



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

SQLape®

Indicatori SQLape – rapporto 2011

Analisi dei dati UST 2010

Dott. Yves Egli, SQLape® GmbH, 8 ottobre 2012, versione 1.0



Indice

1. Introduzione	3
2. Riammissioni potenzialmente evitabili.....	3
2.1 Risultati sulla base dei dati UST 2010 – analisi ANQ 2011.....	3
2.2 Qualità dei dati e limiti di interpretazione	5
3. Reinterventi.....	6
4. Prospettive.....	6
4.1 Nuova definizione del caso dal 2012	6
4.2 Miglioramento degli algoritmi di depistaggio	6

1. Introduzione

Gli strumenti SQLape[®] sono stati aggiornati per tenere conto dei codici supplementari introdotti dall'Ufficio federale di statistica. Gli indicatori delle riammissioni e dei reinterventi potenzialmente evitabili sono stati calcolati sulla base della statistica medica degli ospedali del 2010 per l'insieme dei nosocomi svizzeri (analisi ANQ 2011). I risultati per i [120 ospedali partecipanti](#), designati con numeri anonimi, sono stati trasmessi sotto forma di tabella¹ all'ANQ nella primavera 2012. Ogni ospedale ha ricevuto dall'ANQ il suo numero per poter identificarsi.

Settanta ospedali hanno inoltre richiesto, su base volontaria e stipulando il relativo contratto di licenza, gli strumenti SQLape[®] per analizzare più dettagliatamente i risultati a partire dai loro dati.

È stato creato un gruppo di utenti per valutare le possibilità di miglioramento dei due strumenti, miglioramenti che potranno essere introdotti nel 2013.

2. Riammissioni potenzialmente evitabili

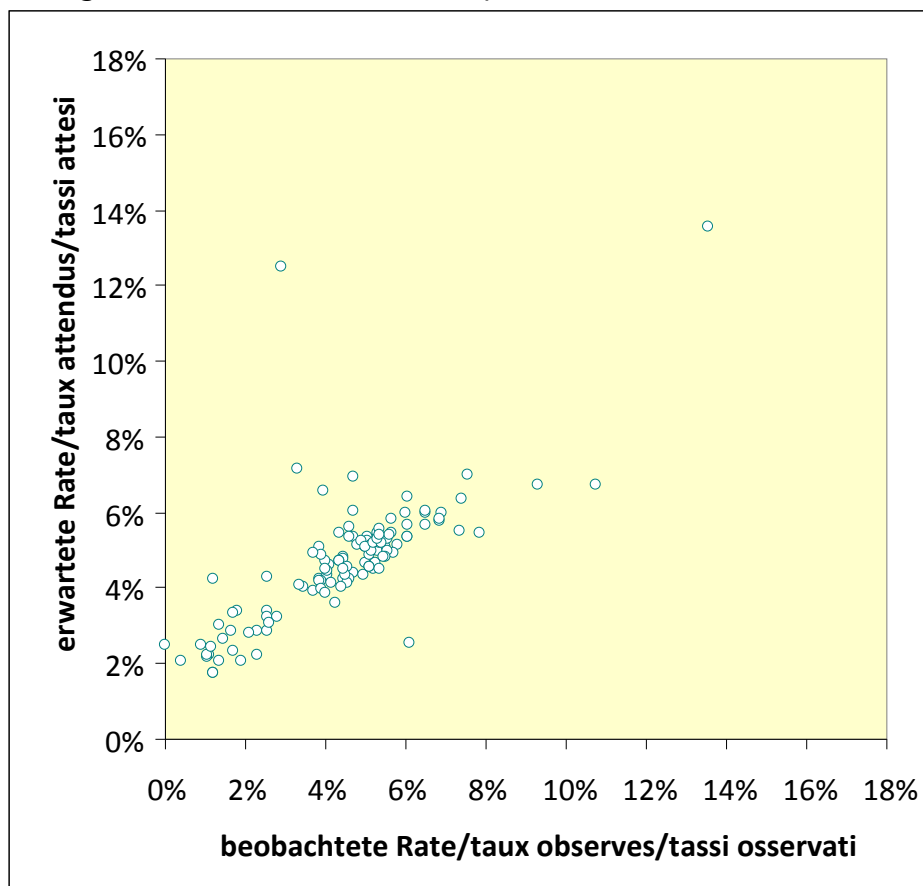
2.1 Risultati sulla base dei dati UST 2010 – analisi ANQ 2011

L'algoritmo è stato perfezionato nel 2011 per escludere dalle riammissioni potenzialmente evitabili i casi di aborti ripetuti, le apnee del sonno e le chemioterapie non pianificate.

