

L'accurata compilazione delle schede di dimissione ospedaliera secondo la percezione dei medici: criticità e prospettive

Accurate compiling of the hospital discharge records according to clinicians' perception: critical issues and perspectives

Alessandra Mereu,¹ Sara Frau,¹ Alessandra Murgia,² Alessandra Sotgiu,² Alberto Lai,¹ Federica Pisano,¹ Fabio Marongiu,¹ Igor Portoghese,¹ Lucia Pinna,¹ Elide Lepori,¹ Pierangelo Origa,¹ Antonio Azara,³ Paolo Castiglia,³ Maria Giuliana Solinas,³ Sabrina Porcheddu,⁴ Laura Saderi,³ Federico Argiolas,⁵ Stefano Murtas,⁵ Maria Giovanna Murru,⁵ Maria Rosa Faedda,⁵ Anna Maria Corriga,⁵ Noemi Maria Mereu,⁵ Laura Spada,⁵ Giuseppe Maria Sechi,⁶ Francesco Massa,⁶ Simona Accalai,⁶ Francesca Sanna,⁶ Caterina Bellu,⁶ Marcello Campagna,² Silvia Prasciolu,² Cinzia Aresu,² Monica Pedron,² Maria Anna Pes,⁴ Emanuela Pisone,⁴ Elisabetta Pezzi,⁷ Paolo Contu,¹ Claudia Sardu¹

¹ Dipartimento di scienze mediche e sanità pubblica, Università di Cagliari

² Azienda ospedaliero-universitaria, Cagliari

³ Dipartimento di scienze biomediche, Sezione di igiene e medicina preventiva, Università di Sassari

⁴ Azienda ospedaliero-universitaria, Sassari

⁵ Azienda ospedaliera "Brotzu", Cagliari

⁶ Azienda sanitaria locale 6, Sanluri (SU)

⁷ Azienda sanitaria locale 7, Carbonia (CA)

Corrispondenza: Claudia Sardu; csardu@unica.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: esplorare la visione dei medici sulla compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) al fine di identificare elementi utili per favorire una maggiore accuratezza nella compilazione. **DISEGNO:** studio qualitativo con approccio fenomenologico. **SETTING E PARTECIPANTI:** selezione dei partecipanti mediante campionamento intenzionale tra i medici specializzandi e i dirigenti medici di due strutture di ricovero della Sardegna, per un totale di 76 persone (32 dirigenti medici e 44 specializzandi). **PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME:** unità di significato espresse dai partecipanti per ognuna delle aree tematiche in esame: visione dell'accurata compilazione della SDO, fattori ostacolanti, proposte per favorire l'accurata compilazione. **RISULTATI:** è emersa l'esistenza di due visioni prevalenti focalizzate rispettivamente sull'importanza di un'accurata compilazione e sugli oneri derivanti da tale attività. I fattori che ostacolano l'accurata compilazione sono riconducibili alla carenza di motivazione e formazione, ai limiti del sistema informativo e di quello informatico, alle distorsioni indotte dal ruolo preminente della SDO nei processi di valutazione. Favorirebbero l'accurata compilazione percorsi formativi dedicati, aggiornamento tempestivo del sistema informativo accompagnato da adeguato processo di validazione transculturale, miglioramento del sistema informatico e attivazione di servizi di supporto. **CONCLUSIONE:** per favorire la *compliance* alla compilazione delle SDO, sarebbe auspicabile che nelle strutture ospedaliere vengano attivati servizi slegati dai processi di valutazione e controllo e dedicati alla formazione e al supporto per la compilazione delle SDO e l'utilizzo epidemiologico dei dati. In questo modo si renderebbero tangibili, per le unità operative e i singoli medici, i benefici ottenibili da un flusso di qualità, contribuendo ad aumentare competenze, motivazione e senso di *ownership* e, in definitiva, promuovendo una maggiore accuratezza nella compilazione.

