



Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2014

“IL FENOMENO DEL REINGRESSO OSPEDALIERO”

Il paziente errante fra i vari ospedali

La prospettiva del DEA dell’Azienda Sanitaria

Luciano Bagnoli



*Il paziente pellegrino
Per scelta o necessità?*

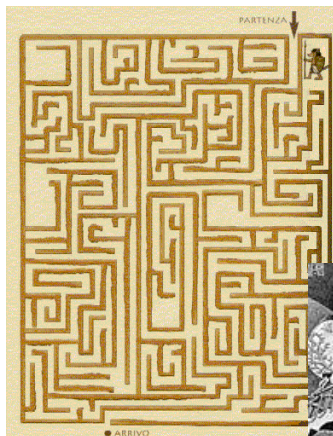


Quanto ci costa?



Ancora esami!

Uscirà dal labirinto?



Con quale esito ?



Le dimensioni del problema in area metropolitana

Non facili da valutare per la difficoltà di accesso al confronto fra i dati dell'Azienda 10 Firenze e quelli dell'AOU Careggi



Le dimensioni del problema

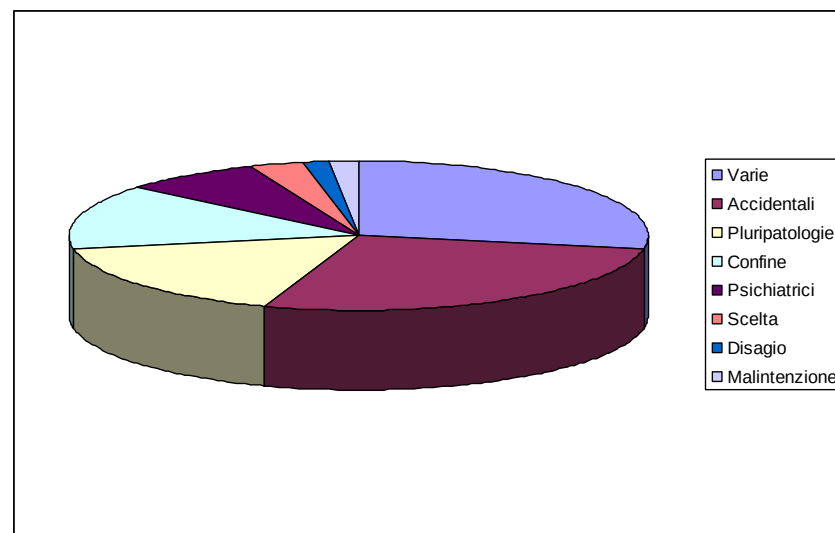
- 500 pazienti nella ASL 10 Firenze
- 20 % in 10 anni hanno accessi in altri ospedali dell'Azienda