Nel 2010, il tasso osservato per l'insieme dei ricoveri negli ospedali svizzeri è stato del 5,10%. I tassi osservati variano tra lo 0 e il 14% secondo l'ospedale, il che corrisponde ai tassi abituali (immagine 1). I tassi osservati non possono essere confrontati direttamente tra ospedali in quanto i pazienti non presentano gli stessi rischi di riammissione, anche per offerte di prestazioni simili. Questi tassi devono essere paragonati con i tassi attesi, calcolati in funzione del profilo di rischio dei pazienti ricoverati tenendo conto dell'età, del sesso, delle modalità di ammissione (d'urgenza o no), delle degenze nel corso dei sei mesi precedenti e soprattutto delle caratteristiche mediche. Una paziente che ha partorito, per esempio, presenta un basso rischio di riammissione, mentre un paziente affetto da anoressia mentale o da insufficienza renale cronica presenta un rischio nettamente più alto.

¹OFS_TABLE_AR_2010_BIS.pdf

Immagine 1. Tassi di riammissioni potenzialmente evitabili (dati UST 2010)



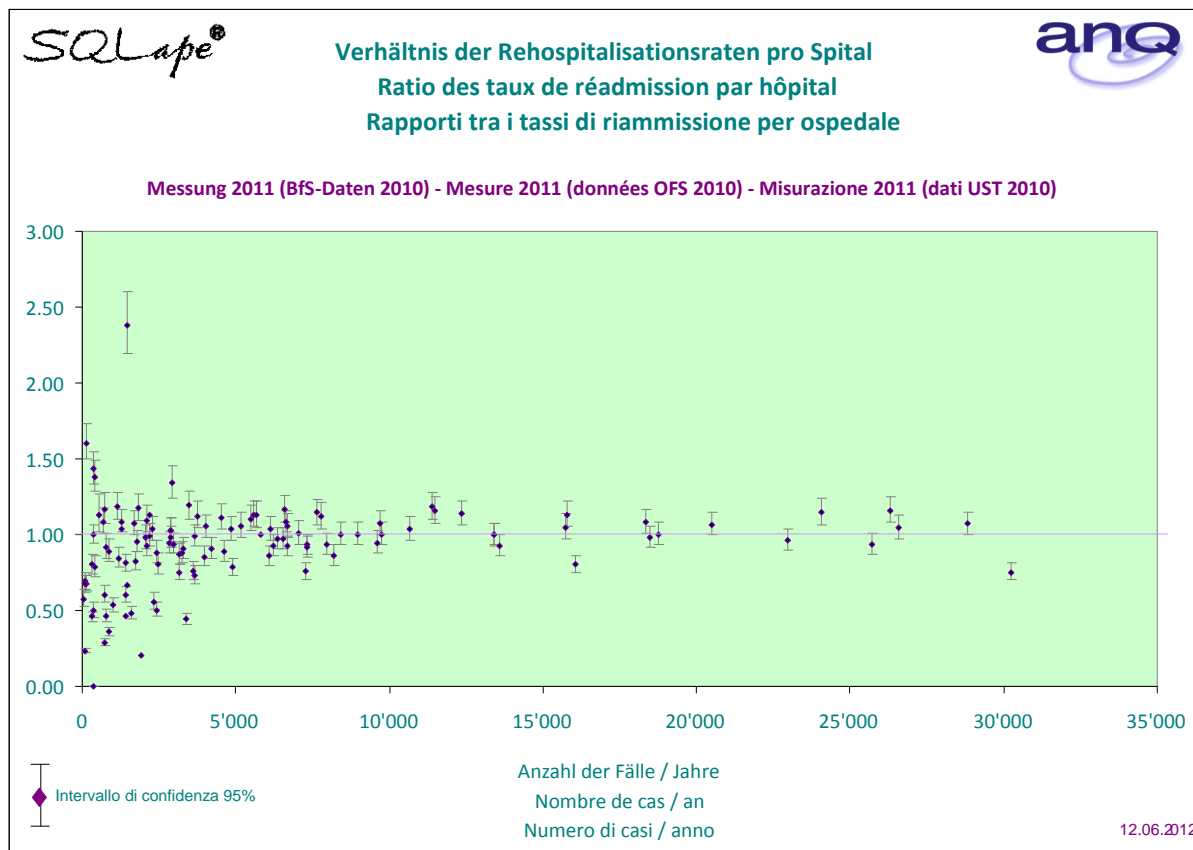
Una nuova rappresentazione grafica (grafico a imbuto²) è stata introdotta per confrontare le prestazioni degli ospedali (immagine 2). Ogni ospedale è indicato sull'asse delle ordinate con un punto che illustra il rapporto tra i tassi osservati e quelli attesi (troppo elevato se > 1.0). Dato che i valori attesi sono viziati da un'incertezza statistica, nel grafico³ figura un intervallo di confidenza. Un ospedale ha un numero troppo alto di riammissioni se il rapporto tra i tassi è sensibilmente superiore all'unità (> 1.00).