Parole chiave: scheda di dimissione ospedaliera, accuratezza, percezione

ABSTRACT

OBJECTIVES: to explore clinicians vision on hospital discharge records in order to identify useful elements to foster a more accurate compiling. **DESIGN:** qualitative research with phenomenological approach. **SETTING AND PARTICIPANTS:** participants were selected through

purposive sampling among clinicians of two hospitals located in Sardinia; the sample included 76 people (32 medical directors and 44 doctors in training). **MAIN OUTCOME MEASURES:** identified codes for themes under investigation: vision of accurate compiling, difficulties, and proposals. **RESULTS:** collected data highlighted two prevailing visions, respectively focused on the importance of an accurate compiling and on the burden of such activity. The accurate compiling is hindered by the lack of motivation and training, by the limits of the registration system and the information technology, by the distortions induced by the prominent role of the hospital discharge records in the evaluation processes. Training, timely updating of the information system accompanied by a proper cross-cultural validation process, improvement of the computer system, and activation of support services could promote more accurate compiling. **CONCLUSIONS:** the implementation of services, unconnected with evaluation and control processes, dedicated to training and support in the compiling of the hospital discharge records and in the conduction of related epidemiological studies would facilitate the compliance to the compilation. Such services will make tangible the benefits obtainable from this registration system, increasing skills, motivation, ownership, and facilitating greater accuracy in compiling.

Keywords: hospital discharge record, accuracy, perception

Cosa si sapeva già

- Il flusso informativo SDO è utile per valutazioni di tipo economico, organizzativo-gestionale e clinico-epidemiologico.
- La qualità della banca dati SDO sta migliorando, ma permangono problemi di omogeneità, completezza e accuratezza.

Cosa si aggiunge di nuovo

- Le principali criticità che ostacolano l'accurata compilazione sono carenza di motivazione e formazione e limiti del sistema informativo e informatico.
- L'attivazione di servizi di supporto slegati dai processi di valutazione/controllo contribuirebbe ad aumentare competenze, motivazione e senso di *ownership*, facilitando una maggiore accuratezza nella compilazione.

INTRODUZIONE

Il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), grazie alla ricchezza di informazioni amministrative, sociodemografiche e cliniche, è una preziosa fonte di dati per la programmazione sanitaria, il monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e la realizzazione di studi clinico-epidemiologici.

L'accuratezza nella compilazione della SDO è un elemento cruciale per garantire l'attendibilità delle valutazioni di tipo economico, organizzativo-gestionale e clinico-epidemiologico basate su questo flusso. I rapporti annuali del Ministero della salute mostrano che la qualità della banca dati SDO sta progressivamente migliorando, anche grazie all'emanazione di linee guida contenenti indicazioni per una corretta compilazione.¹ Tuttavia, permangono ancora alcuni limiti, come problemi di omogeneità della compilazione e problemi di completezza e accuratezza per alcune variabili.² Persiste, quindi, la necessità di promuovere l'accuratezza di compilazione e codifica delle informazioni contenute nella SDO.² La ricerca qualitativa può offrire un valido contributo alla soluzione di tali criticità consentendo di documentare e descrivere alcune aree della problematica "inaccurata compilazione" che non sono comprensibili tramite i metodi quantitativi.

Nell'ultimo decennio, in sanità pubblica si è osservato un ricorso sempre più frequente alla ricerca qualitativa al fine di acquisire conoscenze utili a orientare le azioni.³ Essa utilizza metodi oggettivi, scientificamente validati, per analizzare variabili soggettive, cioè le opinioni espresse dalle persone interessate a una determinata tematica. Nel caso del flusso SDO, la ricerca qualitativa, esplorando le esperienze degli intervistati in merito alle ragioni dell'inaccurata compilazione della SDO, potrebbe contribuire a identificare parte delle cause. La percezione che i medici hanno della compilazione della SDO può essere considerata un determinante dell'accuratezza di compilazione e codifica.^{3,4} Conoscere il significato che essi attribuiscono alla compilazione della SDO nel contesto della quotidianità lavorativa e le modalità di interpretazione e gestione delle criticità è utile per programmare interventi efficaci.

