



UNIONE EUROPEA
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



Ministero dello Sviluppo Economico



Il Ministro per la Coesione Territoriale



Ministero della Salute



- PROGETTO POAT SALUTE -

soggetto attuatore R.T.I. A.T.E.SI.

**Assistenza Tecnica Epidemiologica alla Regione Siciliana
Anni 2012-2013**

Prodotto n. 2

Descrizione:

Metodi di valutazione di esito su scala regionale

Progetto
A.T.E.SI.

Assistenza
Tecnica
Epidemiologica
Sicilia

anni 2012 - 2013



ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE

Dipartimento Attività Sanitarie
ed Osservatorio Epidemiologico



**Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e
Osservatorio Epidemiologico**

**Metodi per la valutazione di esito su scala regionale
Relazione incontro del 17 Aprile 2012**

Relazione sintetica degli argomenti affrontati

Obiettivo dell'incontro è stato quello di confrontarsi e condividere esperienze e pareri su diversi aspetti legati all'attività di valutazione di esito su scala regionale nell'ambito del progetto ATESI. Gli argomenti affrontati sono stati svariati: da aspetti legati alla scelta degli indicatori, agli specifici protocolli da implementare; dagli aspetti legati ai criteri di individuazione dei volumi di attività minimi, ad aspetti metodologici legati ai modelli statistici; dalle proposte inerenti le possibili modalità di presentazione dei risultati a possibili aree di sperimentazione da affrontare a livello Regionale.

Indice degli argomenti affrontati:

- Lista indicatori e rationale della scelta**
- Criteri di individuazione volumi di attività minimi su scala regionale**
- Scelta dei protocolli**
- Utilizzo di informazioni sulla localizzazione ospedaliera**
- Criteri di individuazione delle comorbidità**
- Modalità di rappresentazione dei risultati e strategie di comunicazione**

Il primo argomento affrontato è legato alla scelta degli indicatori da implementare con riferimento alla Regione Sicilia. A seguito della condivisione di pareri ed esperienze legate agli indicatori presentati, la lista degli indicatori è presentata in tabella 1.1.

Tabella 1.1. Indicatori selezionati per tipologia e area di riferimento

Tipologia e area di riferimento	Indicatore
<i>Area Cardiologica</i>	Infarto Miocardico Acuto: Mortalità a 30gg. dal ricovero Infarto Miocardico Acuto: Proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore (struttura di ricovero)
<i>Area Chirurgia Generale</i>	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 4 gg. Colecistectomia laparoscopica: Complicanze a 30gg. BPCO riacutizzata: Mortalità a 30gg.
<i>Area Neurologica</i>	Ictus Ischemico: Mortalità a 30 gg.
<i>Area Ostetrico – Ginecologica</i>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
<i>Area Ortopedica</i>	Frattura del collo del femore: Intervento chirurgico entro 2 gg. (struttura di ricovero)
<i>Indicatori di ospedalizzazione</i>	Influenza Gastroenterite pediatrica Asma pediatrico Asma negli adulti Asma senile Diabete non controllato (senza complicanze) Diabete con complicanze a breve termine Diabete con complicanze a lungo termine Diabete complicato: breve e lungo termine e amputazione degli arti Broncopneumopatia cronica-ostruttiva Infezioni del tratto urinario Ipertensione arteriosa Scopenso cardiaco

La scelta di tali indicatori è stata effettuata tenendo in considerazione i seguenti aspetti:

- presenza all'interno del Programma Nazionale Esiti;
- performance delle strutture della regione Sicilia per i suddetti indicatori;
- presenza di alcuni degli indicatori all'interno degli Obiettivi 2011 delle Aziende Sanitarie Siciliane;
- discussione durante il presente incontro.

L'indicatore "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche" è stato escluso dall'elenco degli indicatori per ragioni legate alla bassa variabilità dello stesso tra le diverse strutture. Tale aspetto è comunque da verificare, sia utilizzando la soglia minima dei volumi prevista dal PNE che attraverso livelli di soglia minima più bassi rispetto a quanto previsto dal PNE. Ciò in quanto si evidenzia un consistente numero di strutture siciliane con volumi di esito al di sotto della soglia scelta.

