	994	1059	1059	5		0,47
H54	R11			258	0	0,00	
H55	R11			440	0	0,00	
H56	R11			804	0	0,00	
	R11	1514	1502	1502	0		0,00
<b>Totale</b>		<b>8923</b>	<b>8764</b>	<b>8764</b>	<b>47</b>		<b>0,54</b>

*Legenda*

RCC= cartelle cliniche campionate, per regione

RCE= cartelle cliniche esaminate, per regione

HCE= cartelle cliniche esaminate, per ospedale

HCA/RCA= cartelle cliniche "accettabili", per ospedale

%HCA=percentuale di cartelle cliniche considerate "accettabili", per ospedale – Indicatore di "accettabilità" per ospedale

%RCA= percentuale di cartelle cliniche considerate "accettabili", per regione – Indicatore di "accettabilità" per regione

Poiché l'indicatore di accettabilità (vale a dire il tasso di adesione a tutti requisiti applicabili) risulta particolarmente basso non solo a livello globale (0,54%), ma anche nella struttura con la performance migliore, "best practice", (H08 6,70%), si è deciso di procedere a un'analisi separata per ciascun requisito di valutazione.

La distribuzione della frequenza relativa dei rilievi, per ciascun criterio di valutazione della qualità della documentazione clinica, è riportata nella Tabella 5. La percentuale si riferisce al numero dei requisiti soddisfatti rispetto ai casi applicabili.

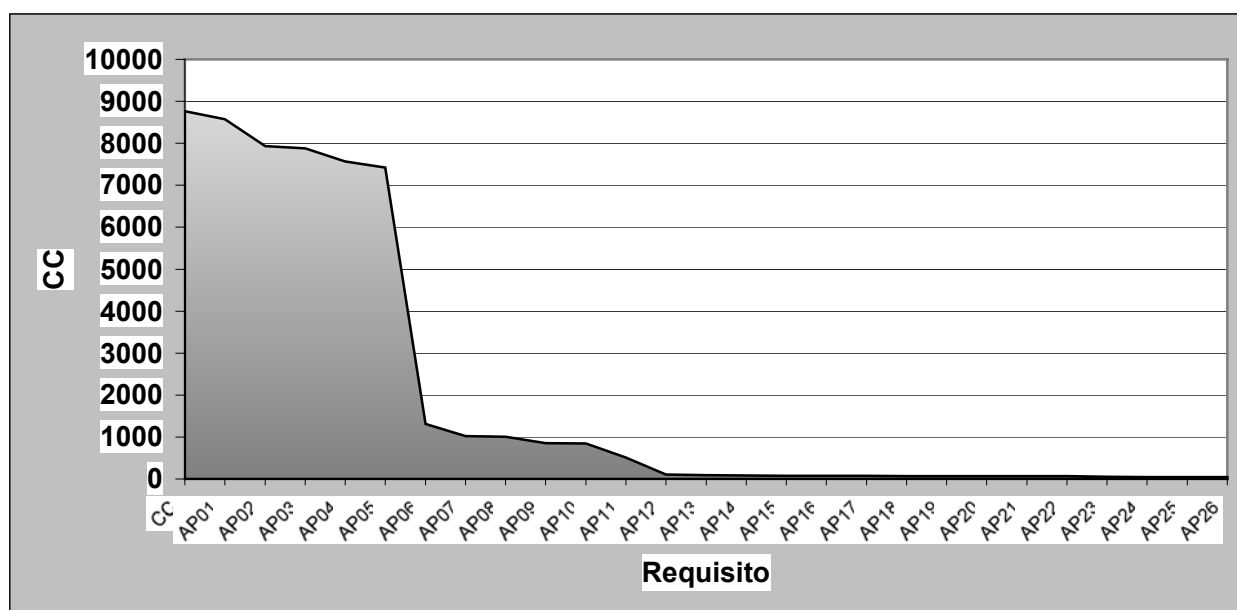
**Tabella 5: Distribuzione percentuale dei requisiti accettabili per la valutazione della "qualità" delle cartelle cliniche**

<b>Requisito</b>	<b>%</b>
01 La cartella clinica è disponibile per la consultazione	97,79
02 La SDO è firmata dal medico responsabile (anche sigla)	90,71
03 Il motivo del ricovero è indicato	97,22
04 L'anamnesi patologica prossima è presente	94,08
05 L'anamnesi patologica prossima è leggibile	92,42
06 L'esame obiettivo all'ingresso è firmato	16,40
07 L'esame obiettivo all'ingresso è datato	22,44
08 L'esame obiettivo all'ingresso è leggibile	85,58
09 L'esame obiettivo comprende app.respiratorio, circolatorio + sede problema	76,59
10 Il diario medico è presente	95,70
11 Il diario medico: sono presenti annotazioni in tutte le giornate di degenza	67,31
12 Il diario medico: le annotazioni sono firmate/siglate	7,32
13 Il diario infermieristico è presente	54,32
14 Il diario infermieristico: sono presenti annotazioni in tutte le giornate	44,42
15 Il diario infermieristico: le annotazioni sono firmate/siglate	42,16
16 Consenso informato all'intervento: è presente firma medico e paziente	51,78
17 Consenso informato all'intervento: è presente la data di compilazione	55,24
18 Cartella anestesiologicala: è presente o allegata	58,63
19 Cartella anestesiologicala: il monitoraggio intra-operatorio è documentato	60,91
20 Referto operatorio: è identificabile il 1° operatore	63,86
21 Referto operatorio: è presente la data dell'intervento	70,42
22 Referto operatorio: è identificabile l'intervento eseguito	70,48
23 Lettera di dimissione: è presente	65,99
24 Lettera di dimissione: è presente la data della compilazione	60,97

25 Lettera di dimissione: è identificabile il medico redattore	56,40
26 Lettera di dimissione: è presente una sintesi descrittiva del decorso clinico	61,95

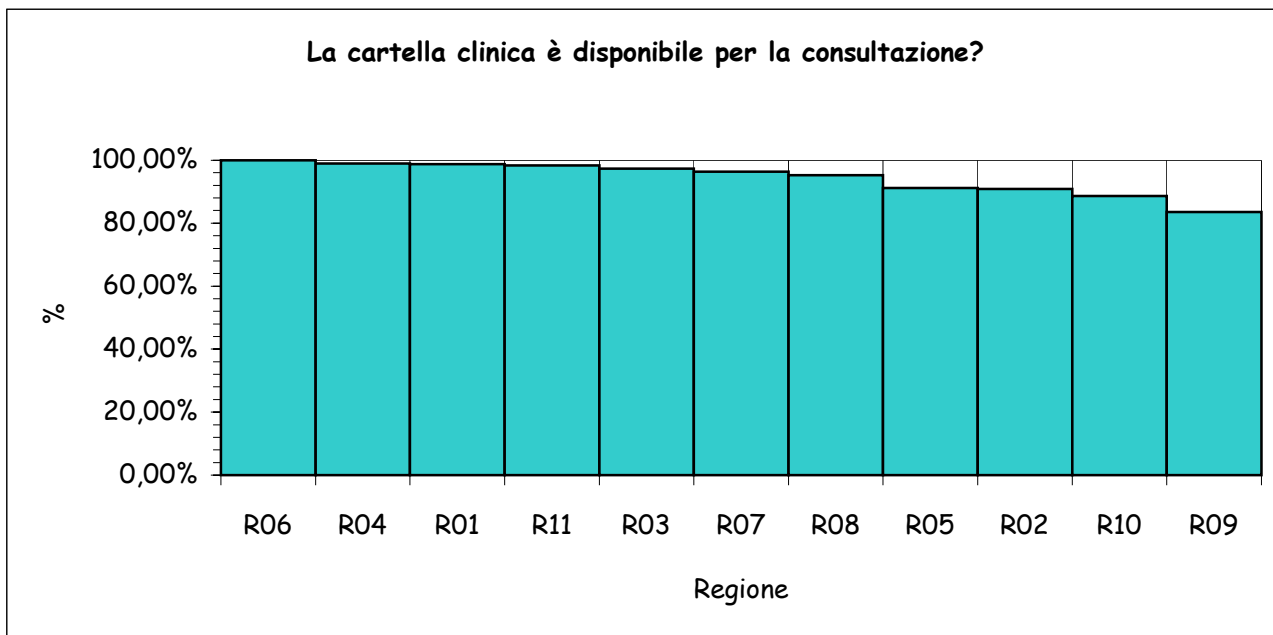
Trattando idealmente le cartelle cliniche come un unico blocco dove passano al controllo successivo solo quelle che hanno soddisfatto il criterio precedente (logica del controllo "a cascata") passato il precedente controllo, si ottiene il grafico riportato in Figura 1, dove si può notare che il primo grande ostacolo è rappresentato dal criterio/requisito AP06 ("L'esame obiettivo all'ingresso è firmato"), che riduce il blocco delle cartelle accettabili da 7422 a 1315.

**Figura 1: Controlli "a cascata" delle cartelle cliniche**

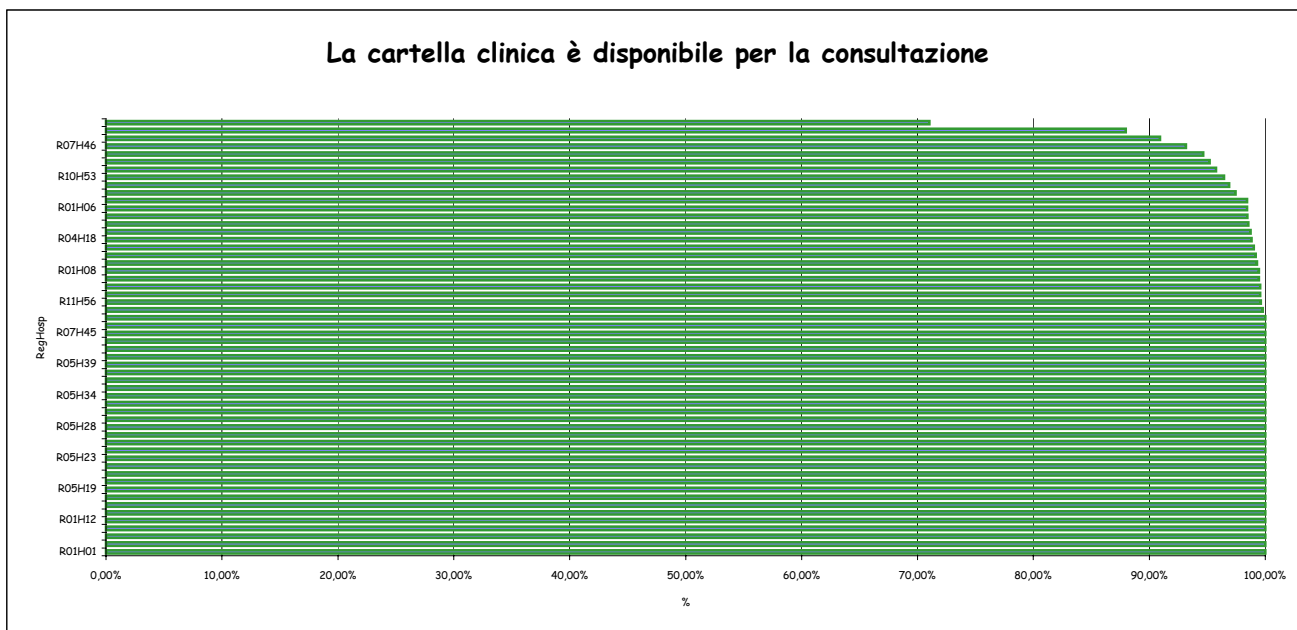


Per ognuno dei 26 criteri relativi alla qualità della documentazione clinica si è osservata, inoltre, una differenza statisticamente significativa sia tra le regioni di appartenenza, che tra le strutture ospedaliere (vedi figure da 2 a 52). Non sono riportate, invece, le analisi condotte per reparto di dimissione o per tipologia di ricovero (medico/chirurgico).

