



SOCIETÀ MEDICA DI SANTA MARIA NUOVA

L'Ospedale dei Fiorentini



Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2014

VI EDIZIONE

IL FENOMENO DEL REINGRESSO OSPEDALIERO

Progressione della malattia o defaillance della rete assistenziale?

26 - 27 Settembre 2014

Sala Verde - Palazzo Incontri - Banca CR Firenze

Via de' Pucci, 1 - Firenze

Il reingresso in Area Chirurgica

Relatore: Dott. Antonio Giovane

U.O. Chirurgia Genarale Santa Maria Nuova

RIAMMISSIONE

- **Presentare la diagnosi o procedura del ricovero iniziale**
- **Successivo ricovero in emergenza/urgenza (non in elezione)**
- **Intervallo di tempo prestabilito tra la dimissione dopo l'episodio iniziale e l'ingresso per la successiva ospedalizzazione (30 giorni)**
- **Episodio iniziale non concluso con la dimissione volontaria del paziente**

Le riammissioni sono un problema di qualità e sicurezza (1)

- Sono dannose per i pazienti e la loro famiglia
- Costose per il Sistema Sanitario (USA costo riammissione \$ 8000 vs \$ 5000) iniziare a ridurre il fenomeno
- Espongono i pazienti ad un rischio aggiuntivo
- Alcune riammissioni non sono prevenibili (conseguenza di aggravamento di malattia)
- Sono conseguenze di: bassa qualità e sicurezza nelle cure
inadeguata gestione della dimissione
sono prevenibili intorno al 20%-40%

Le riammissioni sono un problema di qualità e sicurezza (2)

Alcune esperienze del paziente durante l'ospedalizzazione ne acquiscono la vulnerabilità

- Deprivazione del sonno
- Alimentazione insufficiente
- Compromissione dei normali ritmi circadiani
- Ripetuti stress emotivi e traumi
- Assunzione di farmaci
- Infezioni
- Disturbi metabolici

**Nuova
Condizione
di
Malattia**

Le riammissioni sono un problema di qualità e sicurezza (3)

“Transizione demografica”---- Età ---- Fragilità

Fragilità: Condizione di elevato rischio nell'anziano ancora autosufficiente, caratterizzata dalla compresenza di diversi fattori fisici, biologici e sociali che possono compromettere la salute e l'autonomia dell'individuo

Sindrome della fragilità: Caratterizzata da diversi fattori ---- Ridotta mobilità, affaticamento, perdita di peso involontaria, riduzione dell'attività fisica, debolezza, alterazioni deficit cognitivi. La fragilità è uno stato biologico dipendente dall'età. Tale concetto è utile in quanto sposta l'ottica da un approccio basato sulla malattia, o sul singolo organo, ad una visione più integrata della salute degli anziani.

Prevalenza nella popolazione: 65-74 aa 4,1%-8,5%; >75 aa 50%

SCOPO: Indicatore di complicanze post-operatorie
Stratificare il rischio chirurgico
Identificare i pazienti che potrebbero beneficiare di procedure preoperatorie e operatorie di riduzione del rischio

Postdischarge complications are an important predictor of postoperative readmissions.

BACKGROUND:

Thirty-day readmissions are common in general surgery patients and affect long-term outcomes including mortality. We sought to determine the effect of complication timing on postoperative readmissions.

METHODS:

Procedures from **2006 to 2011** were included. The primary outcome of interest was 30-day hospital readmission.

RESULTS:

Patients diagnosed with **postdischarge complications** were significantly more likely to be readmitted (**56%**) compared with patients diagnosed with complications before discharge (**7%**, $P < .001$). Independent predictors of postdischarge complications included laparoscopic case, short hospital stay, preoperative dyspnea, and independent functional status. Gastrointestinal complications and surgical site infection were the most common reasons for readmission.

CONCLUSIONS:

The development of complications after hospital discharge places patients at significant risk for readmission. Early identification and treatment of gastrointestinal complications and surgical site infections in the outpatient setting may decrease postoperative readmission rates.

J Am Geriatr Soc. 2013 Jul;61(7):1175-81.

Causes and prevalence of unplanned readmissions after colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis.

