

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

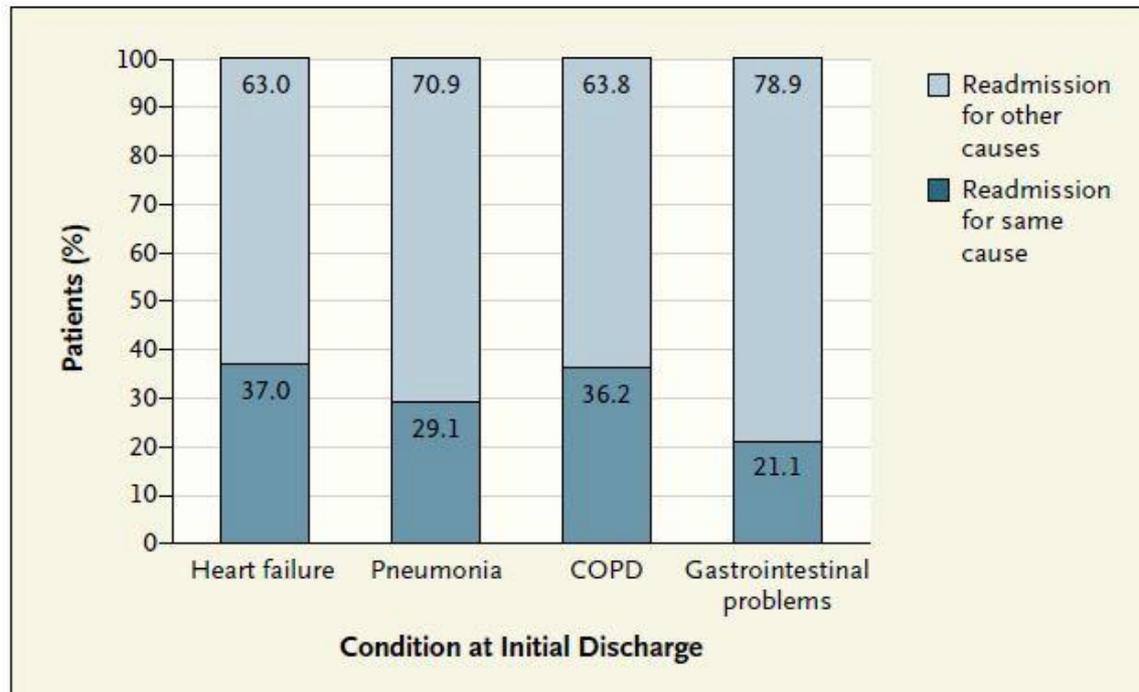
“Quali sono le condizioni che mi portano
a tornare in ospedale?”

Mauro Mugnai



In articoli recenti (*Krumholz H.M. 2013; Dharmarajan K. Et al. 2013*), si evidenzia che un quinto circa dei pazienti ultra 65-enni statunitensi subirebbe un nuovo ricovero nel corso del mese successivo alla dimissione.

La causa della riammissione due volte su tre non sarebbe legata alla diagnosi acuta del ricovero precedente né alla sua gravità, ma da altre condizioni, tra cui infezioni, cardiopatie o patologie polmonari, disturbi metabolici o traumi, incluse cadute.



Proportions of Rehospitalizations for Causes Other Than the Condition at Initial Discharge.

La domanda che scaturisce naturalmente è :

“Perché una parte consistente di pazienti, dopo aver risolto la fase acuta della patologia che ha determinato il ricovero, ritorna in ospedale entro 30 giorni per una motivazione apparentemente diversa dalla precedente?”

La risposta, alla luce dei lavori di vari autori, appare come un paradosso:

Perché sono stati ricoverati in ospedale!

Cioè l'ospedale è inteso come fattore di rischio, per pazienti fragili o vulnerabili e diventati fragili in ospedale, a sviluppare nuove patologie legate ad un generico abbassamento funzionale del sistema immunitario acquisito attraverso una *“allostatic load”* (stress) che determina in un tempo relativamente breve, una condizione di ulteriore fragilità o predisposizione ad ammalarsi.

