

## Tassi di riospedalizzazione a trenta giorni: variabilità in base alla razza e al luogo di assistenza

Joynt KE, Orav EJ, Jha AK

*Thirty-day readmission rates for Medicare beneficiaries by race and site of care*

JAMA 2011; 305 (7): 675-681

Hernandez AF, Curtis LH

*Minding the gap between effort to reduce readmissions and disparities*

JAMA 2011; 305 (7): 715-716

**L**e disparità razziali nell'assistenza sanitaria sono state già ampiamente documentate dalla letteratura internazionale. La riduzione delle riospedalizzazioni, considerando l'etnia come variabile principale, è diventata invece una questione primaria perché consentirebbe di aumentare la qualità e contemporaneamente ridurre i costi, anche se ancora poco si conosce circa le disparità in questa area specifica. Obiettivo del lavoro è quello di individuare se le disparità razziali in tema di riammissioni in ospedale esistono e se sono associate a caratteristiche specifiche delle strutture che erogano prestazioni sanitarie.

### METODI

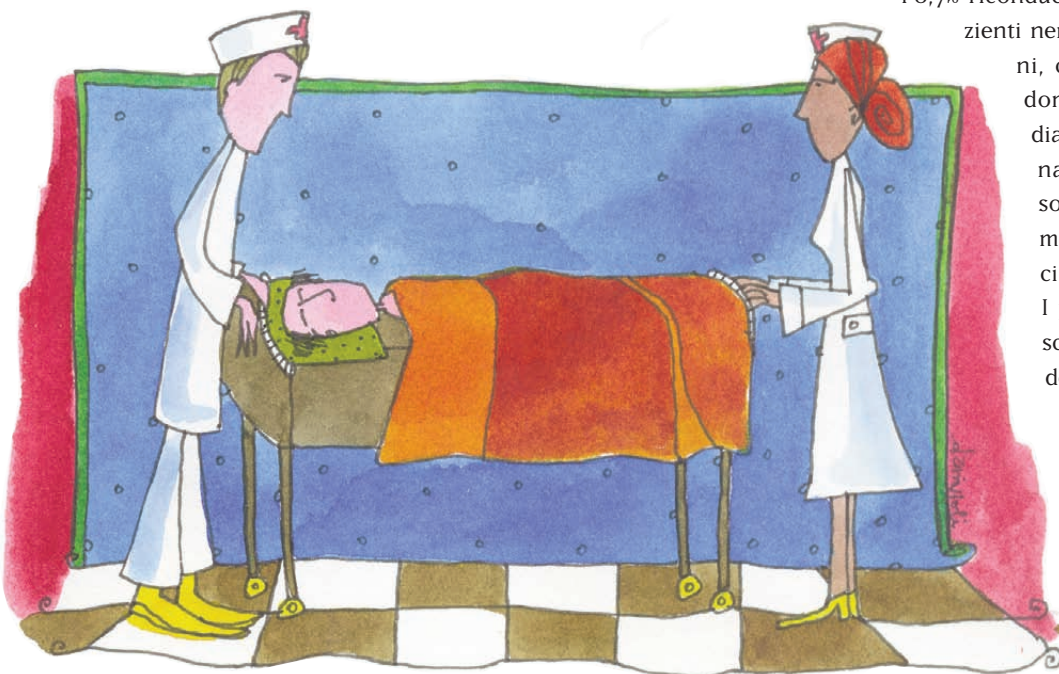
Sulla base dei database amministrativi di Medicare sono state analizzate le riammissioni in ospedale a 30 giorni dopo un ricovero per infarto acuto del miocardio, scompenso cardiaco congestizio e polmonite, nel periodo 1 gennaio 2006-30 novembre 2008. L'outcome primario è l'odds aggiustato per il rischio di riammissione a 30 giorni. Per l'aggiustamento è stato utilizzato l'indice di comorbidità di Charlson. I pazienti, suddivisi fra neri e bianchi, sono stati stratificati a seconda del tipo di struttura (presidio ospedaliero, ospedale di eccellenza) in cui è stato effettuato il ricovero per infarto, scompenso cardiaco congestizio o polmonite. È stata condotta una regressione logistica individuando vari modelli per stimare la relazione fra i gruppi di pazienti e il rischio di riospedalizzazione, usando solo l'età (modello 1) o il *risk adjustment scheme* (modello 2), aggiungendo la destinazione del paziente post-ricovero e durata della degenza (modello 3), includendo le caratteristiche dell'ospedale (modello 4), aggiungendo la proporzione di pazienti di Medicaid come proxy della proporzione di pazienti poveri (modello 5).