Il presente studio ha l'obiettivo di esplorare, tramite metodi di ricerca qualitativa, la visione dei medici riguardo a diversi aspetti della compilazione della SDO al fine di identificare elementi utili per favorire una maggiore accuratezza nella compilazione. Lo studio è stato condotto nell'ambito del progetto "Proposta di un sistema informativo interaziendale come strumento di una comunità di pratica per la sperimentazione e la gestione dell'appropriatezza organizzativa come modello del governo clinico", finanziato nel 2012 dalla Regione autonoma della Sardegna.

METODI

Nello studio, svolto nel 2014 con un approccio di ricerca qualitativa fenomenologica, sono state esplorate le seguenti aree tematiche relative alla SDO:

- visione dell'accurata compilazione;
- fattori che ostacolano l'accurata compilazione;
- proposte per favorire l'accurata compilazione.

Sono stati coinvolti dirigenti medici e medici in formazione frequentanti le scuole di specializzazione. La selezione dei partecipanti è avvenuta, mediante campionamento intenzionale, tra i medici specializzandi e i dirigenti medici di due strutture di ricovero della Sardegna. Al fine di assicurare l'eterogeneità di esperienze e punti di vista, sono stati selezionati medici delle diverse specialità afferenti all'area medica e all'area chirurgica. Il reclutamento è avvenuto con invito formale tramite e-mail, preceduto e/o seguito da un contatto diretto telefonico o di persona. La raccolta dei dati è stata realizzata utilizzando due diversi metodi qualitativi: *focus group* e *world café*.^{5,6} I *focus group* sono stati utilizzati con i dirigenti medici divisi in gruppi di 8-10 persone coinvolti in una discussione coordinata da due ricercatori (un moderatore e un osservatore): il moderatore pone le domande inerenti alle aree tematiche in esame e la discussione, previo consenso informato, viene registrata e poi trascritta integralmente.

Il *world café* è stato utilizzato con gli specializzandi al fine di favorire la libera espressione delle opinioni e di minimizzare il rischio di inibizione potenzialmente causato dalla presenza di docenti della facoltà di medicina nel gruppo dei ricercatori. Tale metodologia è capace di dar vita a conversazioni informali mediante la possibilità di partecipare a tavoli di discussione dedicati alle aree tematiche in esame e gestiti dagli stessi partecipanti: le opinioni espresse vengono annotate in poster, presentati e discussi in seduta plenaria nella fase finale. I ricercatori sono presenti solo per garantire il corretto svolgimento del metodo, ma non partecipano ai tavoli di discussione.

I dati raccolti, in formato di poster per i *world café* e trascrizioni per i *focus group*, sono stati analizzati con il metodo della *long table analysis* mediante codifica e classificazione delle unità di significato espresse per ciascuna area tematica in esame.⁴ L'analisi è stata effettuata separatamente per i dati di *world café* e *focus group*. Al fine di garantire l'eshaustività interpretativa ed evitare distorsioni, l'analisi è stata effettuata da tre ricercatori in modo indipendente; i casi di incoerenze sono stati discussi collegialmente fino al raggiungimento di un consenso. I risultati emersi in ciascuna area tematica sono stati sintetizzati con esclusivo riferimento ai significati inequivocabilmente espressi dai partecipanti, anche mediante la citazione dei *verbatim* più esplicativi.

RISULTATI

L'adesione all'indagine è stata elevata e la partecipazione alle discussioni, vivace e attiva, ha dilatato i tempi prefissati per lo svolgimento delle attività, denotando un forte interesse per l'argomento. Hanno partecipato allo studio 76 persone, di cui 32 dirigenti medici e 44 specializzandi. Per ognuna delle aree tematiche in esame, le unità di significato espresse dalle due categorie di partecipanti sono risultate sovrapponibili; di conseguenza, i risultati vengono illustrati senza distinzioni tra specializzandi e dirigenti medici.