L'indicatore "ictus ischemico: mortalità a 30 gg." è stato preferito all'ictus complessivo (ischemico e/o emorragico), per problemi legati alla validità della codifica delle diagnosi, escludendo, inoltre, altri possibili esiti quali le riammissioni e la riabilitazione a causa della difficile interpretabilità del primo e la mancanza di un flusso informativo ad hoc per il secondo.

Sempre con riferimento ad alcuni specifici indicatori, il seminario ha rappresentato un'importante occasione per chiarire alcuni punti critici che spesso emergono nella pratica quotidiana. In particolare, per l'indicatore "Proporzione di trattati con PTCA entro le 48 ore", si è sottolineato come la scelta di considerare due giorni sia stata determinata dall'impossibilità di misurare il tempo intercorso in termini di ore o minuti. La validità di tale misura di esito verrà verificata utilizzando le informazioni risultanti dal Rad Esito, che permette di calcolare il tempo intercorso in termini di ore e minuti. Sempre con riferimento a tale indicatore 'di processo', va sottolineato che, trattandosi di un indicatore volto a valutare il *percorso assistenziale*, l'esito viene attribuito alla struttura che per prima ha ricevuto il paziente, indipendentemente se esso viene poi trasferito ad altra struttura.

Il secondo argomento affrontato ha riguardato i criteri di scelta dei volumi di attività minimi da applicare su scala regionale. Il PNE prevede che tali volumi siano fissati sulla base di un apposito algoritmo (derivato dalla letteratura cfr. Armitage, Berry, 2003), tale da consentire di segnalare come statisticamente significativa la differenza attesa. In definitiva, i volumi minimi di ricoveri utilizzati nell'ambito del PNE potranno rappresentare una base di partenza per la definizione dei volumi di attività in relazione agli indicatori riportati in tabella 1.1..

Durante la discussione si è valutata la possibilità di approfondire maggiormente la bibliografia relativa ai criteri di determinazione dei volumi in relazione ai diversi indicatori selezionati, nonché la possibilità di applicare l'algoritmo suggerito dal PNE su scala regionale in modo da determinare conseguentemente i volumi specifici per ciascun indicatore.

Per quanto attiene ai protocolli operativi si è valutata la possibilità di riadattare i protocolli utilizzati nell'ambito del PNE. Compito del gruppo del Dipartimento di Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE) di Palermo è quello di rivedere i protocolli e i relativi programmi SAS in modo da sottoporli al gruppo del Dipartimento di Epidemiologia Servizio Sanitario Regionale Lazio di Roma. Ciò porterà alla predisposizione dei protocolli operativi definitivi per ciascuno degli indicatori concordati e dai relativi programmi in linguaggio SAS da impiegare nel progetto. Inoltre, per quanto attiene all'indicatore scelto per l'area ginecologica (Proporzione di parti con taglio cesareo primario) occorre verificare lo stato di completezza e di qualità del flusso CEDAP, al fine di valutare l'opportunità di integrare tale flusso informativo con quello proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Gli aspetti legati ai criteri di scelta delle comorbidità da utilizzare per la costruzione dei modelli predittivi tiene conto del coinvolgimento anche di alcuni clinici effettuato nel recente periodo anche a cura del dott. Giovanni De Luca e dott. Giuseppe Virga.

