

Azienda Sanitaria Firenze

Il downgrade assistenziale: strumento efficace per la riduzione del reingresso

Sergio Costanzo

**S. Bandinelli, S. Gangemi, A. Maraviglia, A. Mencarelli
U.O. Geriatria Azienda USL 10 Firenze**





- ❑ I reingressi rappresentano un fenomeno diffuso e di alto impatto economico.
- ❑ Negli USA si registrano percentuali di riammissioni variabili dal 13% (Idaho) ad oltre il 23% (Washington DC), con una media globale di circa il 20% entro 30 giorni e del 56% entro l'anno.
- ❑ Costo stimato delle riammissioni negli USA nel 2004 è pari a 17,4 miliardi di dollari .

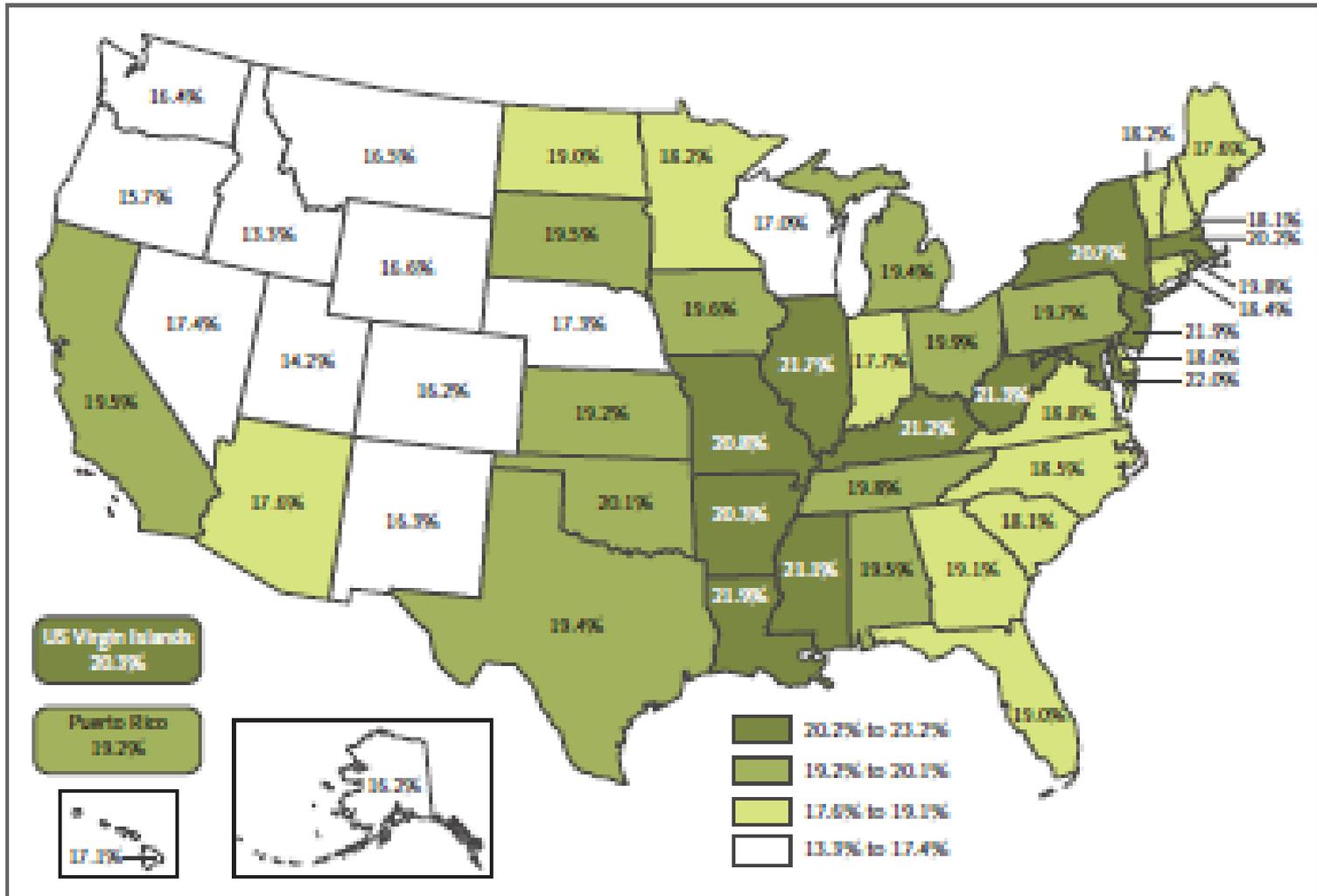


Figure 1. Rates of Rehospitalization within 30 Days after Hospital Discharge.
 The rates include all patients in fee-for-service Medicare programs who were discharged between October 1, 2003, and September 30, 2004. The rate for Washington, DC, which does not appear on the map, was 23.2%.