### RISULTATI

Le dimissioni del campione nel periodo di studio sono complessivamente 3.163.011, di cui l'8,7% riconducibile a pazienti di colore. I pazienti neri sono generalmente più giovani,

con una maggiore presenza di donne e più soggetti a soffrire di diabete, ipertensione, malattie renali infantili ed obesità, mentre sono meno frequenti malattie polmonari croniche, problemi cardiaci e depressione.

I pazienti neri presentano un rischio di riammissione a 30 giorni del 13% più elevato dei bianchi e i pazienti dimessi da piccoli ospedali hanno un rischio di riammissione pari al 23% maggiore di quelli dimessi da un ospedale di eccellenza. Aggiungendo al modello di base tutte le altre variabili (ovvero applicando tutti i



modelli descritti nei metodi) i risultati sono molto simili.

### CONCLUSIONI

Gli autori confermano che le disparità esistono e che sono comprovate da tassi di riospedalizzazione per i pazienti di colore maggiori del 13% rispetto a pazienti bianchi. Non è tuttavia chiaro il perché queste disparità sussistano. Una possibile spiegazione potrebbe essere dovuta a fattori esterni all'ospedale: le patologie croniche richiedono un'assistenza ambulatoriale post-ricovero molto attenta, che potrebbe non esserci nel caso di pazienti poveri o poco sensibili a utilizzare trattamenti in grado di prevenire futuri ricoveri.

Gli autori concludono che erogare incentivi finanziari alle strutture ospedaliere sulla base dei tassi di riammissione potrebbe penalizzare non poco gli ospedali più piccoli e di conseguenza aumentare ancora di più le differenze nella qualità dell'assistenza. Questa è la stessa

conclusione a cui arrivano anche Hernandez e Curtis nel loro editoriale. Il lavoro del 2003 dell'Istituto di Medicina "Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care", mette in rilievo proprio il problema delle ineguaglianze: i pazienti di colore ricevono cure nelle strutture che erogano assistenza di qualità più scadente e questo crea un circolo vizioso, poiché una peggiore assistenza in ospedale porta inevitabilmente ad una riospedalizzazione. A tale proposito è importante che gli incentivi finanziari alle strutture sanitarie tengano conto, oltre che dei parametri di tipo strutturale e sanitario, anche di variabili di tipo socioeconomico. Solo un nuovo sistema di assistenza sanitaria, che tenga in considerazione la qualità dell'assistenza correlata alle variabili demografiche, strutturali e sociosanitarie, potrebbe ridurre le disparità e i miglioramenti nella qualità potrebbero essere condivisi da tutti, nessuno escluso.

*Letizia Orzella*

# Health Technology Assessment È UNA PAROLA.

A chi compete, in che consiste, a che livello svolgerlo, con quali strumenti.

Guarda le interviste su **CARE Online**

www.careonline.it

Marco Marchetti

Tom Jefferson

Andrea Messori

Marina Cerbo

Alessandro Liberati

Gerardo Mancuso



HTA: l'importanza del lavoro di squadra

La complessità dell'HTA

HTA a braccetto dell'EBM

Verso una cultura dell'HTA

Health Technology Assessment in Italia

Educare alla valutazione