

Gimbe ha valutato le strategie alternative al ricovero ospedaliero per le patologie acute

L'appropriatezza in 4 mosse

L'assistenza può essere efficace e sicura anche in setting meno costosi



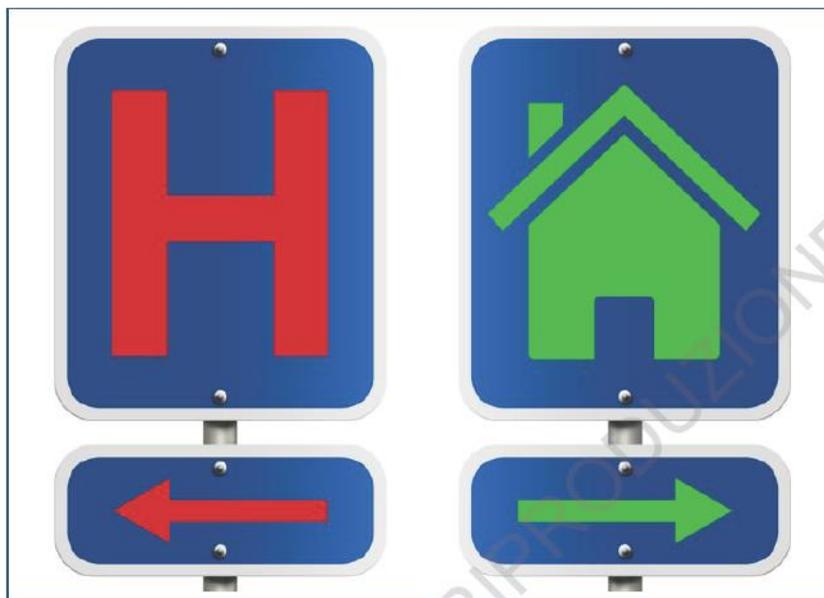
Le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali hanno affrontato il tema dell'appropriatezza nelle due dimensioni principali: l'appropriatezza professionale, ossia la capacità del professionista sanitario di prescrivere/erogare l'intervento sanitario "giusto" al paziente "giusto" nel momento "giusto", e l'appropriatezza organizzativa, ovvero la capacità di assistere il paziente nel posto "giusto" (ospedale, day hospital, ambulatorio, domicilio) in relazione ai reali bisogni di salute e tenendo conto dei costi. Il miglioramento dell'appropriatezza professionale è volto a massimizzare la probabilità di effetti favorevoli (efficacia) e minimizzare quella di effetti avversi (sicurezza), oltre che di ridurre gli sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di interventi sanitari; il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ha l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, a costi minori.

Considerato che un'area rilevante di programmazione dell'assistenza è quella ospedaliera, la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal Dm 70/2015 mira a «promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente».

Gli standard definiti nella legge 135/2012 hanno permesso di definire i bacini di utenza per disciplina o specialità clinica. L'applicazione di tali standard è in linea con la necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, che secondo l'ultimo Rapporto Sdo del ministero della Salute dal 2010 al 2016 il si è ridotto da 115,8 a 95 per il regime di ricovero ordinario e da 48,8 a 31 per quello diurno.

Accanto alla legge 135/2012 e al Dm 70/2015 che, insieme ai dati del Programma nazionale Esiti, rappresentano strumenti per migliorare appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, il Dpcm sui livelli essenziali di assistenza ha recentemente fornito alle Regioni ulteriori standard di appropriatezza organizzativa; infatti, oltre a ridefinire l'elenco dei Drg ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria, ha stilato quello delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di day surgery e trasferibili al regime ambulatoriale.

