

SQLape®

Indicatori SQLape – rapporto 2012 / analisi dei dati UST 2011

Dott. Yves Eggli, SQLape® s.à.r.l.

Ottobre 2013, versione 1.0



Indice

1. Introduzione.....	3
2. Metodo.....	3
2.1 Adattamento dell'indicatore SQLape riammissioni.....	3
2.2 Confronto di SQLape® con i casi raggruppati secondo SwissDRG.....	4
3. Riammissioni potenzialmente evitabili.....	5
3.1 Risultati 2011.....	5
3.2 Qualità dei dati e limiti di interpretazione	7
4. Reinterventi potenzialmente evitabili.....	7

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 su mandato dell'ANQ sulla base della statistica medica degli ospedali del 2011 per l'insieme dei nosocomi svizzeri. I risultati sono stati trasmessi all'ANQ per tutti gli ospedali partecipanti: [149 nosocomi per le riammissioni](#) e 133 per i reinterventi. I tassi sono stati calcolati separatamente per ciascuna sede (198 per le riammissioni e 181 per i reinterventi). I risultati per tutti gli ospedali partecipanti, designati con numeri anonimi, sono stati forniti in forma tabellare. Ogni nosocomio ha ricevuto dall'ANQ il suo numero anonimo per poter identificare i suoi dati.

Ottanta ospedali hanno inoltre richiesto gli strumenti SQLape® per analizzare più dettagliatamente i risultati a partire dai loro dati.

2. Metodo

Su richiesta degli utenti, sono stati introdotti diversi miglioramenti tecnici. Il calcolo dei tassi di riammissione e di reintervento, per esempio, può essere effettuato in una volta partendo da un unico strumento. La versione 2013 di SQLape permette inoltre di gestire oltre un milione di casi contemporaneamente, il che incrementa la sicurezza del calcolo da parte dell'UST poiché non è più costretto a procedere per gruppi. La gestione dei dati è stata accelerata rispetto all'anno scorso: lo strumento accetta ora i codici postali e le regioni Medstat scelte dagli ospedali. File di casi, diagnosi e interventi vengono esportati per agevolare l'analisi dei risultati da parte degli utenti. I risultati sono un po' più dettagliati (sede, cifre assolute ecc.), mentre i centri con prestazioni psichiatriche, geriatriche o di riabilitazione sono stati esclusi per accertarsi che la valutazione verta effettivamente su servizi di medicina somatica acuta.

Una nuova definizione del caso è stata introdotta nella statistica medica degli ospedali svizzeri nel 2012. Se un caso è riammesso entro diciotto giorni nello stesso ospedale per una diagnosi principale appartenente allo stesso sistema (MDC), i due casi vengono riuniti. Le conseguenze di questa modifica sono illustrate ai punti 2.1 e 2.2.

2.1 Adattamento dell'indicatore SQLape riammissioni

Il formato dei dati 2012 della statistica medica dell'UST prevede che le date di interruzione delle degenze raggruppate siano indicate, come pure le date di ogni intervento chirurgico e i motivi delle riammissioni. Queste informazioni permettono di attribuire come prima gli interventi a ciascuna degenza. Le diagnosi e le modalità di ammissione (pianificata o no) possono invece essere assegnate solo all'insieme delle degenze raggruppate, il che impoverisce lievemente l'informazione disponibile.

Per assicurare la continuità dell'indicatore, le degenze reali sono ricostruite a partire dai dati rilevati dall'UST, in modo da poter continuare a identificare le riammissioni potenzialmente evitabili che seguono ogni dimissione.

I casi raggruppati in seguito a complicanze sono considerati potenzialmente evitabili, mentre gli altri casi raggruppati sono elaborati normalmente con l'algoritmo. La nuova definizione del caso è stata simulata sulla base dei dati 2010 (da gennaio a novembre). La proporzione di errori è stata del 2,7% (falsi positivi e falsi negativi), una percentuale relativamente bassa che garantisce la continuità dei risultati.

2.2 Confronto di SQLape® con i casi raggruppati secondo SwissDRG

Lo scopo dell'indicatore SQLape® è di analizzare la qualità della preparazione delle dimissioni. Una riammissione è considerata potenzialmente evitabile se è legata a una diagnosi già conosciuta al momento del ricovero precedente e se non era prevista alla dimissione. Il termine di riammissione è un mese, come confermato da diversi studi scientifici.

Lo scopo di SwissDRG è di evitare che gli ospedali suddividano le degenze per massimizzare gli importi fatturati. Se una nuova degenza si rende necessaria per la stessa specialità (diagnosi principali collegate allo stesso MDC) entro diciotto giorni, i casi vengono raggruppati. Questa scadenza è stata fissata empiricamente basandosi sul fatto che un paziente in generale rifiuta di essere ricoverato più volte se tra una volta e l'altra trascorre troppo tempo.

L'analisi svolta sulle degenze tra gennaio e novembre 2010 ha fornito risultati molto divergenti (tabella 1).