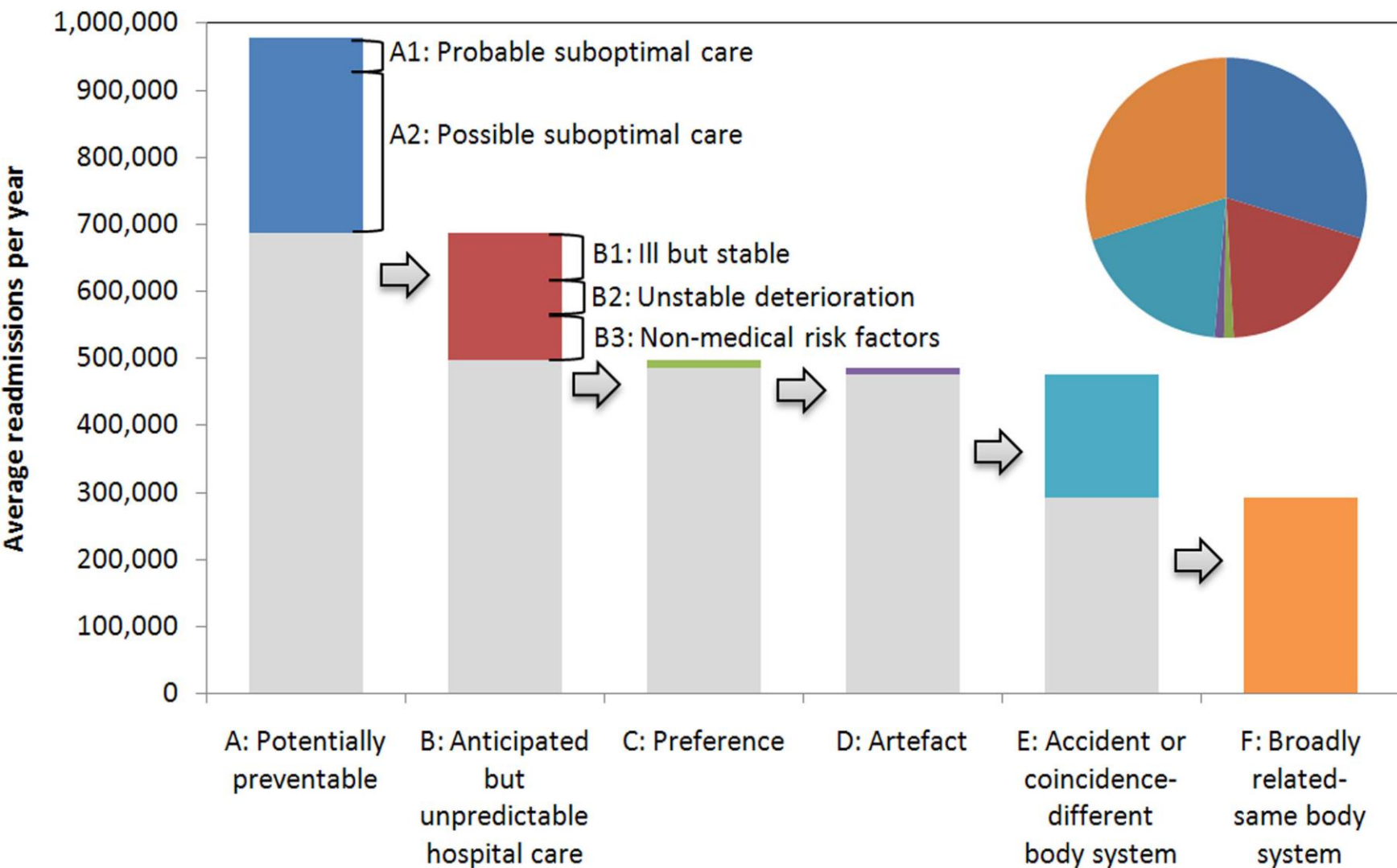
I pazienti sono sufficientemente fidelizzati



I motivi nella desamina dei casi

- 29% per motivi imprecisati
- 29% per cause accidentali
- 14% per confine
- 14% per polipatologia
- 9% pazienti psichiatrici
- 3% sfiducia
- 1% per disagio sociale
- 1% per malintenzione





Categoria A: Cura non ottimale: 29%

Categoria B: Malattie croniche 20%

Categoria C Preferenza del paziente o dimissione volontaria 1%

Categoria D: Artefatti (riammissioni di comodo per completamento o esecuzione esami) 1%

Categoria E: Nuovo evento non correlato al ricovero precedente 19%

Categoria F: Nuovo episodio ex novo della malattia o programmazione del ricovero 30%

I. Blunt EMJ 2014

Le patologie più frequenti

- Cardiopatia ischemica
- Lo scompenso di cuore
- La BPCO
- Neoplasie avanzate
- Fine dei percorsi specialistici
- Episodi accidentali (sincope, traumi, dolore addominale, dolore toracico, deficit neurologico)



Percorsi

Ospedali Aziendali dell'ASL Firenze

Azienda Ospedaliera Careggi

Case di Cura Accreditate

Strutture Specialistiche

Strutture Generaliste



Unità Operative dentro lo stesso Ospedale

Sezioni della stessa Unità Operativa



Possibili cause e possibili soluzioni

Richiesta di altro parere	Migliore comunicazione e cultura
Richiesta di valutazione specialistica o alta complessità	Miglioramento della rete e migliore cultura professionale
Bacini di utenza del 118	Ascoltare preferenze del paziente dove la clinica lo permette
Scelta del curante	Migliorare la comunicazione
Dimissione da altro Ospedale ritenuta impropria	Integrare l'accesso dei dati in rete
Malaintenzione del paziente	Accesso a dati di rete integrati
Disagio sociale	Informazione sui diritti e opportunità e loro miglioramento
Accidentalità dell'evento	Non evitabile