VISIONE DELL'ACCURATA COMPILAZIONE DELLA SDO

I dati raccolti rispecchiano l'esistenza di due atteggiamenti prevalenti, focalizzati rispettivamente sull'importanza di un'accurata compilazione e sugli oneri derivanti da tale attività. Nell'ottica dei partecipanti che ritengono importante l'accurata compilazione della SDO, assumono particolare rilevanza i risvolti amministrativi, le possibili implicazioni di carattere medico-legale e i potenziali benefici ottenibili da un flusso di elevata qualità. In particolare, è stato dato ampio risalto alla possibilità di utilizzare un flusso accurato come fonte di dati per la valutazione della propria attività o per studi con finalità statistico-epidemiologiche:

«Se compilata accuratamente da un punto di vista statistico-epidemiologico, la SDO è lo strumento più preciso [...] specialmente per certe patologie».

I partecipanti che hanno espresso una visione più pragmatica e disincantata della compilazione della SDO hanno, invece, focalizzato l'attenzione soprattutto sugli oneri che comporta questa mansione. L'accurata compilazione della SDO viene percepita come uno sterile incarico, che richiede un elevato dispendio di tempo aggravando il carico di lavoro dei medici ospedalieri:

«La maggior parte di noi la vede come una noiosa incombenza»;

«È un'attività sterile, un'attività morta»;

«Non solo è un impegno, è un impegno importante anche di tempo».

In questa visione, la SDO viene percepita come un compito impropriamente assegnato ai medici e da cui essi non possono trarre alcun beneficio:

«Noi ci siamo laureati in medicina. [...] Da quando c'è questo programma passiamo la metà del tempo davanti al computer a fare tutte queste cose. È una degradazione della mia laurea»;

«È importante solo dal punto di vista amministrativo, mentre dal punto di vista strettamente medico io trovo la SDO estremamente carente».

Tra i partecipanti c'è anche chi ha posto l'accento sullo spreco di risorse generato dall'assegnazione di questo compito ai dirigenti medici:

«È una risorsa persa mettere un medico a fare un lavoro di questo genere».

FATTORI CHE OSTACOLANO

L'ACCURATA COMPILAZIONE DELLA SDO

I fattori che, secondo i partecipanti, limitano l'accuratezza nella compilazione della SDO sono riconducibili alle seguenti categorie principali:

- mancanza di motivazione;
- carenza di formazione;
- criticità del sistema informativo SDO;
- carenze del sistema informatico;
- inadeguatezza dei processi di valutazione basati principalmente sulla SDO.

La **mancanza di motivazione** e/o di consapevolezza dei potenziali usi del flusso SDO viene riconosciuta come fattore che incide negativamente:

«Il punto secondo me è la motivazione, nel senso che se c'è una motivazione a compilarla bene ti impegni a capire il discorso, ma se la motivazione non c'è [...] e non è obbligatorio che ce l'abbiano tutti [...] non lo è»;

«Se il medico fosse consapevole dell'importanza che può avere dal punto di vista epidemiologico quella registrazione [...]».

Un ulteriore elemento negativo è la **carenza di formazione** in questo ambito. I medici hanno ripetutamente sottolineato di non aver ricevuto alcuna formazione di base e di aver dovuto imparare autonomamente come compilare le SDO, procedendo per tentativi o grazie all'aiuto di colleghi con maggior esperienza:

«Quegli errori sono dovuti la maggior parte delle volte a una non conoscenza»;

«Ho dovuto imparare da sola e scoprivo i segreti [...] capita se faccio così mi viene una cosa, così ne viene un'altra». Questa situazione è aggravata dalla mancanza di un'attività di verifica e controllo tempestivo, che non favorisce il percorso di apprendimento:

«Non c'è un'immediata correzione che permetta di capire l'errore».

Un'importante criticità è data dai **limiti intrinseci del sistema informativo SDO** che, secondo gli intervistati, inevitabilmente diminuiscono l'accuratezza di compilazione. In particolare, l'aggiornamento non tempestivo dei codici di classificazione di diagnosi e procedure, con il conseguente numero insufficiente di codici di classificazione, determinano classificazioni imprecise e un frequente ricorso alla voce «Altro».