Una condizione ormai nota e ricordata nelle Linee Guida 2013 della Regione Toscana del Paziente fragile:

“Per la persona fragile l’ospedalizzazione, indipendentemente dalla gravità dell’evento che l’ha determinata, è un significativo fattore di rischio di esiti avversi (complicanze post-operatorie, prolungata degenza, istituzionalizzazione post ricovero). Alcuni autori hanno rilevato che l’ospedalizzazione è un fattore ostacolante il recupero da una condizione accertata di fragilità ed è anche un fattore aggravante della fragilità stessa”.

Ma da cosa è composto questo fattore di rischio ?

I ricercatori americani sottolineano che **alcune esperienze** vissute dai **pazienti durante l'ospedalizzazione** ne **acuiscono la vulnerabilità**.

Durante la degenza, i pazienti vivono uno stato di stress generalizzato dovuto a molteplici fattori che possono influenzare negativamente la fase di recupero.

Al momento della dimissione, i sistemi fisiologici dei pazienti sono alterati, le riserve fisiologiche sono esaurite e il corpo non può efficacemente evitare o attenuare le “minacce” alla salute.

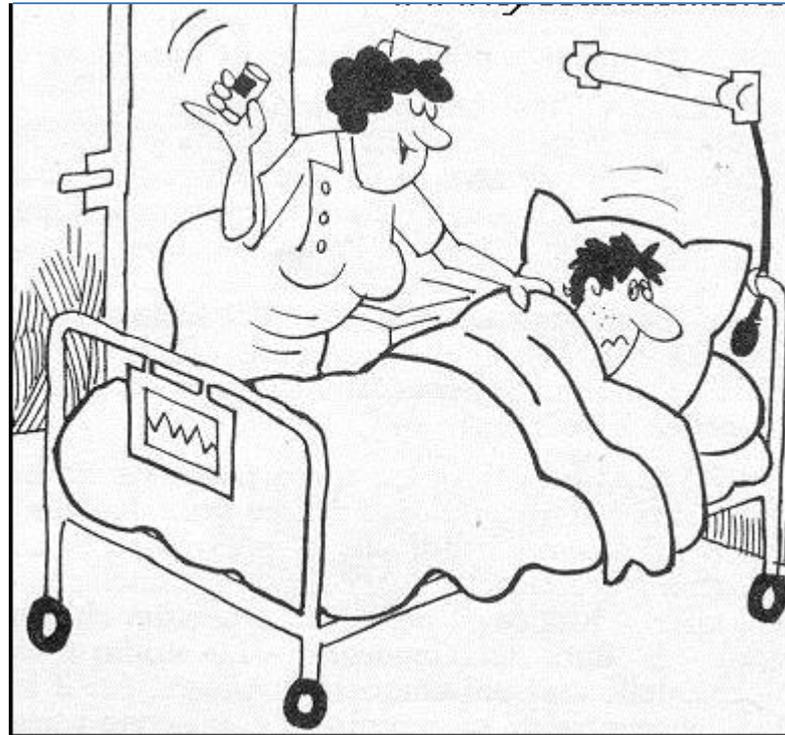
Molti sono i pazienti che presentano alterazioni del ciclo circadiano e disturbi del sonno debilitanti dal punto di vista fisiologico, poiché compromettono la funzionalità del sistema immunitario e interferiscono sulla cascata della coagulazione, favorendo l'insorgenza di problematiche cardiovascolari.

Per questo si parla di “Post-Hospital Syndrome”.

Con un po' di ironia e buonumore vorrei sdrammatizzare il contesto e proporvi una semplificazione del problema.

Dicevo...

Tra queste esperienze vi sono la compromissione dei normali ritmi circadiani e la deprivazione del sonno....



Scusatemi se vi sveglio, ma è ora che prendiate il vostro sonnifero ...

l'alimentazione insufficiente e insoddisfacente...



“Se trova che le medicine fanno schifo, aspetti di assaggiare il cibo!”

i ripetuti stress emotivi....



l'assunzione di farmaci...



Questa esperienza, integrata al normale decorso della condizione acuta che ha determinato il ricovero, può provocare alterazioni fisiche e cognitive tali da “innescare” una nuova condizione di malattia che, nei casi peggiori, può portare ad una successiva ospedalizzazione.