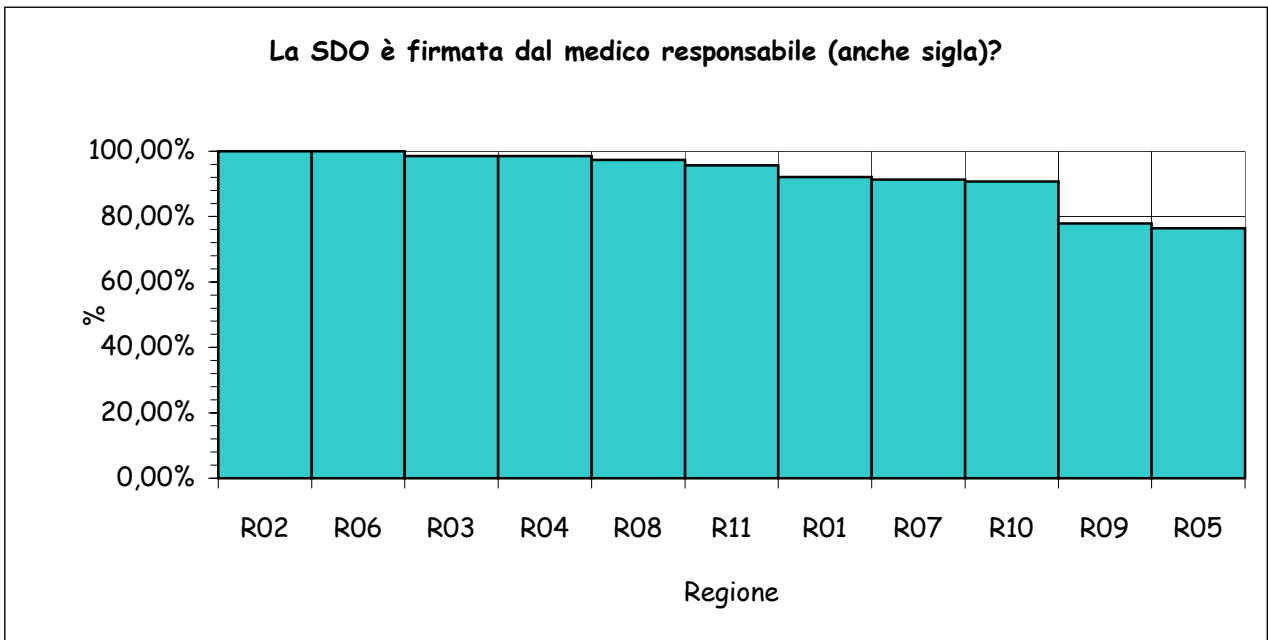
**Figura 2: Requisito 01 per regione**



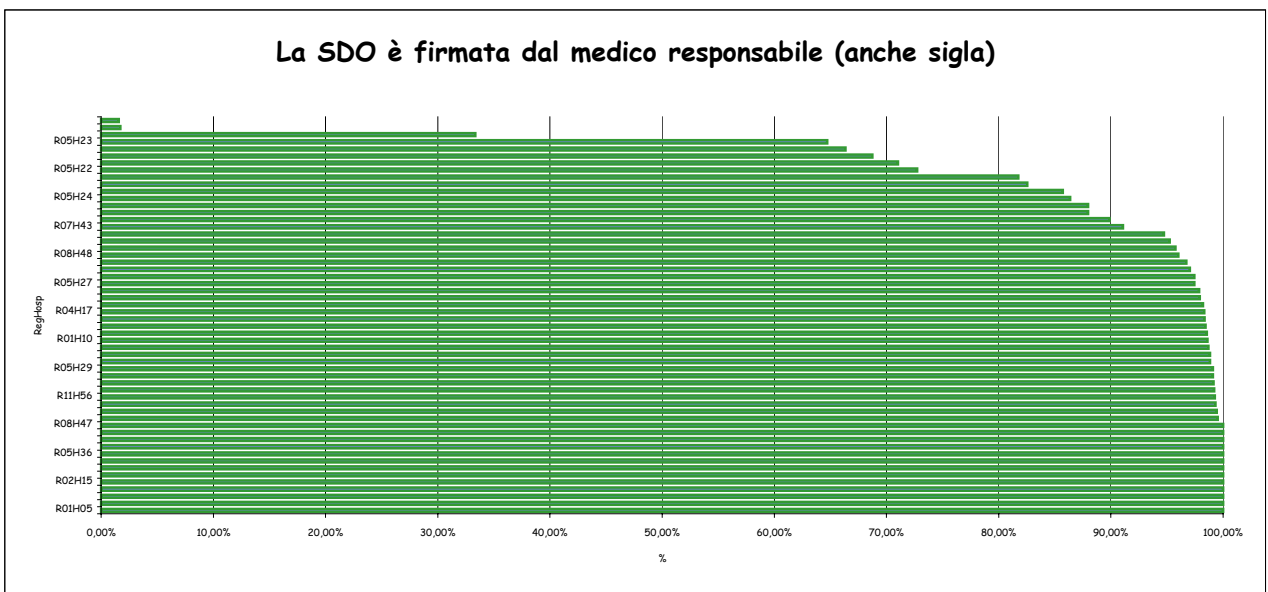
**Figura 3: Requisito 01 per ospedale**



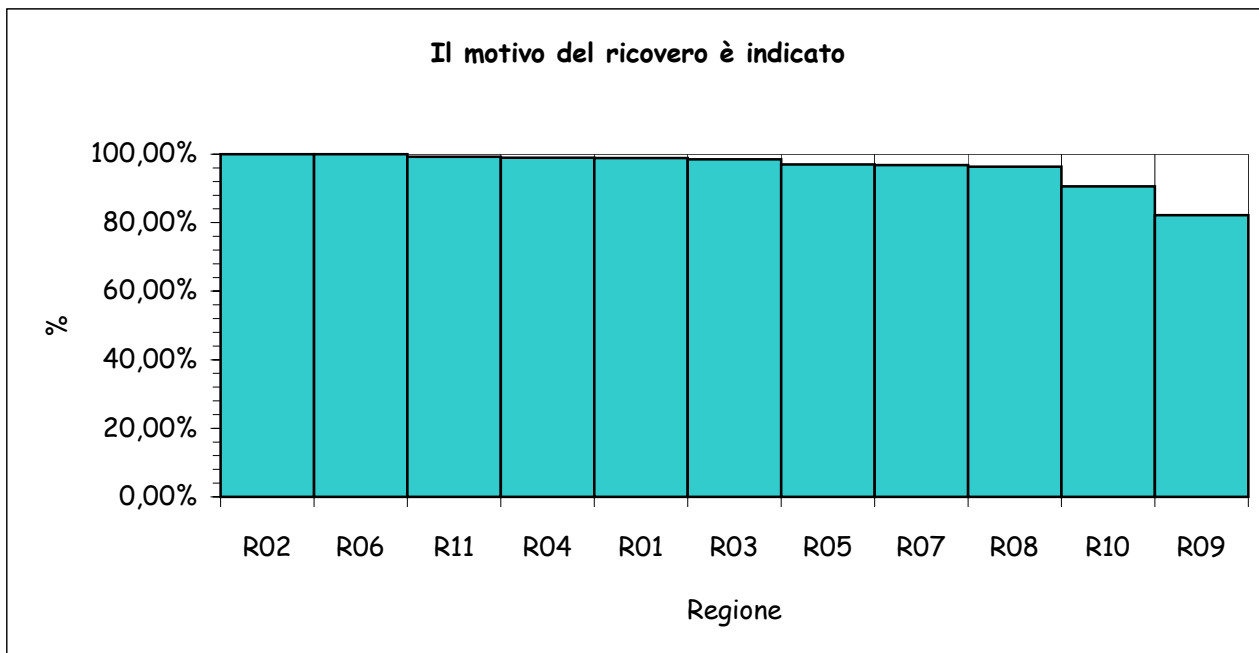
**Figura 4: Requisito 02 per regione**



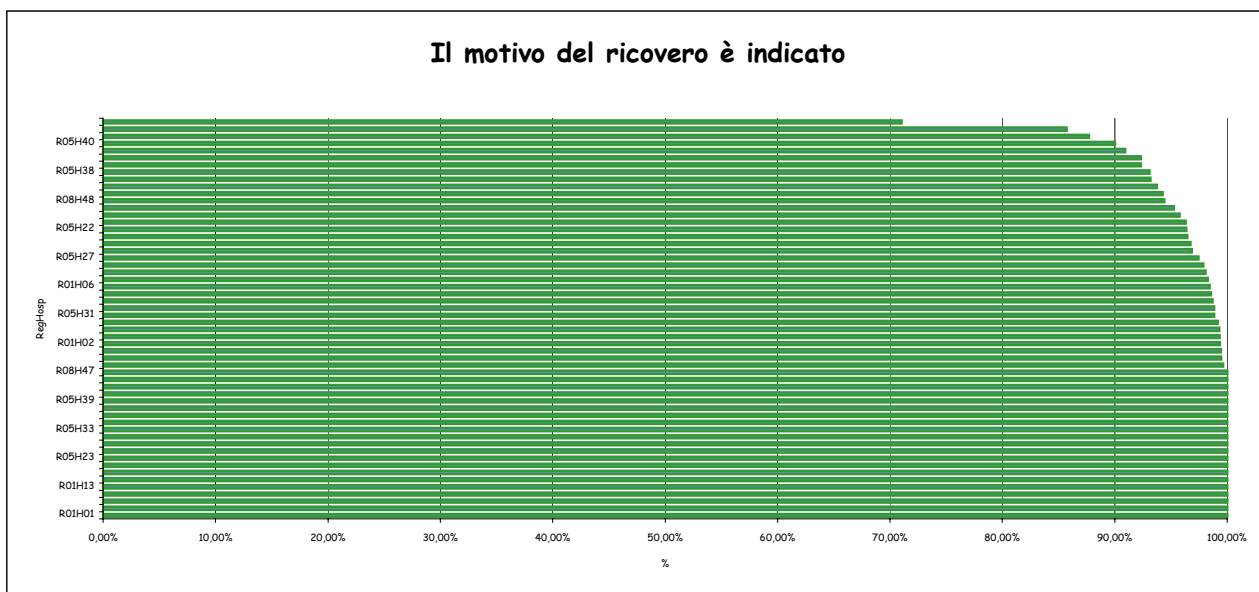
**Figura 5: Requisito 02 per ospedale**



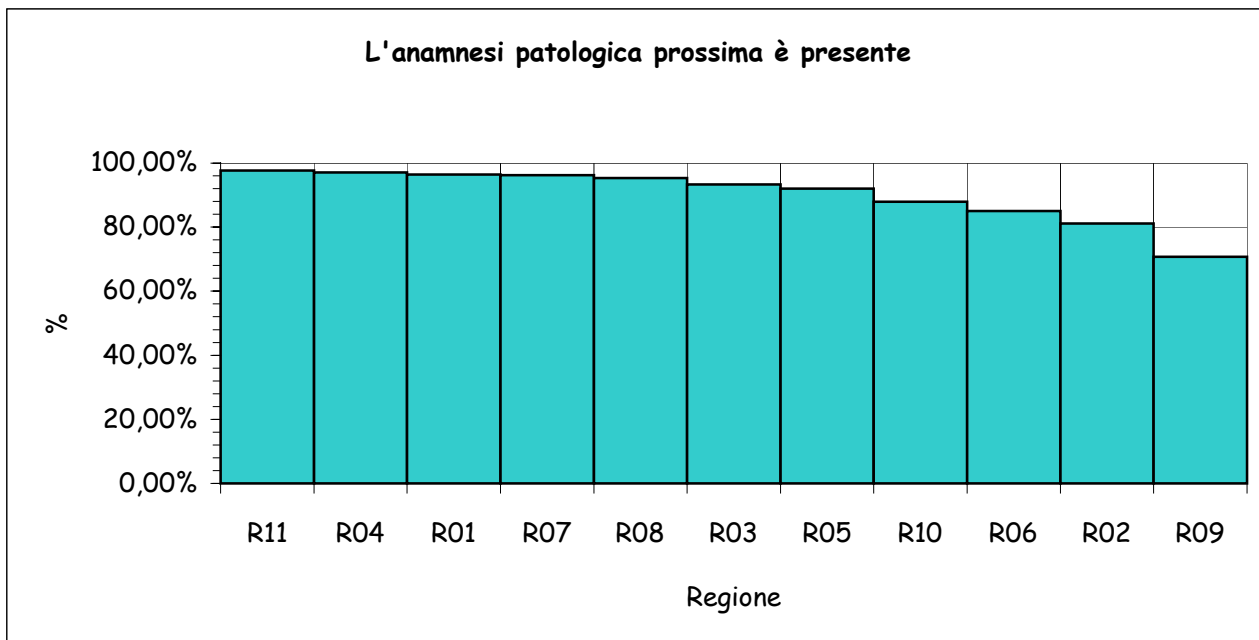
**Figura 6: Requisito 03 per regione**



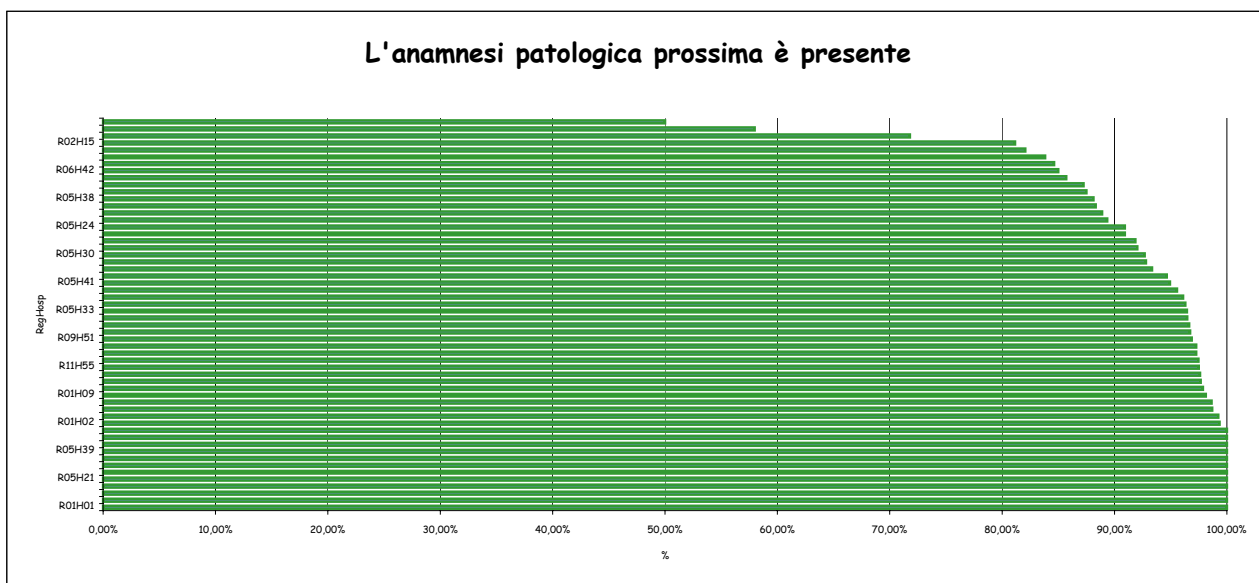
**Figura 7: Requisito 03 per ospedale**



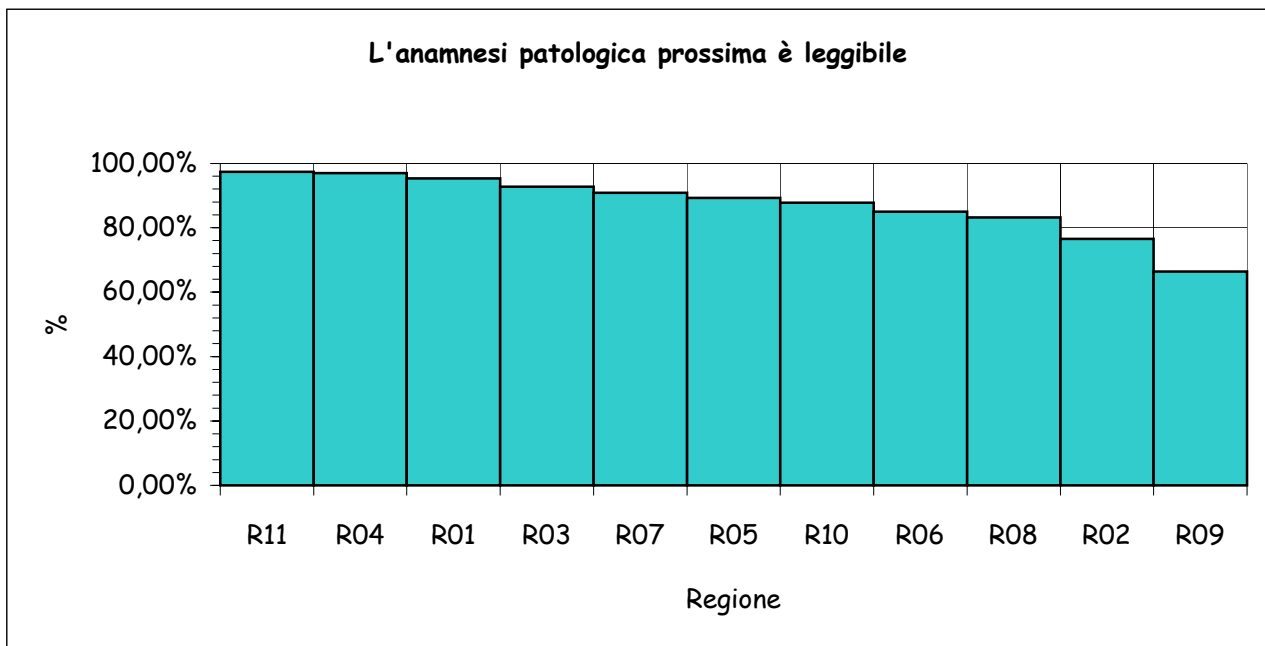
**Figura 8: Requisito 04 per regione**



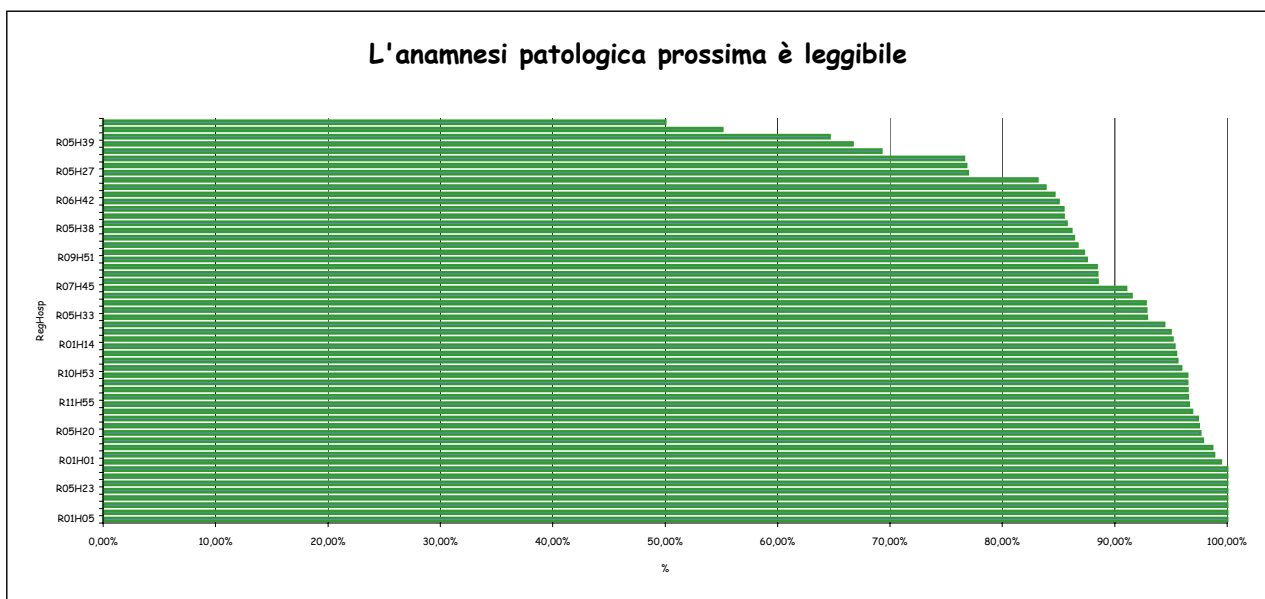
**Figura 9: Requisito 04 per ospedale**



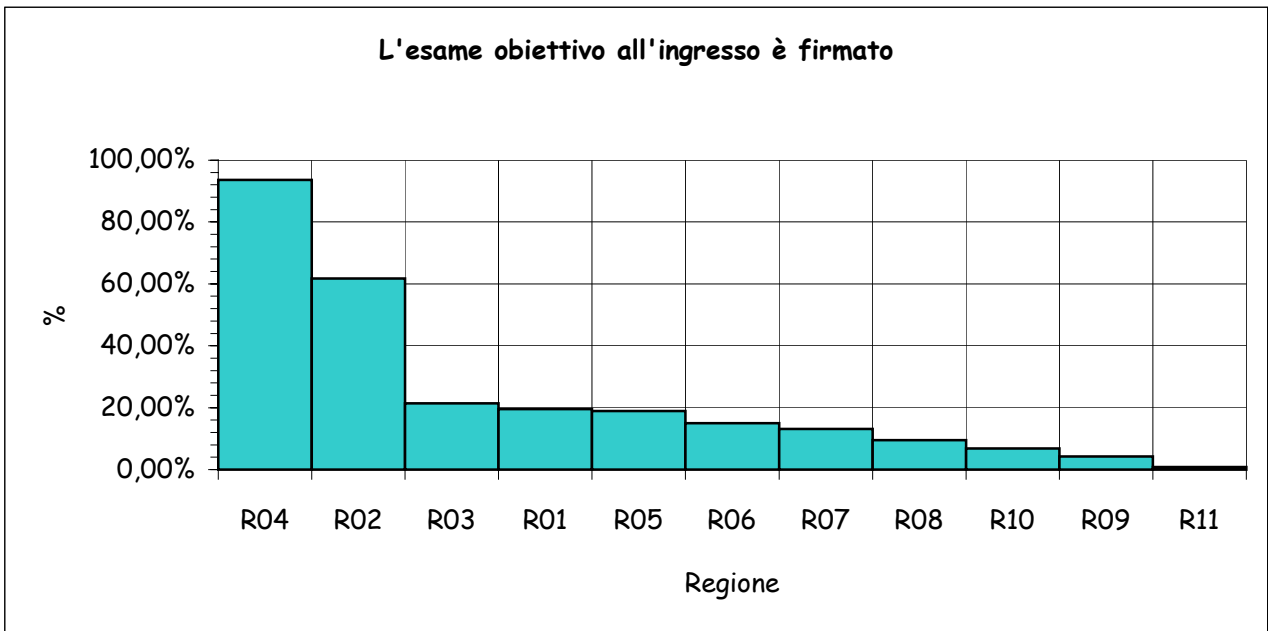
**Figura 10: Requisito 05 per regione**



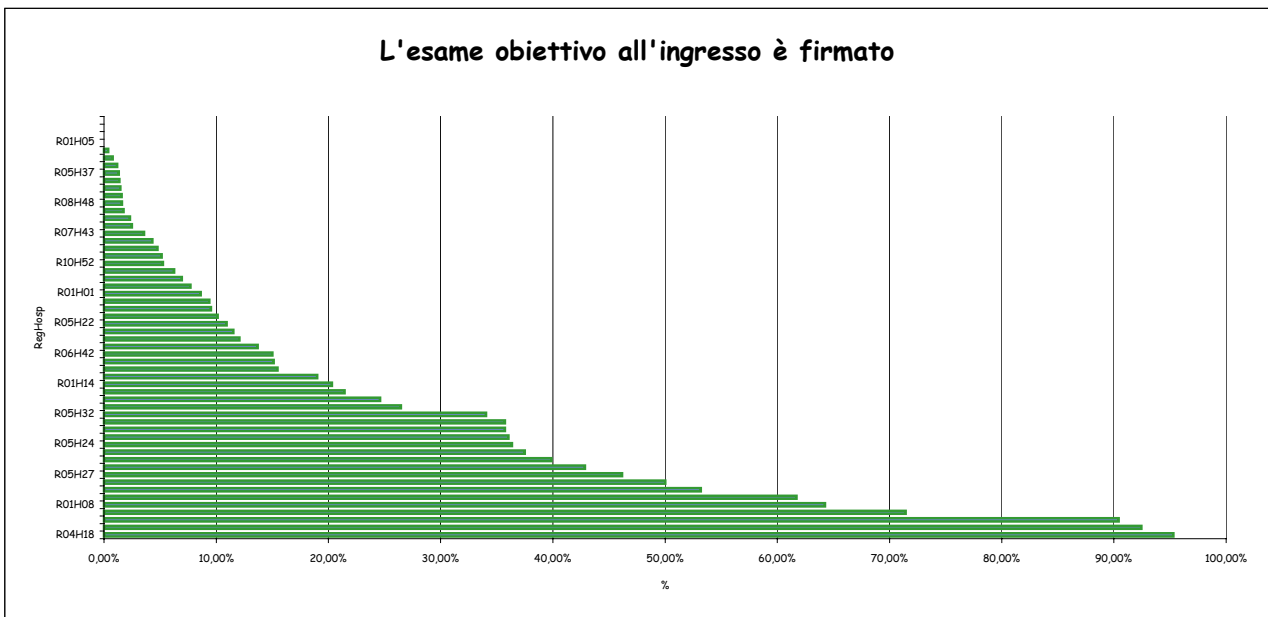
**Figura 11: Requisito 05 per ospedale**