«Lo strumento non è compilabile in maniera accurata»;

«In oncologia avremmo bisogno di dare dei dettagli in più. Per esempio, il tumore polmonare è 1628 e può essere: un adenocarcinoma, squamocellulare [...]»;

«La colecistectomia laparoscopica c'è, manca "laparocèle", manca il surrene laparoscopico, manca la milza laparoscopica»;

«I codici sono anacronistici, con definizioni vecchie e inadeguate delle patologie».

Inoltre, secondo alcuni partecipanti la versione italiana del sistema SDO, che deriva dalla versione inglese a sua volta proveniente dal sistema americano, risente di un inadeguato processo di validazione transculturale. Di conseguenza, per certe diagnosi o procedure, il sistema italiano utilizza un linguaggio ritenuto inadeguato o determina valutazioni economiche inappropriate rispetto alla prestazione effettivamente erogata:

«Sono discutibili anche certe terminologie, perché non sono adeguate alle terminologie italiane. Sapete bene che nel sistema anglosassone "laparocèle" sono tutte le ernie della parete addominale e loro hanno recepito questo. Ma noi agli studenti insegniamo un'altra cosa. E, quindi, qui trovi la dizione "laparocèle post-chirurgico", mentre per noi laparocèle è sempre post-chirurgico. Chiaramente è una traduzione fatta dall'inglese [...] e non è stata trasposta completamente sul sistema italiano»;

«Intervento principale" può voler dire tante cose [...] Non è detto che sia l'intervento più lungo, non è detto che sia il più complicato. Se si fa in contemporanea una tiroidectomia e una paratiroidectomia, normalmente per noi la tiroidectomia è la cosa più impegnativa. Ma gli americani usano fare tiroidectomie molto limitate e per loro la paratiroidectomia è molto più impattante, tanto che sulla tiroide ti danno 2.800 euro, se invece metti come prima diagnosi la paratiroide sono 4.500 euro. Non esiste il DRG complicato sulla tiroide, perché gli americani fanno interventi molto limitati sulla tiroide e, quindi, per loro è molto difficile che questo succeda. Dunque, se tu fai un ematoma, se tu hai un ipoparatiroidismo gravissimo, se devi operare due o tre volte il paziente [...] il DRG rimane sempre quello. Ancora peggio, la paratiroidectomia risulta come specialità, l'intervento alla tiroide risulta come intervento ordinario».

Per quanto riguarda le **carenze del sistema informatico**, è stata ampiamente sottolineata l'inadeguatezza delle dotazioni hardware e software, che comporta una dilatazione dei tempi di compilazione. I partecipanti hanno messo l'accento sui limiti rilevanti posti dalla lentezza della connessione internet, dall'esiguità del numero di computer disponibili nelle unità operative e dalla loro mediocre qualità.

«Noi non possiamo lavorare su computer che si piantano ogni 5 minuti»;

«Un computer lo dobbiamo usare in 10»;

«La connessione internet è troppo lenta»;

«Perdo più tempo a dover registrare ciò che faccio piuttosto che a farlo».

Un limite ulteriore del software è rappresentato dall'impossibilità di inserimento della data di procedure effettuate successivamente alle dimissioni protette:

«Per le dimissioni protette [...] praticamente il sistema di diagnostica non accetta le procedure eseguite alla data successiva alla dimissione. Quindi, per le dimissioni protette, che vengono comunque fatte, le procedure non possono essere inserite». La criticità più rilevante del software per l'inserimento dei dati nella SDO deriva dalla parziale informatizzazione dei flussi sanitari a livello regionale, che ancora non consente processi di importazione/esportazione dei dati tra i software in uso per i diversi flussi informativi, con conseguente aggravio di lavoro:

«Il discorso del poter avere già tutto inserito sul sistema nel momento in cui io dimetto un paziente sarebbe già molto. C'è già la TAC, c'è già l'ecografica [...] sarebbe molto più semplice. Basterebbe interfacciare tutti i sistemi»;