Se, oltre questi disagi , si sommano segnalazioni (rare) di un rapporto umanamente inadeguato con il personale sanitario, è facilmente intuibile che la situazione si aggravi.

Le principali ragioni di insoddisfazione sembrano essere:

- mancanza di empatia e di interesse umano;
- scarso rispetto;
- informazione inadeguata.

Secondo gli autori dell'articolo, da un lato è richiesta maggiore attenzione ai bisogni primari del paziente durante il ricovero, dall'altro accompagnarlo nella fase post dimissioni per facilitarne il recupero.



EFFETTO DOTTOR HOUSE...



Questo studio suggerisce che il percorso verso l'eccellenza, per quanto riguarda i nuovi ricoveri, sia il risultato di un approccio concentrato sul paziente nel suo complesso oltre che sulla causa del ricovero.

“Quello che dovremmo fare per i pazienti è cercare di ridurre il rischio generalizzato complessivo. Questo ci porta ad adottare un nuovo approccio per valutare le strategie per rafforzare i pazienti e per consentire loro di ottenere risultati durante il ricovero e la convalescenza.....”.

Dharmarajan K, Hsieh AF, Lin Z, Krumholz HM, et al. JAMA.

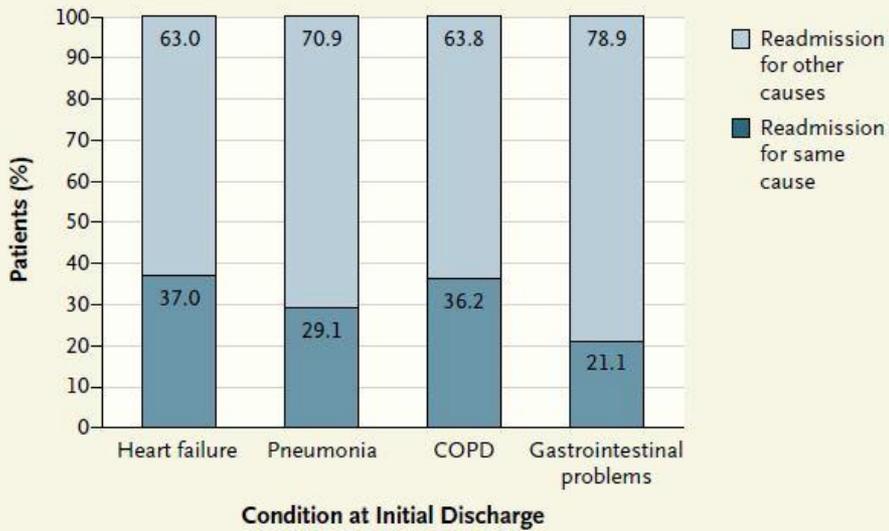
Le riammissioni ospedaliere in Toscana

Lo studio condotto in USA offre lo spunto per un confronto con quanto avviene in **Toscana**. Secondo i dati a disposizione dell'**ARS** per il **2012**, 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 9,5%.

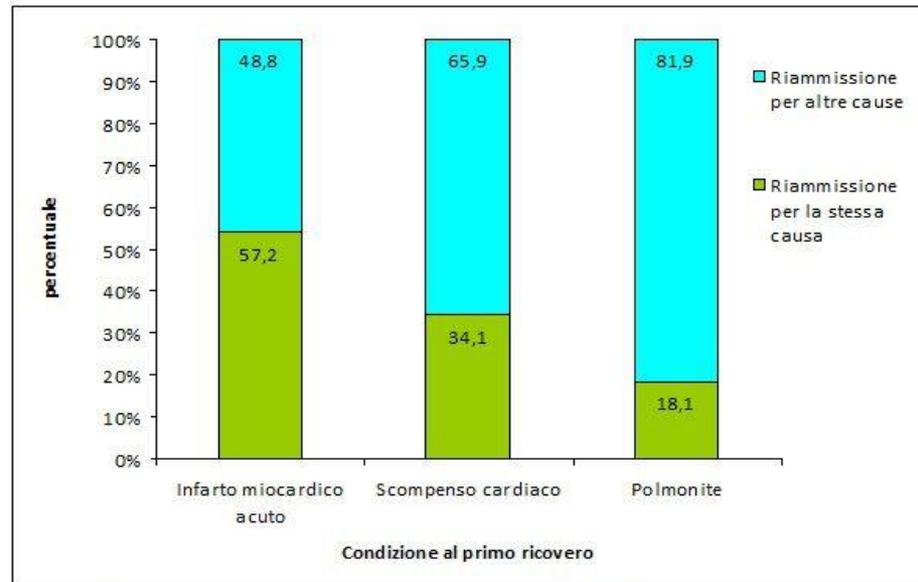
In particolare, le riammissioni hanno riguardato l'11,3% dei pazienti con condizione iniziale di infarto miocardico acuto, il 17,9% di quelli con scompenso cardiaco e il 14,5% degli ospedalizzati con polmonite.

