

Dalla Letteratura

A CURA DI NATANGELO R.

IL TASSO DI MORTALITÀ STANDARDIZZATO È UTILE PER VALUTARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NEGLI OSPEDALI OLANDESI

(Jarman B, Pieter D, Van der Veen AA, Kool RB, Aylin P, Bottle A, Westert GP, Jones S. The hospital standardised mortality ratio: a powerful tool for Dutch hospitals to assess their quality of care? *Qual Saf Health Care* 2010;19:9-13)

Questo è quanto si afferma dopo che in Olanda è stato introdotto il calcolo del tasso di mortalità ospedaliera standardizzato (HSMR = *Hospital Standardised Mortality Ratio*) per l'analisi della frequenza della mortalità del singolo ospedale – mortalità messa a confronto con la media nazionale. Il metodo ha impiegato i database amministrativi ordinari che sono disponibili su base nazionale negli anni dal 2005 al 2007. Sono stati inclusi nel calcolo soltanto i gruppi diagnostici che hanno portato all'80% dei decessi. Il calcolo viene corretto per un certo numero di fattori (*case-mix*) che influiscono sul rischio di morte in ospedale, come l'età, il sesso, la diagnosi principale, la lunghezza del ricovero, le *comorbidità* (indice di Charlson), lo stato sociale, il mese di ricovero e le sue modalità (urgente o di elezione). Il modello di regressione statistica impiegato è stato adattato per ogni gruppo CCS (che sono 259 gruppi del sistema di classificazione clinica derivato dai codici ICD-9) separatamente per dare origine ad un rischio atteso di morte per ogni paziente. L'HSMR è derivato dalla somma delle morti osservate poste a confronto con i rischi attesi per i gruppi CCS. Il rendimento statistico del modello impiegato è stato misurato mediante la probabilità di assegnare un maggiore rischio a un paziente morto, selezionato a *random*, a confronto con un paziente (sempre selezionato a *random*) che è sopravvissuto. Un valore di 0,5 suggerisce che il modello ha una probabilità di predire la morte non superiore al caso. Un valore di 1 suggerisce un potere discriminante perfetto. In generale valori superiori a 0,75 indicano una buona discriminazione.

Nei 65 ospedali nei quali è stato calcolato, il modello si è dimostrato utile a predire il rischio di morte di un paziente con un valore predittivo di 0,91. L'indice del HSMR dell'ospedale con il valore più elevato è risultato di 2,3 volte il HSMR dell'ospedale con il valore più basso.

I dati dei HSMR si possono utilizzare in combinazione con gli *audit* clinici. In tale modo si possono selezionare e studiare i pazienti che muoiono in ospedale pur avendo un rischio di morte relativamente basso.

In conclusione gli Autori sono del parere che la mortalità complessiva, così come la mortalità dei singoli gruppi diagnostici, può essere monitorata con l'impiego di carte di controllo di processo statistico, allo scopo di porre attenzione a possibili problemi di qualità dell'assistenza.

L'impiego di dati di routine in un modello standardizzato e robusto - tale da comprendere tutti gli ospedali con più di circa 100 morti l'anno - può considerarsi un buon punto di inizio per ottenere il miglioramento dei risultati di assistenza negli ospedali olandesi. È soltanto un inizio, perché bisogna considerare che l'HSMR si basa sui dati amministrativi per misurare la *performance*. Tali dati catturano bene i fattori demografici, evidenziano le *comorbidità* ma non misurano la severità della malattia principale e delle *comorbidità* stesse.

DIFFICILE, MA INDISPENSABILE, RAGGIUNGERE UN CONSENSO SU COME VALUTARE GLI INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

(Danz MS, Rubenstein LV, Hempel S, Foy R, Suttorp M, Farmer MM, Shekelle PG. Identifying quality improvement intervention evaluations: is consensus achievable? *Qual Saf Health Care* 2010;19:279-283)

Trarre insegnamenti su come migliorare il più possibile la qualità dell'assistenza è un'esigenza sempre crescente. Le organizzazioni sanitarie sono spinte a migliorare l'erogazione dei loro servizi ogni giorno. Tutto questo ha indotto tali organizzazioni a condurre un cospicuo numero di interventi di miglioramento della qualità, talvolta con un cospicuo impiego di risorse.

