

CASE STUDY:

Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa | Toscana

Il contesto e la sfida

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa (AOUP) si colloca tra i primi Ospedali italiani con 1.162 posti letto tra ordinari e day hospital e circa 60.000 ricoveri anno con consolidata vocazione chirurgica (55% dei casi).

Ha, data la sua caratteristica di unicità nel territorio, il problema degli accessi al Pronto Soccorso. La degenza media ed il peso medio dei ricoveri urgenti (rispettivamente 7,63 giornate di degenza; 1,12 punti), nell'anno 2017 tendono ad allinearsi alla degenza media (6 giornate) ed al peso medio dei ricoveri calcolati complessivamente (1,17 punti); l'aumento percentuale dei ricoveri urgenti sul numero totale degli accessi al pronto soccorso, pari al 21,07% e sui ricoveri ordinari acuti (38,94%) rendono evidente la maggiore criticità dei pazienti che giungono al pronto soccorso e delle difficoltà delle strutture territoriali nella gestione dei pazienti cronici riacutizzati; la necessità di sviluppare contatti con i servizi territoriali e domiciliari (nel corso del 2017 si è ulteriormente consolidato il progetto interaziendale tra AOUP e Zona Pisana della AUSL Nord Ovest denominato "Continuità assistenziale" per la gestione unitaria ospedale-territorio dei bisogni socio-sanitari del cittadino creando una apposita Agenzia di Continuità Ospedale Territorio - ACOT, come previsto dalla normativa regionale, con personale misto ospedale-territorio inserito nel perimetro aziendale).

E' in questo contesto che l'analisi dei ricoveri ripetuti diventa cruciale.

Del resto il fenomeno dei ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili è un tema strategico non solo per l'uso appropriato ed efficiente dell'ospedale ma anche "per sviluppare modelli organizzativi e clinici condivisi con i servizi territoriali, la AUSL e i Medici di Medicina Generale", come ci ha riportato il Dr. Cristofano della Direzione Sanitaria.



La soluzione 3M

La soluzione 3M PPR (Potentially Preventable Readmissions), indicatore che calcola i ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili e i pazienti a rischio di riammissione evitabile grazie al suo algoritmo che concatena episodi di ricovero con correlazione clinica, è parsa la soluzione più adeguata per affrontare i bisogni dell'Azienda. Ha permesso di definire il fenomeno dei ricoveri ripetuti su un ambito clinico e con un'analisi di qualità e specialistica maggiore rispetto alle analisi di natura "amministrativa" legate ad MDC e DRG ripetuti nel periodo dei 30 giorni.

L'algoritmo 3M restituisce un'analisi puntuale e dettagliata dei ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili e dei relativi ricoveri indice per paziente, presidio, azienda, MDC e DRG (versione CMS e APR-DRG); calcola in automatico i ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili impostando una finestra temporale definita liberamente dall'utente (la più comune è 30 giorni o 15 e 7 giorni) ed esclude alcune condizioni cliniche o anagrafiche (ad esempio, tumori in stadio avanzato, tumori con metastasi, ustioni, diagnosi psichiatriche, neonati, deceduti).

L'indicatore PPR usa le informazioni disponibili sulla SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e oltre 20.000 possibili relazioni cliniche tra i ricoveri dello stesso paziente nella finestra di riammissione selezionata, anche appartenenti ad MDC o DRG diversi.

Tutti i ricoveri sono classificati con il sistema 3M APR-DRG che assegna anche descrittori sulla severità della malattia e rischio di morte, essenziali per stratificare ulteriormente i ricoveri in base al rischio.

L'ambito di sperimentazione

L'ambito di applicazione prescelto in una prima fase è stata l'unità di Geriatria diretta dal Prof. Monzani che rispondeva ad alcuni criteri ben definiti: insiste nel DEA e quindi ha pazienti in urgenza; assiste pazienti complessi nelle fasi di riacutizzazione e con degenza media in linea con quella aziendale (anzi lievemente più bassa); necessità di forti contatti con i servizi del territorio e di continuità assistenziale.

L'analisi condotta

Alcune delle informazioni estratte dal flusso delle SDO dei dimessi dalla U.O. Geriatria nell'arco di 12 mesi (dal 1 luglio 2015 al 30 giugno 2016) rappresentano i dati di partenza per l'analisi dei PPR e dei pazienti a maggior rischio di riammissione entro 30 giorni dalla precedente dimissione.

Dopo aver individuato i pazienti dimessi dall'U.O. Geriatria e seguito tutti gli episodi di ospedalizzazione urgenti e programmati occorsi nel periodo in qualsiasi U.O. dell'Azienda, è stato utilizzato l'algoritmo 3M per escludere i ricoveri non oggetto dello studio e classificare il restante 85% circa per tipologia: ricoveri singoli (vengono definiti come ricoveri non collegati clinicamente a ricoveri precedenti né a ricoveri successivi durante l'intervallo di riammissione o fuori dalla finestra temporale considerata), ricoveri indice che generano uno o più ricoveri ripetuti, ricoveri ripetuti potenzialmente evitabili. A ciascun ricovero oggetto dell'analisi sono stati associati il DRG specifico, il livello di severità della malattia del sistema APR-DRG ed i punteggi ot-

tenuti nelle scale utilizzate nella VMG (valutazione multidimensionale geriatrica) dell'U.O. di Geriatria che inquadrano i pazienti dal punto di vista delle fragilità (cognitive, funzionali, sociali) in modo da completare il quadro clinico.