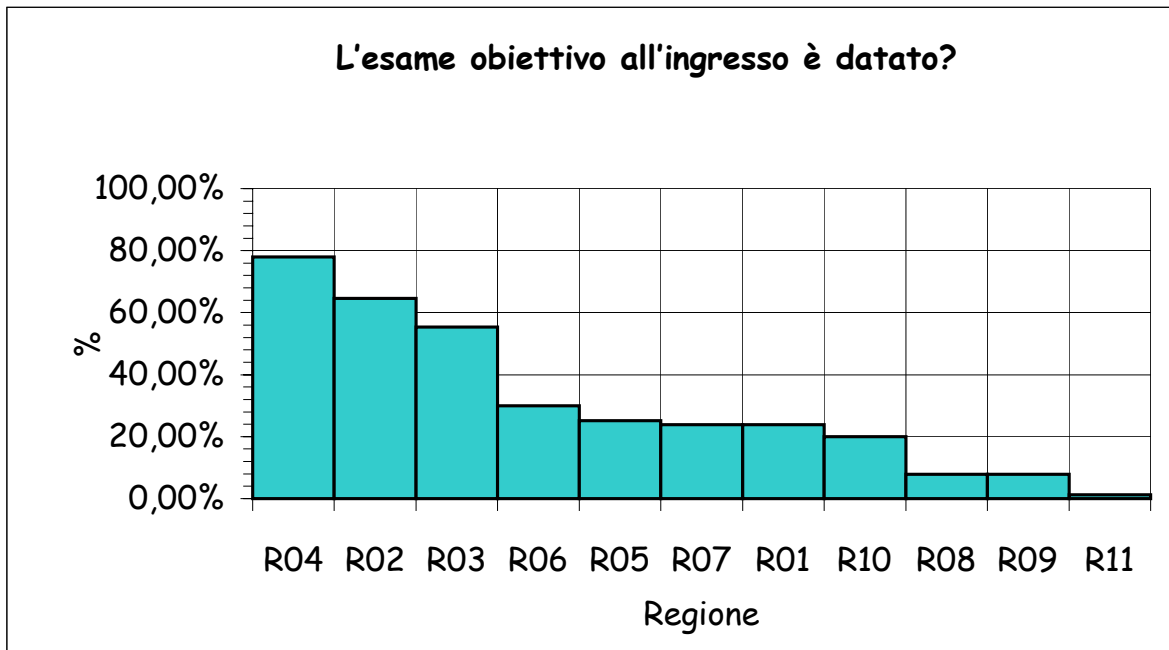
**Figura 12: Requisito 06 per regione**



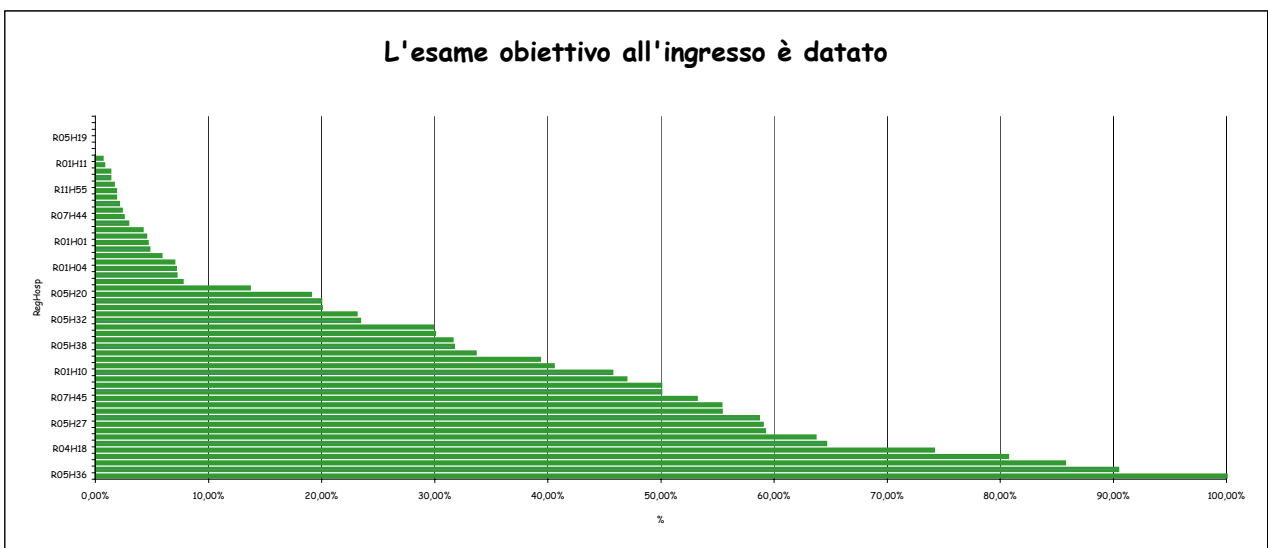
**Figura 13: Requisito 06 per ospedale**



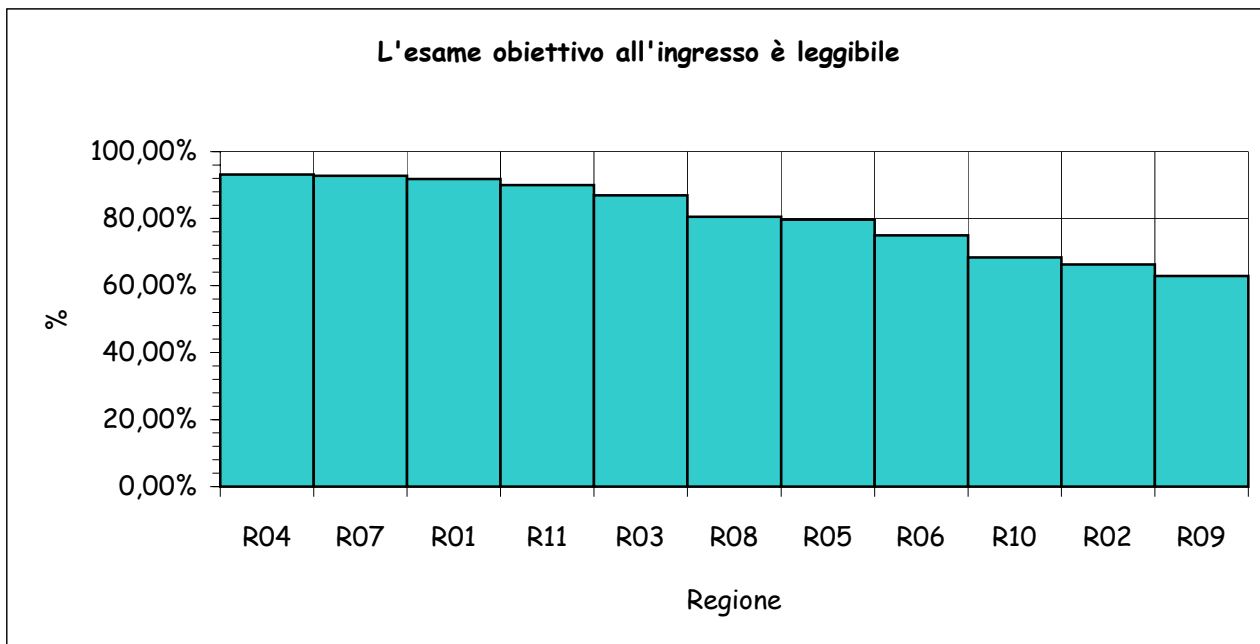
**Figura 14: Requisito 07 per regione**



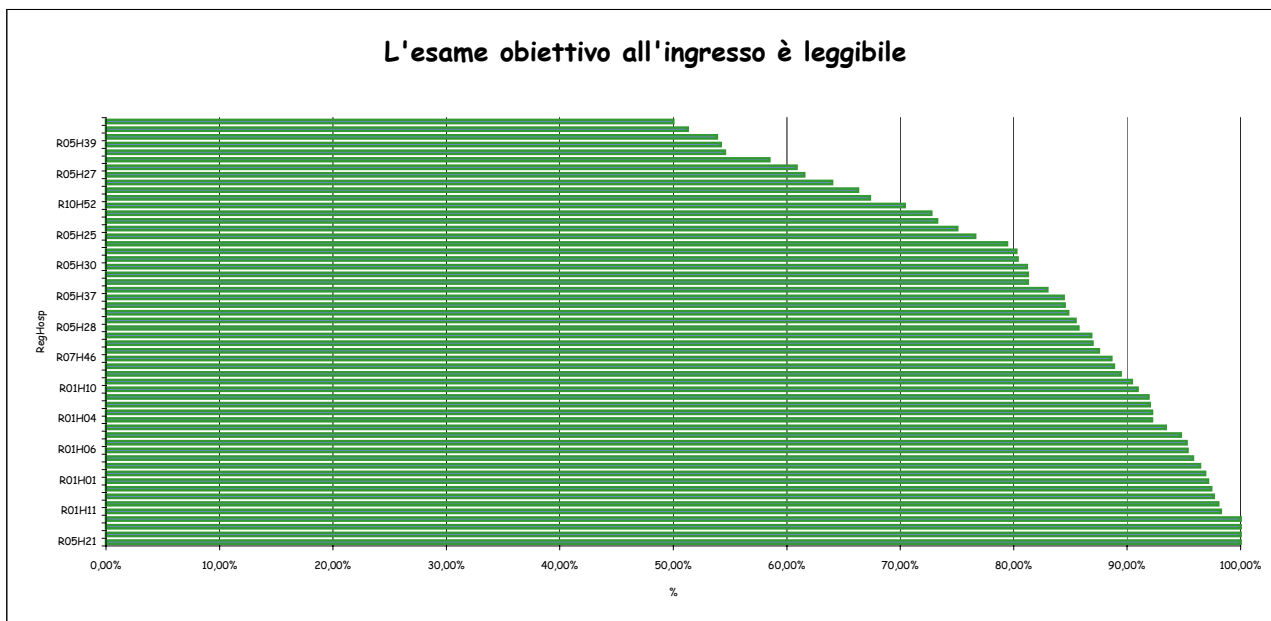
**Figura 15: Requisito 07 per ospedale**



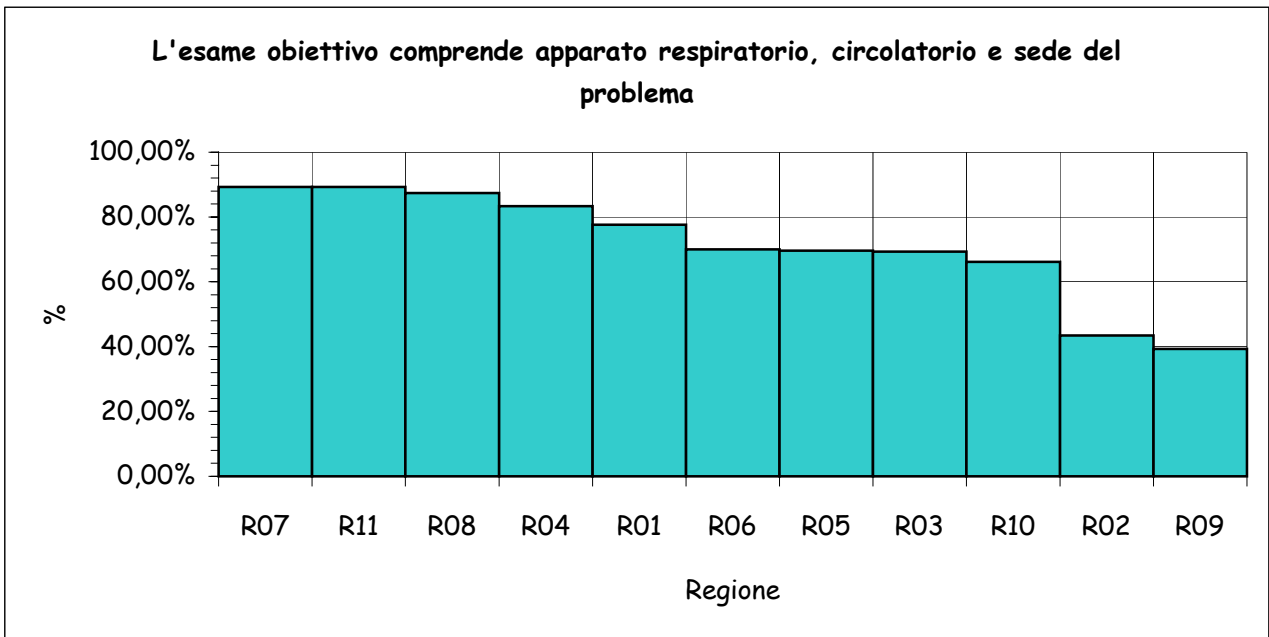
**Figura 16: Requisito 08 per regione**



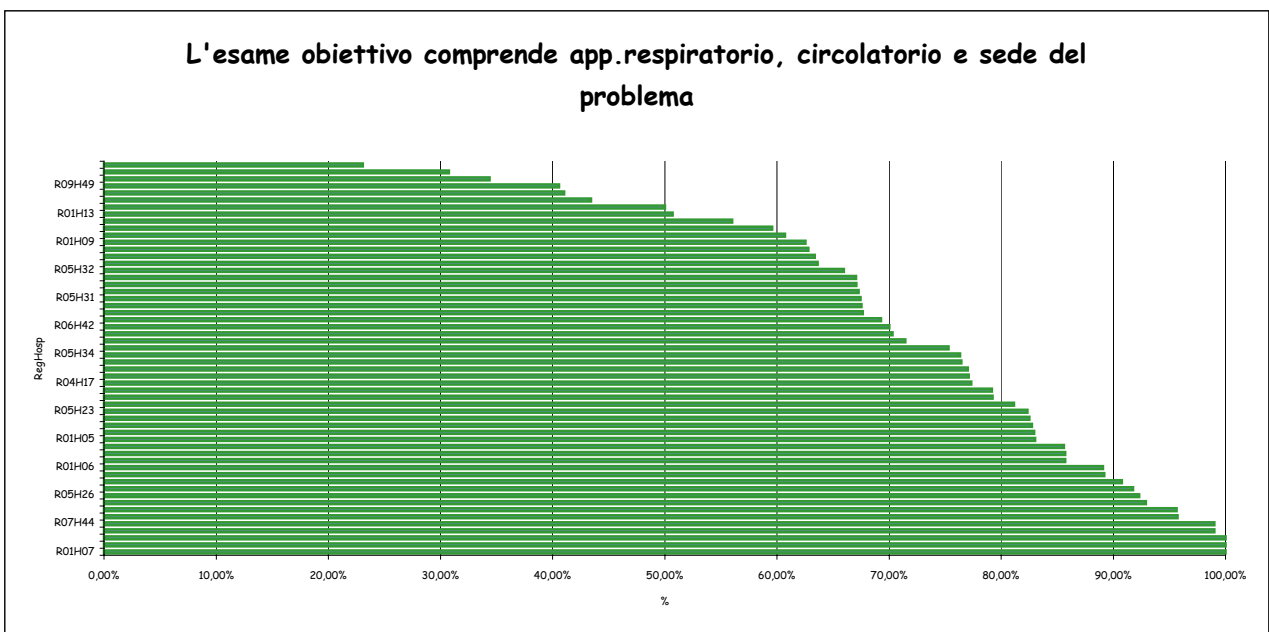
**Figura 17: Requisito 08 per ospedale**



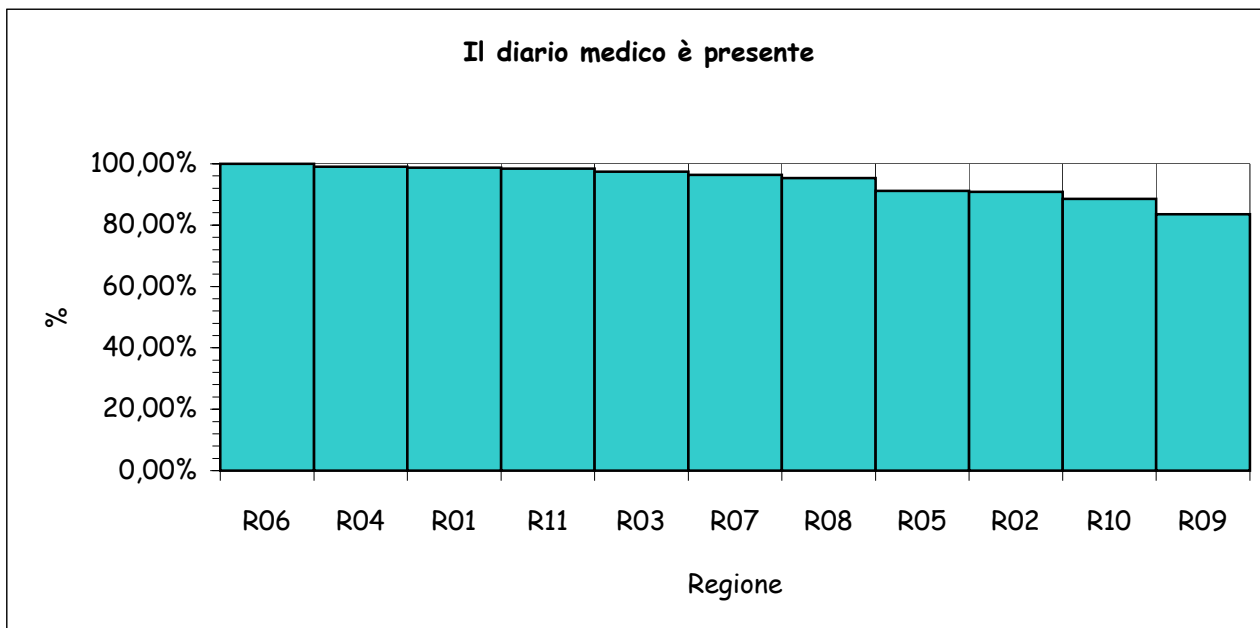
**Figura 17: Requisito 09 per regione**



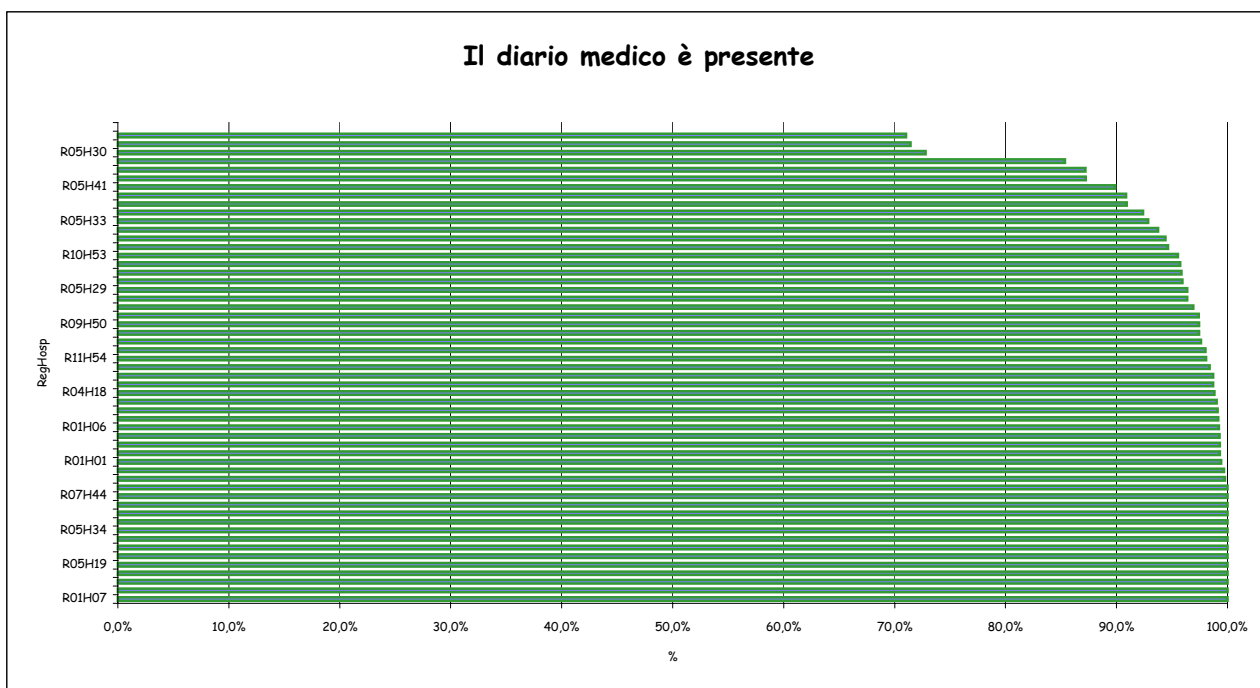
**Figura 18: Requisito 09 per ospedale**