Precisiamo che per **intervento per il miglioramento della qualità** si intende ogni sforzo volto a cambiare/migliorare la struttura clinica, il processo e/o i risultati dell'assistenza per mezzo di un cambiamento organizzativo o strutturale. Purtroppo, l'approccio metodologico e i risultati di queste indagini sono altamente variabili. Bisogna fare uno sforzo ulteriore: soltanto identificando e classificando le ricerche più importanti si possono migliorare le possibilità che queste indagini siano veramente utili. Serve una rete di metodi di revisione che identifichi *l'**efficacia pratica** (cioè l'efficacia comparativa dell'intervento a confronto con un intervento alternativo o l'assistenza comunemente prestata), *l'**impatto** (cioè il grado per cui l'intervento dia luogo nel tempo ad un cambiamento di risultati importante sia per i pazienti che per la stessa organizzazione) ed *il **successo** (ovvero il grado in cui vengono raggiunti gli obiettivi degli interventi per il miglioramento della qualità).

La revisione dei metodi di prova è stata condotta con un'ampia analisi della letteratura. Tre coppie di revisori qualificati hanno indipendentemente dato un punteggio a 22 articoli, selezionati *ad random* dalla lista degli articoli apparsi su dieci riviste scientifiche tra gli anni 2005 e 2007. Successivamente si sono valutati il Kappa statistico e la percentuale di accordo raggiunta nell'identificare le valutazioni empiriche degli interventi per il miglioramento della qualità, l'applicazione o i risultati. La percentuale di accordo tra revisori ha raggiunto il 73% (con un Kappa invece basso 0,041). Nei casi di disaccordo tra revisori (6 articoli) sono stati chiamati a dare la loro opinione 12 soggetti (*stakeholders*) interessati al funzionamento della sanità, tra cui esperti della qualità ed editori di giornali. La discussione tra revisori qualificati e *stakeholders* - sulla possibilità di migliorare l'accordo - si è concentrata su tre sezioni controverse degli articoli esaminati: sulla mancanza di dati circa la salute del paziente, sul comportamento del fornitore di assistenza o sul risultato del processo di cura; inoltre riguardava l'assenza di prove di adattamento di un intervento al contesto locale e infine la presenza di un disegno che impiegava soltanto metodi osservativi, come le analisi delle correlazioni, senza gruppi controllo.

Per muoversi in avanti, il campo del miglioramento ha bisogno di sviluppare e testare una tassonomia che si possa generalizzare per tutte le pubblicazioni inerenti gli interventi per la qualità dell'assistenza; a ciò si deve associare un flusso di approcci investigativi che guidi il ricercatore dalla scienza alla pratica.

I CLINICI, QUANDO PER LA CURA DI UN PAZIENTE NON SEGUONO LE LINEE GUIDA, LO FANNO QUASI SEMPRE APPROPRIATAMENTE

(Persell SD, Dolan NC, Friesema EM, Thompson JA, Kaiser D, Baker DW. Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 2010;152:225-231)

Alcuni sistemi elettronici di registrazione dei dati clinici, quando un ordine o una prescrizione del medico non coincide con le linee guida per la qualità su quell'argomento, avvertono automaticamente della diversità, e danno la possibilità ai medici stessi di indicare se quella situazione rappresenta per loro un'eccezione alle linee guida.

Un gruppo di ricercatori, sovvenzionati per un progetto della AHRQ, hanno preso in esame 650 situazioni nelle quali il medico indicava appunto che l'azione intrapresa era da considerarsi un'eccezione alle linee guida. Gli studiosi trovarono che un totale del 94% delle eccezioni erano appropriate, 3% erano inappropriate e un altro 3% erano di appropriatezza incerta. La conclusione è quindi che quando i clinici indicano che le loro azioni sono eccezioni alle linee guida, per la maggior parte dei casi i loro giudizi sono corretti.

Per scendere nei particolari, si trattava di uno *studio osservazionale*, condotto nel tempo di sette mesi in un centro medico appartenente alla Northwestern University di Chicago e l'istituzione di appartenenza non retribuiva i clinici per la loro performance della qualità. Il gruppo di revisori ebbe l'incarico di giudicare le eccezioni a 16 misure di qualità nel campo di tre malattie croniche (coronaropatia, scompenso cardiaco, diabete mellito) e a 5 azioni di prevenzione e *screening* (*screening* mammografico per la neoplasia mammaria, *screening* per il carcinoma della cervice uterina e per il cancro del colon, vaccinazione pneumococcica, *screening* per l'osteoporosi e suo trattamento farmacologico). I revisori trasmisero un *feedback* direttamente ai medici nei casi in cui l'eccezione clinica era stata giudicata inappropriata e diedero raccomandazioni per un cambiamento.