«Tutto questo è legato all'informatizzazione che ancora non è completa [...] perché ancora non ci sono tutti i programmi adeguati che parlano tra loro in maniera adeguata». Nell'ottica dei partecipanti, un fattore che può indurre distorsioni nella compilazione è rappresentato dal **ruolo preminente** che la SDO assume nei **processi di valutazione**; esiste il rischio che il sistema DRG possa condizionare alcuni aspetti della compilazione della SDO, inducendo un *bias* di convenienza al fine di ottenere DRG più remunerativi. Questa ipotesi è supportata dall'esistenza di diversi sistemi di simulazione reperibili gratuitamente in internet:

«Secondo me, la natura della SDO viene modificata all'atto in cui noi entriamo nel sistema DRG. Perché la SDO viene usata per i DRG e questo fa sì che possa entrare in gioco il discorso "codifico così perché viene un DRG migliore»;

«Non ci sono tutte le diagnosi e allora [...] chiunque faccia queste procedure è proiettato a creare un peso alto nel DRG. Per esempio, artrite reattiva non la trovo, devo mettere artrite infettiva. Una cosa è avere un'artrite con ascesso e una cosa una saturazione [...] Allora cosa metti, quella che ha un peso più basso? È chiaro che scegli quella che ha un peso più alto»;

«Non esiste il DRG complicato sulla tiroide. Quale escamotage hanno trovato molti colleghi anche in campo nazionale? Siccome un DRG pagato benissimo è quello sui linfonodi, se hai tolto due o tre linfonodi metti come prima diagnosi "linfonodi" e praticamente raddoppi o triplichi. Ecco io, eticamente [...] se tolgo due o tre linfonodi dal comparto centrale non mi sento di dire che quello è l'intervento principale, perché secondo me quella è una vergogna».

Un ulteriore fattore che può indurre distorsioni è rappresentato dalla consapevolezza che le informazioni contenute nella SDO costituiscono la principale fonte di dati per il calcolo di indicatori per la valutazione di struttura. Secondo i medici, la SDO è uno strumento insufficiente per la valutazione dell'attività di una struttura e il rischio è che la compilazione sia influenzata dalla necessità di evitare un'inappropriata valutazione della struttura di appartenenza.

«Il controllo sulla nostra attività avviene semplicemente attraverso ciò che scriviamo, [...] quindi è un controllo che avviene sulla nostra pelle. Se tu hai fatto 100 interventi sei più bravo di quello che ne ha fatto 50 [...] teoricamente [...] almeno in termini di numeri, [...] poi bisognerebbe valutare l'outcome»;

«Adesso sta emergendo la SDO come strumento di controllo, allora, se l'obiettivo è quello, va ripensato totalmente il nostro modo di compilarla».

PROPOSTE PER FAVORIRE L'ACCURATA COMPILAZIONE

Contestualmente alla segnalazione di numerose criticità, i partecipanti hanno espresso diversi suggerimenti per favorire una maggior accuratezza nella compilazione della SDO. Una proposta unanime è relativa alla programmazione e organizzazione, da parte delle singole strutture ospedaliere, di corsi di formazione periodici che permettano di acquisire maggiori conoscenze.

«Si fanno tante cose inutili, se ne potrebbe fare qualcuna un po' più di formazione».

Un elemento fondamentale per migliorare l'accuratezza della compilazione riguarda l'aggiornamento tempestivo del sistema informativo, in particolare dei codici delle diagnosi e delle procedure. Ciò favorirebbe una riduzione del tempo dedicato alla compilazione della SDO, nonché la semplificazione dell'individuazione di codici appropriati e corretti.

«Un'altra cosa è quella di avere un sistema di codifica [...] aggiornato, e quindi ci dovrebbe essere un aggiornamento continuo, una struttura nazionale, che faccia questa attività in tempo reale. Perché sappiamo tutti che le procedure evolvono continuamente».

