

La polmonite? Curatela così

Appropriatezza: un progetto per ottimizzare la scelta del ricovero a Ferrara

di Antonino Cartabellotta,
Alfredo Potena, Stefano Putinati,
Marcello Cellini

Troppo spesso la patologia acquisita in comunità richiede uno spreco eccessivo di risorse che può essere arginato con l'applicazione di un percorso diagnostico-terapeutico concordato con i Mmg.

La polmonite acquisita in comunità - Community acquired pneumonia (Cap) - determina un consistente utilizzo di risorse: elevato ricorso al ricovero ospedaliero, spesso prolungato da giornate di degenza non necessarie, visite nei dipartimenti di emergenza, negli ambulatori specialistici e del Mmg, utilizzo di test diagnostici e di farmaci. La Cap definisce nosograficamente una malattia, ma la sua variabilità prognostica è molto varia: se per un sottogruppo di pazienti la Cap ha un'elevata incidenza di mortalità (sino al 30%), per il sottogruppo a prognosi più favorevole il rischio di mortalità è prossimo allo 0 per cento. Per questi pazienti, il ricovero ospedaliero può essere evitato in condizioni di assoluta sicurezza, sia perché consuma preziose risorse sia perché è un fattore di rischio indipendente nel management delle Cap. Inoltre, consistenti evidenze dimostrano che l'applicazione di un percorso diagnostico-terapeutico nei pazienti affetti da Cap ottimizza l'utilizzo delle risorse senza compromettere i risultati clinici: uno studio controllato e randomizzato, in Canada, ha dimostrato che negli ospedali che utilizzavano un percorso assistenziale si osserva una diminuzione di 1,7 gg. di ri-

covero per paziente. In Italia si assiste a un elevato ricorso al ricovero ospedaliero per pazienti affetti da Cap: a esempio, in Emilia-Romagna, i pazienti dimessi nel 1998 per patologia dell'apparato respiratorio hanno richiesto il 14,4% di tutte le giornate di degenza. Si stima che la percentuale di pazienti ricoverati con Cap sia superiore al 20% di tutti i ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio. Nella provincia di Ferrara, l'analisi dei dati sull'ospedalizzazione delle Cap ha mostrato, negli ultimi cinque anni, un trend in progressivo aumento: i dati di morbosità ospedaliera rilevati nel quinquennio 1998-2002 per i Drg 79, 80 (Infezioni e infiammazioni respiratorie, età superiore a 17 anni, con/ senza complicanze), 89 e 90 (Polmonite semplice e pleurite, età superiore a 17 anni, con/senza complicanze), dimostrano un consistente ricorso all'ospedale (oltre 11.000 giorni di degenza nel 2002).

Obiettivi

Obiettivo generale del progetto qui presentato è la costruzione di un clinical database provinciale che permetta di:

- identificare i pazienti con Cap a basso rischio e stimarne la percentuale rispetto alle classi di maggiore gravità;
- migliorare nei pazienti con Cap, grazie all'Ebm, l'appropriatezza di:
 - setting assistenziale: il ricovero ospedaliero solo per i pazienti a prognosi moderata-severa può assicurare una riduzione di ricoveri superiore al 15%, determinando al tempo stesso un trattamento appropriato e migliorando qualità di vita e soddisfazione;
 - timing di somministrazione antibiotica:

percentuale di pazienti che iniziano il trattamento antibiotico entro 8 ore dall'arrivo in ospedale;

- terapia antibiotica: percentuale di pazienti che hanno ricevuto un trattamento antibiotico conforme alle linee guida;
- test diagnostici: percentuale di pazienti ricoverati che eseguono l'emocoltura prima della terapia antibiotica;
- valutare l'impatto del percorso diagnostico-terapeutico sugli esiti clinici (mortalità a 30 giorni, ricoveri successivi per Cap ecc.), tenendo in considerazione le variabili prognostiche della casistica raccolta;
- migliorare le conoscenze sui costi, diretti e indiretti, delle Cap;
- dimostrare che un percorso diagnostico-terapeutico è in grado di ridurre l'impiego di risorse ospedaliere senza compromettere gli esiti clinici, migliorando al tempo stesso la qualità di vita/soddisfazione dei pazienti;
- monitorare altri indicatori: durata media di degenza, esito clinico in termini di guarigione, complicanze o exitus a distanza di trenta giorni dalla dimissione ospedaliera, percentuale di pazienti precedentemente sottoposti a vaccinazione antinfluenzale e/o anti-pneumococco, qualità percepita dai pazienti.

Al progetto, a dimensione provinciale, partecipano: l'A.O. di Ferrara (dip.ti di Emergenza e di Medicina generale); l'Usl di Ferrara (direzione medica, direzione dei distretti, Mmg); il comitato consultivo misto delle due aziende provinciali; il Gimbe-Gruppo italiano per la Medicina basata sulle evidenze; la Bayer Spa-Settore Sviluppo e Ricerca, Milano.