Tabella 1. Confronto delle riammissioni potenzialmente evitabili e dei casi raggruppati

	SQLape®			
		Potenzialmente evitabili	Inevitabili	Totale
Casi raggruppati (SwissDRG)	Sì	8217	5333	13'550
	No	29'654	722'304	751'958
	Totale	37'261	727'637	765'508

Se si applicassero le DRG per identificare le riammissioni potenzialmente evitabili, la maggioranza dei casi (29'654 casi, ossia il 78%) non verrebbe individuata:

- 16'022 riammissioni si sono rese necessarie per una diagnosi di un'altra specialità (si tratta molto spesso di una diagnosi secondaria della prima degenza), per esempio: un paziente è ricoverato per un'insufficienza cardiaca (diagnosi principale) e un diabete (diagnosi secondaria) e viene riammesso per una complicanza legata al diabete;
- 9698 riammissioni si sono rese necessarie dopo diciotto giorni, per esempio: un paziente viene operato per una protesi e riammesso per una complicanza meccanica o infettiva dopo ventuno giorni;
- 3934 riammissioni si sono rese necessarie in ospedali terzi: questi casi non sono raggruppati nella logica di SwissDRG.

Molti casi sarebbero inoltre identificati erroneamente, senza che ci sia un problema di qualità della preparazione della dimissione (5333 casi, ossia il 39%):

- 2508 riammissioni corrispondono a interventi dopo una degenza investigativa, per esempio: un paziente è ricoverato per un problema digestivo e una biopsia indica che si tratta di un cancro al colon. Il paziente non viene operato subito ma è riammesso per una colectomia ;
- 1232 riammissioni erano prevedibili al momento della dimissione, per esempio: chiusura della stomia temporanea, ablazione di materiale di impianto senza complicanze;
- 1158 riammissioni sono visite successive a un intervento (senza complicanze o riapertura del sito chirurgico), per esempio: degenze con asportazione di un tumore e riammissione per la biopsia di un altro organo al fine di verificare l'assenza di metastasi;
- 435 riammissioni sono legate ad altre cause, per esempio: gravidanze a rischio e minaccia di aborti ripetuti.

La logica delle DRG è apprezzabile perché evita di pagare due volte per lo stesso problema, ma non permette di individuare le riammissioni non previste alla dimissione, per le quali occorre un algoritmo molto più dettagliato corrispondente a una logica medica tra la prima degenza e la riammissione.

3. Riammissioni potenzialmente evitabili

3.1 Risultati 2011

L'algoritmo è stato affinato per escludere le riammissioni legate a malattie dalle quali non si guarisce facilmente, come la sclerosi a placche, la cirrosi epatica, i calcoli urinari e la porpora trombocitopenica idiopatica. I valori attesi sono stati aggiornati sulla base delle degenze degli anni 2007-2011 degli ospedali che hanno fornito statistiche mediche di qualità sufficiente. Ricordiamo che i valori attesi considerano i rischi di riammissione legati al profilo dei pazienti degenti: età, sesso, ricoveri nell'arco dei sei mesi precedenti, ammissione programmata, patologie e interventi chirurgici.

Nel 2011, il tasso osservato per l'insieme dei ricoveri negli ospedali svizzeri è stato del 4,5% (per un valore atteso del 4,3%). Come negli anni precedenti, si constatano forti divergenze tra i tassi attesi degli ospedali (immagine 1, con tutti gli ospedali partecipanti che hanno fornito dati di qualità sufficiente). Ciò conferma la necessità di aggiustare i tassi in funzione del tipo di paziente degente (per esempio tassi attesi più elevati per i pazienti anziani con affezioni croniche). Il fatto che non tutti i nosocomi figurino sulla diagonale indica differenze nelle prestazioni tra un ospedale e l'altro.

La prestazione di un ospedale può essere valutata con il rapporto tra tassi osservati e attesi (troppo elevato se > 1.0). Dato che i valori attesi sono viziati da un'incertezza statistica, nel grafico figura un intervallo di confidenza¹. 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). Analogamente agli ultimi anni, le prestazioni degli ospedali non dipendono dalle dimensioni (immagine 2, rappresentazione con grafico a imbuto), anche se quelli più piccoli presentano una maggiore variabilità.