Inoltre, al fine di favorire l'inserimento nella SDO di informazioni attendibili ed evitare il rischio di qualsiasi condizionamento, anche indiretto, del sistema DRG, la compilazione della SDO dovrebbe essere totalmente slegata e indipendente, quindi essere al di fuori del DRG.

Per migliorare l'accuratezza, è indispensabile anche potenziare il sistema informatico, che allo stato attuale è estremamente carente e determina una dilatazione eccessiva dei tempi di compilazione. Si dovrebbero mettere a disposizione computer di buona qualità e in numero adeguato, in modo da evitare inutili perdite di tempo e favorire la compilazione della SDO nei tempi prefissati. Si dovrebbe consentire anche la compilazione della SDO da supporti informatici portatili, tramite l'assegnazione di numero di matricola e password, in modo da svincolare l'accesso da computer specifici.

«Ci vuole un sistema informatico per numero di matricola. Cioè vuol dire che a ognuno di noi si dà un iPad o un tablet [...] in modo tale che, collegandosi alla rete, ci sia il modo di fare le cose senza problemi».

Inoltre, dovrebbe essere completato il processo di informatizzazione rendendo possibile l'importazione nella SDO dei dati già inseriti in altri flussi sanitari. Il trasferimento automatico di tutte le informazioni (diagnosi, prescrizioni mediche, terapie eccetera) comporterebbe un risparmio sia di tempo sia economico.

«Il sistema informatizzato con il quale noi richiediamo gli esami [...] niente vieterebbe che le informazioni vengano riversate direttamente nella SDO. Anzi, siccome esiste una discrepanza tra quello che viene chiesto e quello che viene eseguito [...], perché non dimentichiamo che io chiedo la tac, poi la tac è guasta e non viene fatta, [...] dovrebbe esserci un'interfaccia che porta chi esegue l'esame a inserire direttamente nella SDO la procedura fatta».

I partecipanti hanno anche sottolineato che il sistema informatico utilizzato a livello regionale per l'inserimento dati dei diversi flussi sanitari dovrebbe essere costruito e modificato mediante un processo basato sul coinvolgimento attivo degli utilizzatori finali, cioè dei medici. Il dialogo tra i medici e le aziende che strutturano i sistemi favorirebbe la progettazione di software che tengono conto delle reali esigenze. Questo renderebbe i sistemi in uso maggiormente efficienti e migliorerebbe l'accuratezza della compilazione.

«Dovrebbe esserci un continuo scambio [...] un venir incontro alle nostre esigenze, visto che il SISAR [...] è stato anche pagato. È importante, secondo me, che le varie aziende interloquiscano con noi per capire come si possono integrare i sistemi, [...] utilizzando un tavolo di confronto».

Infine, la quasi totalità dei medici ritiene che, per migliorare l'accuratezza della compilazione, sarebbe utile anche l'attivazione, in ogni struttura ospedaliera, di un servizio dedicato, che consenta di avere un termine di confronto e di chiarire eventuali dubbi. Questo servizio dovrebbe avere principalmente una funzione di supporto e cooperazione, non di mera valutazione e controllo. In tale servizio dovrebbe essere impiegata una figura professionale «amministrativa, ma con specifica formazione sanitaria» e «capace di tradurre in codici le informazioni».

«Se perfezioniamo le risorse strumentali, le risorse umane le possiamo usare per la stewardship. Cioè mettiamo gente per accogliere le persone [...]; le persone è meglio che parlino con altre persone e le macchine con le macchine».

CONCLUSIONI

La realizzazione di questa indagine qualitativa si è rivelata una preziosa fonte per l'acquisizione di conoscenze utili per programmare azioni orientate a favorire una maggiore accuratezza nella compilazione della SDO. I risultati ottenuti, pur non essendo generalizzabili, mettono in luce le potenzialità di un approccio conoscitivo che integra i tradizionali metodi quantitativi.

Gli elevati livelli di adesione e partecipazione all'indagine denotano non solo l'interesse per l'argomento trattato, ma anche l'esigenza di dialogo, slegato da processi di valutazione, in cui le persone possano confrontarsi ed esprimere liberamente i propri dubbi senza essere giudicate.