Insomma, i dati toscani sulle riammissioni sembrano più incoraggianti di quelli statunitensi, anche se va segnalato come, solo nel caso dell'infarto, la proporzione di casi con la stessa diagnosi di riammissione sia superiore al 50%.

Negli altri due casi la riammissione più frequente avviene per altre cause (vedi grafico).



Proportions of Rehospitalizations for Causes Other Than the Condition at Initial Discharge.



Percentuale di riammissioni per causa in Toscana, anno 2012

ESISTE VERAMENTE UNA SINDROME POST DIMISSIONI OSPEDALIERE?



La mia esperienza di medico di MG mi ha indotto a pormi questa domanda, perché, se esiste, può presentare aspetti e condizioni estremamente diverse a seconda dell'età del paziente, della sua condizione sociale, della reale presa in carico del medico di famiglia, della gravità della patologia iniziale, ma anche, e secondo me soprattutto, della “consapevolezza” del paziente della propria “fragilità” e della gravità della patologia soprattutto se cronica e soggetta a riacutizzazioni.

I costi delle degenze ospedaliere e la riduzione del numero di posti letto hanno prodotto in molti Paesi la prassi di anticipare le dimissioni, proseguendo a domicilio i trattamenti per cui non è indispensabile la degenza.

È abbastanza ben dimostrato che per certe categorie di pazienti questo non peggiora l'esito delle terapie e consente un risparmio economico, e ci sono pazienti che sollecitano la dimissione o si autodimettono.

Ma altri pazienti sono danneggiati dalla dimissione anticipata, particolarmente dove non esistono sistemi efficienti di assistenza extraospedaliera;

questo i pazienti lo temono e chiedono: *dottore, non mi mandi a casa!*

Nel dilemma dimissione precoce/degenza protratta è frequente che pazienti siano dimessi precocemente **senza garanzie di efficiente assistenza domiciliare.**

Nella mia casistica di pazienti acuti e cronici ho potuto notare infatti che la maggior parte dei reingressi ospedalieri, entro pochi giorni dalla dimissione, riguardavano particolarmente riacutizzazioni della precedente patologia o sintomi che in altre occasioni e tempi non avrebbero fatto prendere la decisione al paziente di recarsi in ospedale.

Certamente questi pazienti possono aver “contratto” la sindrome post-ospedaliera e sviluppare una fragilità maggiore rispetto al primo ricovero, **ma devo ammettere che non è sempre così.**

Pazienti dimessi per patologie anche gravi come Insufficienza Respiratoria o Scompenso Cardiaco e che ho preso in carico in modo particolare alla dimissione, rimanendo in contatto con i colleghi ospedalieri e specialisti, facendo visite periodiche con l'aiuto anche di infermiere di CCM, **erano certamente più fragili** per i motivi accennati in precedenza in relazione allo stress ospedaliero, ma l'evoluzione della patologia li ha resi anche più consapevoli della gravità **e soprattutto più attenti alla sintomatologia e più preparati sulla malattia.**

Un iniziale edema agli arti li allarmava immediatamente, un colpo di tosse in più o un lieve rialzo della temperatura li inducevano (a ragione) a contattarmi subito.

In particolare un paziente C. G. , 75 a.a., affetto da polipatologia (BPCO, cardiopatia ischemica, insufficienza renale cronica, diabete tipo 2), mi ha riferito spesso un reingresso in ospedale...

“Sa dottore sabato mi sono sentito male e sono andato di nuovo all’ospedale”.