ABSTRACT:

Review and meta-analysis of the current literature cause-specific readmission after colorectal surgery of older adults with younger individuals. **11.0%** of all admissions after colorectal surgery resulted in unplanned readmission at 30 days. Bowel obstruction was the most common cause of unplanned readmission, accounting for 33.4% followed by surgical site infection (15.7%) and intraabdominal abscess (12.6%). Several age-related predictors of unplanned readmission were identified, such as poor functional capacity, multiple comorbidities, chronic obstructive pulmonary disease, and discharge to a nonhome destination.

Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review.

BACKGROUND:

Readmissions to hospital are increasingly being used as an indicator of quality of care. We conducted a systematic review of studies that measured the proportion of readmissions deemed avoidable.

METHODS:

All studies published from 1966 to July 2010 that reviewed hospital readmissions and that specified how many were classified as avoidable.

RESULTS:

34 studies. The median proportion of readmissions deemed avoidable was 27.1% but varied from 5% to 79%. Three study-level factors (teaching status of hospital, whether all diagnoses or only some were considered, and length of follow-up) were significantly associated with the proportion of admissions deemed to be avoidable and explained some, but not all, of the heterogeneity between the studies.

INTERPRETATION:

The true proportion of hospital readmissions that are potentially avoidable remains unclear.

JAMA Surg.2014 Aug 1;149(8):759-64.

Evaluation of hospital readmissions in surgical patients: do administrative data tell the real story?

IMPORTANCE:

The Centers for Medicare & Medicaid Services has developed an all-cause readmission measure that uses administrative data to measure readmission rates and financially penalize hospitals with higher-than-expected readmission rates.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS:

Retrospective review of all consecutive patients discharged from general surgery 2009 of 2011. The number of planned hospital readmissions defined by the readmission measure was compared with the number identified using clinical data. Readmissions unrelated to the original hospital stay were identified using clinical data. **MAIN**

OUTCOMES AND MEASURES:

Discordance rate between administrative and clinical diagnoses for all hospital readmissions.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE:

Implementation of this readmission measure may result in unwarranted financial penalties for hospitals.

Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery.

OBJECTIVE:

To determine the overall and complication-related readmission rates within 30 days after ambulatory surgery at a major ambulatory surgical center.

METHODS:

Preoperative, intraoperative, and postoperative data were collected on 17,638 consecutive patients undergoing ambulatory surgery at a major ambulatory surgical center.

RESULTS:

Readmissions occurred within 30 days after ambulatory surgery (readmission rate 1.1%). The complication rate was significantly higher among patients undergoing transurethral resection of bladder tumor (5.7%). No anesthesia-related readmissions or deaths were identified.

Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review.

RATIONALE, AIMS AND OBJECTIVES:

The objective of this systematic review was to identify interventions that effectively reduce the risk of hospital readmissions in patients of 75 years and older, and to assess the role of home follow-up (October 2007-2009).

RESULTS:

Thirty-two clinical trials were included and they were divided into two groups: in-hospital interventions (17 studies) and interventions with home follow-up (15 studies). A positive effect of the intervention evaluated on the readmission outcome was found in three studies from the first group and in seven from the second group.

CONCLUSIONS:

Most of the interventions evaluated did not have any effect on the readmission of elderly patients. However, those interventions that included home care components seem to be more likely to reduce readmissions in the elderly.

Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients.

BACKGROUND:

study identifies factors associated with 30-day readmission after general surgery procedures.

DESIGN:

general surgery procedures 2009 and 2011. Demographics, comorbidities, type of procedure, postoperative complications, and ICD-9 coding data.

1442 patients; 11.3% were readmitted. The most common reasons for readmission were gastrointestinal problem/complication (27.6%), surgical infection (22.1%), and failure to thrive/malnutrition (10.4%). Comorbidities associated with risk of readmission included disseminated cancer, dyspnea, and preoperative open wound ($p < 0.05$ for all variables). Surgical procedures associated with higher rates of readmission included pancreatectomy, colectomy, and liver resection. Postoperative occurrences leading to increased risk of readmission were blood transfusion, postoperative pulmonary complication, wound complication, sepsis/shock, urinary tract infection, and vascular complications.

This

STUDY

Undergoing inpatient

RESULTS:

A composite index for predicting readmission following emergency general surgery.

BACKGROUND:

surgical Apgar score (SAS). The objectives of this study were to characterize 30-day readmissions in emergent general surgery.