Ci sono molte differenti ragioni per un più alto tasso di reingressi in certe regioni ed in certi ospedali che includono:

- ❑ Differenze nello stato di salute dei pazienti;
- ❑ Qualità della cura ospedaliera;
- ❑ Pianificazione della dimissione e coordinamento delle cure prima della dimissione;
- ❑ Disponibilità ed efficacia dei servizi ambulatoriali territoriali (community);
- ❑ Tendenza dei sistemi sanitari ad utilizzare l'ospedale come sede privilegiata di cura.



Ospedali ASL 10	Tasso di riammissioni
Età ≥ 18 anni	10,24%
Età ≥ 65 anni	12,27%



Tuttavia il tasso di riammissioni è un dato grezzo, difficile da interpretare dal momento che tassi più elevati possono talvolta rappresentare una cura più efficiente, piuttosto che una dimissione prematura o una scarsa qualità dell'assistenza dopo la dimissione.

Are All Readmissions Bad Readmissions?

TO THE EDITOR: The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) view readmission for any reason after an index hospitalization for heart failure as a sign of poor quality of care. “From the patient perspective, readmission from any cause is an adverse event.”¹ Little consideration has been given, however, to a potential association between readmissions and mortality, an outcome that is of primary interest to medical professionals and the general public.

We examined the association between risk-adjusted readmission and risk-adjusted death within 30 days after hospitalization for heart failure among 3857 hospitals included in the CMS Hospital Compare public reporting database (www.hospitalcompare.hhs.gov) that had no missing data. We used linear regression analysis with restricted cubic splines² (piecewise smoothing polynomials) (Fig. 1). Analysis was performed with the use of R, version 2.10.1 (www.r-project.org), and Harrell’s Hmisc library. A higher occurrence of readmissions after index admissions for heart failure was associated with lower risk-adjusted 30-day mortality. Our findings suggest that readmissions could be “adversely” affected by a

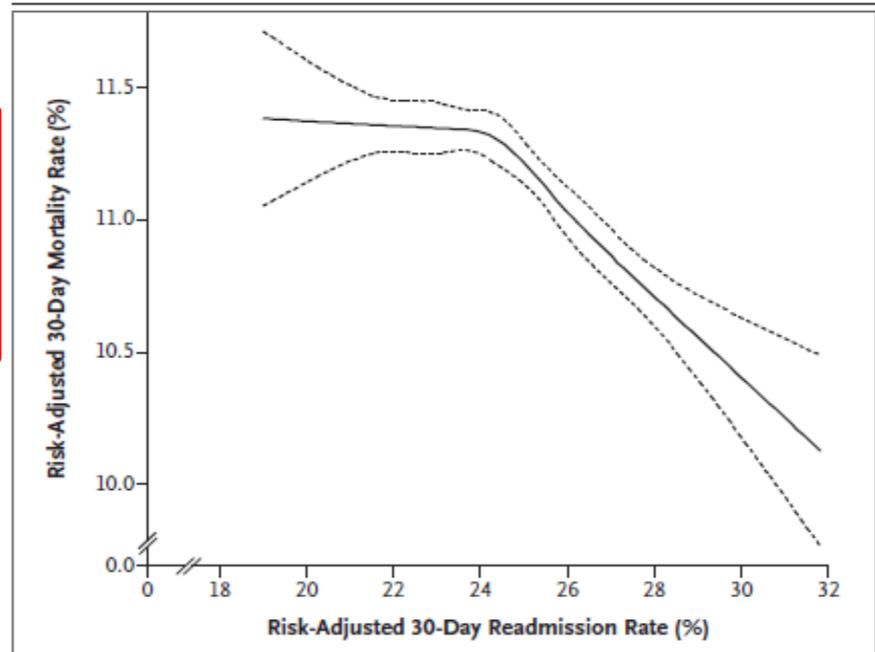


Figure 1. Comparison of Risk-Adjusted Hospital Readmission Rates and Mortality Rates 30 Days after an Index Admission for Heart Failure. The dashed lines indicate the upper and lower limits of the 95% confidence intervals, and the solid line indicates linear regression. Data are from the Centers for Medicare and Medicaid Services Hospital Compare public reporting database.¹