Alla mia richiesta di chiarimenti sono venuti fuori una serie di motivazioni (non una sola) in particolare *“nelle mie condizioni preferisco fare accertamenti subito....conosco ormai il reparto e tutti sono gentili con me....se aspetto di fare degli accertamenti fuori mi trovano già morto”.*

Nei vari ricoveri la causa principale clinica era una tosse persistente, dolore toracico , dolore addominale, febbre alta...

Un paziente con BPCO e insufficienza respiratoria (dimesso da una decina di giorni per riacutizzazione della BPCO) ben seguito con dotazione del pulsossimetro (che utilizzava varie volte al giorno), di notte si è recato al DEA perché la % di O₂ era stabile a 92. Aveva in atto una Polmonite.

Certamente più fragile, ma anche più consapevole e attento.

Non solo, alcuni tornano volentieri nello stesso reparto dove sono stati ricoverati, perché hanno trovato efficienza e gentilezza. Insomma fiducia.

Altre volte invece ritornano in ospedale perché convinti di non essere guariti.

“Quando mi hanno dimesso per la polmonite ancora non ero guarito e mi hanno detto di ritornare se avessi avuto bisogno”...

...“Mi hanno dimesso troppo presto. Non ero guarito. Dopo la frattura del femore mi hanno “sballottato” qua e là , ho cambiato 3 volte reparto e in pochi giorni ho visto medici diversi, infermieri diversi, fisioterapisti diversi. Certo il chirurgo dicono che è stato molto bravo, ma poi sono andato in un centro di fisioterapia ... Mi hanno mandato a casa, non mi reggevo sulle gambe, sono caduto di nuovo e sono ritornato all’ospedale”

Lo stress e il senso di impotenza, la mancanza di punti di riferimento stabili e di un percorso terapeutico certo, evidentemente renderebbero chiunque vulnerabile .-

Come ridurre le riammissioni: proposte di intervento

Data per scontata un'assistenza di elevata qualità e sicurezza che risolva o stabilizzi il più possibile la patologia che ha causato l'ospedalizzazione, l'impegno per rendere gli ospedali "meno tossici" diventa prioritario per assicurare al paziente una buona funzionalità fisica e psichica dopo aver lasciato l'ospedale.

La gestione della **dimissione dal setting ospedaliero** deve quindi essere **ottimizzata** per facilitare la **presa in carico del malato da parte dell'assistenza territoriale**.

Un soggetto fragile, in occasione di un ricovero ospedaliero, **potrebbe trovare l'opportunità** della messa a punto di una serie di strategie volte a contenere o far regredire, seppure parzialmente, lo stato di fragilità; strategie che si dovrebbero attuare e sviluppare nell'ambito della successiva assistenza extra ospedaliera.

CONCLUSIONE

Le indicazioni sulla **presa in carico territoriale** proposte dallo studio americano sono peraltro già esplicite nei nuovi indirizzi della Regione Toscana. Con la [delibera della Giunta regionale n. 1235/2012](#) la Regione ha avviato la **riorganizzazione** dei **servizi socio-sanitari**: le **Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)** e le **Unità complesse per le cure primarie (UCCP)** sono state progettate proprio per rafforzare la presenza del territorio nella presa in carico dei pazienti, sia nell'ottica di prevenire le ammissioni inappropriate al Pronto Soccorso che nel ridurre le riammissioni.

Queste strategie sono possibili se nel corso di ricovero si ha la capacità di individuare le problematiche complessive della persona ricoverata, attraverso l'ascolto e l'osservazione, rapportandosi con i familiari e i servizi territoriali, **trasformando il ricovero da momento di rischio a occasione di opportunità per invertire o rallentare il percorso verso l'accentuazione della fragilità.**

“Per fare questo il medico deve interrogarsi non tanto su quale tipo di malattia abbia quel paziente, ma che tipo di paziente ha quella determinata patologia”*.

C'è molta aspettativa.

E' una scommessa che vale la pena di fare.

** Marco Geddes da Filicaia, Alfonso Lagi “L'ospedale e il paziente fragile. Un concetto in divenire: contributo alla riflessione” www.societamedicadisantamarianuova.it*

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