CONCLUSION:

As compared with nonemergency surgery patients, emergency surgery patients had a higher readmission rate (11.1% vs. 15.2%, $p = 0.004$).

The

Quasi **1 paziente su 7** dei ricoverati per chirurgia maggiore **viene riammesso** in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione, con tassi più bassi negli ospedali a più elevato volume di attività.

Finora l'attenzione era sulle riammissioni mediche, dove la pianificazione delle dimissioni e il coordinamento delle cure sul territorio non erano sempre ottimali. Ma la dimostrazione che gli alti tassi di nuovi ricoveri erano spesso a carico degli ospedali che curano i più gravi e più poveri solleva la questione se i tassi di riammissione medica non riflettano fattori sociali estranei alle cure.

Nuovi ricoveri e cure chirurgiche: la maggior parte dei pazienti affronta un intervento quando è clinicamente stabile, i ricoveri chirurgici dovrebbero riflettere la qualità delle cure. Ci si aspetterebbe un minor numero di riammissioni negli ospedali di eccellenza chirurgica.

Tassi di riammissione a 30 giorni su 479.471 dimissioni da 3.004 ospedali statunitensi. Sei patologie chirurgiche: bypass aortocoronarico, lobectomia polmonare, angioplastica endovascolare per aneurisma dell'aorta addominale, angioplastica a cielo aperto di aneurisma dell'aorta addominale, colectomia e protesi d'anca.

Le riammissioni variavano tra il 10,5% e il 17,4%, con una media del **13,1%**. Come atteso, i riammessi sono i più anziani, in media 78 anni, con il maggior numero di comorbidità, ipertensione arteriosa in testa. Ma il dato interessante è che gli ospedali a maggiore volume chirurgico avevano tassi di riammissione molto più bassi degli ospedali a minore attività chirurgica, con dati simili per ognuna delle sei procedure. Concentrare l'attenzione sui ricoveri chirurgici può essere un approccio utile per migliorare l'assistenza e le cure riducendo le spese.

ANNUARIO DI STATISTICA SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE MINISTERO DELLA SALUTE

Rapporto SDO 2013

- 10'000'000 di ricoveri; 64'500'000 giornate di degenza
- Calano i ricoveri a rischio di inappropriately ~ 20%
- Riduzione dei ricoveri del 4%; riduzione delle giornate di degenza del 3,6%
- Degenza media per acuti: 7 giorni
- Sono aumentati i ricoveri chirurgici ordinari; sono diminuiti i giorni di degenza
- ~1'000'000 di ricoveri chirurgici ~100'000 riammissioni 11%
- In Toscana, secondo i dati a disposizione dell'ARS per il 2013, tra gli ultra 65-enni le riammissioni non pianificate per qualsiasi causa a 30 giorni dalla dimissione sono state circa il 12%, mentre tra i pazienti maggiorenni il 9,1%. Riammissioni con drg chirurgico 4,3%

3.31 Indicatore C5e: Ricoveri ripetuti

- C5e Ricoveri ripetuti

- C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa 9,10 %

- C5.1e.1 Percentuale di riammissioni con drg medico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa 13,26 %