Fattori predittivi per reingresso:

- ❑ Patologia
- ❑ Numero di precedenti episodi di ricovero
- ❑ Durata di degenza
- ❑ Fattori demografici (età, sesso, razza, SSI status,)
- ❑ Presenza di disabilità

Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program



Table 1. Predictors of Rehospitalization within 30 Days after Discharge.^a

Variable	Hazard Ratio (95% Confidence Interval)
Hospital's ratio of observed to expected hospitalizations [†]	1.097 (1.096–1.098)
National rehospitalization rate for DRG [‡]	1.268 (1.267–1.270)
No. of rehospitalizations since October 1, 2003	
0	1.00
1	1.378 (1.374–1.383)
2	1.752 (1.746–1.759)
>3	2.904 (2.498–2.513)
Length of stay	
>2 times that expected for DRG	1.266 (1.261–1.272)
0.5–2 times that expected for DRG	1.00
<0.5 times that expected for DRG	0.875 (0.873–0.877)
Race [‡]	
Black	1.057 (1.053–1.061)
Other	1.00
Disability	1.130 (1.119–1.141)
End-stage renal disease	1.417 (1.409–1.425)
Receipt of Supplemental Security Income	1.117 (1.113–1.122)
Male sex	1.056 (1.053–1.059)
Age	
<65 yr	1.00
65–64 yr	0.983 (0.976–0.989)
65–69 yr	0.999 (0.989–1.009)
70–74 yr	1.023 (1.013–1.033)
75–79 yr	1.071 (1.059–1.084)
80–84 yr	1.104 (1.089–1.119)
85–89 yr	1.123 (1.111–1.136)
>89 yr	1.118 (1.108–1.131)

^a Data are for patients in Medicare fee-for-service programs who were discharged from the hospital between April 1, 2004, and September 30, 2004, and were followed until October 31, 2004. Data were analyzed with the use of the Cox proportional-hazards model. P<0.001 for all variables except an age of 65 to 69 years. DRG denotes diagnosis-related group.
[†] These estimates are standardized.
[‡] Race was determined from MEDPAR files.

Stephen F. Jencks, M.D., M.P.H., Mark V. Williams, M.D., and Eric A. Coleman, M.D., M.P.H.

N Engl J Med 2009;360:1418-28.



- ❑ Piano di trattamento per un'unica malattia trascurando altre patologie di uguale importanza.
- ❑ Mancata comprensione da parte del paziente della propria patologia o del piano terapeutico.
- ❑ Sospensione di farmaci importanti per lo stato di salute.
- ❑ Mancato coinvolgimento dei familiari nella pianificazione della dimissione, benché possano essere i caregiver principali.



- ❑ Insufficiente comunicazione tra i medici relativamente ad un piano di cure coordinate per la dimissione.
- ❑ Prescrizioni errate o incapacità del paziente a seguirle.
- ❑ Contatto troppo dilazionato dopo la dimissione con il proprio medico o con lo specialista (in circa il 50% dei casi i pazienti non avevano avuto un contatto medico nel periodo intercorso tra la dimissione ed il reingresso).



Maggior attenzione alla fase di dimissione:

- ❑ “Riconciliazione terapeutica” ed eventuale prescrizione di ausili;
- ❑ Maggiore coinvolgimento del medico di famiglia e dei servizi territoriali (cure palliative di supporto, interventi domiciliari infermieristici e riabilitativi);
- ❑ Programmazione di adeguato follow up post-dimissione.

Sincerarsi che per ogni paziente dimesso sia programmata prima della dimissione una visita di follow up con un medico, è probabilmente più efficace che tentare di identificare i pazienti ad alto rischio e fissare un follow up solo per loro



- ❑ Incentivi per ospedali e per medici ad un utilizzo efficiente delle cure ospedaliere;
- ❑ Rimborsi ridotti agli ospedali che hanno un tasso di reingressi relativamente alto per certe patologie;
- ❑ Modalità di rimborso che consideri, per condizioni patologiche selezionate, la copertura economica dell'episodio clinico estesa oltre la dimissione, con una valutazione dei costi globale e trasversale ai vari setting di cura e con una redistribuzione almeno parziale delle risorse economiche risparmiate;
- ❑ Registro pubblico dei tassi di reingresso per ciascuna struttura ospedaliera (intervento più controverso).