La valutazione retrospettiva dei dati

Il progetto non può prescindere da un'analisi retrospettiva della situazione epidemiologica di morbosità ospedaliera. Tale analisi è possibile mediante estrazione dei dati dal database regionale delle schede di dimissione ospedaliera. La fonte informativa utilizzata permette l'analisi del-



FIGURA 1. NUMERO DI RICOVERI IN PROVINCIA DI FERRARA

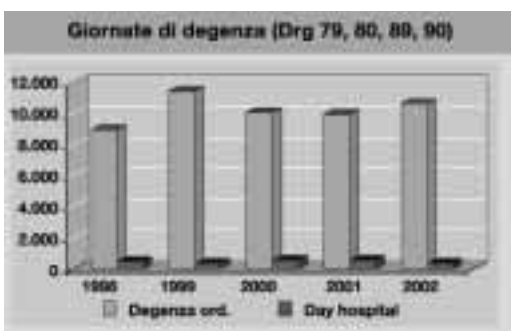


FIGURA 2. GIORNATE DI DEGENZA (DRG 79, 80, 89, 90)

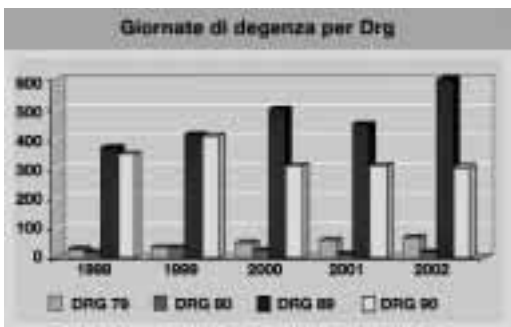


FIGURA 3. GIORNATE DI DEGENZA PER DRG

l'andamento del tasso di ospedalizzazione per patologia nel tempo, consente la scomposizione analitica dei dati per diagnosi principale con la relativa degenza media, offre la possibilità di effettuare valutazioni economiche e garantisce il confronto con gli altri produttori regionali sul fronte dell'appropriatezza dell'uso del sistema ricoveri a parità di tariffa. La realizzazione del progetto prevede la composizione di

TABELLA 1.

LA VALUTAZIONE PROGNOSTICA DELLE CAP. PER ASSISTERE LA DECISIONE RELATIVA ALL'OSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI CON CAP SONO STATI PROPOSTI DIVERSI SISTEMI: IL PIÙ NOTO È QUELLO DI FINE, DERIVATO DALLO STUDIO PORT E SUCCESSIVE VALIDAZIONI, CHE PRENDE IN CONSIDERAZIONE L'ETÀ DEL PAZIENTE, LE SUE COMORBIDITÀ E ALCUNI INDICI DI GRAVITÀ.

CORTE DI VALIDAZIONE				
CLASSE	SCORE	N. PAZIENTI	MORTALITÀ	SETTING ASSISTENZIALE
I	*	3.034	0,1	AMBULATORIALE
II	≤ 70	5.778	0,6	AMBULATORIALE
III	71-90	6.790	2,8	AMBULATORIALE O DAY-HOSPITAL
IV	91-130	13.104	8,2	OSPEDALIERO
V	> 130	9.333	29,2	OSPEDALIERO

In virtù di tale classificazione prognostica il paziente delle prime due classi può essere trattato al domicilio, quello della III classe ammesso in osservazione per le prime 24 ore o seguito in Dh prima di decidere per un'eventuale ospedalizzazione, quelli delle classi IV e V ricoverati in ospedale. Di questi, i pazienti più severi (interessamento multilobare, ipotensione, ridotta ossigenazione del sangue, riduzione della diuresi, necessità di ventilazione meccanica) dovrebbero essere ricoverati in terapia intensiva, mentre i pazienti in condizioni stabili possono essere assistiti in degenza ordinaria.

corrispondenti report per gli anni in cui lo stesso si svilupperà, nonché l'introduzione di tecniche statistiche per l'analisi di eventuali modifiche del tasso di morbosità per Cap legate all'introduzione del sistema di classificazione dei pazienti e all'implementazione dei percorsi assistenziali. Saranno, inoltre, prodotti report analitici a rappresentanza dello studio osservazionale vero e proprio (esiti clinici, uso delle risorse terapeutiche e costi per i deospedalizzati).

La tempistica

A dicembre 2002 il progetto è stato presentato ufficialmente; a gennaio-febbraio 2003 è stato avviato il programma di formazione destinato ai Mmg. Tra marzo 2003 e marzo 2004 è stato previsto l'arruolamento e il follow-up dei pazienti sino a 30 gg. dalla guarigione clinica. Il campione atteso, durante il periodo di osservazione, è di circa 1.000 pazienti adulti di entrambi i sessi, che avranno fornito il consenso al trattamento dei dati, con diagnosi di Cap confermata radiologicamente. Tra aprile e ottobre 2004 analisi e divulgazione dei dati.

La formazione degli operatori sanitari

La necessità di un workshop interattivo in un progetto d'implementazione di linee guida (Lg) risponde a diversi obiettivi strategici: tra gli altri, contribuire alla fase di diffusione delle Lg, poiché coinvolge virtualmente tutti i potenziali utenti della Lg e all'implementazione delle stesse Lg; consentire ai partecipanti di ottenere crediti Ecm: i Mmg partecipanti al workshop hanno ottenuto 1.250 crediti.