Confrontando le caratteristiche anagrafiche, i valori delle scale di VMG, la severità della malattia tra i ricoveri indice e i ricoveri singoli si è giunti così ad una prima serie di conclusioni:

- L'**età** dei pazienti, generalmente molto avanzata (media 84,6 ± 7,4 anni), non rappresentava un significativo fattore di rischio;
- La **durata della degenza** si associava ad un incremento significativo progressivo di reingressi. I pazienti con scompenso cardiaco presentavano invece un rischio minimo corrispondente a 5 gg di degenza che incrementava sia per degenze più lunghe che più brevi (andamento ad U);
- Il carico globale di **comorbidità** (CIRS-C) risultava significativamente maggiore nei ricoveri indice, mentre non emergevano differenze significative riguardo la loro gravità (CIRS-S) tra i pazienti con ricovero singolo o indice;
- Il grado di **disabilità** (ADL e IADL), la **malnutrizione** e la gravità del declino **cognitivo** aumentavano significativamente il rischio di reingressi;
- Nell'analisi multivariata, condotta dal Dr. Aquilini del Settore DRG, la **disabilità** (ADL) e la **sepsi** risultavano i più importanti fattori di rischio indipendenti per reingressi;
- Anche il **peso APR-DRG** (severità della malattia) raffigurava un fattore di rischio nell'analisi multivariata;
- Il **trasferimento del paziente c/o una struttura post-acuti** convenzionata incrementava la probabilità di incorrere in un nuovo ricovero ospedaliero, aggiungendosi al livello di complessità e di disabilità;
- I **primi 5 DRG a maggior rischio** di ricovero ripetuto potenzialmente evitabile, analizzando esclusivamente i pazienti con ricovero indice generato in Geriatria, erano: insufficienza respiratoria (17,5%), scompenso cardiaco (15,2%), ictus/patologie del SNC (14,6%), sepsi (12,8%), patologia gastro-intestinale (11,1%), polmonite (8,7%).

Evidenze raccolte

Le conclusioni a cui si è giunti sono state così sintetizzate dal prof. Monzani: "la prima evidenza è quella che la brevità della degenza media non rappresenta un fattore di rischio indipendente di reingressi, ad eccezione del DRG di scompenso cardiaco acuto che presenta caratteristiche specifiche con una degenza ottimale intorno a 5 giorni ed il più elevato indice di reingresso (1,6% rispetto a circa 1,2% degli altri 4 DRG maggiormente associati ai PPR). Questo peculiare trend osservato nei pazienti con DRG di scompenso cardiaco conferma quanto recentemente documentato nella rivista JACC del 2018 in un'ampia casistica ottenuta da Unità di ricovero cardiologiche. L'algoritmo 3M ha posto in luce che "l'unico DRG con associato un significativo rischio indipendente di riammissione potenzialmente evitabile è il DRG 576 di sepsi e questo ci ha indotto a valutare le possibili cause e conseguenti soluzioni del percorso terapeutico intraospedaliero".

Soluzioni

Le soluzioni che sono sorte dall'analisi condotte con i PPR sono state, su questa prima sperimentazione, mirate ad azioni di miglioramento sia sul fronte organizzativo interno sia clinico sia nei confronti di alcune procedure in ambito di servizi del territorio. Per lo scompenso miocardico acuto è stato istituito un ambulatorio dedicato di "follow up" precoce post dimissione che associato ad un trattamento ottimale con degenza contenuta in circa 5 gg consenta una precoce valutazione dell'evoluzione del quadro clinico con conseguente adeguamento terapeutico specialmente nei pazienti con maggiori comorbidità e significativa compromissione funzionale. Per quanto riguarda la sepsi si è provveduto ad ottimizzare il ciclo terapeutico, specialmente in caso di utilizzo di antibiotici ad esclusiva dispensazione ospedaliera, anche utilizzando la struttura di degenza postacuti convenzionata per completare il ciclo di trattamento evitando la sostituzione dell'antibiotico ospedaliero con uno a dispensazione territoriale.

Conclusioni

L'analisi fatta per la Geriatria è stata considerata un valido ausilio per suggerire percorsi clinici rendendo specifico e oggettivo il campo della valutazione dei ricoveri ripetuti. Si è quindi allargato l'analisi ai reparti di Medicina Generale e di Urgenza nel corso del 2018, al fine di entrare nel merito di cluster di pazienti importanti per l'Ospedale e di conoscerne la provenienza (Area Pisana e altri comuni Toscana o fuori regione). I risultati di questa analisi più recente è stata anche condivisa con i Medici di Medicina Generale (MMG) responsabili delle Aree Funzionali Territoriali (AFT) che hanno apprezzato il lavoro e suggerito approfondimenti come quello di aggiustare i risultati in base ad un indice di vecchiaia e stratificare anche per provenienza del ricovero (esempio: su prescrizione del MMG, ecc).

Per il Direttore Generale Dr.ssa Briani: "Lo sviluppo continuo di informazioni di qualità sono la base per avviare modalità di relazione tra l'Azienda Ospedaliera e i Medici di Medicina Generale, i servizi del territorio e l'AUSL per essere in grado di definire nuovi modelli organizzativi di offerta integrata".

Inoltre "l'analisi condotta con elementi condivisi e diffusi, permette di ragionare su temi fondamentali per l'Ospedale quali: il Pronto soccorso, la durata delle degenze, l'utilizzo appropriato dei posti letto avendo presente la continuità assistenziale e la domiciliarità, temi importanti da affrontare nella nostra azione di governo".

L'obiettivo della Direzione Generale è di estendere nell'anno l'analisi dei 3M PPR a tutti i reparti, riconoscendone il valore di analisi, convinti del fatto che dati di qualità e precisione aiutano a prendere percorsi decisionali coerenti e condivisi in ambiti strategici per la Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Pisa.

3M

HIS
3M Italia srl
Via N.Bobbio, 21 - 20096 Pioltello MI
Tel: +39 02 7035.1
www.3mitalia.it