Una meta-analisi di 18 studi da 8 nazioni ha dimostrato che un piano di dimissione comprensivo di supporto post-dimissione per soggetti anziani con scompenso cardiaco, ha ridotto di circa il 25% la frequenza di riammissione migliorando la qualità della vita dei pazienti.

Phillips CO et. Al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. JAMA 2004; 291:1358-67.



**Il downgrade assistenziale:
strumento efficace
per la riduzione del reingresso ?**



**Probabilmente sì, a patto che il modello sia
sviluppato globalmente così come progettato**



Il setting più adatto per operare gli interventi che hanno dimostrato efficacia nella riduzione dei reingressi potrebbe essere il livello di low care nella sua varia articolazione.



Prescrizioni del Department of Health

I servizi Cure Intermedie devono essere dedicate a :

- ❑ prevenire ricoveri ospedalieri non necessari
- ❑ promuovere la dimissione rapida e sicura dall'Ospedale
- ❑ organizzare la cura vicino al domicilio
- ❑ prevenire la necessità di cure a lungo termine



L'operatività delle Cure Intermedie deve prevedere:

- ❑ valutazione e cure multidimensionali dei bisogni
- ❑ piano di cura individualizzato
- ❑ erogazione di terapie o trattamenti
- ❑ contesto multiprofessionale
- ❑ durata di non oltre 6 settimane



Finalità:

- ❑ Evitare ricoveri ospedalieri impropri;
- ❑ Evitare inappropriately nei tempi di degenza;
- ❑ Limitare l'istituzionalizzazione;
- ❑ **Ridurre ricoveri ripetuti ed accessi inappropriati al P.S.**
- ❑ **Realizzare l'integrazione socio-sanitaria ed ospedale-territorio**

“La persona nel percorso delle cure intermedie”

Maniago 3 aprile 2004

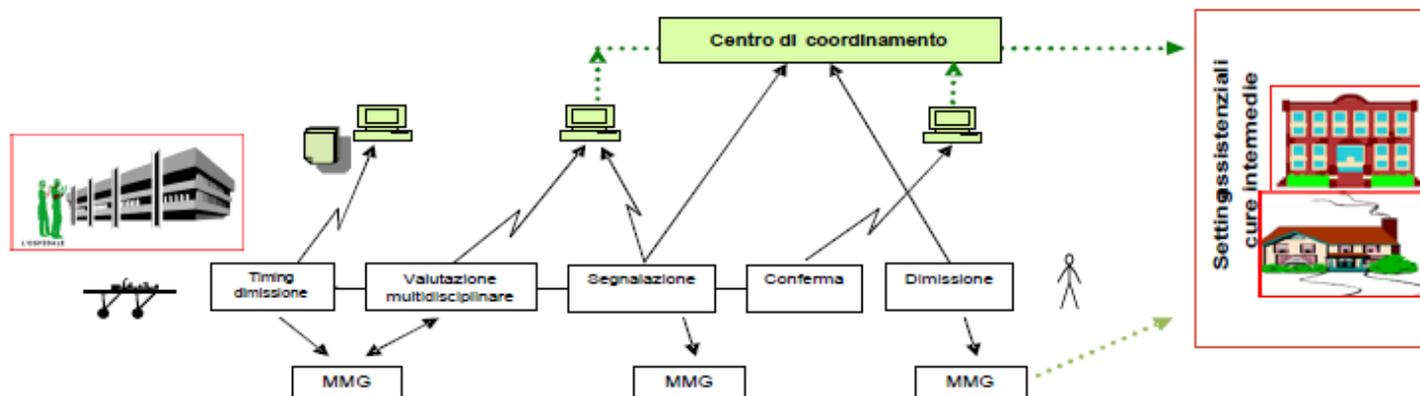
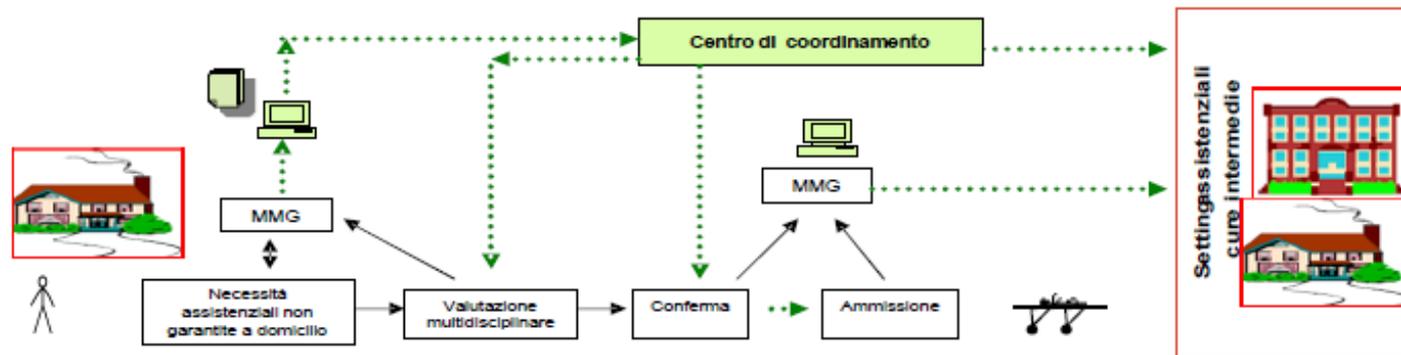
Le cure intermedie: concetti e metodi. Il caso della Toscana

