

IL REINGRESSO OSPEDALIERO

La prospettiva del DEA
dell'Azienda Ospedaliera.

Giornate Mediche

di Santa Maria Nuova

26-27 settembre 2014

Relatore Dr Alessandro Morettini

Le riammissioni in Medicina Interna

Abbondante letteratura internazionale
Dati italiani e regionali non noti

**Studio osservazionale su 11.846 pazienti
dimessi da tutte le Medicine Interne della
Toscana con diagnosi di scompenso cardiaco
e polmonite nel 2012**

Background

- Definizione di riammissione (30 – 15 – 60)
- Cenni storici (1984 USA, 270.000 pz)
- Il punto di vista americano: i costi
- Il punto di vista fiorentino: le sensazioni cliniche

Anderson GF et al. Hospital readmissions in Medicare population. NEJM, 1984

Jenks et al. Rehospitalization among patients in the Medicare fee for service program. NEJM 2009 (12.000.000 pz 19%)

CMS Measures maintenance technical report: AMI, HF and Pneumonia 30 day risk standardized readmissione measure. CMS report 2012

Obiettivi dello studio

- Descrivere il fenomeno delle riammissioni in Medicina Interna in Toscana
- Individuare caratteristiche demografiche e cliniche associate ad un aumentato tasso di riammissione: esistono predittori di rischio?
- Proporre interventi per ridurre il fenomeno

Dati forniti dai flussi informativi dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana dalle SDO e dal flusso delle prestazioni farmaceutiche del Servizio Sanitario Toscano (SPF Toscana) in forma anonima e aggregata.

Materiali e metodi

- Studio osservazionale retrospettivo su tutti i pazienti dimessi dalle Medicine Interne della Toscana con diagnosi di scompenso cardiaco e polmonite dal 1/1/2012 al 30/11/2012
 - Misurazione delle riammissioni (metodo CMS)
 - Analisi delle cause di riammissione
 - Analisi univariata e multivariata per stimare il rischio di riammissione in funzione di alcune variabili continue
 - *Durata della degenza*
 - *Età alla dimissione*
 - *Numero di diversi principi attivi assunti nei 12 mesi precedenti*
 - *Numero di ricoveri nei 6 mesi precedenti*
- e di alcune variabili categoriche
- *Comorbidità del paziente*
 - *Procedure eseguite durante il ricovero*

Risultati

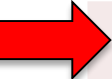


	Pazienti dimessi	Pazienti Riammessi	Tasso di riammissione	Mortalità a 30 giorni
Scompenso cardiaco	7056	1291	18%	12,8%
Polmonite	4790	726	15%	14,5%
Tutte le cause	83.812	12.268	14,6%	

Diagnosi di dimissione	I causa di riammissione	II causa di riammissione	III causa di riammissione
Scompenso cardiaco	Scompenso cardiaco (34,5%)	Insufficienza respiratoria (13%)	Polmonite (5,7%)
Polmonite	Polmonite (19%)	Insufficienza respiratoria (12%)	Scompenso cardiaco (8%)

Tellini M, Petrioli A, Morettini A, "The Revolving Door Syndrome" in Internal Medicine. Article in press. Italian Journal of Medicine 2014

Risultati




Scompenso cardiaco

	OR	P> z
Cardiopatie	1,27	0,03
Mal vascolari	1,17	0,1
Malattie ematologiche	1,21	0,02
 Durata ricovero	1,02	0,000
 Farmaci assunti	1,01	0,000
 Ricoveri precedenti	1,10	0,000

Tempo alla riammissione: 65,7% dei casi tra VIII e XXX giorno dalla dimissione.

Sede di riammissione: 81,5% casi nello stesso ospedale

Polmonite

	OR	P> z
Neoplasie	1,36	0,01
Pregressa PTCA	1,54	0,19
CVC	1,6	0,01
 Durata ricovero	1,02	0,000
 Farmaci assunti	1,01	0,006
 Ricoveri precedenti	1,17	0,000

Tempo alla riammissione: 70% dei casi tra VIII e XXX giorno dalla dimissione.

Sede di riammissione: 80,7% casi nello stesso ospedale

Lo studio RED (Re-Engineered Discharge)

- Processo di dimissione *caotico*
- Lavoro multidisciplinare di analisi della situazione
- Produzione di una check list di 11 punti
- Randomized Controlled Trial su 750 pazienti: Accessi in DEA e riammissioni a 30 giorni sono passate da 166 (45,1% nel gruppo con dimissione tradizionale) a 145 (31,4% nel gruppo dimesso secondo il protocollo RED) (P-value < 0,009). Risparmio di \$ 400 per ogni paziente dimesso secondo il protocollo RED

Jack, B. *An overview of the Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit*. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) 2013.

Manasseh, C. *Implementing an Evidence Based Hospital Discharge Process. Learning from the experience of Project Re-Engineered Discharge (RED)* 2013

La check list personalizzata

- Analisi della situazione nel reparto di medicina interna ad orientamento all'alta complessità assistenziale (OACA 1):

PROCESSO DI DIMISSIONE CAOTICO

- Confronto della situazione attuale con la check list americana del progetto RED
- Creazione di una check list su misura per il nostro reparto

La check list personalizzata

- 1) **Appuntamenti e Follow-up:** creare un apposito spazio nella lettera di dimissione
- 2) **Terapia farmacologica:** illustrare ogni farmaco prescritto, soprattutto se modificato rispetto alla terapia domiciliare
Fornire una tabella riepilogativa chiara, semplice e “su misura”.
- 3) **Contatti con l'ospedale:** fornire nominativi e numero di telefono dell'equipe di medici, reperibili tutti i giorni nella fascia oraria prestabilita
- 4) **Contatti con il MMG:** fornire in tempo reale la lettera di dimissione mediante accesso diretto alla cartella informatica del reparto (ArchiMed)
- 5) **Lettera di dimissione:** motivo del ricovero, terapia da assumere al domicilio, comportamento in caso di cambiamento delle condizioni cliniche, programmazione di esami e visite di follow-up successive alla dimissione

Il protocollo Ca-RED

Obiettivo dello studio Ca-RED

Valutare l'impatto della riorganizzazione del processo di dimissione (utilizzo della check list) in termini di:

1. Riduzione delle riammissioni nei reparti di Medicina Interna e riduzione dei ri-accessi in pronto soccorso a 30 giorni
2. Miglioramento della qualità del lavoro percepita dagli operatori ospedalieri e dai medici di famiglia
3. Soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari

Il protocollo Ca-RED

Prossimi passi

- Modifiche sulla cartella elettronica ArchiMed
- Contatto con i medici curanti e formazione all'uso della cartella informatica
- Adozione della check-list di dimissione per tutti i dimessi dal reparto Medicina Interna
- Studio osservazionale prima-dopo su campioni omogenei di pazienti

Conclusioni

- Impossibilità di selezionare a priori un cluster di pazienti a maggior rischio di riammissione
- Il processo di dimissione attualmente *caotico*
- Standardizzazione del processo di dimissione come strumento per la riduzione delle riammissioni.