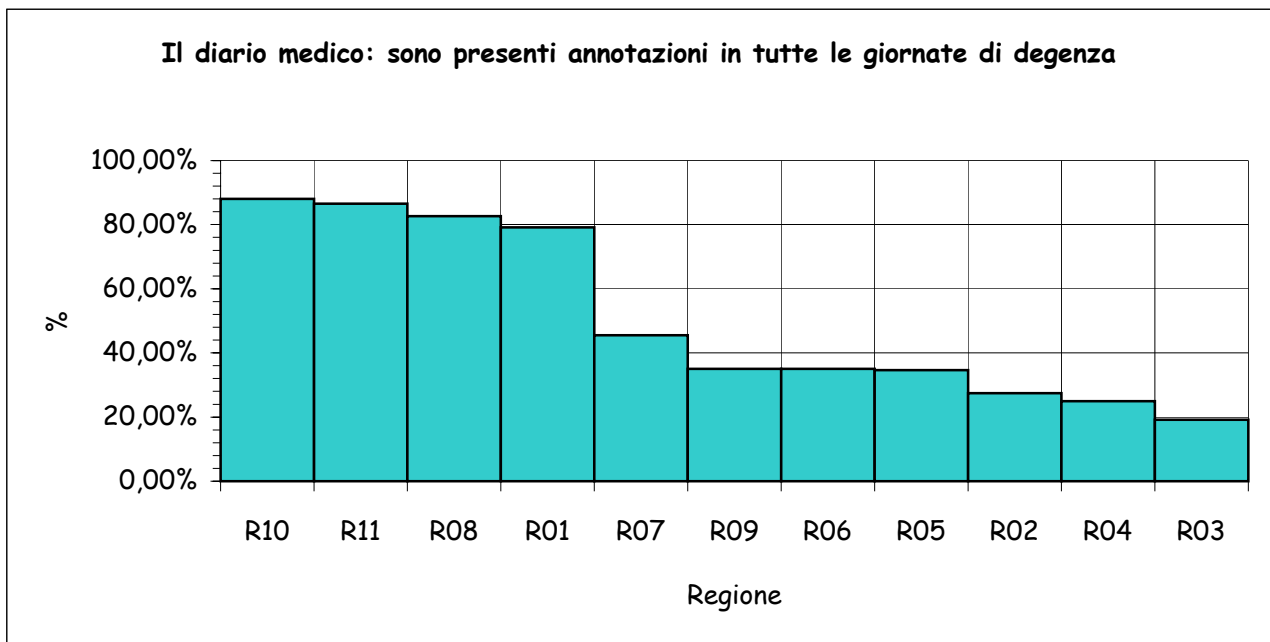
**Figura 19: Requisito 10 per regione**



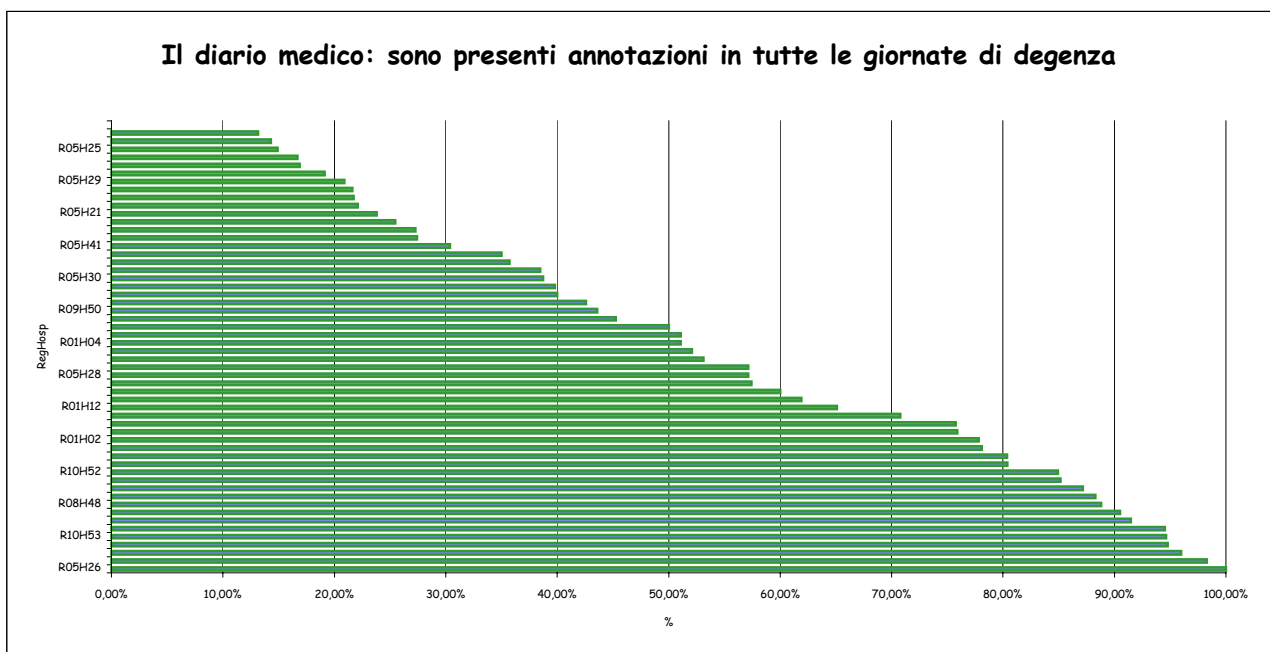
**Figura 20: Requisito 10 per ospedale**



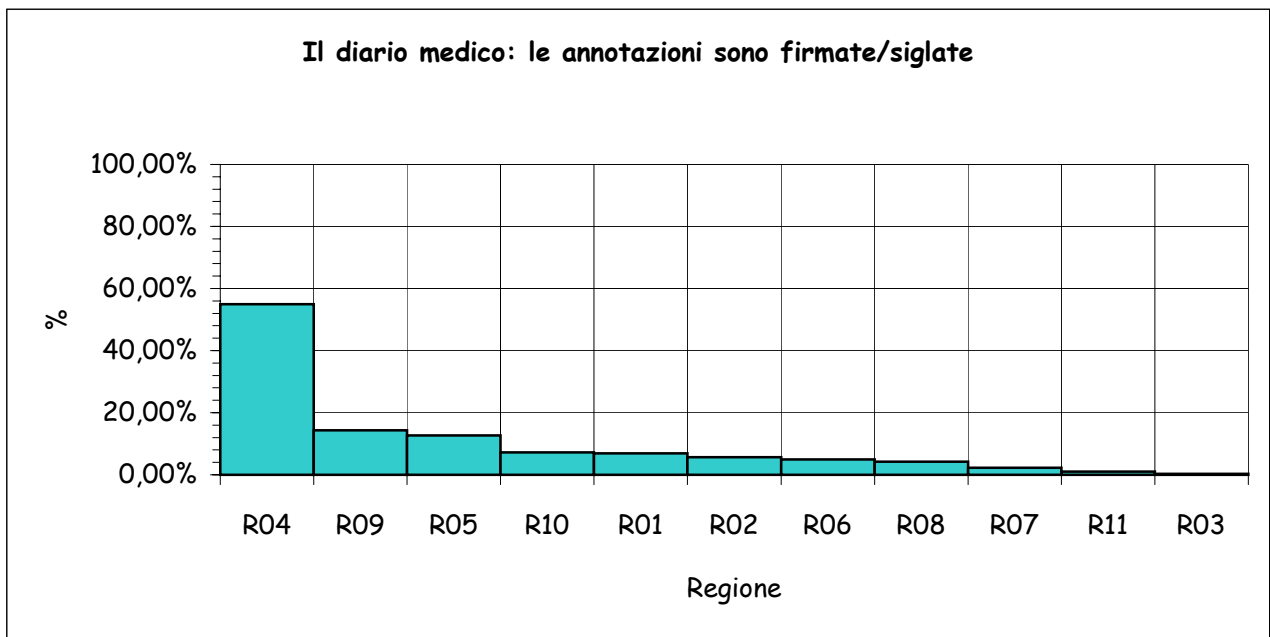
**Figura 21: Requisito 11 per regione**



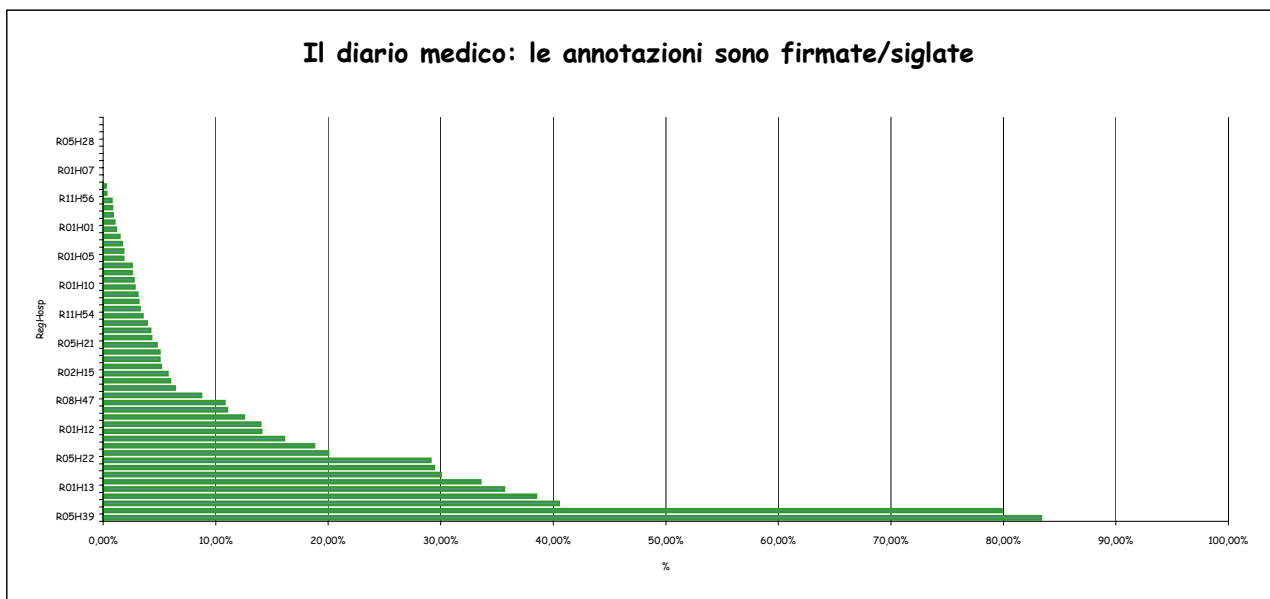
**Figura 22: Requisito 11 per ospedale**



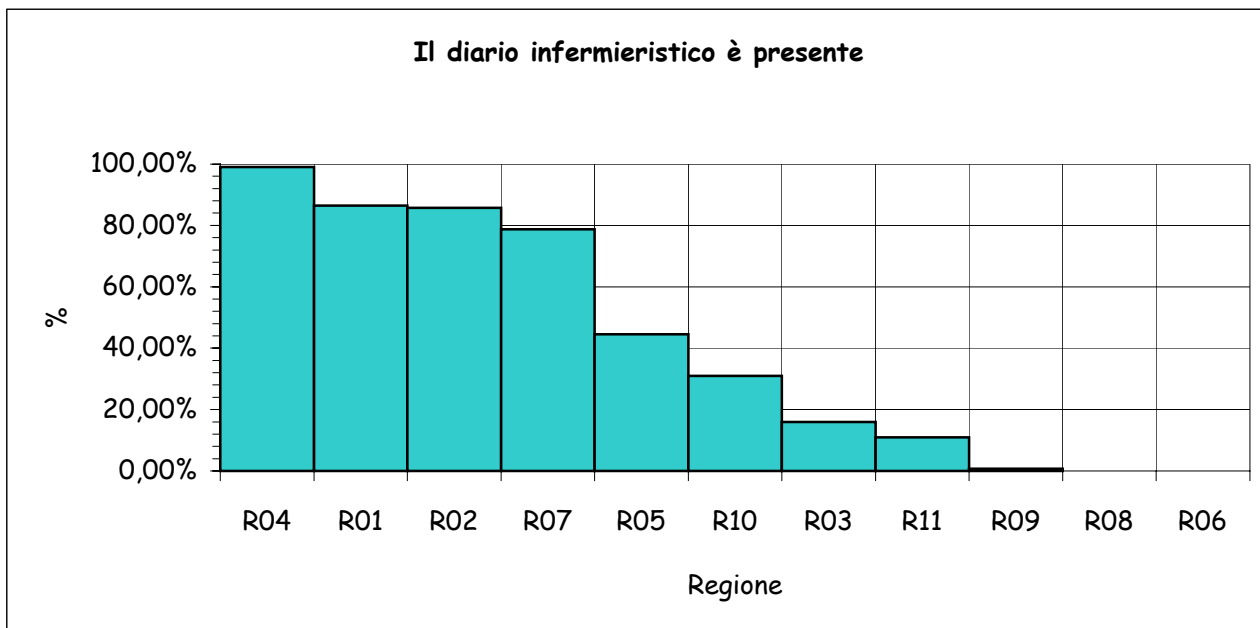
**Figura 23: Requisito 12 per regione**



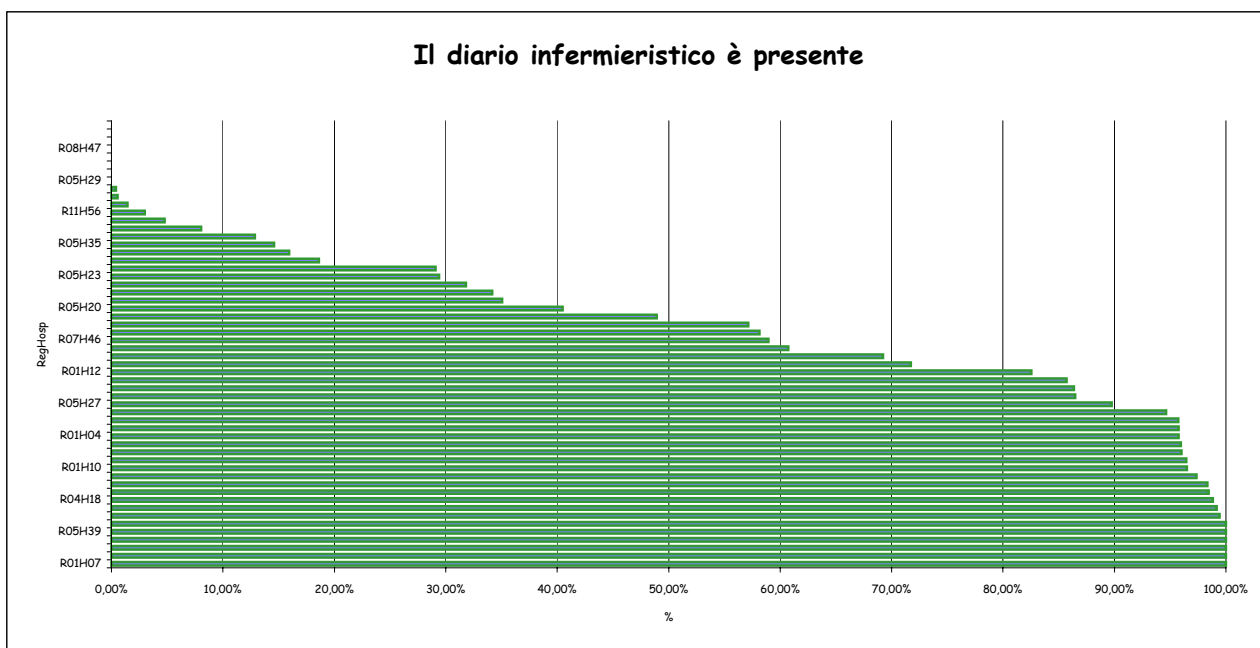
**Figura 24: Requisito 12 per ospedale**



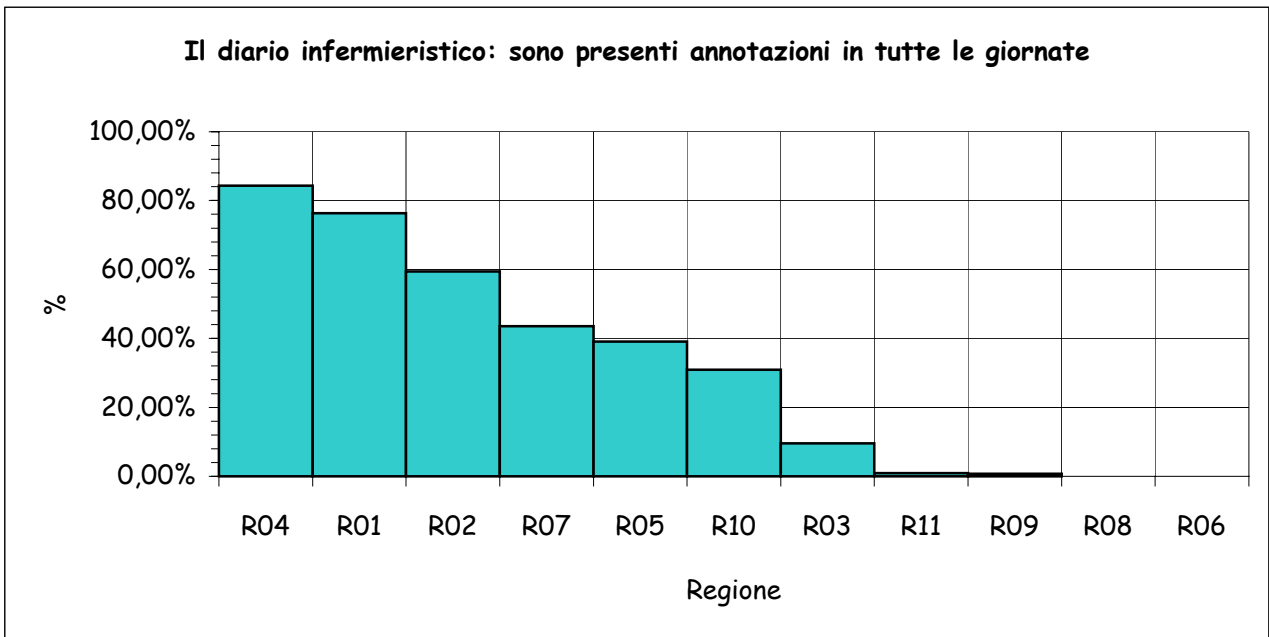
**Figura 25: Requisito 13 per regione**



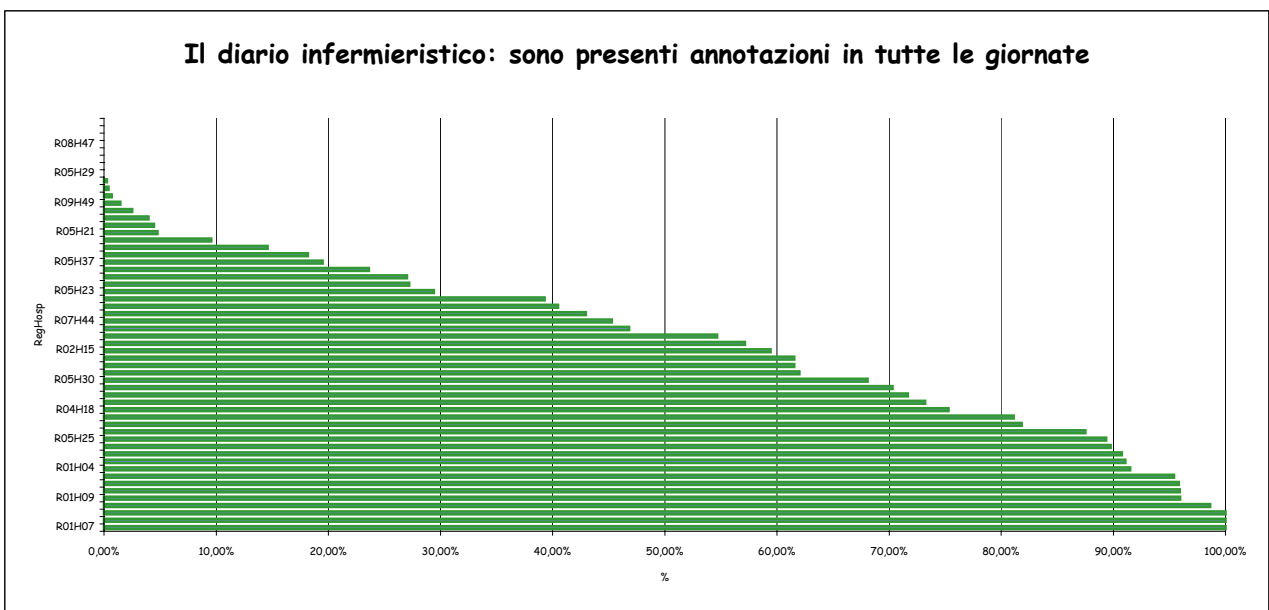
**Figura 26: Requisito 13 per ospedale**



