

REQUISITI, CARATTERISTICHE, NECESSITA' DEI PRESIDI CHE RICOVERANO PER ICTUS

Dott. Emilio Duca

Direttore Generale ASL1 dell'Umbria

L'ICTUS CEREBRALE:

- ❑ a livello mondiale: seconda causa di morte
- ❑ nei paesi del G8: terza causa di morte
- ❑ è causa del 10%-12% di tutti i decessi per anno

■ IN ITALIA

- ❑ 200.000 casi di ictus ogni anno (circa l'80% sono nuovi episodi)
- ❑ mortalità a 30 giorni dopo Ictus Ischemico: 20%
- ❑ mortalità a 30 giorni dopo Ictus Emorragico: 50%
- ❑ prima causa di invalidità e seconda causa di demenza con perdita della autosufficienza

RICOVERI per DRG - Fonte SDO Ministero della Salute 2010

Tavola C3 - Primi 60 DRG (versione 24) per numerosità di dimissioni - Ricoveri per Acuti in Regime ordinario - Anno 2009 (Dati provvisori)

RANGO	DRG	DIMISSIONI			% GIORNI DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA	DEG. MEDIA ENTRO SOGLIA	
		NUMERO	%	% CUMUL.				
1	373 M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	315.820	4,3	4,3	2,2	3,5	3,2
2	127 M	Insufficienza cardiaca e shock	194.234	2,7	7,0	3,6	9,1	7,9
3	371 C	Parto cesareo senza CC	192.089	2,6	9,7	1,9	4,8	4,1
4	544 C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	130.254	1,8	11,4	2,9	10,7	9,9
5	359 C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	110.437	1,5	13,0	0,9	4,2	3,9
6	087 M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	104.424	1,4	14,4	2,1	9,7	8,7
7	183 M	Esofago, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	90.315	1,2	15,6	0,8	4,5	4,0
8	430 M	Psicosi	90.015	1,2	16,9	2,7	14,6	12,5
9	014 M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	86.031	1,2	18,1	1,9	10,6	9,6
10	503 C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	83.462	1,1	19,2	0,4	2,2	1,9
11	410 M	Chemiemia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	81.783	1,1	20,3	0,6	3,9	2,8
12	088 M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	72.437	1,0	21,3	1,3	8,5	7,9
13	494 C	Colecistomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	72.422	1,0	22,3	0,6	4,3	3,5
14	125 M	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	64.942	0,9	23,2	0,5	3,5	2,7
15	316 M	Insufficienza renale	63.339	0,9	24,1	1,3	9,8	8,6
16	162 C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	62.967	0,9	24,9	0,3	2,2	1,9
17	524 M	Ischemia cerebrale transitoria	61.907	0,9	25,8	0,9	7,3	6,5
18	089 M	Polemite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	61.634	0,8	26,6	1,5	11,8	10,6
19	467 M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	61.396	0,8	27,5	0,5	3,9	2,7
20	139 M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	59.183	0,8	28,3	0,5	3,9	3,3
21	381 C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	54.763	0,8	29,1	0,2	1,7	1,4
22	184 M	Esofago, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	51.933	0,7	29,8	0,3	3,0	2,7
23	390 M	Neonati con altre affezioni significative	51.288	0,7	30,5	0,4	3,9	3,3
24	243 M	Affezioni mediche del dorso	50.237	0,7	31,2	0,6	6,0	5,4
25	219 C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	49.971	0,7	31,9	0,8	7,6	7,0
26	082 M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	49.410	0,7	32,5	1,1	10,5	9,6
27	225 C	Interventi sul ginocchio	49.391	0,7	33,2	0,3	2,7	2,2
28	311 C	Interventi per via transuretrale senza CC	47.561	0,7	33,9	0,4	4,1	3,5
29	379 M	Minaccia di aborto	47.290	0,7	34,5	0,4	4,4	3,5
30	470 NA	Non attribuibile ad altro DRG	46.616	0,6	35,2	0,5	5,4	5,2
31	203 M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	46.308	0,6	35,8	0,9	9,3	8,6
32	143 M	Dolore toracico	44.763	0,6	36,4	0,3	3,3	2,9

La "DOMANDA" ASSISTENZIALE: Prevalenza e Incidenza del fenomeno

- La **prevalenza** aumenta in relazione all'età, raggiungendo valori tra 4,61 e 7,33 per 100 abitanti nella classe di età superiore a 65 anni (Strong et al, 2005)
- Il **tasso di prevalenza** di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%)
- Si stima che la prevalenza nella popolazione di cittadini sopravvissuti ad un ictus cerebrale sia di oltre 900.000 persone. Un terzo dei sopravvissuti ne riporterà una invalidità tale da restare non autosufficiente per il resto della vita
- L'**incidenza** desunta dai dati di vari studi europei di popolazione, simili dal punto di vista metodologico, è risultata pari ad **8,72 per 1.000** nelle persone di età compresa tra **65 e 84 anni** (Hachinski, 2002)
- I **tassi grezzi di incidenza**, sulla popolazione totale a livello mondiale, variano da **1,3 a 4,1 per 1.000 abitanti**

IL FABBISOGNO (1)

LA DOMANDA ASSISTENZIALE È DIFFICILMENTE QUANTIFICABILE SE NON COME ASSORBIMENTO DI RISORSE

- la **stima è per difetto** si basa sui dati epidemiologici relativi alle schede di dimissione ospedaliera: non comprende coloro che hanno DRG 14 come 2^a o 3^a diagnosi; non sono compresi coloro che giungono in ospedale con evento lieve (TIA)

QUANTE RISORSE?