Le dimensioni dell'ospedale sono rappresentate sull'asse delle ascisse (gli ospedali più grandi a destra). Si nota che le prestazioni degli ospedali non dipendono dalle dimensioni, anche se quelli più piccoli presentano una maggiore variabilità. La stabilità dei risultati nel corso del tempo sarà analizzata quando disporremo di una serie temporale sufficientemente lunga.

²OFS_Funnelplots_AR_2010_BIS.pdf

³Rapporto massimo = tasso osservato/tasso atteso minimo; rapporto minimo = tasso osservato/tasso atteso massimo. L'intervallo di confidenza è calcolato con una regressione di Poisson basata sull'età, il sesso, la modalità di ammissione, l'eventuale presenza di una degenza nei sei mesi precedenti e ventisette categorie cliniche in funzione dei gruppi SQLape®, con un livello di significatività del 95%. L'intervallo di confidenza descrive la variazione aleatoria del tasso atteso secondo il profilo dei pazienti ricoverati (*case mix*). È pertanto essenzialmente la natura delle patologie trattate che determina tale intervallo, non le dimensioni dell'ospedale in questione. Per maggiori raggugli: Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. *Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care*. Medical Care 2006;44(11):972-981.

Immagine 2. Rapporti tra i tassi di riammissioni potenzialmente evitabili per ospedale (dati UST 2010)



La percentuale di ospedali con tassi osservati superiori ai valori attesi è pari al 27%, ossia lo stesso ordine di grandezza dell'anno scorso (misurazione 2010 con i dati UST 2009). Raccomandiamo a questi ospedali di analizzare i loro incarti per individuare le cause di queste riammissioni e, all'occorrenza, adottare provvedimenti correttivi. A tale scopo, lo strumento SQLape® deve essere installato sul posto per identificare le degenze dei pazienti interessati.

2.2 Qualità dei dati e limiti di interpretazione

I dati 2010 possono essere considerati buoni, dato che la maggior parte degli ospedali ha soddisfatto i requisiti per questo indicatore. L'esercizio 2010 è basato sulle dimissioni dal 1° dicembre 2009 al 30 novembre 2010 e il mese di dicembre 2010 è utilizzato per osservare eventuali riammissioni entro trenta giorni. Dieci ospedali hanno cambiato numero UST tra il 2009 e il 2010 (acquisizioni o fusioni di ospedali), il che ha impedito di includere dicembre 2009, fortunatamente senza gravi ripercussioni sui tassi rilevati.