Lorenzo Roti

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana



Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale
Parere 22 del 3 Maggio 2011
Documento “Cure Intermedie”



Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale
Parere 22 del 3 Maggio 2011
Documento “Cure Intermedie”

Finalità

- Evitare ricoveri ospedalieri impropri
- Evitare inappropriata nei tempi di degenza
- Limitare l'istituzionalizzazione
- Ridurre ricoveri ripetuti e accessi inappropriati al PS
- Realizzare l'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio

Popolazione target

- Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico della fase acuta
- Soggetti con bisogno socio-sanitario
- Pazienti che necessitano di interventi di riattivazione funzionale
- Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale (vedi documento su intensità di cure)

Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale
Parere 22 del 3 Maggio 2011
Documento “Cure Intermedie”

Caratteristiche

- assistenza infermieristica sulle 24 ore
- gestione interdisciplinare
- responsabilità clinica medica definita
- disponibilità accertamenti diagnostici in loco o per canali preferenziali
- standardizzazione della documentazione e degli strumenti di codifica e di monitoraggio del percorso
- condivisione strumenti informatici lungo tutto il percorso e tra tutti i professionisti interessati



Sperimentazione di un modello di struttura di degenza a bassa intensità di cure subacute orientata al recupero dell'autonomia funzionale, destinato ad adulti ed anziani, in cui la valutazione multidimensionale indica la presenza di un quadro clinico stabile, ma problematiche socio-sanitarie aperte che rendono impossibile l'immediato rientro a domicilio con possibilità di recupero funzionale.

Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale
Parere 34 del 5 Marzo 2013

**Documento “Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell’ utilizzo corretto
delle risorse ex DGR 1235/2012”**

Modalità di Ospedalizzazione
<i>Alta Intensità (Terapia Intensiva)</i>
<i>Media Intensità (Terapia Subintensiva e Degenza Ordinaria)</i>
<i>Bassa Intensità (in Ospedale o in Clinica Convenzionata)</i>
<i>Cure Intermedie</i>
<i>Ospedalizzazione a domicilio</i>





Obiettivi

- **Evitare ricoveri ospedalieri o accessi al DEA impropri e ripetuti**
- Evitare inappropriatezza nei tempi di degenza
- Limitare l'istituzionalizzazione
- **Realizzare l'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio**



Team Multi professionale

- a) Geriatra: orario diurno e in reperibilità con il reparto di geriatria ospedaliera; ha la responsabilità clinica del pz, collabora con MMG per la dimissione
- b) Infermiere: autonomo e responsabile per le proprie funzioni su percorsi condivisi
- c) Operatore socio-sanitario: supporto alla persona ed all'ambiente
- d) Fisioterapista: Riattivazione/Riabilitazione di tipo estensivo
- e) Assistente sociale: coordinamento degli interventi con i servizi territoriali