- Su una popolazione di circa 58.000.000 di abitanti
 - corrisponde a circa 50 posti letto per milione di abitanti, in linea con quanto viene generalmente previsto nelle Linee Guida
 - l'obiettivo a lungo termine è quindi di 6 Stroke Unit di 8 posti letto tra II° e III° livello per milione di abitanti
 - l'obiettivo a medio termine è la realizzazione almeno del 50% di Stroke Unit di II° e III° livello, con la transitoria permanenza di Stroke Unit di I° livello che dovranno gradualmente acquisire il livello superiore

(Quaderni del Ministero della Salute 2010 - Organizzazione dell'Assistenza all'Ictus: le Stroke Unit)

IL FABBISOGNO (2)

QUALI MODALITÀ?

- Questo può essere realizzato attraverso la riorganizzazione delle risorse sanitarie già impegnate nell'assistenza all'ictus acuto, a partire dalle U.O. di Neurologia, ed attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali e riabilitativi integrati
- Allo stato attuale solo il 22% dei pazienti affetti da ictus raggiunge il pronto soccorso entro le tre ore dall'esordio della malattia e solo il 21% di essi ha consapevolezza di malattia
- La risposta del sistema di emergenza territoriale "118" è essenziale in relazione alla trombolisi e ad altri interventi terapeutici che possono essere attuati in una ristretta finestra temporale

(Quaderni del Ministero della Salute 2010 - Organizzazione dell'Assistenza all'Ictus: le Stroke Unit)

Conferenza Stato Regioni 2005:

«Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale ai pazienti con ictus cerebrale»

- E' da rilevare come l'accordo Stato-Regioni non contenesse alcuna valutazione dei costi ma soprattutto nessun obbligo attuativo



- Allo stato attuale le normative regionali in materia di Ictus Cerebrale, fanno emergere un panorama abbastanza variegato, sia nella tipologia e nelle modalità di redazione delle "delibere" ma, soprattutto, in rapporto all'attuazione delle stesse



L'APPROPRIATEZZA

Un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista professionale se:

- è di efficacia provata
- viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la durata giusta
- gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici



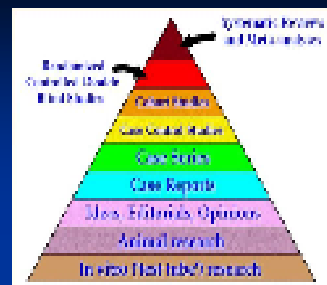
APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato in condizioni tali (setting e professionisti) da consumare una appropriata quantità di risorse



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA



La STROKE UNIT genera:

- la **riduzione della mortalità e della disabilità**, con maggior numero di pazienti dimessi vivi al domicilio
 - La riduzione della mortalità (riduzione del rischio assoluto) del 3%, riduce la dipendenza del 5% e riduce la istituzionalizzazione del 2%. Il beneficio si ha in tutti i tipi di pazienti, indipendentemente dal sesso, età, sottotipo e gravità dell'ictus
- **aspetti qualificanti:**
 - la multiprofessionalità dell'équipe, l'approccio integrato medico e riabilitativo, la formazione continua del personale, l'istruzione del paziente e dei familiari

La STROKE UNIT si configura:

- come **un'area assistenziale** di un ospedale, dedicata e geograficamente definita, che tratta i pazienti con ictus; dotata di personale specializzato in grado di garantire un approccio multidisciplinare coordinato ed esperto al trattamento ed all'assistenza
- come **un'area** ove vi è maggiore **competenza ed appropriatezza** nei trattamenti in acuto, nella prevenzione e cura delle complicanze secondarie, nel trattamento riabilitativo precoce
- **Stroke Unit: livelli di organizzazione**

PROCESSO ASSISTENZIALE

- riduzione delle giornate di degenza



un risparmio in termini di posti letto

Con una degenza media di 8.4 giorni in Stroke Unit, rispetto all'attuale degenza media nazionale di 12.2 giorni, per assistere 129.200 ictus sarebbero richiesti 2.970 posti letto anziché 4.482 con un risparmio di ben 1.512 PL