Le conseguenze

- Ancoraggio diagnostico nel nuovo accesso
- Rivalutazione e ripetizione di tutto il percorso
- Percorsi diversi e moltiplicazione di dati clinici non rilevanti per il problema principale che aprono percorsi collaterali poco attinenti
- Informazioni e input diversificati
- Mancanza di notizie da un unico dossier clinico
- Costi elevati



Appropriatezza della riammissione

- La riammissione non è necessariamente il risultato di cattiva qualità nel trattamento Ospedaliero né di una durata di ricovero troppo breve (hanno più incidenza di riammissioni i pazienti con durata di ricovero più breve e più lungo degli standard).
- Fra le riammissioni una metanalisi ha dimostrato che solo una su quattro ammissioni era evitabile

Ian Blunt et al. Emerg Med J 2014



I costi del DRG

- Ogni riammissione genera un DRG che ha un costo soprattutto a favore delle Aziende Ospedaliere
- La stessa diagnosi ha pressochè lo stesso costo quasi sempre con minori risorse impiegate negli accessi successivi per cui più ricoveri moltiplicano il costo non sempre con vantaggi per il paziente quanto a diagnosi e cura
- Dobbiamo quindi penalizzare i DEA nelle riammissioni? Ma sono davvero loro sempre i responsabili? E tutte le riammissioni passano dai DEA?



Costi Economici

In America le assicurazioni non pagano il reingresso a 30 giorni per lo stesso motivo se non se ne giustifica la causa

Specifically, under the new Federal Health Care Law, the Centers for Medicare & Medicaid services will use a 30-day cutoff to start penalizing hospital with higher than expected rates of readmission, starting in 2012, and may ultimately refuse payment for selected diagnosis that occur within this timeframe.

Il problema si pone nelle regioni o nelle condizioni in cui il ricovero è pagato a DRG



Rapporto medico paziente

- Mancanza di legame medico paziente
- Mancanza di un rapporto di continuità e di un tutoraggio
- Spersonalizzazione del rapporto
- Presa in carico limitata al momento di quel ricovero
- Non tutti i medici hanno lo stesso tipo di ragionamento clinico
- Ci sono fra medici differenze di comunicazione e di bioetica



Come evitarlo

- Fidelizzare il paziente
- Allargare il campo visivo dell'ospedale al territorio (ambulatori, day service, day hospital, assistenza domiciliare)
- Fidelizzare il medico curante
- Connessione e integrazione fra i servizi informatici delle cartelle cliniche in ambito metropolitano
- Condivisione dei percorsi diagnostico assistenziali fra Ospedali di maggiore e minore complessità
- Facilitazione dei contatti con le specialistiche dei Centri Hub da parte dei Centri Spoke



Il tutoraggio

Chi è il vero tutor?



- Nel SSN è' il medico di medicina generale il tutor del paziente
- Quali problemi quando si interrompe il tutoraggio in un momento così critico come il ricovero?
- Può essere il medico ospedaliero quando non vede più e non sa più niente del paziente alla dimissione?
- Sempre più spesso è il paziente il tutor di se stesso. Ma allora.....



Proposte

Condivisione dei percorsi medico ospedaliero e medico di medicina generale

Allargare il campo visivo dell'ospedale al territorio
(ambulatori, day service, day hospital, assistenza domiciliare)

Avere il coraggio di provocare e sperimentare:

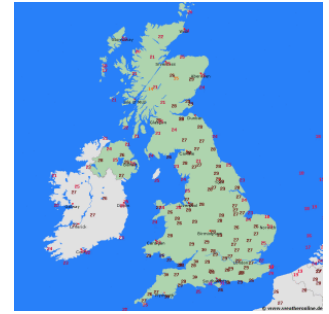
THE PRIMARIST

(The primary care- Hospitalist)

Briones et al. J Hospital Medicine 2010



Your choices in the NHS



If you need to go to hospital to see a specialist, you have the right to choose which hospital you're referred.

This legal right lets you choose from any hospital offering a suitable treatment that meets NHS standards and costs.

You cannot choose:

- *services where speed of access to diagnosis and treatment is particularly important, such as emergency and urgent care*
- *cancer services, which are subject to a two-week maximum waiting time*
- *maternity services*
- *public health services commissioned by local authorities*



Conclusione

Three quarter of readmission could likely be avoided with better care and ***re-engineered Hospital Discharge Program***

Medicare Payment Advisor Commission 2007

Spostare quindi il problema dalla Riammissione alla Dimissione