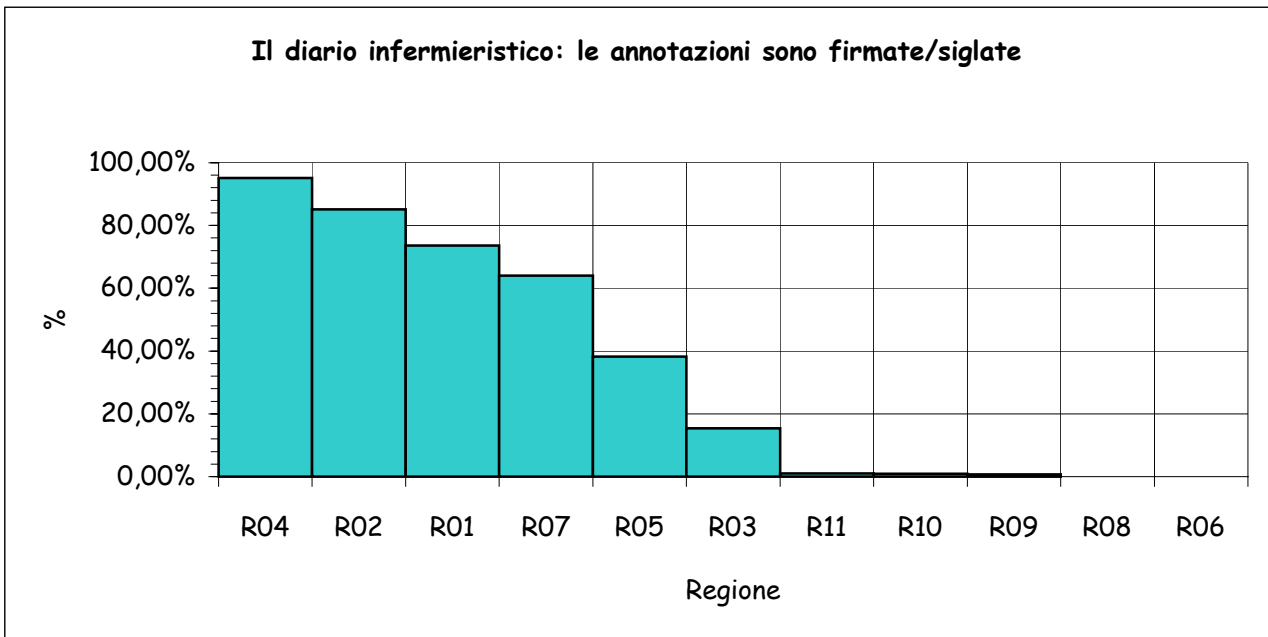
**Figura 27: Requisito 14 per regione**



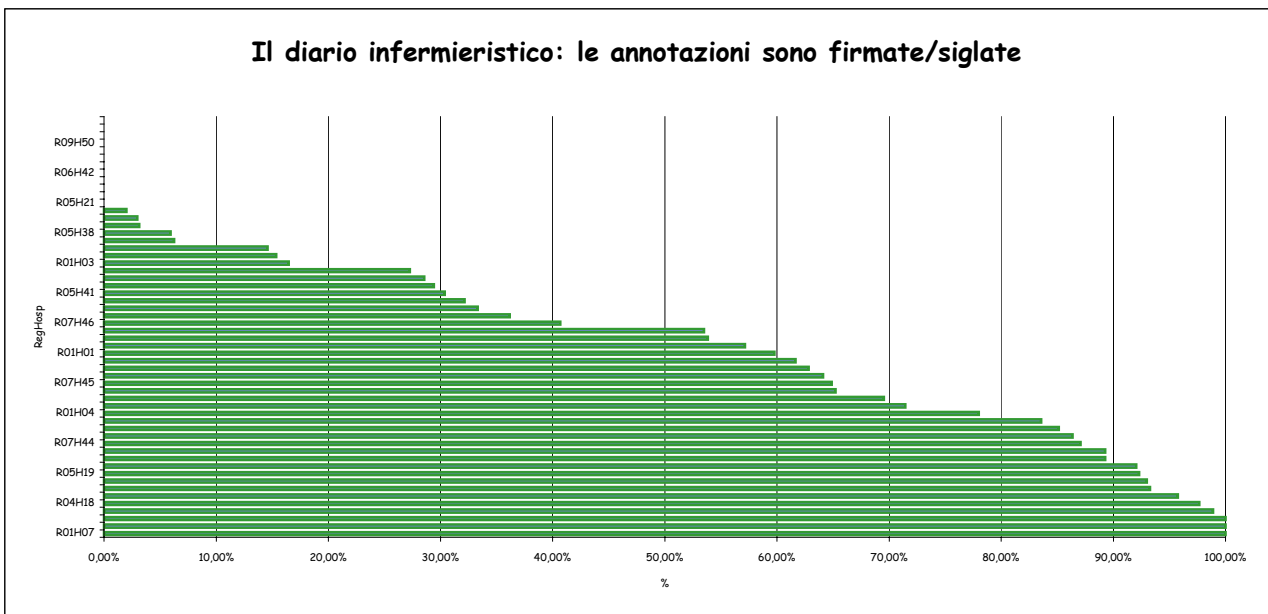
**Figura 28: Requisito 14 per ospedale**



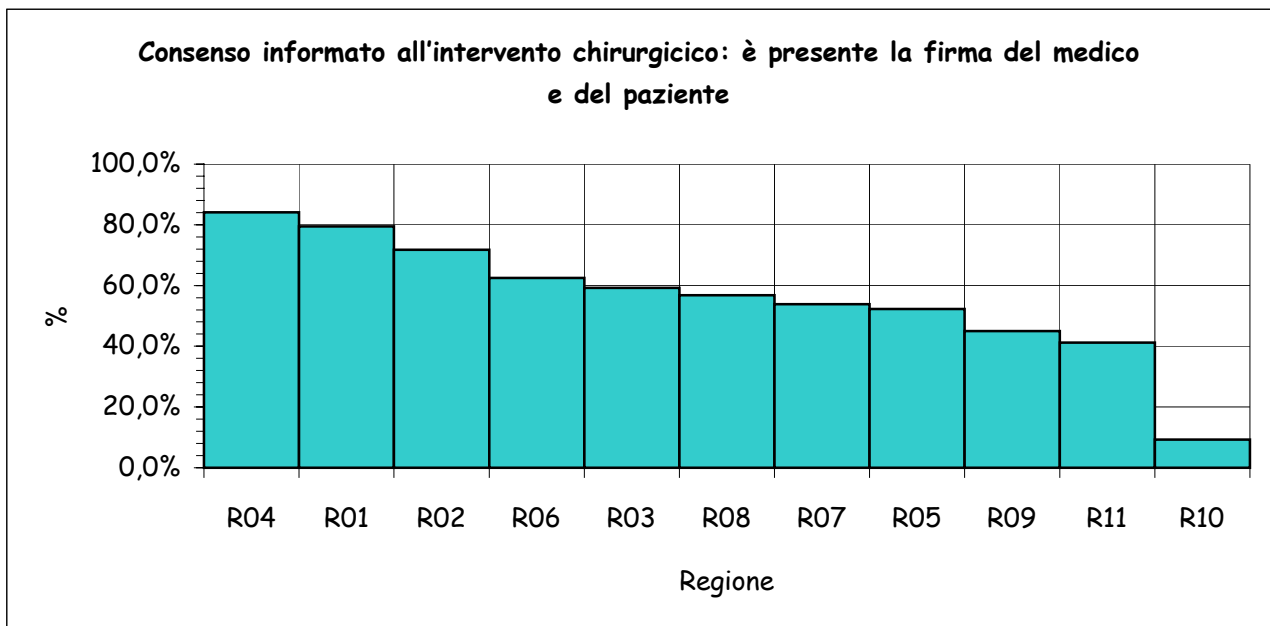
**Figura 29: Requisito 15 per regione**



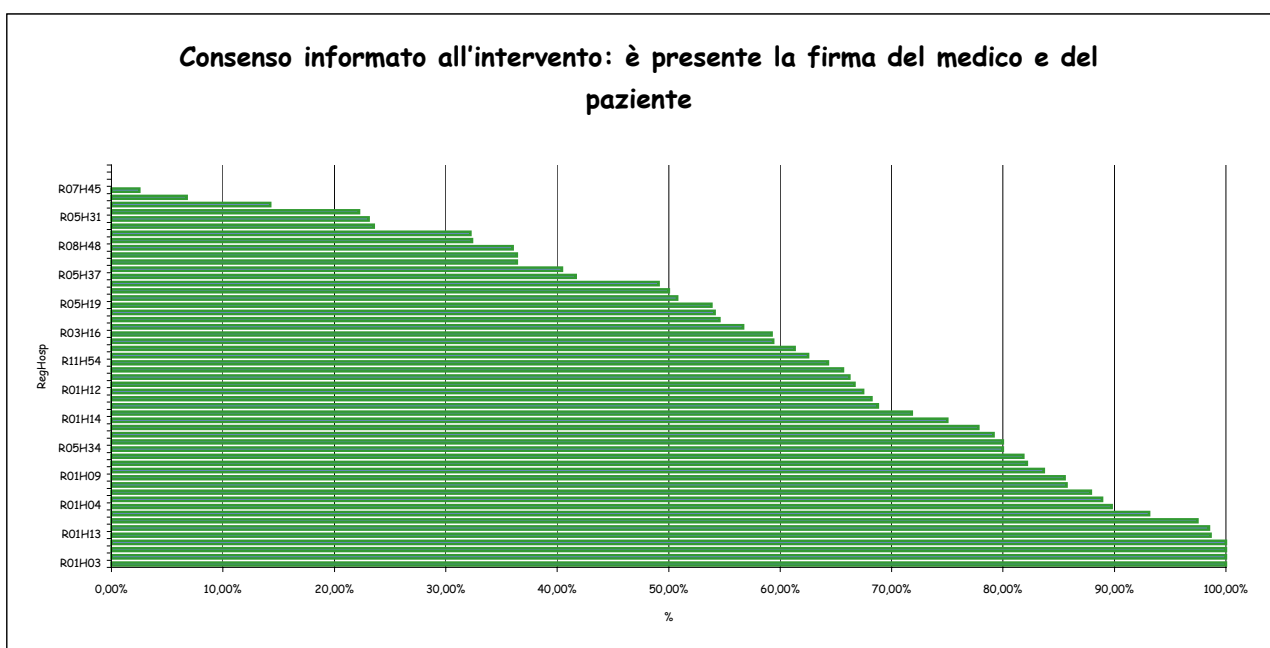
**Figura 30: Requisito 15 per ospedale**



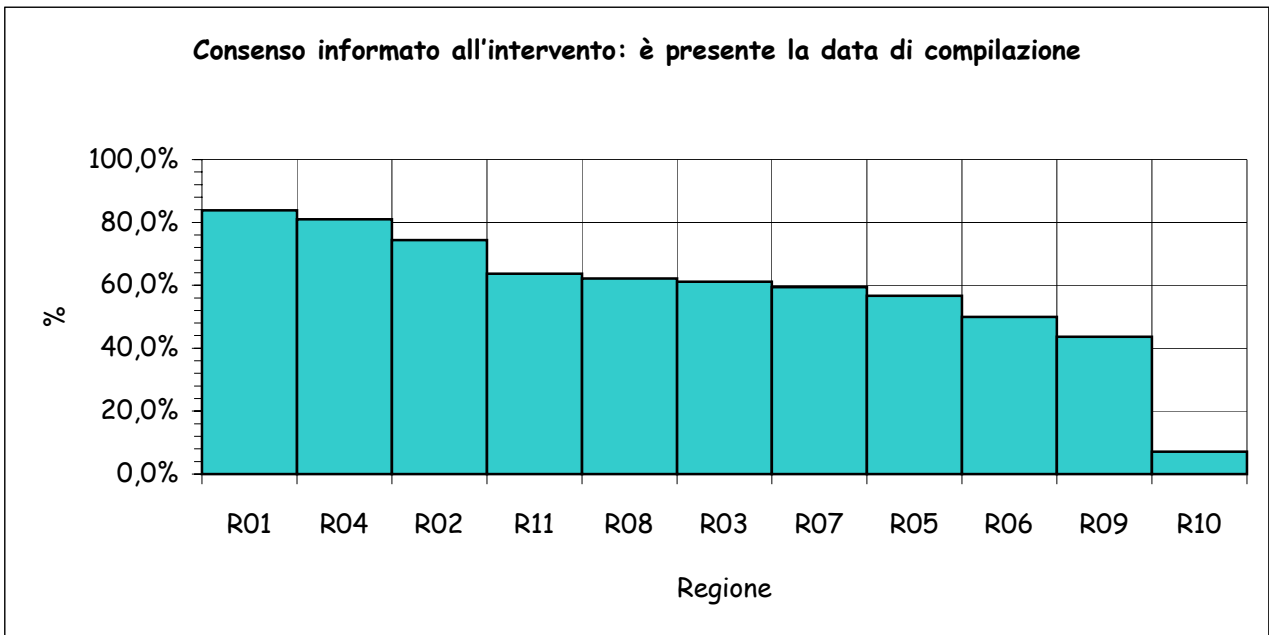
**Figura 31: Requisito 16 per regione**



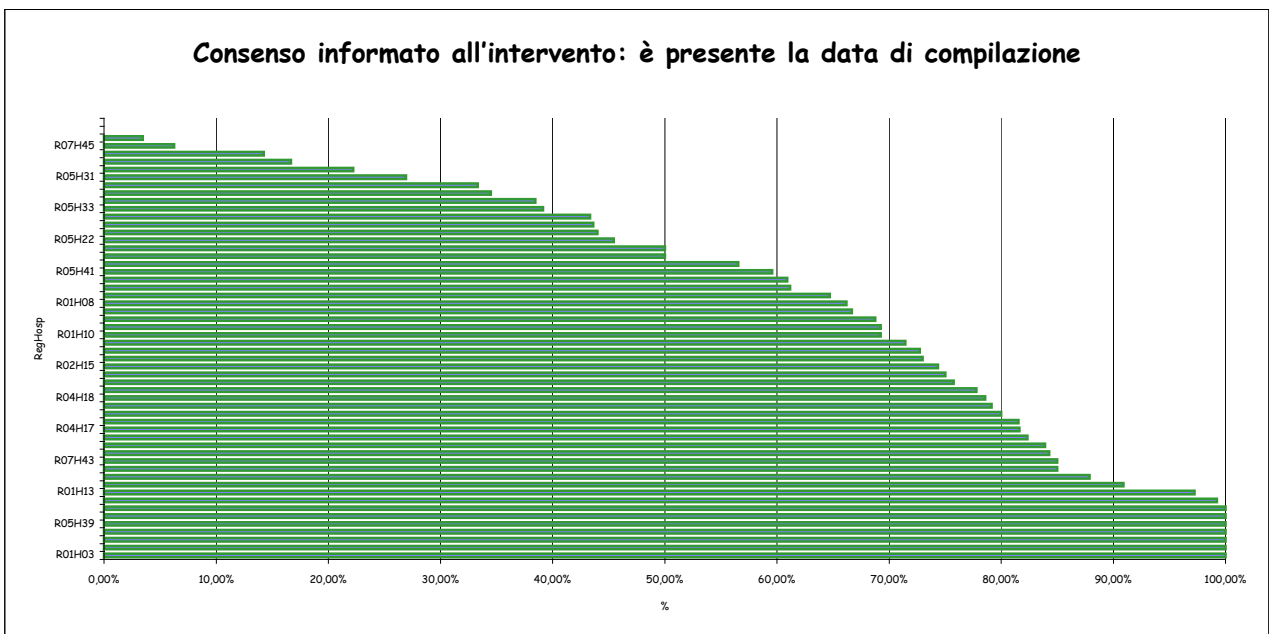
**Figura 32: Requisito 16 per ospedale**



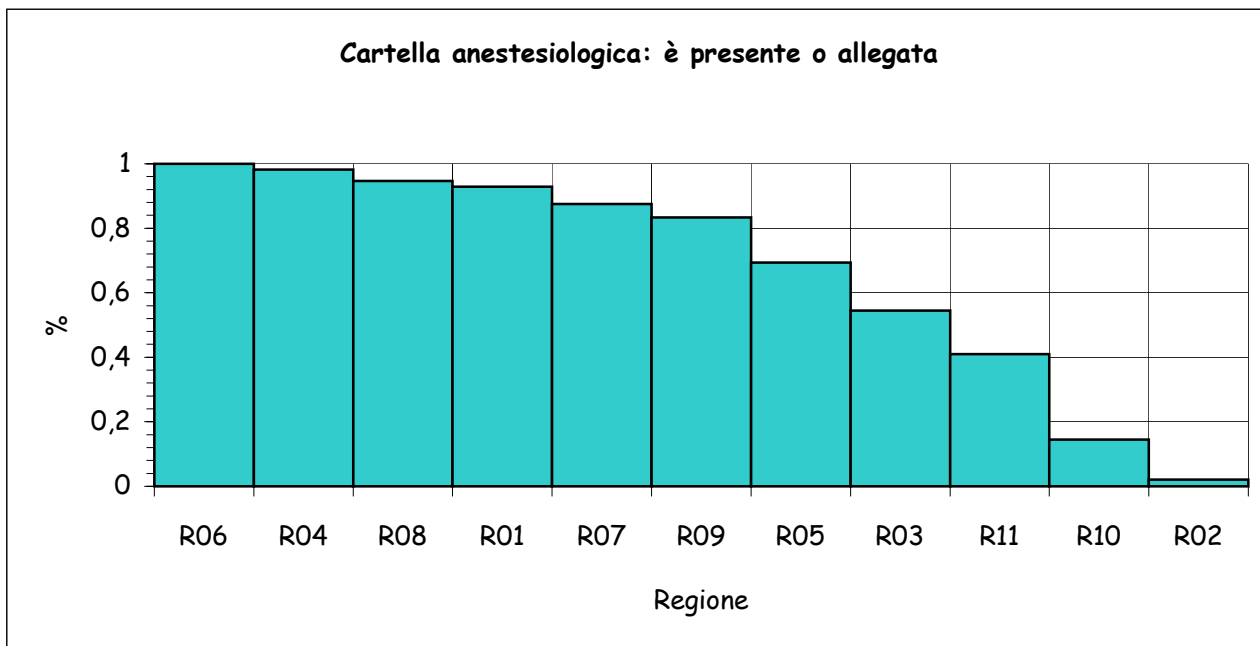
**Figura 33: Requisito 17 per regione**



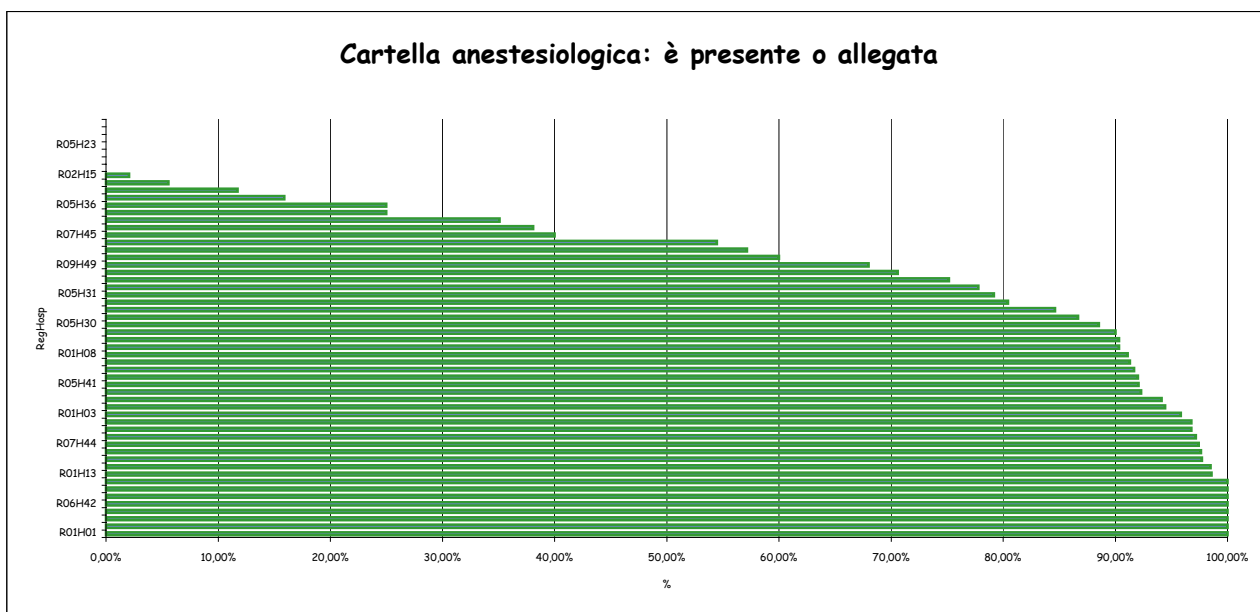
**Figura 34: Requisito 17 per ospedale**