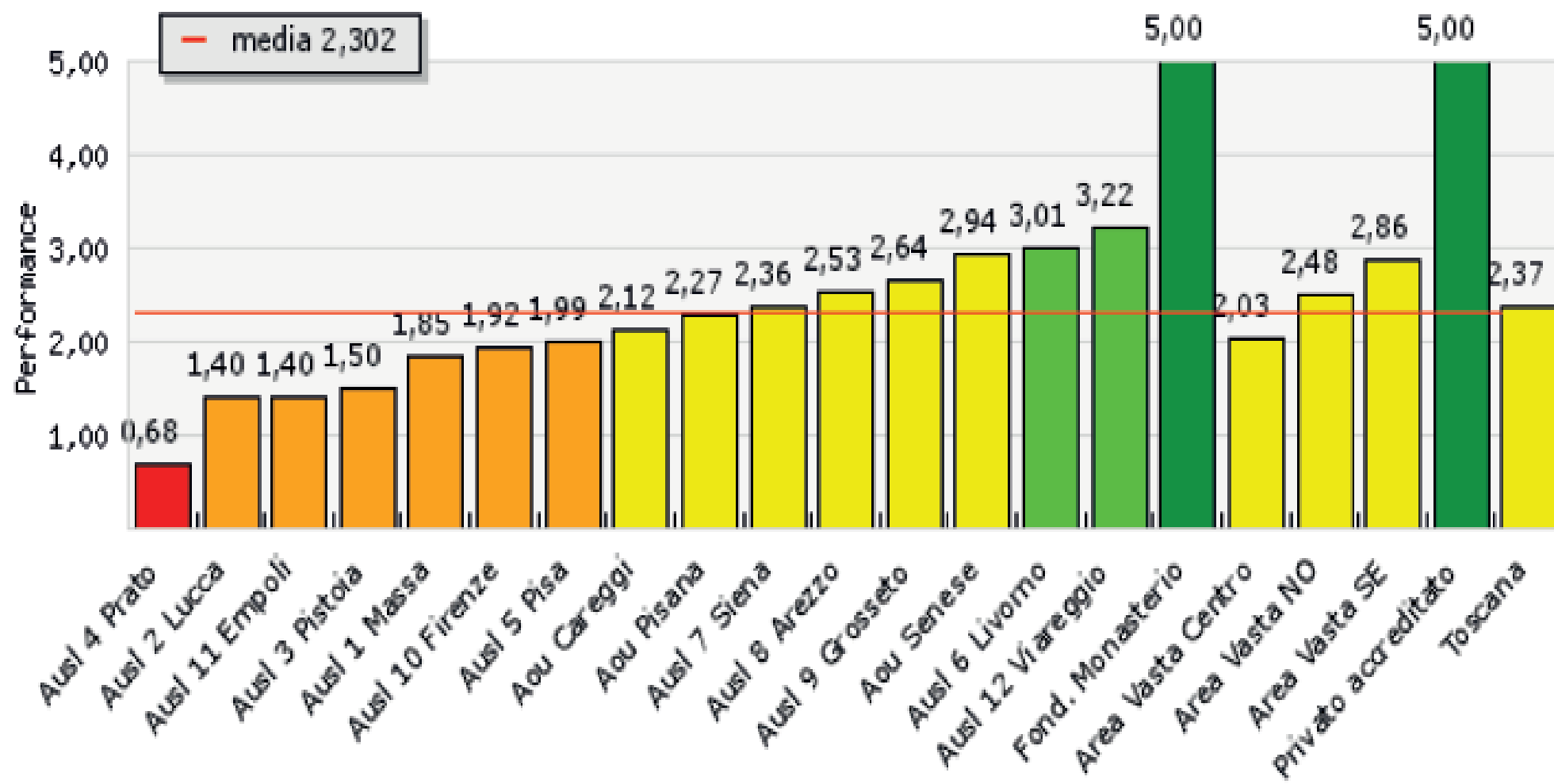
- C5.1e.2 Percentuale di riammissioni con drg chirurgico non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa 4,31 %

- C5.2e Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati

- C5.2e.1 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri medici programmati