¹ Rapporto 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 ragguagli: 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 1. Tassi di riammissione (dati UST 2011)

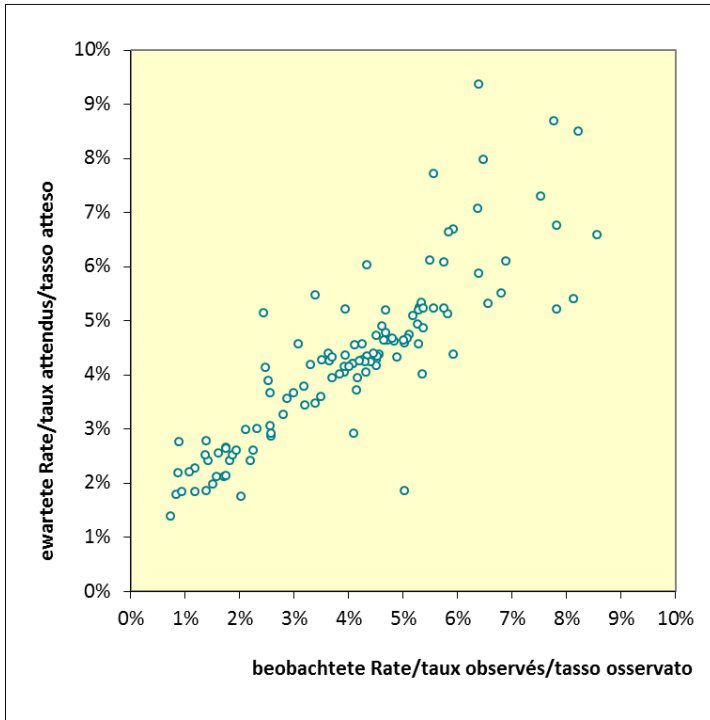
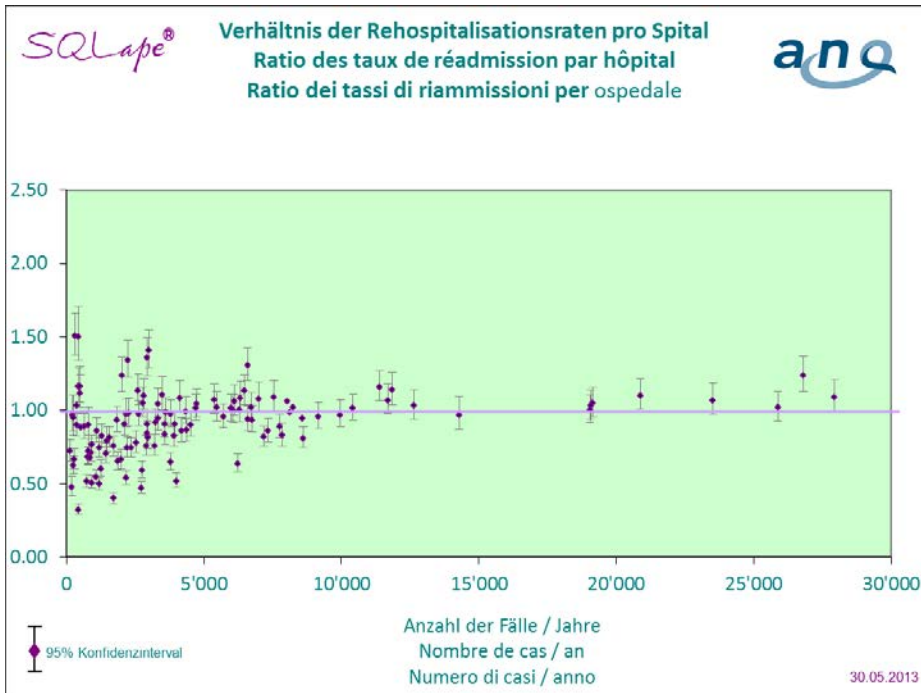


Immagine 2. Rapporti tra i tassi di riammissione per ospedale (dati UST 2011)



La percentuale di ospedali con tassi osservati superiori ai valori attesi è pari al 16%², più bassa dell'anno precedente (27%). Un confronto va però effettuato con prudenza a causa del nuovo modello di aggiustamento (valori di riferimento 2007-2011 invece che 2003-2007). Raccomandiamo a questi ospedali di analizzare i loro incarti per individuare le cause di queste riammissioni e, all'occorrenza, adottare provvedimenti correttivi.

3.2 Qualità dei dati e limiti di interpretazione

Solo il 4% degli ospedali ha presentato dati di qualità insufficiente per calcolare i tassi delle riammissioni potenzialmente evitabili. Si tratta per lo più di un dubbio sull'esaustività dei codici operatori (nessuna operazione per diagnosi che di solito giustificerebbero un intervento). Si nota comunque un netto progresso a livello di qualità dei dati rispetto agli anni precedenti.

4. Reinterventi potenzialmente evitabili

Per il momento, i risultati della misurazione dei reinterventi potenzialmente evitabili non vengono pubblicati.

² In genere, gli ospedali ricevono i loro risultati separatamente per ogni sede. Dato che le singole sedi sono documentate nella statistica medica solo a partire dal 2011, i risultati sono limitati al periodo tra gennaio e novembre 2011. Nel 2011, tuttavia, i risultati sono stati eccezionalmente forniti anche per ogni ospedale per il consueto periodo di analisi dal 1° dicembre 2010 al 30 novembre 2011 (senza le sedi sconosciute nel mese di dicembre 2010). Questo problema sparirà da solo nel 2012, dato che allora le sedi saranno documentate sistematicamente. I grafici 1 e 2 forniscono i risultati completi per ospedale.