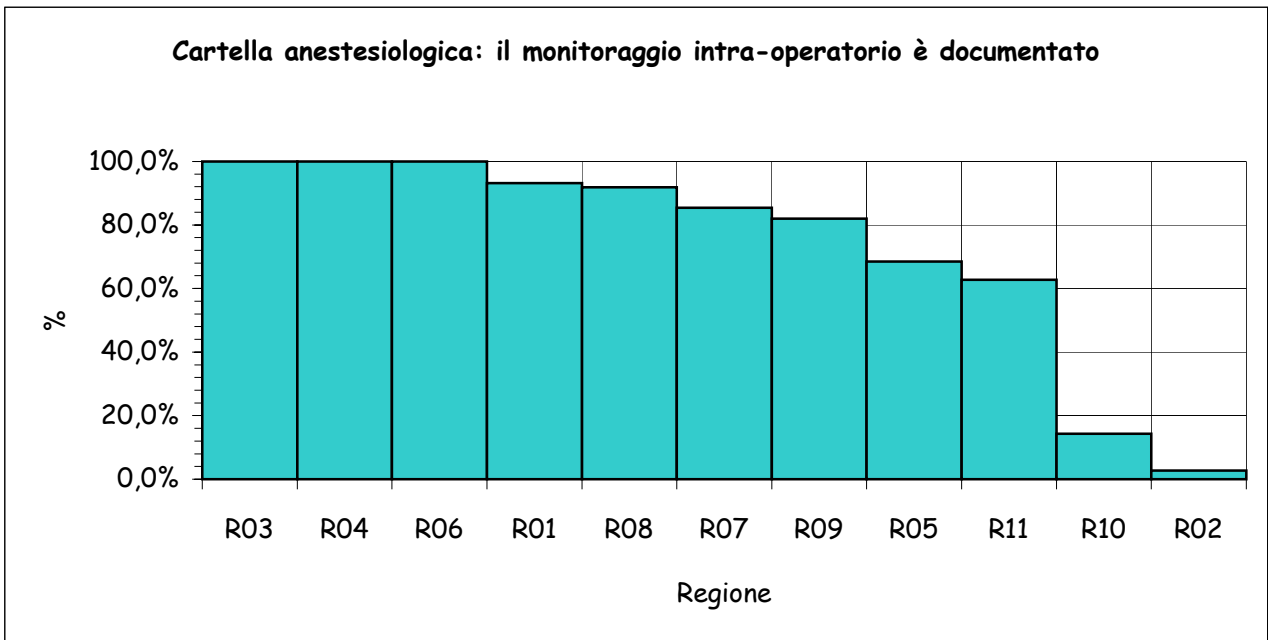
**Figura 35: Requisito 18 per regione**



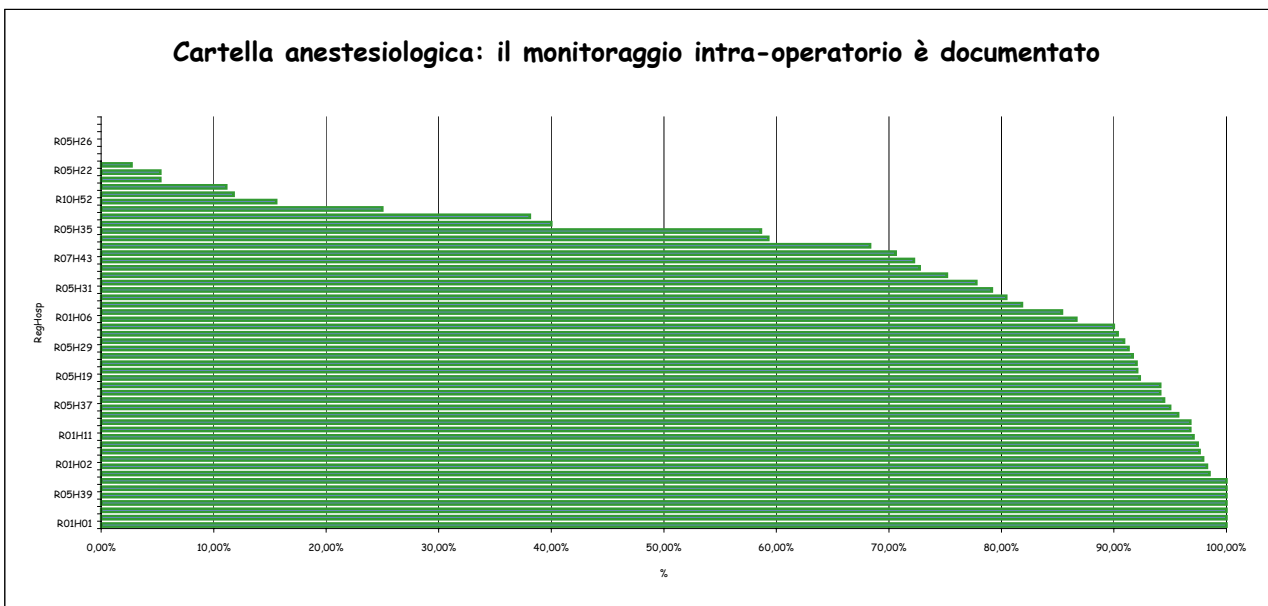
**Figura 36: Requisito 18 per ospedale**



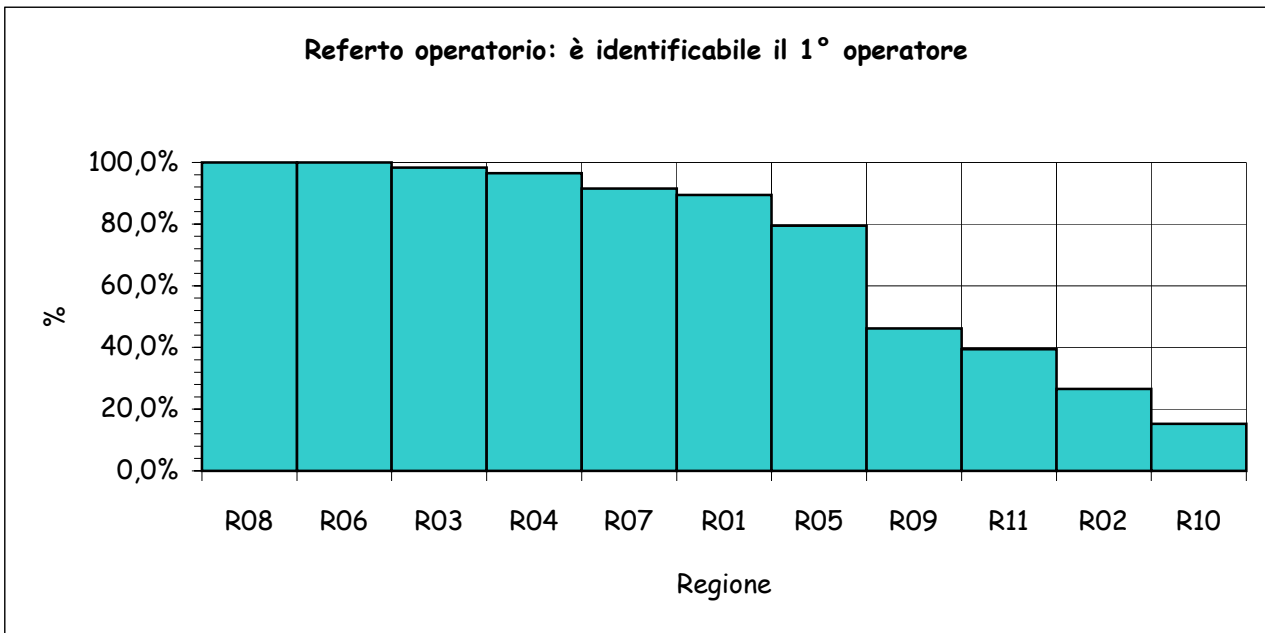
**Figura 37: Requisito 19 per regione**



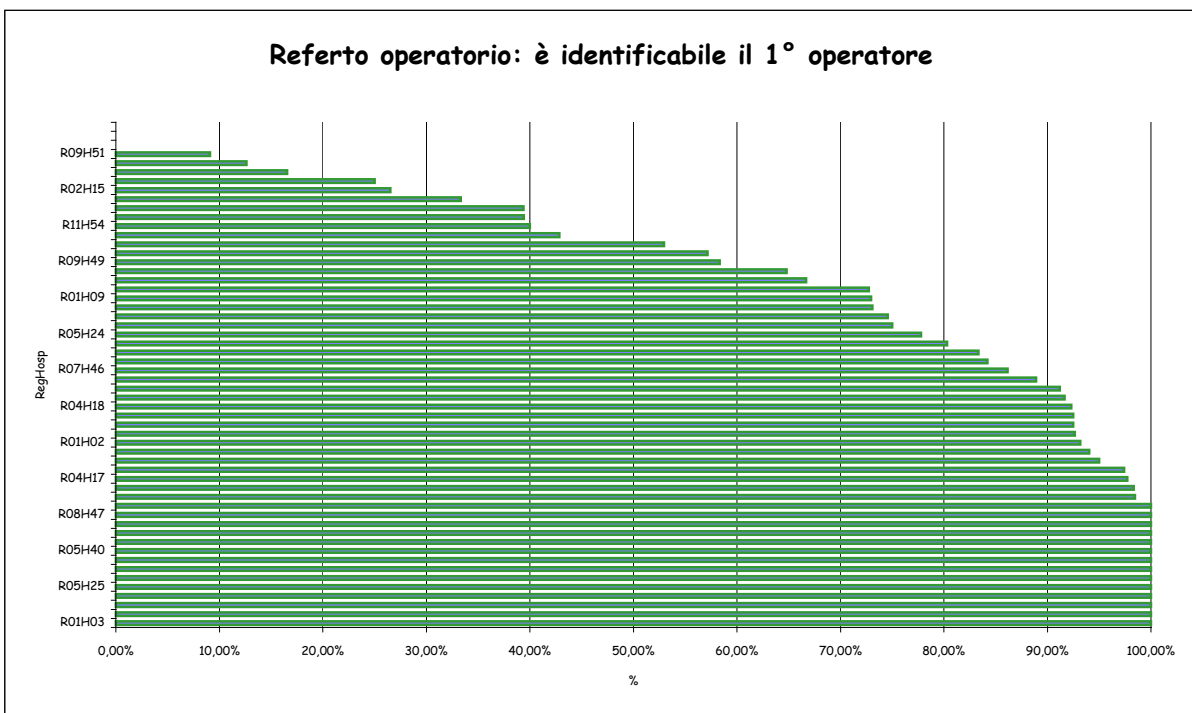
**Figura 38: Requisito 19 per ospedale**



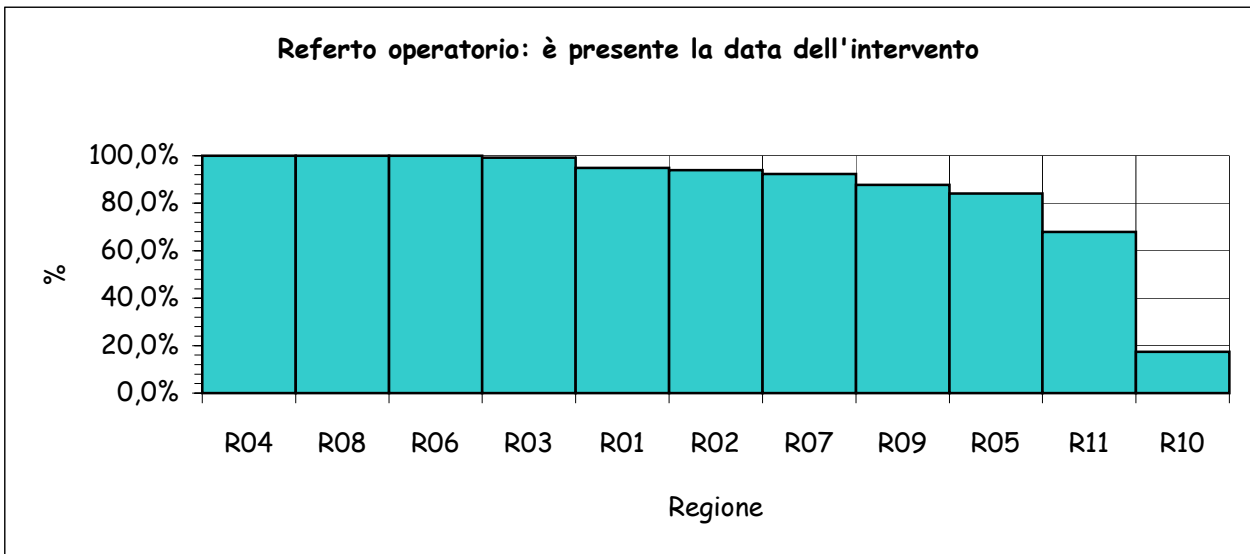
**Figura 39: Requisito 20 per regione**



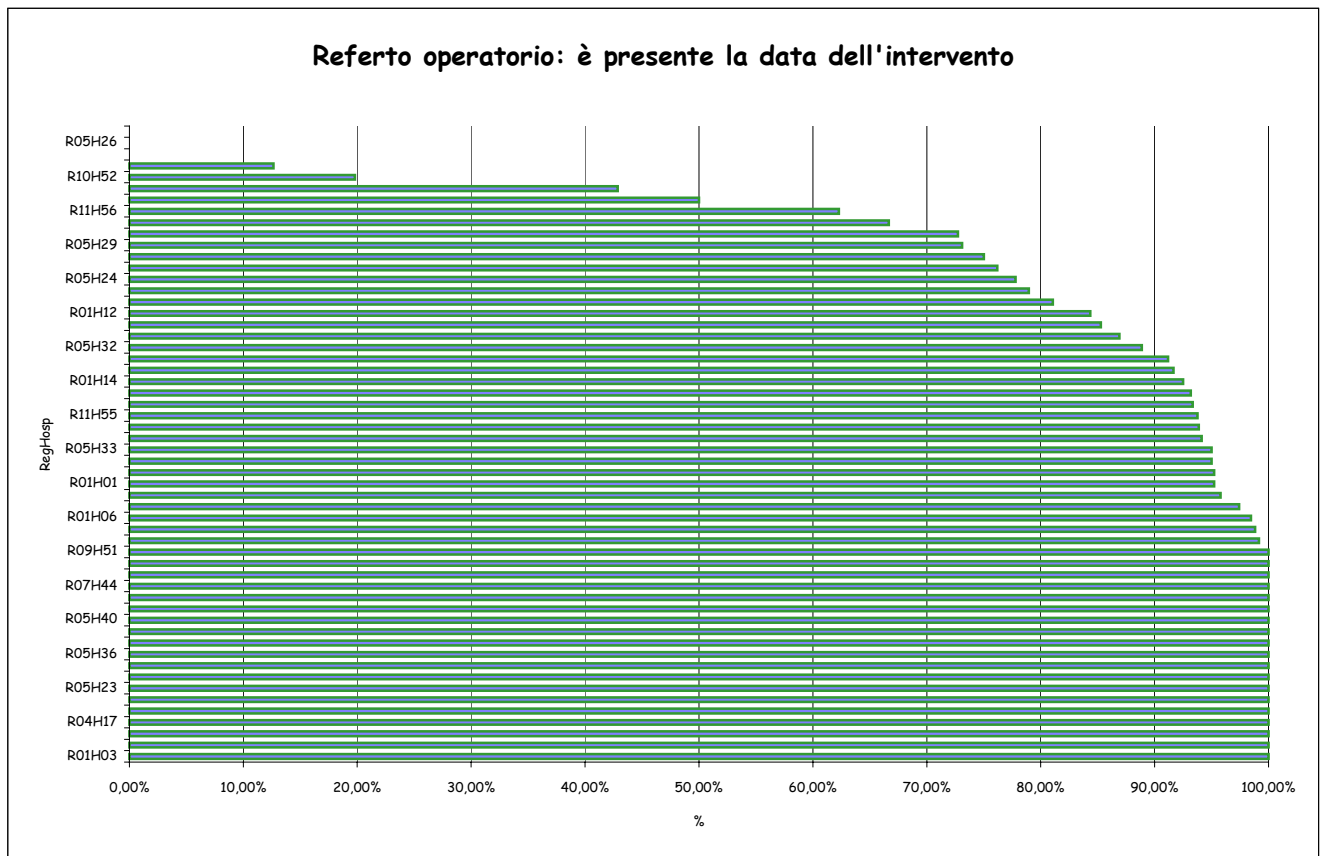
**Figura 40: Requisito 20 per ospedale**