Tale scambio è stato particolarmente utile in quanto ha dato la possibilità di confrontare i diversi gruppi anche alla luce di quanto emerge dal confronto con i responsabili delle strutture sanitarie. Si valuterà inoltre la possibilità di introdurre ulteriori indicatori suggeriti dai clinici, legati anche alla qualità delle prestazioni del sistema sanitario (ad es utilizzando i criteri di Vincent inerenti la sicurezza dei pazienti). Sempre con riferimento alle comorbidità da utilizzare per la costruzione dei modelli predittivi è stato chiarito come le ragioni che hanno determinato l'eliminazione di alcune patologie registrate nel ricovero indice, ma che invece vengono mantenute (se presenti) nei ricoveri precedenti, sono legate a problemi di un differente stile di codifica nelle SDO. Spesso, infatti, si tende a sottonotificare la presenza di patologie croniche nel ricovero indice quando il ricovero riguarda pazienti più gravi, con conseguente distorsione dei risultati aggiustati

Riguardo un aspetto più specifico, relativo cioè all'eliminazione del cateterismo venoso tra le comorbidità, è stato chiarito come ciò sia stato determinato dalla sua elevatissima associazione con la mortalità, il che lo rende, più che un fattore di rischio, una vera e propria proxy di mortalità.

Sono stati discussi anche alcuni possibili ambiti di sperimentazione per quanto attiene alla identificazione di pazienti affetti da specifiche patologie croniche (Diabete, BPCO), attraverso l'integrazione di informazioni provenienti dall'anagrafe assistiti, dalla farmaceutica e dai ricoveri.

Per quanto attiene alle procedure di standardizzazione, si seguiranno le indicazioni stabilite nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2011 (P.Re.Val.E.).

Un ulteriore aspetto su cui si è brevemente discusso è quello legato all'analisi della localizzazione ospedaliera quale possibile fattore di esposizione rispetto ad alcuni esiti (es. mortalità per Infarto Acuto del Miocardio). A tal fine, con riferimento alla regione Sicilia, si valuterà la possibilità di calcolare in modo più preciso la distanza tra la residenza del paziente e la localizzazione dell'ospedale, attraverso l'impiego di matrici delle distanze tra Comuni (espresse in termini di tempi di percorrenze), ovvero attraverso la sperimentazione di metodologie atte a calcolare la distanza tra il luogo di residenza del paziente e la localizzazione dell'ospedale, una volta effettuata la georeferenziazione di tali informazioni.

Alla luce dello scambio di idee avutesi all'interno del seminario, sono state inoltre individuate alcune possibili aree di sperimentazione da intraprendere su scala regionale. Queste riguardano:

- a) L'assistenza perinatale (PNE3), per la quale l'esito potrebbe essere rappresentato dalla mortalità neonatale e dalla mortalità infantile. Su tale punto occorrerà stabilire se e come operare eventuali aggiustamenti e dunque come scegliere le comorbidità da utilizzare per la costruzione dei modelli predittivi.
- b) L'area Neuro-Chirurgica, sotto consiglio e suggerimento dello staff dei clinici. Considerando ad es. il numero di pazienti che dopo trattamento chirurgico vengono trasferiti in Rianimazione, in relazione alla patologia traumatologica o neoplastica.
- c) Incrocio con flussi della farmaceutica per quanto attiene alla frattura del collo del femore (presenza/assenza di anticoagulanti e/o di antiaggreganti). A tal proposito sarà necessario definire appositi protocolli. Inoltre si potrà provare una sperimentazione con riferimento all'anno 2010 al fine di valutarne l'influenza ed eventualmente decidere sull'opportunità di inserire tali fattori anche per gli anni successivi.

Si sottolinea comunque come la scelta su eventuali nuovi indicatori da implementare va fatta tenendo sempre conto dei volumi e di un'adeguata numerosità per quanto attiene all'esito.

Infine, per quanto riguarda le strategie di comunicazione e di diffusione dei risultati, si procederà nel modo seguente:

- Attivazione di un sito internet stile "PNE"
- Individuazione criteri diffusione password e destinatari
 - Direttori Generali
 - Direttori Sanitari
 - Presidenti Società Scientifiche
 -
- Condivisione risultati tramite incontri e formazione sulla loro interpretazione

Riferimenti bibliografici

Armitage P, Berry G. *Statistica medica. Metodi statistici per la ricerca in medicina*. The McGraw-Hill Companies, 2003, 3a ed.