Adeguati Percorsi

- Assistenziali
- Riabilitativi

Riduzione dei tempi di attesa

Turn over posti letto

- L'**audit** si propone come lo strumento indispensabile per verificare i processi di cura, migliorarli e renderli efficienti ed efficaci nel tempo

UMBRIA



Popolazione residente: 890.000

- Tasso di incidenza per ictus: 2,5/1.000/anno
- Giornate di degenza: circa 29.000/anno

PSR Umbria 1999-2001:

D4 - Assistenza specialistica, ospedaliera e riabilitativa delle cerebrovasculopatie

- organizzazione della Stroke Unit: permette di fare la “cosa giusta al paziente giusto” con miglioramento dell’appropriatezza dell’intervento sanitario
- potenziamento delle strutture esistenti e sviluppo delle competenze
- assicurare percorsi uniformi
- garantire percorsi di accreditamento delle aziende e dei professionisti

PSR Umbria 2003-2005: Lotta alle cardio e cerebrovasculopatie

Declina in maniera chiara ed univoca la necessità di affrontare in maniera integrata e sinergica nel territorio umbro la questione del paziente con ictus: NECESSITA' DI AVERE dell'Unità di Stroke (Evidenze scientifiche Studi SEPIVAC e SEPIVAC 2):

- Necessità di 82 posti letto
- 2 aziende ospedaliere con unità stroke di 2° livello
- 4 aziende USL con unità stroke di 1° livello (8 PL Città di Castello; 6 PL Gubbio-Gualdo; 6 PL Assisi, 6 PL Todi-Marsciano; 8 PL Trasimeno; 8 PL Foligno; 8 PL Spoleto; 6 PL Orvieto; 6 PL Narni-Amelia)
- Personale specializzato dedicato

Si delinea nella regione un nuovo modello non solo assistenziale ma soprattutto organizzativo volto, sia al contenimento della spesa impropria, che al miglioramento del rapporto costo/beneficio delle prestazioni, in quanto basato su solide evidenze scientifiche

PAL 2004-2006 ASL1

- Negli ospedali della ASL nel 2003 sono stati registrati 501 ricoveri per i due DRG principali (14 e 15) riguardanti le cerebrovasculopatie acute
- Il progetto prevedeva l'attivazione delle "stroke unit" nei presidi ospedalieri dell'emergenza-urgenza:
 - OBT generali - ridurre la mortalità, la disabilità e le complicanze intercorrenti per ictus
 - OBT specifici - ridurre i ricoveri impropri, la durata del ricovero e i costi



ASL¹

N° di ricoveri per DRG 14 e 15 presso ospedali ASL1
Confronto anno 2009 - 1° semestre 2010

Anno		2009	2010 (1° semestre)
Istituti Eroganti	Codice Reparto Dimissione		
OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO	cardiologia	1	1
	medicina	37	26
	nefrologia	1	
	neuro-stroke	222	113
	terapia intensiva	2	2
	OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO		263
OSPEDALE DI UMBERTIDE	medicina	25	8
	riabilitazione	1	
	OSPEDALE DI UMBERTIDE	26	8
OSPEDALE DI BRANCA	cardiologia	1	
	medicina	110	8
	neuro-stroke	69	93
	pediatria	1	
	terapia intensiva	3	3
	OSPEDALE DI BRANCA		184
Totale		473	254

IL DOPO STROKE UNIT: obiettivi del percorso riabilitativo

- il **percorso riabilitativo** dopo l'ictus deve avere come obiettivo non solo la gestione delle complicanze dello stroke, ma anche il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti sopravvissuti, con particolare attenzione alle problematiche psicosociali che questa patologia comporta

IL DOPO STROKE UNIT: obiettivi del percorso riabilitativo

- c'è la tendenza a “spingere” i pazienti nelle varie strutture riabilitative, invece di “inserire” il paziente in un percorso che assicuri il miglior trattamento in ogni fase della riabilitazione (logica del “pushing patients” contro quella del “pulling in patients”)
- coinvolgimento costante dei familiari o care-givers nel processo di riabilitazione e informazione completa riguardo lo stroke, le sue conseguenze, le possibilità di recupero e i servizi disponibili sul territorio

IL DOPO STROKE UNIT: obiettivi del percorso riabilitativo

- la condizione ideale dovrebbe prevedere che gli ospedali dove sono attivate le Stroke Unit disponessero essi stessi di reparti di riabilitazione adeguati
- in mancanza, vi è quindi la necessità di convenzionare strutture esterne che ne garantiscano la presa in carico: necessità riabilitative dei pazienti ma anche monitoraggio degli effetti delle terapie internistiche di un certo impegno

“HEALTH CARE CONTINUUM”

- È necessario coordinare le diverse strutture: Pronto Soccorso, Stroke Unit, reparti di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza



- Equità
- Efficacia
- Efficienza
- Appropriatelyzza
- Sicurezza
- Partecipazione

**Miglioramento della
qualità delle cure**