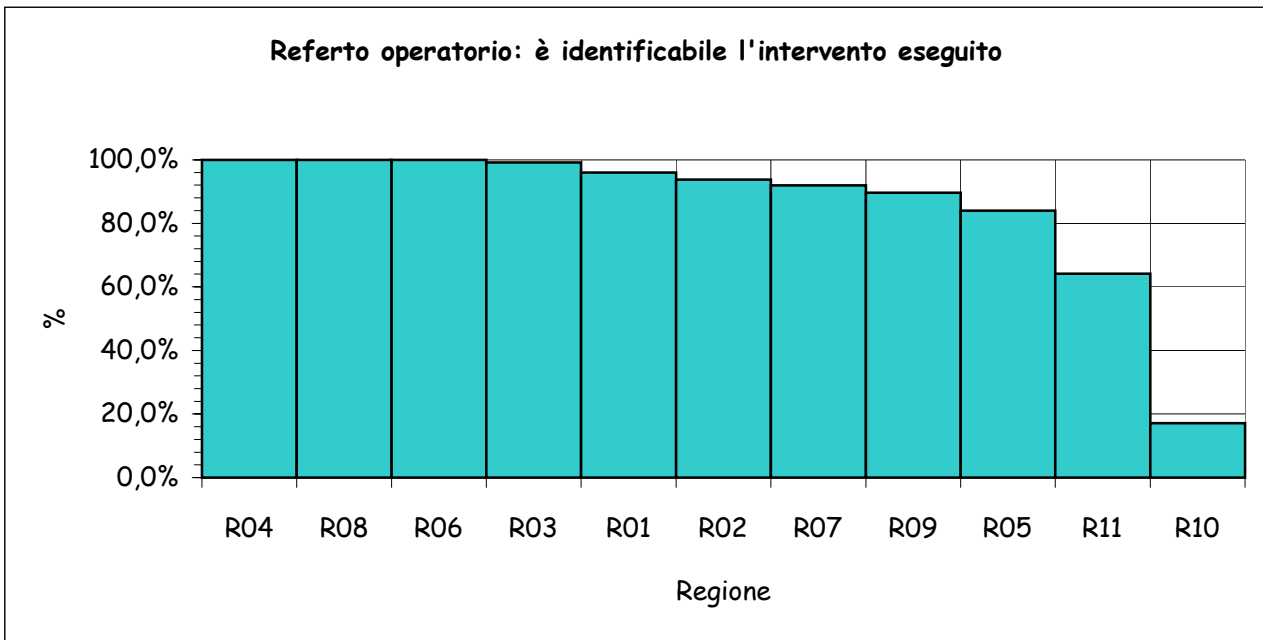
**Figura 41: Requisito 21 per regione**



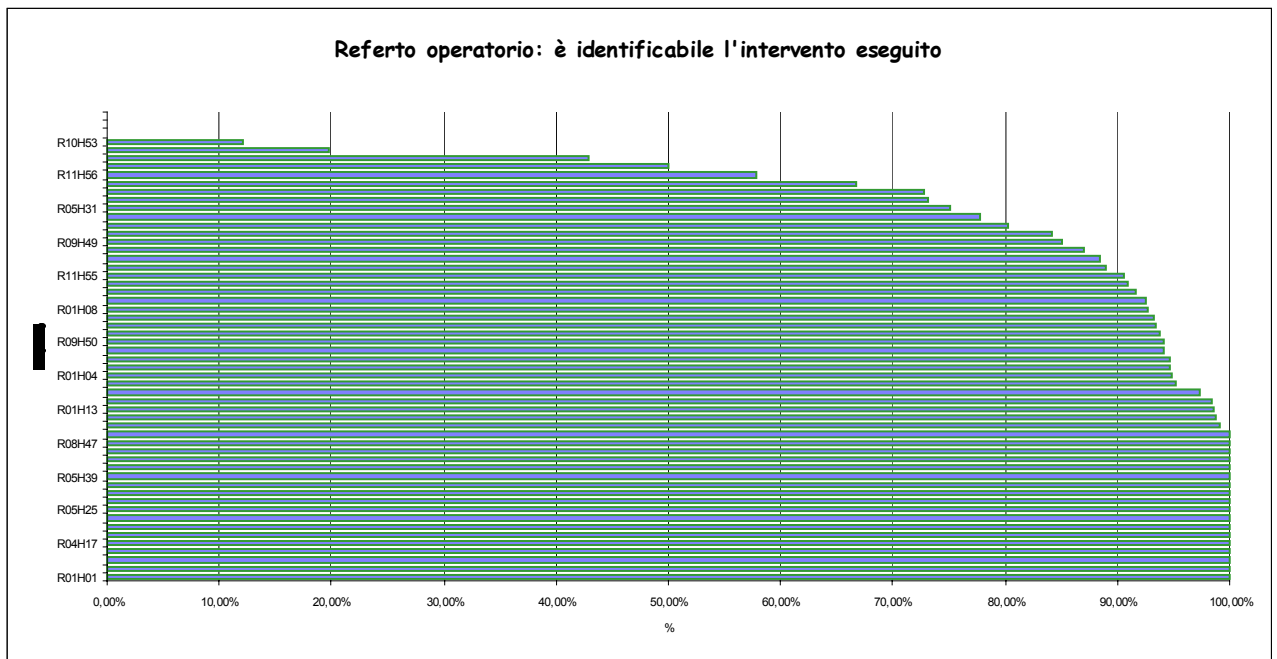
**Figura 42: Requisito 21 per ospedale**



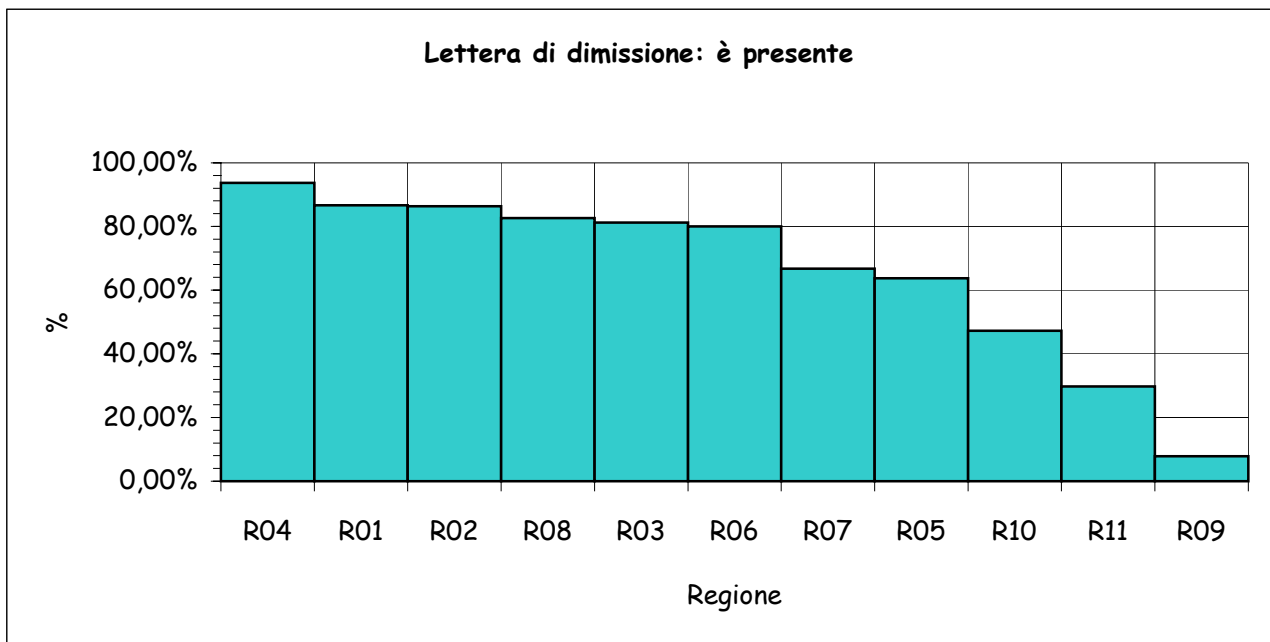
**Figura 43: Requisito 22 per regione**



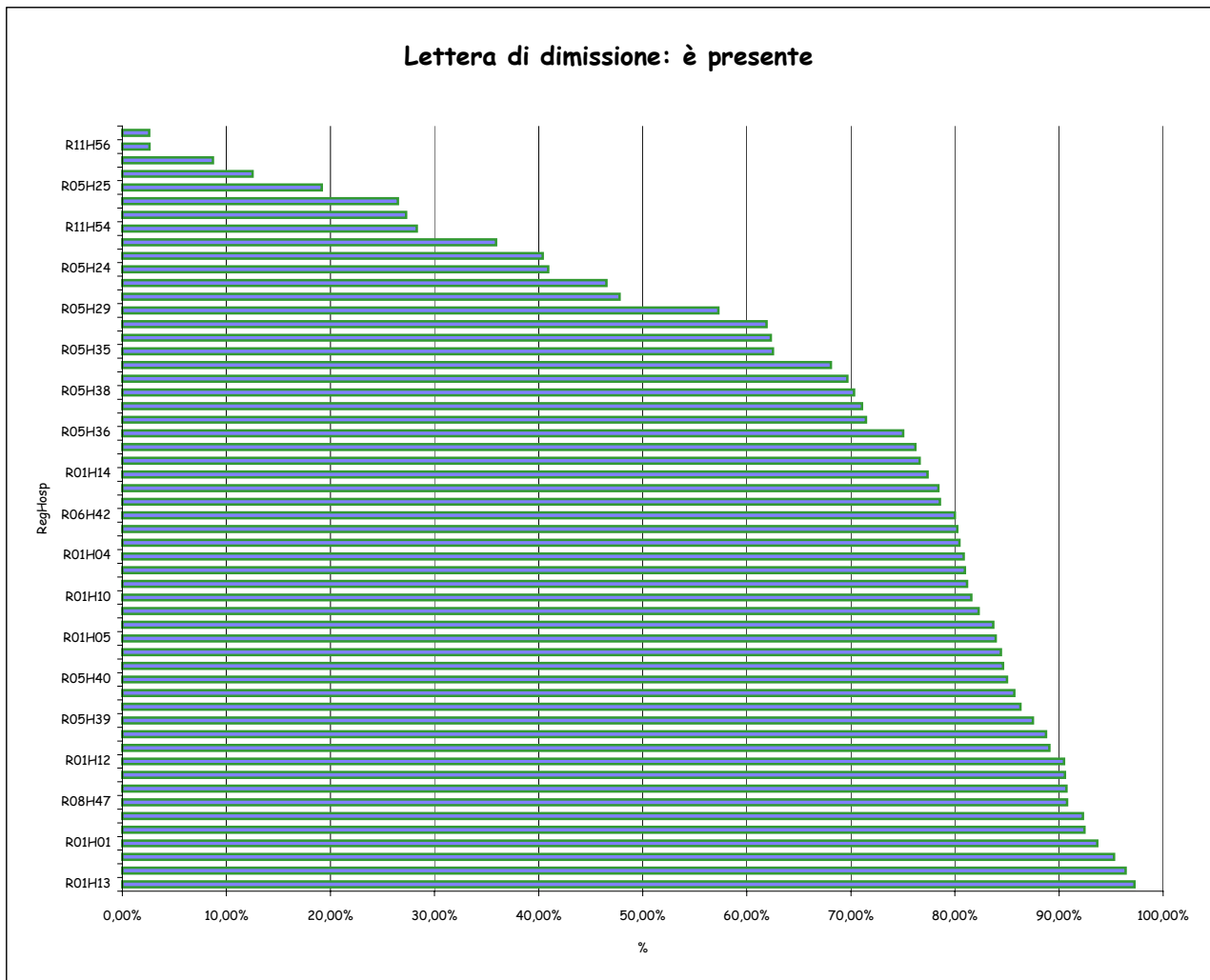
**Figura 44: Requisito 22 per ospedale**



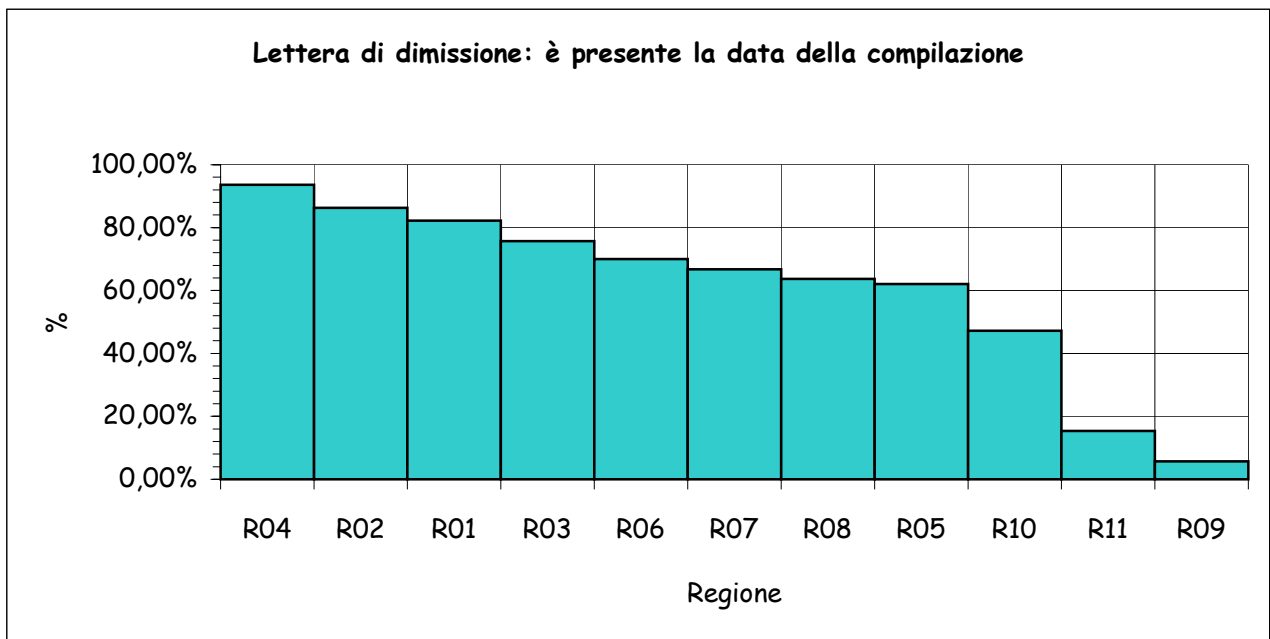
**Figura 45: Requisito 23 per regione**



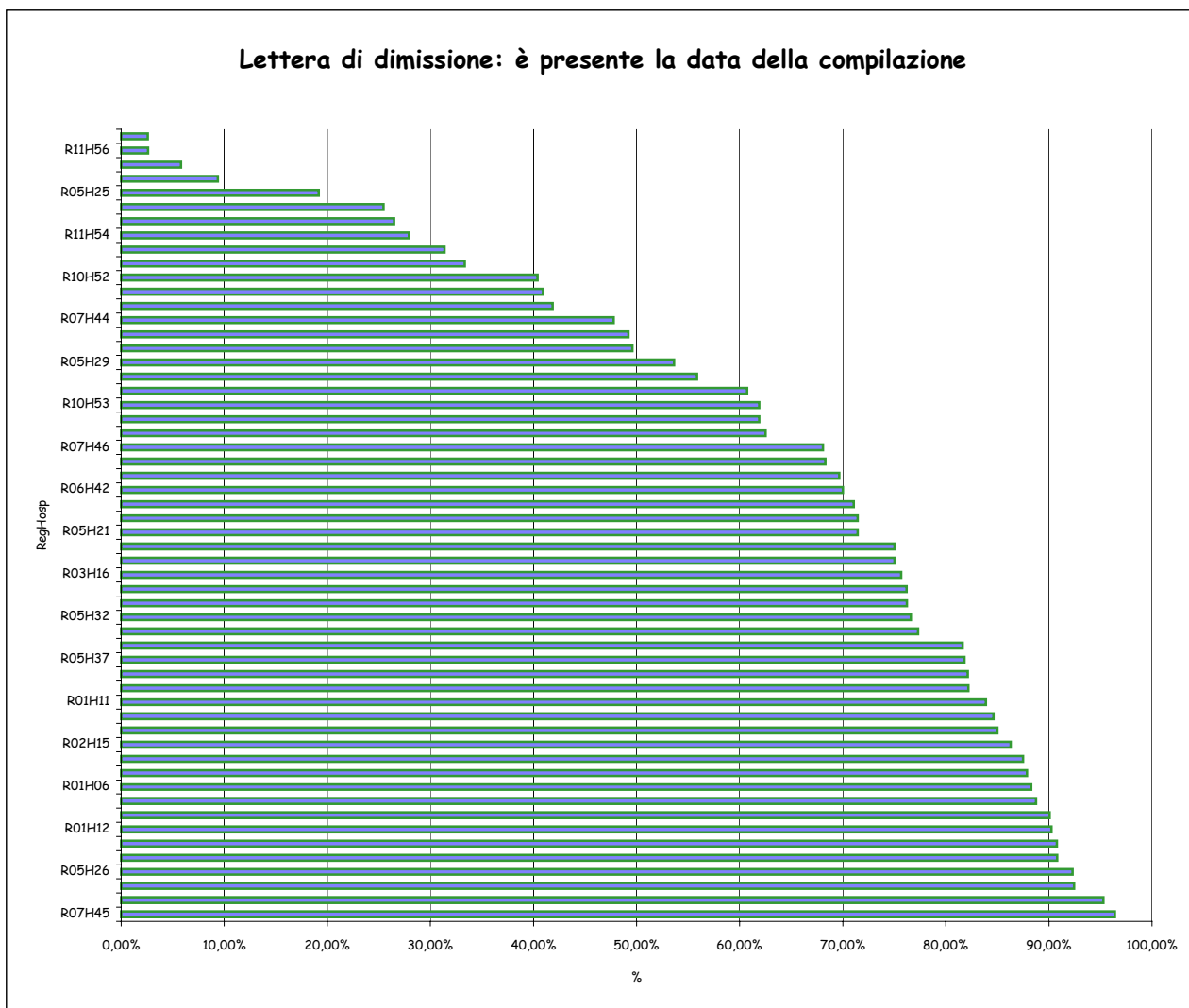
**Figura 46: Requisito 23 per ospedale**