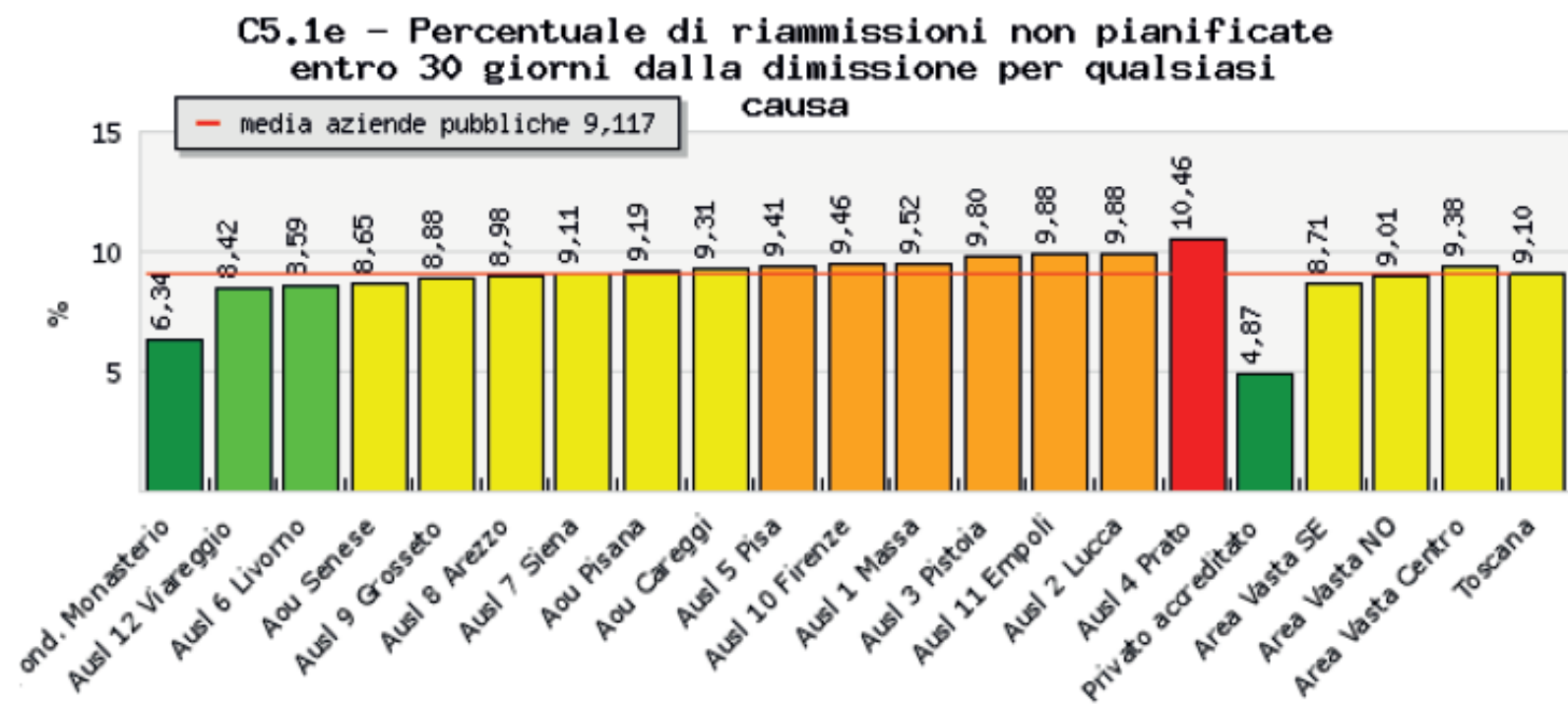
- C5.2e.2 Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ric. chirurgici programmati

C5e - Ricoveri ripetuti



3.32 Indicatore C5.1e: Percentuale di riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa

Un processo assistenziale integrato e in grado di fornire ai pazienti in dimissione dagli ospedali informazioni chiare e precise può ridurre il rischio di essere riammessi in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione . L'indicatore misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato in un ospedale del Sistema Sanitario Toscano entro 30 giorni da quello di dimissione dal primo ricovero, per qualsiasi causa. Si intendono ricoveri pianificati: quelli in riabilitazione o psichiatria; per trattamento medico del tumore; per l'esecuzione di alcune procedure in assenza di condizione acuta (ad esempio interventi di angioplastica non associato a diagnosi di IMA). Tali ricoveri sono esclusi dal calcolo delle riammissioni. Tutti gli altri ricoveri, indipendentemente dalla causa, vengono inclusi nel calcolo. I dati sono elaborati da ARS Toscana e sono aggiustati per comorbidità, sesso ed età. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha dimesso il paziente.



U.O. Chirurgia Generale Santa Maria Nuova

Casistica 2008-2013

6850 pazienti operati

Età media 64 anni (14-108)

2000 > 70 anni (31%)

1000 > 80 anni (15%)

150 > 90 anni (3%)

Le urgenze ~20% (1370)

Patologie trattate in elezione ed urgenza

Patologie esofagee

Patologie gastriche

Patologie del colon-retto

Patologie pancreatiche

Patologie delle vie biliari

Patologie di parete

Miscellanee

Complessità del paziente chirurgico

Patologia di base

Comorbidità (+++)

Età (*sempre più anziani*)

Urgenza

Elezione (*si attua un processo di informazione e comunicazione che ci permette di conoscere meglio il paziente chiedendo collaborazione e condivisione*)

Dimissioni chirurgia

Santa Maria Nuova

→ Casa pz	65%	4500
→ Area medica	20%	1370 pz
→ RSA	10%	685 pz
→ Hospice	5%	
→ Deceduti		
→ Altro		