Il sistema originale di strumenti per un supporto alle decisioni cliniche messo a punto da questi ricercatori ha il vantaggio di rispettare il giudizio del medico su ciò che è meglio per il singolo paziente e rende possibile registrare quella informazione in un EHR (*Electronic Health Record*) durante il flusso di lavoro di routine. In questo modo, vengono date ai clinici più accurate misure della loro *performance*, si rende più preciso il successivo supporto per la loro decisione e si fa in modo che il *razionale* per deviare dalle linee guida sia chiaramente visibile ai medici ed applicabile nella pratica.

SEGUIRE DI PIÙ LE MISURE PER RIDURRE LE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO RAGGIUNGE LO SCOPO DI DIMINUIRE LE COMPLICANZE POSTOPERATORIE?

(Stulberg JJ, Delaney CP, Neuhauser DV, Aron DC, Fu P, Koroukian SM. Adherence to Surgical Care Improvement Project Measures and the association with postoperative infections. *JAMA* 2010;303:2479-2485)

Il "*Surgical Care Improvement Project*" (SCIP) è stato lanciato nel 2006 su base nazionale in US con l'intento di ridurre del 25% nel 2010 il tasso di complicanze nell'ambito della chirurgia. Nove di tali misure sono riportate pubblicamente e ben sei di esse riguardano la prevenzione delle infezioni postoperatorie. L'adozione di esse si basa su ricerche che attestino la loro efficacia. Gli sforzi per ridurre le infezioni del sito operatorio sono importanti: tale complicanza provoca una significativa morbidità ed un ulteriore impiego di risorse. Dopo una elaborazione, i dati sono riportati sull' "*Hospital Compare Web Site*". Malgrado il grande sforzo e l'impiego

di risorse per la loro applicazione, fino ad ora non si sono intraprese ricerche su larga scala al fine di valutare la loro efficacia pratica nel migliorare i risultati (*outcomes*) nella routine della pratica clinica.

È partita quindi una ricerca che interessava quasi 500.000 pazienti sparsi su tutto il territorio degli US e ricoverati in circa 400 ospedali.

In una prima fase si è proceduto ad un confronto sì/no per le singole misure. Nessuna delle singole misure contenute nel progetto si associava significativamente ad una più bassa probabilità di infezioni. Alcuni Autori avevano già rilevato che soltanto le misure aggregate di qualità dell'assistenza sono i migliori indicatori di un'alta qualità.

Successivamente i pazienti sono stati poi suddivisi in due gruppi: 1) S-INF-Core: i pazienti con registrata l'applicazione di tutte le 3 originali misure di prevenzione contenute nel progetto. Esse comprendevano: * la somministrazione di antibiotici per profilassi entro un'ora dall'inizio dell'intervento, * gli antibiotici erano quelli raccomandati per quella specifica procedura, * gli antibiotici erano stati sospesi entro 24 ore dalla fine dell'intervento; 2) S-INF: tutti i pazienti con registrate almeno due misure di prevenzione, che potevano essere le tre nominate sopra riguardanti la profilassi antibiotica ed altre tre che non si riferivano a questo tipo di prevenzione (* processi in relazione al controllo glicemico, * la tricotomia del sito chirurgico, * la normotermia intraoperatoria in pazienti che erano sottoposti a procedure chirurgiche di elezione).

I due gruppi di misure S-INF-Core e S-INF sono stati aggregati in due punteggi composti separati *tutto-o-nulla*. Il risultato era costituito su quanto l'adesione alle misure di prevenzione era in grado effettivamente di predire le infezioni postoperatorie (con l'impiego dei due score composti S-INF e S-INF-Core).

Sono state documentate circa 4.000 infezioni postoperatorie. La misura aggregata S-INF ha predetto una riduzione del tasso di infezioni postoperatorie dal 14,2 al 6,8 per mille dimissioni (Odds ratio corretto: 0,85). La misura descritta come S-INF-Core ha avuto un effetto predittivo nel tasso di riduzione delle infezioni postoperatorie dall'11,5 al 5,3 per 1000 dimissioni (Odds ratio corretto: 0,86). Entrambi i risultati non sono statisticamente significativi per una inferiore probabilità di infezioni.

In conclusione, l'osservanza di singole misure di profilassi contro le infezioni postoperatorie - che è l'unica forma di performance che viene riportata agli utenti e viene pubblicizzata essere in grado di identificare i centri di eccellenza - non è dimostrato finora si associ ad una significativa minor probabilità delle stesse.

Naturalmente la ricerca ha in sé alcuni limiti di validità. Si è basata sui codici ICD9 di complicanze registrati alla dimissione, la cui accuratezza di rilevazione è stata contestata. Inoltre i dati utilizzati nel programma provengono da un gruppo di ospedali che possono non rappresentare la media degli ospedali statunitensi. Infine l'analisi è imperfetta perché è assente un gruppo di controllo.