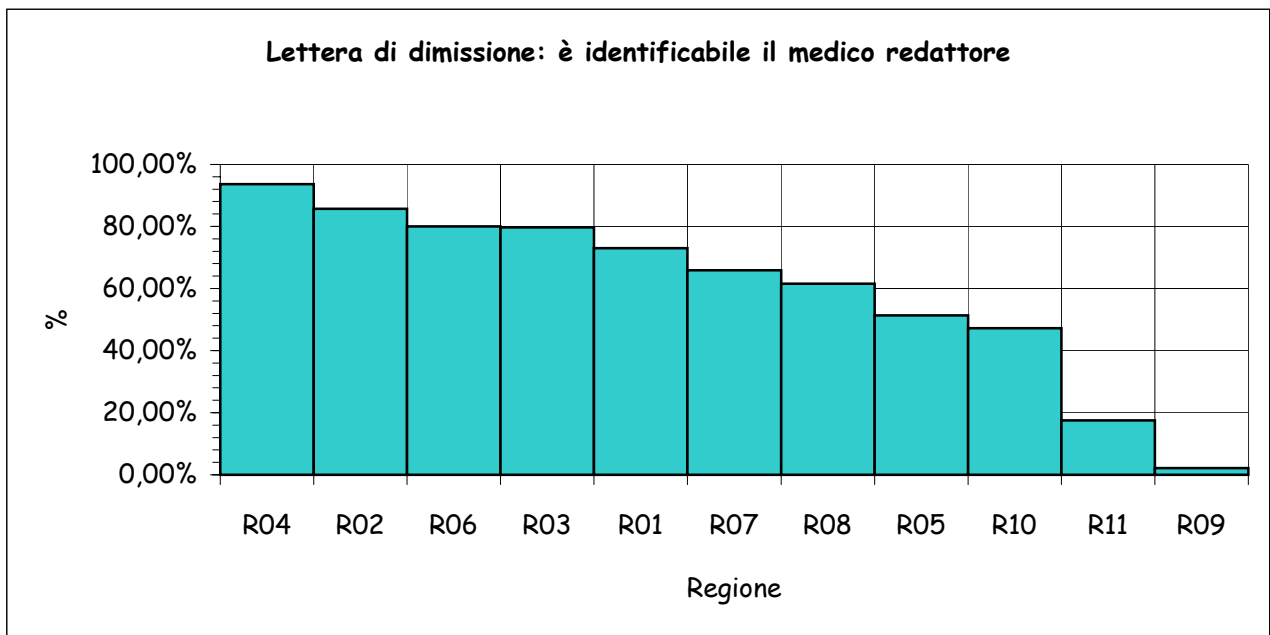
**Figura 47: Requisito 24 per regione**



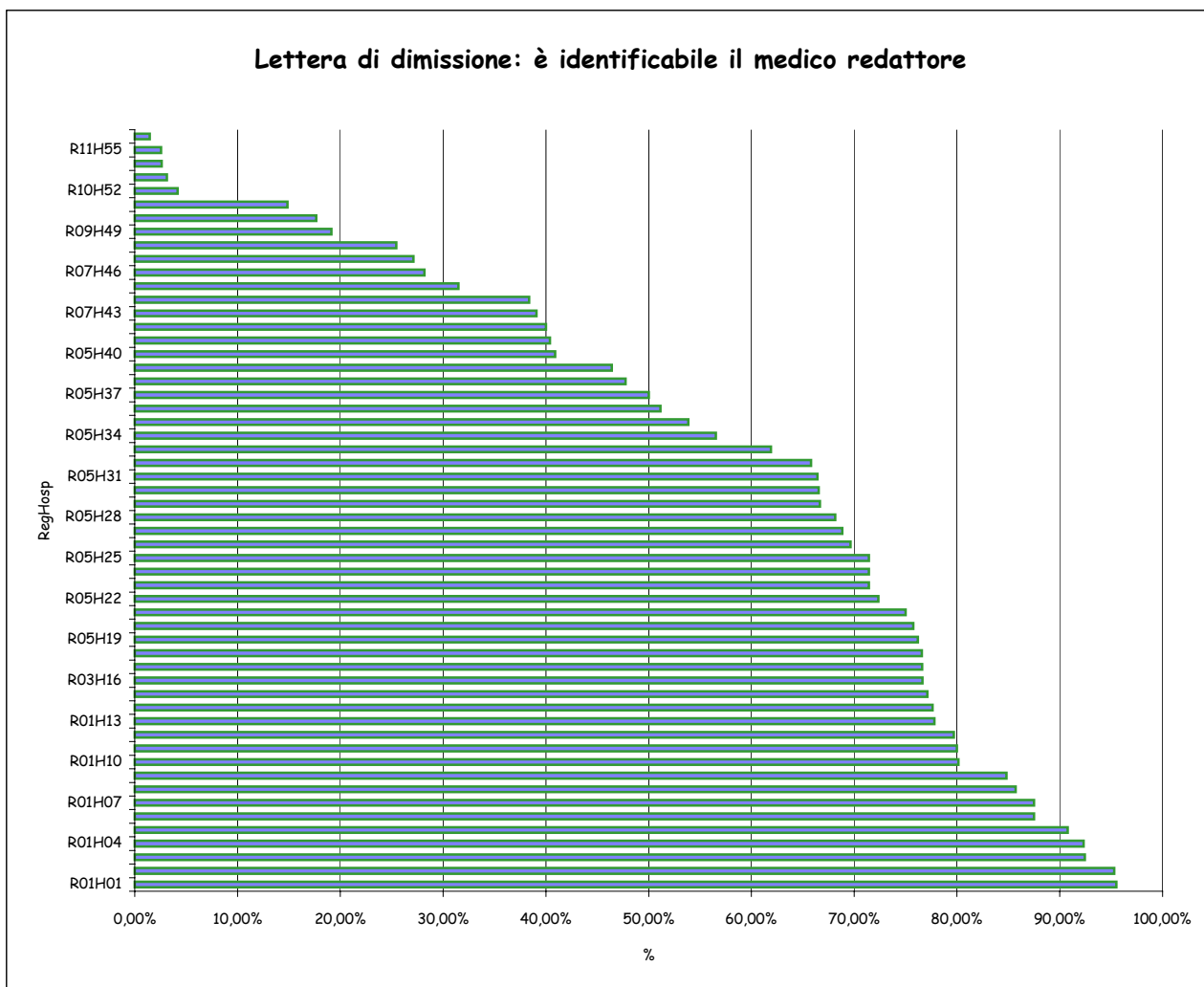
**Figura 48: Requisito 24 per ospedale**



**Figura 49: Requisito 25 per regione**



**Figura 50: Requisito 25 per ospedale**



**Figura 51: Requisito 26 per regione**

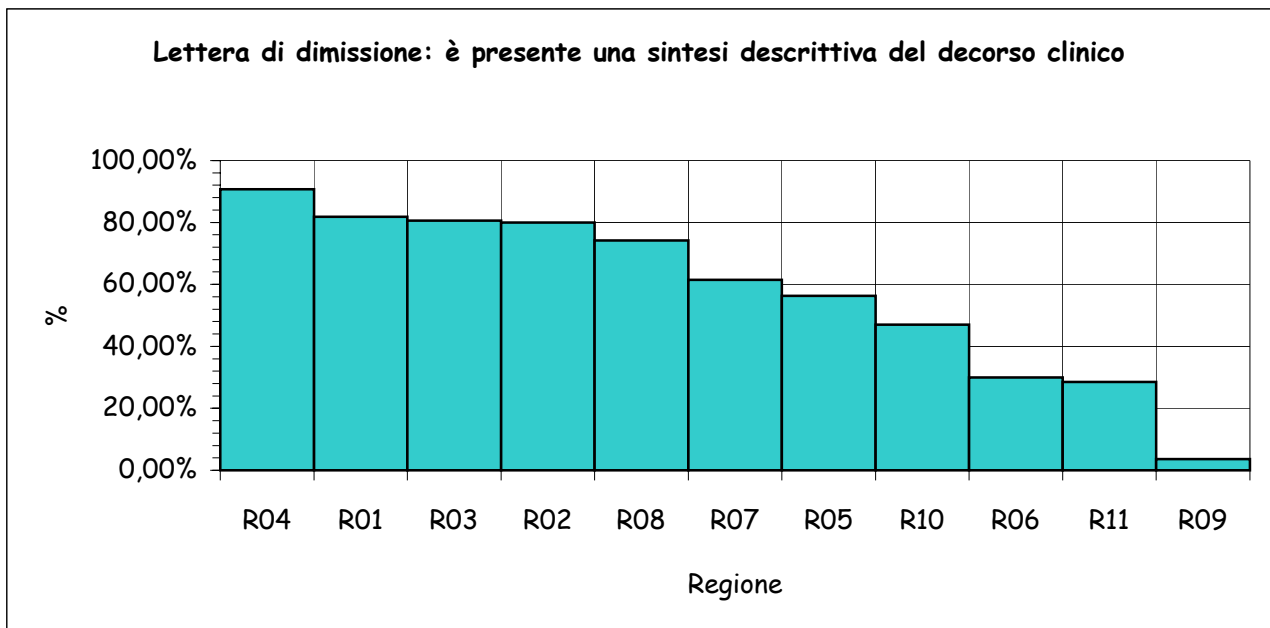
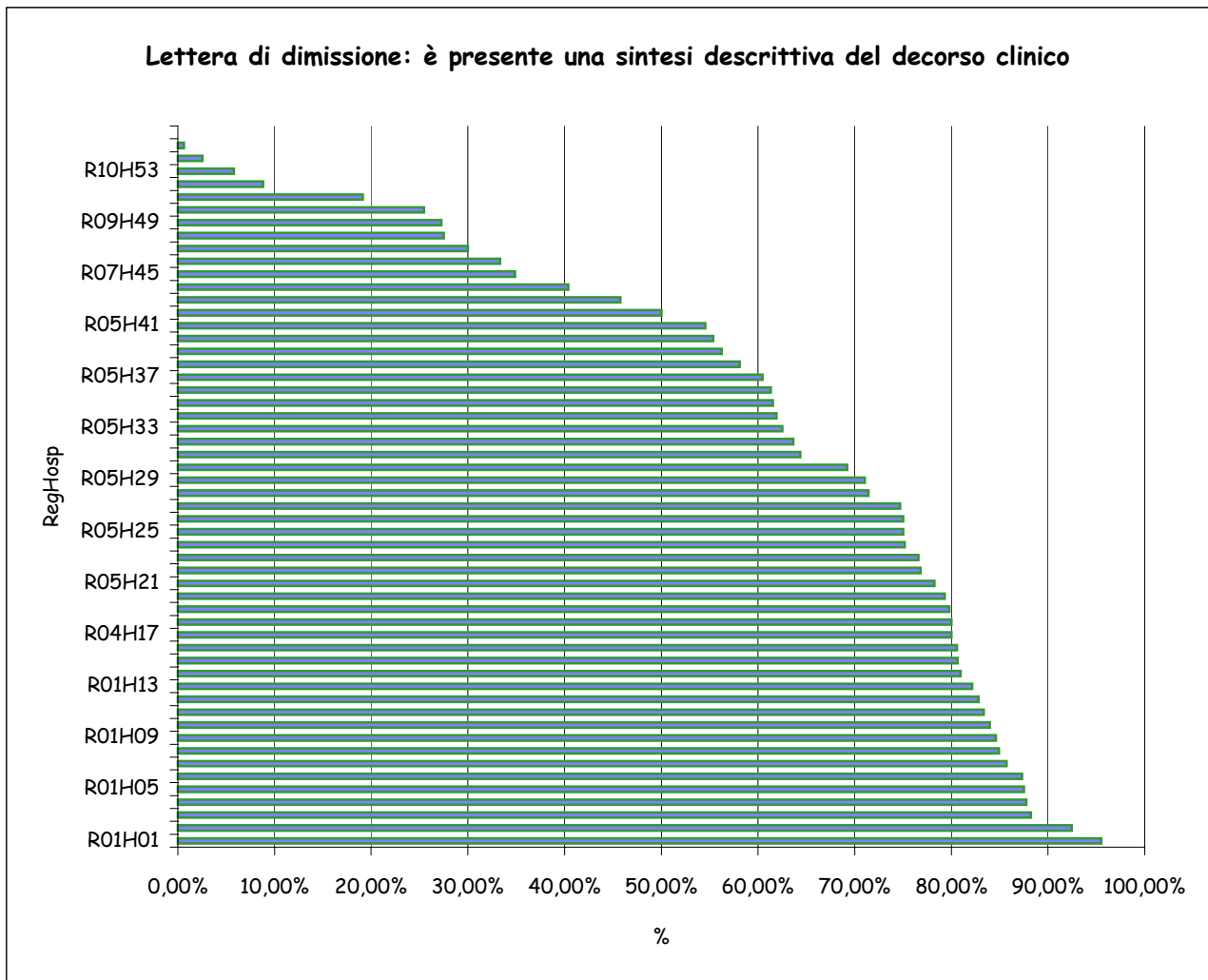


Figura 52: Requisito 26 per ospedale



## Conclusioni

Analizzando i singoli requisiti, si può affermare che l'accettabilità complessiva della documentazione appare comunque soddisfacente, o perlomeno tale da non pregiudicare una valutazione affidabile dei singoli processi assistenziali mediante le schede di rilevazione specifiche per ciascuna condizione clinica presa in esame (infarto miocardio acuto, scompenso cardiaco, ictus cerebri, chirurgia dell'anca, chirurgia del colon).

Diversa è la chiave di lettura dei risultati al di fuori delle finalità del progetto di ricerca. Nonostante un risultato complessivo sostanzialmente deludente (anche se in linea con le aspettative e le percezioni degli addetti ai lavori), il programma di valutazione condotto in questo progetto ha innanzitutto avuto il merito di risvegliare l'interesse delle strutture partecipanti nei confronti di un'accurata compilazione della cartella clinica (molte strutture ospedaliere, successivamente all'attivazione del programma, hanno avviato iniziative autonome di miglioramento, quali la predisposizione di linee guida interne, l'individuazione di un gruppo di lavoro per la documentazione sanitaria, il monitoraggio degli errori di compilazione, la predisposizione di una modulistica standardizzata, lo sviluppo di percorsi di formazione sul tema della qualità della documentazione sanitaria).

E' anche da segnalare che alcuni dei partecipanti hanno promosso la nascita di una associazione per la valutazione e il miglioramento della documentazione sanitaria<sup>5</sup>.

La valutazione dell'efficacia del programma mediante la rilevazione dell'indicatore di accettabilità ha permesso inoltre di evidenziare le potenzialità di quest'ultimo. Esso si è rivelato particolarmente oggettivo, semplice da rilevare e potenzialmente utile, soprattutto come screening del livello generale di compilazione delle cartelle cliniche. Considerata la tipologia di requisiti indagati, si ritiene che l'ipotetico svantaggio legato all'essenzialità del livello qualitativo indagato, sia compensato dalla sua elevata trasferibilità nei contesti ospedalieri più svariati. Ciò renderebbe fattibile, con risorse relativamente limitate, delle valutazioni su aspetti della documentazione sanitaria che, benché rilevanti, risultano oggi scarsamente quantificati.

L'esperienza condotta, inoltre, ha consentito di definire alcune priorità per migliorare il processo interno di valutazione della qualità delle cartelle cliniche. A questo proposito è stato raggiunto un consenso unanime sull'importanza di mantenere elevato il livello di attenzione del personale verso questa tematica, attraverso attività di audit periodici condotti nei singoli reparti. Parimenti, benché l'indicatore di accettabilità costituisca una scelta valida per operare uno screening della qualità della documentazione, si ritiene necessario approfondire i requisiti di contenuto che denotano una cartella clinica di qualità e inserire nella valutazione anche la documentazione compilata da altri professionisti sanitari.

---

<sup>5</sup> AIDOS, Associazione Italiana Documentazione Sanitaria ([www.aidosimera.it](http://www.aidosimera.it))

## Bibliografia

---

- <sup>1</sup> Reiser SJ. The clinical record in medicine. I: Learning from cases. *Ann Intern Med* 1991; 114: 902-907.
- <sup>2</sup> Wyatt JC. Clinical data systems. I: Data and medical records. *Lancet* 1994; 344: 1543-1547.
- <sup>3</sup> Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
- <sup>4</sup> Gould JB. Vital records for quality improvement. *Pediatrics* 1999; 103 (Suppl. E): 278-290.
- <sup>5</sup> Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study. *Lancet* 2003; 362: 1100-1105.
- <sup>6</sup> Manuale della cartella clinica. Regione Lombardia. Giugno 2001
- <sup>7</sup> Doremus HD, Michenzi EM. Data quality. An illustration of its potential impact upon a diagnosis-related group's case mix index and reimbursement. *Med Care* 1983; 21:1001-1011.
- <sup>8</sup> Heywood P. Comment to "Medical Records in Practice: Guidance for General Practitioners" by EB Lervy. Royal College of General Practitioners. *BMJ* 1996; 313: 1270.
- <sup>9</sup> Tang PC, La Rosa MP, Golden SM. Use of computer-based records, completeness of documentation and appropriateness of documented clinical decision. *JAMIA* 1999; 6: 245-251.
- <sup>10</sup> Szafir D, Lelouet H, Imbs JL. Prevention of drug-induced risks. *Therapie* 2003; 58: 221-227.
- <sup>11</sup> Audit Commission. Setting the records straight: a study of hospital medical records. Audit Commission, London, 1995.
- <sup>12</sup> Nelder JA. Strategies to reduce dosing errors *BMJ* 1997; 314: 831.
- <sup>13</sup> Wong ET, Lincoln TL. Ready! Fire!... Aim! An inquire into laboratory test ordering. *JAMA* 1981; 250: 2510-2513.
- <sup>14</sup> Einarson TR. Drug-related hospital admission. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 832-840.
- <sup>15</sup> Wright P, Jansen C, Wyatt JC. Medical records: How to limit clinical errors in interpretation of data. *Lancet* 1998; 352: 1539-1543.
- <sup>16</sup> Nygren E, Wyatt JC, Wright P. Medical records: Helping clinicians to find data and avoid delays. *Lancet* 1998; 352:1462-1466.
- <sup>17</sup> Sullivan F, Wilson P. The completeness and accuracy of patient record transfer between practices. *Heath Bull* 1997; 55: 16-19.
- <sup>18</sup> Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio. La valutazione della qualità della compilazione e codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Ottobre 2002.
- <sup>19</sup> Jeannot JG, Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B. Can the decision to operate be judged retrospectively? A study of medical records. *Eur J Surg* 1999; 165:516-521.
- <sup>20</sup> James B. Information system concepts for quality measurement. *Med Care* 2003; 41(Suppl. 1): I71-I79.
- <sup>21</sup> Glavan B, Shewakramani S, Hollander JE. Incomplete data reporting in studies of emergency department patients with potential acute coronary syndromes using troponins. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 943-948.
- <sup>22</sup> Whiting-O'Keefe, Simborg DW, Epstein WV, Warger A. A computerized summary medical record system can provide more information than the standard medical record. *JAMA* 1985; 254: 1185-1192.
- <sup>23</sup> Waegemann CP, Tessier C. Documentation goes wireless:a look at mobile healthcare computing devices. *J AHIMA* 2002; 73: 36-39.
- <sup>24</sup> Brown PJ, Warmington V. Data quality probes-exploiting and improving the quality of electronic patient record data and patient care. *Int J Med Inf* 2002; 68: 91-98.
- <sup>25</sup> Garrett LEJ, Hammond WE, Stead WW. The effects of computerized medical records on provider efficiency and quality of care. *Methods Inf Med* 1986; 25: 151-157.
- <sup>26</sup> Kralj B, Iverson D, Hotz K, Ashbury FD. The impact of computerized clinical reminders on physician prescribing behavior: evidence from community oncology practice. *Am J Med Qual* 2003; 18: 197-203.
- <sup>27</sup> Blignaut PJ, McDonald T. A computerized implementation of a minimum set of health indicators. *Methods Inf Med* 1997; 36(2): 122-126.

- 
- <sup>28</sup> Allison JJ, Wall TC, Septtall CM, Calhoun J, Fargason CA, Kobylinsky RW, Farmer R, Kiefe C. The art and science of chart review. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2000; 26: 115-136.
- <sup>29</sup> Logan JR, Gorman PN, Middleton B. Measuring the quality of medical records: a method for comparing completeness and correctness of clinical encountering of data. *Proc AMIA Sym* 2001; 408-412.
- <sup>30</sup> Gilbert EH, Lowenstein SR, Koziol-McLain J et al. Chart review in emergency medicine research: where are the methods? *Ann Emerg Med* 1996; 27: 305-308.
- <sup>31</sup> Wu L, Ashton CM. Chart review. A need for reappraisal. *Eval Health Prof* 1997; 20:146-163.
- <sup>32</sup> Cardo S, Agabiti N, Picconi O, Scarinci M, Papini P, Guasticchi G, Gentile D, Forastiere F, Arca M, Volpe M, Perucci CA. The quality of medical records: a retrospective study in Lazio Region, Italy *Ann Ig.* 2003 Sep-Oct;15(5):433-42.
- <sup>33</sup> DM Sanità n. 380 del 27/10/2000. "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".
- <sup>34</sup> Decreto Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia n. 47640 del 24/11/1999.
- <sup>35</sup> Michel P, Salmi LR, Sibe M, Salmi MT. Process assessment: importance and current limits. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000; 48: 571-582.
- <sup>36</sup> Reisch LM. Training, quality assurance, and assessment of medical records. *Am J Epidem* 2003; 157: 546-551.
- <sup>37</sup> Williams JG. Measuring the completeness and currency of codified clinical information. *Methods Inf Med* 2003; 42:482-488.
- <sup>38</sup> Tecca M. Performance measurement now. *Caring* 2002; 21: 32-37.
- <sup>39</sup> Bush DL. Quality management through statistics. *J Qual Assur* 1991; 13: 40-48.
- <sup>40</sup> Kaminsky FC, Maleyeff J, Providence S, Purinton E, Waryasz M. Using SPC (statistical process control) to analyze quality indicators in a healthcare organization. *J Healthc Risk Manag* 1997; 17: 14-22.
- <sup>41</sup> DGR 46582 del 26/11/99 – Regione Lombardia. "Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde (LR 31/97, art.13); approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle aziende sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità aziendali".
- <sup>42</sup> Marchisio S., Biffi R., Bocciolone L., Bonardi S., Dozzo D., Giugliano G., Nolè F., Passerini R., la Pietra L. Valutazione dell'efficacia di un programma di miglioramento della qualità delle cartelle cliniche QA, volume 15, numero 2, Giugno 2004 Pag. 116-123