Monitoraggio e raccolta dati

I Mmg della provincia di Ferrara, rispettando le normative sulla privacy, raccoglieranno i dati relativi ai pazienti con Cap su schede. I pazienti saranno informati che i dati sulla loro malattia saranno oggetto di studio osservazionale.

Analisi economica

Altro obiettivo è stimare le risorse consumate dai pazienti che, grazie alla stratificazione prognostica, saranno trattati a domicilio invece che ospedalizzati.

L'analisi economica

Costi diretti

Terapia farmacologica e ogni altra terapia connessa alla Cap e alle sue eventuali complicanze, inclusi i fallimenti di terapia e/o la mancata compliance.

- Indagini di laboratorio e strumentali prescritte.
- Ospedalizzazione successiva alla decisione di trattare il paziente a domicilio, e al fallimento della terapia iniziale.
- Visite del Medico di medicina generale (ambulatoriali e domiciliari).
- Visite specialistiche.
- Assistenza non specialistica pagata (tipo, frequenza dell'assistenza e durata) a causa della diagnosi di Cap.

Costi indiretti

- Perdita di giornate lavorative per il paziente.
- Perdita di giornate lavorative per i familiari.

Valorizzazione del costo delle risorse impiegate

- I costi per visite specialistiche, procedure diagnostiche e ricoveri ospedalieri saranno valorizzati alle tariffe applicate nella Regione Emilia Romagna, ovvero ai dati rilevati presso l'Arcispedale Sant'Anna e le altre strutture assistenziali dell'azienda Usl di Ferrara.
- I costi dei trattamenti farmacologici erogati in regime domiciliare/ambulatoriale saranno calcolati moltiplicando la posologia giornaliera in milligrammi per la durata della terapia (rilevate durante lo studio) e quindi per il prezzo di ciascun farmaco in milligrammi, in vigore al pubblico, secondo l'Informatore farmaceutico 2002/03.
- Le giornate di lavoro perdute saranno valorizzate secondo quanto pubblicato nella letteratura economica italiana.
- Tutte le risorse di tipo sanitario entreranno nella valutazione dei costi diretti sanitari e permetteranno di confrontare il costo di gestione dei pazienti domici-

liari vs. i pazienti ospedalizzati, secondo la prospettiva del sistema sanitario.

- La somma dei costi medici diretti, più i costi indiretti permetterà una seconda analisi che consentirà di conoscere il costo di gestione dei pazienti domiciliari vs. i pazienti ospedalizzati, secondo una prospettiva sociale.
- Le analisi saranno effettuate sulla popolazione Itt con l'obiettivo di evidenziare la differenza di costo di gestione tra pazienti ricoverati e pazienti gestiti a livello ambulatoriale/domiciliare per soggetti con diagnosi di Cap a basso rischio. La differenza sarà espressa e analizzata in termini di media e mediana con limiti di confidenza al 95 per cento.
- Sarà effettuata l'analisi di sensibilità per valutare la robustezza della valutazione e dei parametri stimati.

La dichiarazione sui conflitti d'interesse

Lo studio non è disegnato al fine di somministrare alla popolazione dei pazienti in studio prodotti Bayer, ma farmaci suggeriti da linee guida elaborate da società scientifiche, internazionalmente riconosciute e validate per il trattamento delle polmoniti acquisite in comunità. In ogni caso, lo studio prevede che la prescrizione del farmaco sia sotto la responsabilità del medico curante che deciderà liberamente secondo scienza e coscienza. I dati sono di proprietà delle aziende Usl e Arcispedale S. Anna di Ferrara. Saranno valutati ed elaborati a cura del ricercatore che avrà cura di avvalersi della collaborazione di un esperto di statistica sanitaria. La pubblicazione dei dati sarà a cura dei ricercatori che avranno come punto di riferimento unicamente lo steering committee del progetto.

In considerazione del rapporto con la Bayer, che ha accettato di concedere un'erogazione liberale, i dati potranno esserle resi disponibili per un uso legato alle proprie politiche aziendali. Bayer stessa potrà essere interprete principale e riconoscibile di eventi che non dovranno in alcun modo generare conflitto di interessi: in modo particolare la presenza di Bayer non dovrà interferire in tutto ciò che ha rilevanza clinica o che sia tale da condizionare le attività realizzate in occasione degli eventi in cui saranno coinvolti i medici partecipanti allo studio.

Conflitti d'interesse

Il progetto usufruisce di un supporto finanziario da parte della Bayer, ma, nel pieno rispetto degli statement internazionali, ha previsto un'esplicita dichiarazione sugli eventuali conflitti d'interesse, anche in virtù del fatto che alcuni attori coinvolti (Arcispedale Sant'Anna, Gimbe) aderiscono al Cirb, il comitato per l'integrità della ricerca biomedica.

*Per gentile concessione, tratto da:
"Sanità e Management",
Il Sole 24 Ore, giugno 2003.*