L'indagine ha mostrato l'esistenza di due visioni contrapposte dell'accurata compilazione della SDO, centrate rispettivamente sui benefici e sugli oneri di tale attività. La percezione che il singolo professionista ha della compilazione della SDO si riflette inevitabilmente sulle modalità con cui compila questo strumento, quindi una visione focalizzata sugli oneri può essere considerata un primo fattore che ostacola l'accurata compilazione. Ulteriori determinanti negativi sono rappresentati dalla carenza di motivazione e formazione, dai limiti del sistema informativo e di quello informatico, dalle distorsioni indotte dal ruolo preminente della SDO nei processi di valutazione. Le proposte dei medici per favorire la *compliance* alla compilazione sono speculari alle criticità emerse e rappresentano aree strategiche prioritarie su cui agire: aggiornamento del sistema informativo, miglioramento del sistema informatico, formazione e attivazione di servizi di supporto.

Il completamento del processo di informatizzazione, già avviato a livello regionale, consentirà di ridurre i tempi da dedicare alla compilazione, soprattutto se sarà accompagnato da un adeguamento delle dotazioni hardware e software. Per quanto riguarda il sistema informativo SDO, per il quale sarebbe auspicabile un aggiornamento tempestivo e un attento processo di validazione transculturale, l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e assistenza sociale potrebbe contribuire avviando un'azione di *advocacy*, al fine di portare questa problematica all'attenzione del Ministero della salute. La formazione di base e l'aggiornamento continuo rivestono un ruolo fondamentale, non solo perché consentono di aumentare le competenze tecniche, ma anche perché possono contribuire a favorire il riconoscimento della compilazione della SDO come atto medico e ad aumentare la motivazione.⁷ Infine, la quasi

totalità dei medici ha sostenuto che, per migliorare l'accuratezza della compilazione, sarebbe utile l'attivazione, in ogni struttura ospedaliera, di un servizio dedicato con funzione di supporto, totalmente slegato dai processi di valutazione e controllo. La rilevanza attribuita alle potenzialità statistico-epidemiologiche del flusso SDO suggerisce, implicitamente, che tale servizio potrebbe collaborare con i medici anche per la conduzione di studi ad hoc. La percezione diffusa è che l'attivazione di un servizio di supporto per la compilazione delle SDO e per l'utilizzo epidemiologico dei dati renderebbe tangibili, per le unità operative e i singoli medici, i benefici ottenibili da un flusso di qualità e potrebbe contribuire ad aumentare competenze, motivazione e senso di *ownership*. L'efficacia e l'efficienza di tale servizio potrebbero essere garantite solo attraverso l'impiego di personale dedicato, con specifiche competenze biosanitarie, statistico-epidemiologiche e comunicativo-relazionali.⁸

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016). Roma, Ministero della salute 2017. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2651_allegato.pdf
2. Ministero della salute. La scheda di dimissione ospedaliera. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1232&area=ricoveriOspedaliere&menu=vuoto
3. Perra A. Gli studi qualitativi e il loro ruolo nel promuovere il progresso della salute pubblica. BEN Not Ist Super Sanità 2009;22(5):i-ii. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/ben/2009/maggio/maggio.pdf>
4. Robert Wood Johnson Foundation. Using qualitative methods in healthcare research. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/index.html>
5. Per approfondimenti sulla metodologia del *world café*, vedi il sito web dedicato all'indirizzo: <http://theworldcafe.com>
6. Krueger R. Focus group: a practical guide for applied research. 3rd edition. London, New Delhi, Sage Publication, 2000.
7. Sgobbi F. Il ruolo della motivazione nel processo di generazione e trasferimento della conoscenza. Sviluppo&Organizzazione 2001;185:60-61.
8. Mereu A, Sotgiu A, Buja A et al. Professional competencies in health promotion and public health: what is common and what is specific? Review of the European debate and perspectives for professional development. Epidemiol Prev 2015;39(4) Suppl 1:33-38.