Diversi istituti, inoltre, mischiano le loro offerte dei settori della medicina somatica acuta, della psichiatria e della geriatria/riabilitazione. I ricoveri in questione sono stati esclusi sulla base dei centri di costo (M500, M900 ecc.). Solo quattro ospedali hanno codificato troppo spesso diagnosi poco precise e solo uno ha palesemente sottocodificato gli interventi minimamente invasivi. Per il resto, non è stato rilevato alcun problema nella qualità dei dati 2010.

3. Reinterventi

A causa della qualità dei dati non ancora ottimale, non pubblicheremo questi risultati. I punti in questione sono tuttavia identificati e verranno perfezionati dagli ospedali, affinché i risultati della prossima analisi possano essere pubblicati.

4. Prospettive

4.1 Nuova definizione del caso dal 2012

A partire dal 2012, una nuova definizione del caso è introdotta in Svizzera per delimitare le degenze ospedaliere. In particolare, i pazienti riammessi o trasferiti entro diciotto giorni per la stessa diagnosi principale (MDC) sono riuniti in una sola degenza. Le statistiche mediche ospedaliere sono state adattate di conseguenza dall'Ufficio federale di statistica, in modo da isolare i casi in questione e documentare le ragioni delle riammissioni o dei trasferimenti. È previsto un massimo di quattro riammissioni o trasferimenti. Gli strumenti SQLape[®] saranno modificati per essere adattati alla nuova definizione del caso e al nuovo formato dei dati dell'Ufficio federale di statistica.

Le nuove regole introdotte da SwissDRG saranno simulate con i dati 2010 per verificare che le modifiche non incidano sull'algoritmo di depistaggio delle riammissioni potenzialmente evitabili. Inoltre, i valori attesi saranno ricalcolati per tenere conto dei cambiamenti. Ciò vale anche per i reinterventi⁴.

4.2 Miglioramento degli algoritmi di depistaggio

Gli algoritmi individuano le riammissioni e i reinterventi potenzialmente evitabili, ossia che in condizioni ideali non dovrebbero verificarsi. La causa non è tuttavia sempre riconducibile all'ospedale, poiché il problema può essere legato a una ricaduta o a un aggravamento delle patologie e soprattutto alle cure ambulatoriali. L'esperienza mostra per esempio che molte riammissioni potrebbero essere evitate con un migliore coordinamento tra l'ospedale, i medici curanti e le cure a domicilio. Questa procedura è interessante nell'ottica della sanità pubblica e nel quadro di una supervisione generale del funzionamento del sistema sanitario, ma frustrante per determinati ospedali che vorrebbero concentrarsi sui problemi sui quali possono intervenire e di cui sono palesemente responsabili. Secondo loro, "chi troppo vuole nulla stringe". Lo strumento dovrebbe per quanto possibile essere più mirato sulle riammissioni che potrebbero chiaramente essere evitate, il che faciliterebbe anche il lavoro di esame degli incarti, molto oneroso quando si tratta di determinare le cause delle riammissioni. Il problema è analogo per i reinterventi, una parte dei quali costituisce un rischio calcolato. Un chirurgo, per esempio, può optare per un intervento poco invasivo per salvare un organo (amputazione parziale), correndo però il rischio di dover reintervenire con un'amputazione più invasiva. Attualmente, questi reinterventi sono considerati potenzialmente evitabili e problematici se sono troppo numerosi.

Per conciliare queste due visioni complementari, la soluzione sarebbe quella di fornire agli ospedali un elenco limitato alle riammissioni e ai reinterventi "chiaramente evitabili" oltre agli elenchi che già ricevono. Il lavoro di analisi ne risulterebbe agevolato. Un termine più breve (per esempio di diciotto giorni come proposto da SwissDRG) potrebbe essere preso in considerazione per individuare queste riammissioni nell'elenco limitato, mantenendo però anche il termine di trenta giorni raccomandato da diversi studi scientifici. Questa opzione sarà discussa con il gruppo di utenti entro la fine del 2012.

⁴Il rischio di reintervento nel corso della stessa degenza sarà più alto dopo la fusione delle degenze in questione.