Nonostante i numerosi riferimenti normativi, gli standard di appropriatezza organizzativa sono condizionati da tre fattori. Innanzitutto, questi elenchi sono stati definiti senza un riferimento esplicito a evidenze scientifiche e non esistono studi rigorosi che dimostrano l'efficacia e la sicurezza dei setting alternativi al ricovero, ma solo la certezza di costi diretti inferiori. In secondo luogo, numerose patologie acute continuano ad essere gestite convenzionalmente in regime di degenza ordinaria, nonostante i progressi in ambito biotecnologico e i modelli innovativi di erogazione dell'assistenza stanno modificando l'erogazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (Pdta) e producendo prove di efficacia e sicurezza sui setting alternativi al ricovero ospedaliero. Infine, le autonomie regionali



I quattro modelli organizzativi

Gestione ambulatoriale (Amb)

Il Pdta viene avviato nel dipartimento di emergenza-urgenza (Dea) e/o nelle unità operative cliniche dell'ospedale con successivo follow-up ambulatoriale, più o meno intensivo. In Italia, si identifica con gli accessi registrati nei flussi informativi per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Unità di diagnosi rapida (Udr)

Le quick diagnostic units sono strutture organizzate per effettuare rapidamente la diagnosi di malattie gravi (es. neoplasie maligne); in Italia le Udr sono poco strutturate: un tempo identificabili con il "day hospital diagnostico" poi ritenuto inappropriato, oggi di fatto sono attuate tramite il regime day-service, anche tramite accessi multipli

Ospedale a domicilio (Od)

A seguito di valutazione clinica in ospedale viene erogata assistenza ospedaliera a livello domiciliare. In Italia il solo programma di Od normato a livello regionale è l'Ospedalizzazione a domicilio della Città della Salute e della Scienza di Torino; la Dgr n. 85-13580 della Regione Piemonte prevede infatti una specifica tariffazione delle attività erogate, definendo come Od «organizzazione di attività assistenziali di tipo sanitario che assicurano la cura di pazienti ancora in fase acuta trattabili presso la residenza con supporto infermieristico e medico specialistico e la presa in carico da parte di unità operativa di presidio ospedaliero»

Unità di osservazione breve intensiva (Obi)

Gestione del paziente guidata da protocolli in arco temporale all'interno di spazi dedicati, generalmente all'interno del Dea, con successiva dimissione e follow-up ambulatoriale nella maggior parte dei casi. Le unità di Obi costituiscono una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per due categorie di pazienti con problemi acuti che richiedono un iter diagnostico-terapeutico urgente e/o non gestibile in altri setting: elevato grado di criticità e basso rischio evolutivo; bassa criticità e potenziale rischio evolutivo, ma elevata probabilità di regressione. In Italia, il Dm 70/2015 prevede la disponibilità di posti letto in unità di Obi, oltre che nei Dea di II e di I livello, anche nei presidi ospedalieri sede di Ps di base. Al fine di uniformare le variabili regionali e locali esistenti, è stato proposto che l'ammissione dei pazienti in Obi debba avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dall'inizio del Pdta

stanno generando innumerevoli modalità di assistenza extra-ospedaliera, condizionate più dalla disponibilità di strutture e servizi esistenti, oltre che da necessità organizzativo-amministrative, piuttosto che da robuste evidenze scientifiche.

Considerato che l'appropriatezza del setting assistenziale è una priorità per la riorganizzazione del Ssn, il Position Statement Gimbe ha valutato efficacia, sicurezza, costi e soddisfazione dei pazienti delle strategie alternative al ricovero ospedaliero nella gestione di patologie acute. Tali strategie possono essere classificate in 4 modelli organizzativi (v. tabella).

Considerato che in letteratura esistono numerose revisioni sistematiche (Rs) sui modelli organizzativi alternativi all'ospedalizzazione, ma con obiettivi limitati allo studio di singole condizioni cliniche o di singole strategie, il Position Statement Gimbe ha esaminato tutte le Rs rilevanti per for-

nire a decisori, professionisti e pazienti una mappa aggiornata delle evidenze scientifiche, riportando i risultati in termini di outcome clinici, esperienza di pazienti e caregiver e costi. In particolare, 25 Rs (per un totale di 123 studi primari) hanno soddisfatto i criteri di inclusione, dimostrando che:

- la gestione ambulatoriale, più o meno intensiva, dopo avvio del percorso in ospedale non presenta differenze statisticamente significative in termini di mortalità, morbilità e soddisfazione del paziente per embolia polmonare, trombosi venosa profonda, polmonite, pneumotorace, diverticolite, colica renale;
- per le unità di diagnosi rapida, finalizzate a effettuare rapidamente la diagnosi di alcune malattie (es. neoplasie, anemia di origine sconosciuta) evidenze più limitate dimostrano una riduzione della mortalità e un'elevata soddisfazione dei pazienti;