Risultati

6850 → 45 pazienti sono stati operati entro 30 giorni
→ 0,65%

6800 → 300 rientrano a vario titolo in DEA/Area Medica in un periodo > 30 giorni per essere rioperati
→ 4,1%

Totale 4,7%

Dei restanti 6255 un certo numero (900) ossia il 15% circa, rientrano in Area Medica/DEA per diverse ragioni (stati sub-occlusivi, infezioni sopraggiunte, carente stato nutrizionale, dolore, riacutizzazioni di morbidità preesistenti, difficoltà nella gestione del paziente a casa e/o sul territorio).

CONCLUSIONI (.....)

Per evitare la riammissione questi malati di cosa avrebbero bisogno?

Post acuzie chirurgica

Rappresenta un modo diverso di gestire il ricovero del paziente chirurgico

Costituisce un ponte tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali

Modera le riammissioni ospedaliere

Può ridurre le degenze prolungate nei reparti di chirurgia

CONCLUSIONI (.....)

Creazione di strutture intermedie sul territorio che gestiscano la dimissione del setting ospedaliero e che ottimizzino la presa in carico del malato da parte dell'assistenza territoriale. In pratica un passaggio di consegne tra ospedale e territorio (cure intermedie; continuità di cure; aggregazioni funzionali territoriali; unità complesse di cure primarie; case della salute). Sono un punto fondamentale del nuovo rapporto tra ospedale e territorio, tra momento acuto della malattia con alta intensità di cura, e le fasi di assistenza e di intervento che sono finalizzate alla stabilizzazione del paziente ed al recupero dell'autonomia personale. Proprio perchè ci sono delle difficoltà vissute dopo le dimissioni dall'ospedale accade spesso che ci si trovi al proprio domicilio in una condizione in cui il percorso di guarigione, o comunque di recupero, è ancora fragile.

CONCLUSIONI (.....)

Molte riammissioni in ospedale sono forse collegate a questo deficit, specialmente quando la rete dei supporti familiari e sociali risulta insufficiente ed inadeguata. Si può pensare che si possa creare, nell'ambito della continuità assistenziale, una “struttura ad hoc” per poter cancellare queste criticità.

Nel patto della salute (tra Governo e Regioni) documento attorno al quale si articolerà la sanità fino al 2016 vi è l'input agli ospedali di comunità che servono a ridurre in varia misura i ricoveri ospedalieri. Queste strutture devono coinvolgere i care givers, devono attivare una comunicazione codificata con i medici di medicina generale, devono attuare un migliore impiego delle risorse umane con una conoscenza precoce del paziente, con una migliore collaborazione e condivisione degli obiettivi di cura e devono portare ad una diversa organizzazione nella gestione del paziente.

Anamnesi

a 40aa(1964)isteroannessiectomia per fibroma;a 48aa(1972)Herpes Zoster toracico dx;a 55aa(1979) fratt. rotula sin ed omero dx; a 64aa(1988) operata per alluce valgo sin.;a 66aa(1990)diabete tipo 2;a 68aa(1992)colelitiasi unica;a 70aa(1996)cardiopatia ischemica;a 73aa (1999)carotidopatia lieve dx, moderata a sin; osteoporosi; a 76aa(2000)cedimento di L2 in grave osteoporosi ed artrosi;a 79aa(2003)operata di cataratta Odx; a 80aa (2004)angina instabile in ATS coronarica trivasale e tronco comune; PTCA e stenting coronaria dx, complicata da pseudoaneurisma a.femorale dx;rivascolarizzazione miocardica a cuore battente senza CEC e chiusura breccia a.femorale dx.a 81aa(2005) frattura clavicola dx;a 83aa(2007) resezione ant retto ultrabassa per K colon; colonstomia; a 89aa(2013)fratt.pertrocanterica femore sin, omero sin, branche ileo-ischio pubiche bilat; riduz. cruenta e osteosintesi con chiodo gamma 3 e trattamento incruento con tutore spalla sin; sottoposta a trasfusione di emoderivati. BPCO Scompenso cardiaco e occlusione intestinale.

OPERATION

Signore... Ecco il biglietto del bus! Quando esce dalla sala operatoria, prenda l'autobus alla fermata davanti all'ospedale!!!