Indicatori

- Durata della degenza
- Tasso di occupazione (standard $\geq 85\%$)
- Tipologia di risposta assistenziale in uscita, con valutazione della percentuale di pazienti che rientrano al domicilio (standard $\geq 65\%$)
- Ricoveri ripetuti
- Accessi non programmati al DEA
- Mortalità
- Consumo dei servizi (diagnostica, trasporti)
- Consumo di farmaci e di materiale sanitario



Posti letto	20
N° ricoverati gennaio – luglio 2014	169
Dimessi	155
Giorni di degenza nel periodo	3.565
Degenza Media (gg)	21
Indice occupazione posti letto (standard \geq 85%)	84

Progetto Pietro Thouar



Destino in dimissione	%
Decesso	0,8
Rientro al domicilio (standard $\geq 65\%$)	66,4
RA	0,0
RSA	18,6
Lungodegenza	0,9
Riabilitazione	2,7
Ospedale (PS)	8,8
Altro	1,8
totale	100,0



ARTICOLO ORIGINALE

ORIGINAL ARTICLE

Sezione di Geriatria Clinica

Le cure sub acute fra ospedale e territorio: una nuova opportunità di cura geriatrica

Post hospital sub acute care: a new model of caring through geriatric methodology

S. BOFFELLI^{* **}, A. CASSINADRI^{* **}, F. MERCURIO^{* **}, R. ROZZINI^{* **}, M. TRABUCCHI^{**}

^{*} Ospedale e Fondazione Poliambulanza, Brescia; ^{**} Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Tab. III. Allocazione alla dimissione da una UCSA di 282 pazienti.

	N	(%)
Domicilio:	182	(64,5)
con ADI	51	(18,1)
con badante	65	(23,0)
Ospedale per acuti:	28	(9,8)
programmati	14	(4,9)
riacutizzazioni	14	(4,9)
Riabilitazione:	40	(14,3)
specialistica	17	(6,0)
geriatrica	23	(8,2)
RSA	24	(8,5)
Hospice	8	(2,9)

**Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale
Parere 34 del 5 Marzo 2013**

**Documento “Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell’ utilizzo corretto
delle risorse ex DGR 1235/2012”**

**Costo per
giornata**

Uguale o inferiore ai 119 Euro/die previsto per le “Cure
a Bassa Intensità”



gnostiche e terapeutiche. In base alla maggiore gravità complessiva degli item, l'indice determina un bisogno di assistenza identificato con un punteggio medio da 1 (basso bisogno) a 4 (bisogno severo). La Regione Lombardia identifica il target del reparto nei pazienti con punteggio di grado moderato o moderato-severo (2 o 3), cui corrisponde una diversa quota di rimborso per giornata di degenza: 150 euro/die per la dipendenza moderata, 190 euro/die per quella moderata-severa.



- ❑ Ingresso e presa in carico (valutazione e definizione di Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA)
- ❑ Coinvolgimento del MMG (1° giorno)
- ❑ Condivisione del PDTA con l'assistito (non oltre 48 ore)
- ❑ Attuazione del PDTA
- ❑ Rivalutazione del raggiungimento degli obiettivi (quotidiana)
- ❑ Pianificazione della dimissione con la partecipazione della Agenzia Ospedale/territorio (assistenti sociali/infermieri di comunità)
- ❑ Briefing con l'assistito ed i suoi riferimenti
- ❑ Dimissione con contatti con il MMG



Un singolo intervento non sembra sufficiente a ridurre significativamente il tasso di reingressi.

Gli interventi volti alla riduzione delle riammissioni non pianificate incominciano in ospedale, ma necessariamente proseguono sul territorio dopo la dimissione configurando una risposta di sistema.

L'integrazione ospedale/territorio richiede una reciproca contaminazione tra operatori sanitari ospedalieri ed extraospedalieri (Specialistica ambulatoriale, MMG, Servizi territoriali).

Per casi selezionati l'interfaccia tra ospedale e territorio potrebbe essere rappresentata dalle «transitional care».

Ulteriori studi saranno necessari per dimostrare se l'intervento delle Cure Sub Acute sia in grado di modificare anche gli outcome maggiori (riospedalizzazioni, mortalità).