● per l'ospedale a domicilio, in cui l'assistenza ospedaliera viene erogata a livello domiciliare, numerose condizioni acute (riacutizzazione di scompenso cardiaco e Bpco, polmonite, uresepsi, cellulite, embolia polmonare, fibrillazione atriale, asma) presentano mortalità, morbilità e soddisfazione di pazienti e caregiver migliori o uguali;

● nelle unità di osservazione breve intensiva non si rileva alcuna differenza di mortalità per dolore toracico, asma, Bpco, pielonefrite, a fronte di una riduzione della durata della degenza e un'aumentata soddisfazione del paziente;

● i dati relativi ai costi sono eterogenei ma, quando valutati, hanno rilevato un risparmio nella quasi totalità dei casi, per tutte le strategie alternative al ricovero ospedaliero.

L'unica eccezione al miglioramento o mantenimento degli outcome clinici rispetto al ricovero ospedaliero è

rappresentata dai pazienti con neutropenia febbrile da chemioterapia gestiti a livello ambulatoriale o nelle Udr, per i quali oltre alla necessità di identificare più accuratamente i pazienti a basso rischio, è indispensabile utilizzare tutte le precauzioni per garantire una rivalutazione ospedaliera se necessaria.

La Rs su cui si basa il Position Statement presenta alcuni limiti. Innanzitutto, a eccezione dell'Od, le evidenze relative ad alcune strategie sono moderate per l'assenza di studi di livello 1; tuttavia, va rilevata l'importanza di studi osservazionali di elevata qualità, soprattutto per eventi rari (es. mortalità, gravi complicanze) per i quali pianificare un trial adeguatamente dimensionato potrebbe essere impossibile. In secondo luogo, gli interventi spesso diffondono nelle varie strategie alternative: infatti, gli interventi sui percorsi assistenziali sono complessi e devono essere adattati ai vari contesti, presentando una elevata variabilità. Questo, tuttavia, non deve limitare i cosiddetti "apprendimenti trasfrontalieri", ossia la capacità di "adattare e adottare" le migliori pratiche utilizzate in altri Paesi. Ovviamente il Position Statement non considera tutte le modalità organizzative disponibili in Italia ma non destinate primariamente ai pazienti acuti; in particolare, tutto il sistema delle "cure intermedie" tra cui gli ospedali di comunità, previsti dal Dm 70/2015 e da alcune normative regionali. Infatti, tali setting sono destinati prevalentemente ai pazienti dimessi dall'ospedale con bassa instabilità clinica ed elevato bisogno assistenziale. Il Position Statement indica numerose priorità per la ricerca futura: innanzitutto, per le condizioni con limitate evidenze di livello 1 è necessario confermare i risultati di trial di bassa qualità e degli studi osservazionali; in secondo luogo, è necessario identificare criteri ottimali di eleggibilità dei pazienti per le varie strategie; infine, alcuni algoritmi di stratificazione del rischio devono essere ulteriormente valutati e validati.

In conclusione, le evidenze scientifiche documentano che per varie categorie di pazienti con patologie acute a basso rischio, convenzionalmente ospedalizzati, l'assistenza può essere erogata in maniera altrettanto efficace e sicura in setting meno costosi con un impatto positivo (o invariato) sulla soddisfazione dei pazienti. Per alcune patologie e per i loro modelli di gestione, sono richieste ulteriori valutazioni con studi di elevata qualità. Le politiche sanitarie nazionali e regionali dovrebbero tenere conto di tali evidenze sia per l'aggiornamento periodico degli elenchi dei Drg inappropriati in regime di ricovero ordinario, sia per guidare la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, sia per avviare studi finalizzati a monitorare efficacia e sicurezza delle strategie alternative al ricovero nelle patologie dove mancano robuste evidenze.

La versione integrale del Position Statement Gimbe "Modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero per i pazienti con malattie acute" è disponibile a: www.evidence.it/alternative-ricovero.

Nino Cartabellotta
Fondazione Gimbe