

11° CONGRESSO NAZIONALE AGE

Roma - 18/21 marzo 2015



GERIATRIA



**UNITA' OPERATIVA
COMPLESSA**

L'Ospedale per Acuti

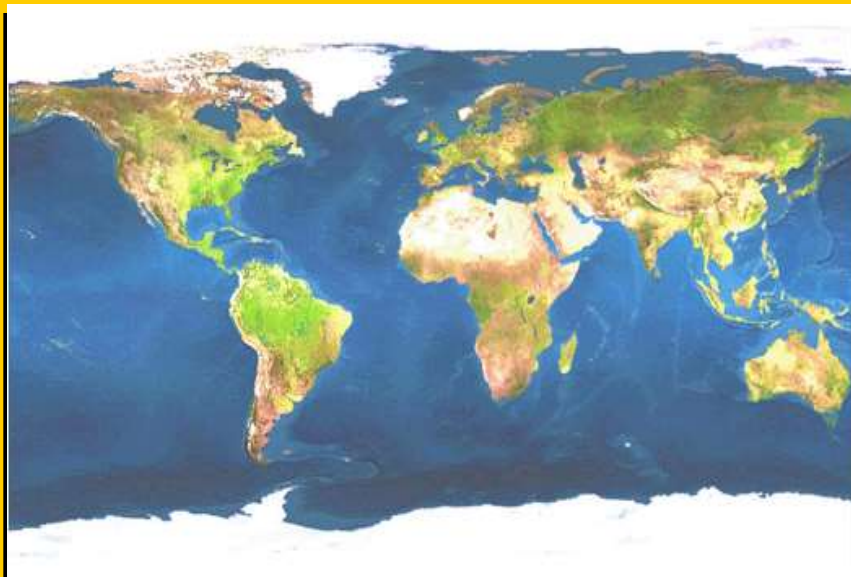
UOC Geriatria

Dir. Giovanni Capobianco

Osp. S. Eugenio ASL Roma C

LA DIMENSIONE DELLA DEMENZA NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA C

■ Popolazione totale:	537.346
■ Popolazione >75aa:	66.052
■ Popolazione >85aa:	19.654
■ Pz affetti da demenza:	7953
■ Pz affetti da demenza lieve:	3738
■ Pz affetti da demenza moderata:	1829
■ Pz affetti da demenza grave:	2386



2000 - 2010
La Geriatria
del mondo...





Journal of the

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Effects of a Multicomponent Intervention
on Functional
Outcomes and Process of Care
in Hospitalized Older Patients:
A Randomized Controlled Trial
of Acute Care for Elders (ACE)
In a Community Hospital
Counsel S.R., et al 2000



*2000 - 2010
La Geriatria
nella ASL Roma C...*



UNITA' DI GERIATRIA PER ACUTI OSPEDALE S. EUGENIO



1 gennaio o 28 luglio 2009 ?

**La nascita del modello Geriatria per Acuti
nell'Ospedale S. Eugenio ASL Roma C
1 GENNAIO 2009**

- **12 posti letto in 5 UUOCC differenti (Ortopedia, Chirurgia vascolare, Urologia, Chirurgia d'Urgenza, Neurologia)**
- **Geriatria “*pret-a-porter*” con UVIG senza gestione diretta**
- **Personale infermieristico “locale”**
- **Cartella clinica integrata “dedicata”**
- **Sperimentazione in corso di “emergenza influenzale”**

IL LUOGO DI CURA GERIATRIA per ACUTI

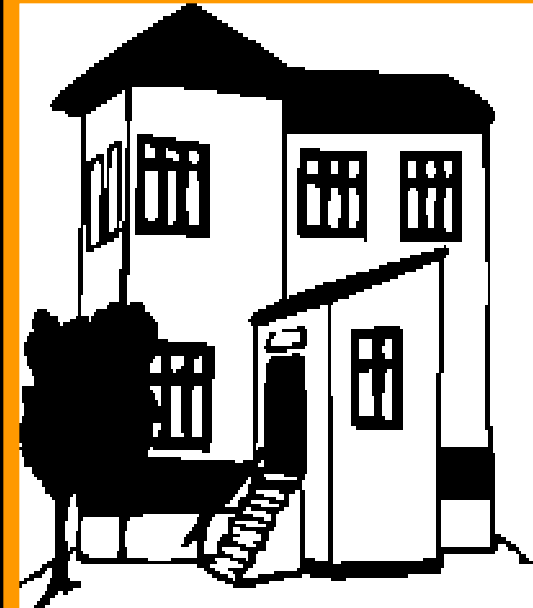
28 LUGLIO 2009



TERRITORIO



**UNITA' GERIATRICA
PER ACUTI**



DAY HOSPITAL

**PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
UOC GERIATRIA per ACUTI
UOC MEDICINA D'URGENZA
IL GERIATRA IN PRONTO SOCCORSO
PER
“IL CODICE FRAGILE”**

GERIATRIA



**UNITA' OPERATIVA
COMPLESSA**



CHI RICOVERARE IN U.G.A.

CONDIZIONI DI BASE

A- ETA' >75aa (condizione necessaria, ma NON sufficiente!)

B- CRITERI DI FRAGILITA'

- Pz con pregressa disabilità in 3 o più ADL
- Pz. che vive da solo
- Pluripatologia con terapia plurifarmacologica

OLTRE ALLE CONDIZIONI A e B deve essere presente

C- Patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica

D- Qualsiasi forma di Demenza in stadio moderato-severo (anche con età < 75aa)

E- Stato confusionale acuto o *delirium*

FLOW-CHART DEL PERCORSO DI RICOVERO IN UGA

PRONTO SOCCORSO-ACCETTAZIONE-M.URG



1- Et  >75 anni +
2- Fragilit 

Demenza
moderata-severa

Paziente "robusto"

Et  > 75 anni
con necessit 
"specialistiche"

- Patologia acuta
- Patologia cronica riacutizzata
- Delirium



GERIATRIA per ACUTI

MEDICINA O SPECIALISTICA

SPECIAL ARTICLE

“Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients’ functional status”



Barnes DE, Palmer RM, Krasevich, DM, Landefeld CS et al.

Health Affairs (Milwood)

2012 June; 31 (6): 1227-36

CARATTERISTICHE CLINICHE DEI PAZIENTI RICOVERATI IN UGA 2009-2014

• Pazienti presi in carico	1998
• Età media	86.5
• Degenza media gg	9.52
• Indice Geriatrico di Comorbidità (GIC)	3.1
• APACHE II Score	9.9
• Charlson Index	7.7
• MMSE medio all'ingresso	18.4
• % pz con MMSE < 22	62 %
• Indice di BRASS medio	19.8
• I° DRG SCC	II° DRG EPA Ins. Resp
• II° DRG M. Deg. SNC	IV° DRG Ins.Ren.Cron.

ESITO DEI PAZIENTI RICOVERATI IN UGA 2009-2014

• Pazienti presi in carico	1998
• Età media anni	86.5
<hr/>	
• Dimessi a domicilio	84.3%
• Trasferiti in strutt. Resid.	15.7%
• Mortalità	6.1%

“KEY FACTORS”

**nel percorso di cura ospedaliero
in Unità di Geriatria per Acuti (1)**

FATTORI AMBIENTALI

- **Assenza barriere architettoniche**
- **Dotazioni tecnologiche per favorire l'orientamento spazio-temporale (diffusione sonora, grandi orologi, corridoio *“funzionale”*)**
- **L'area di degenza *“sempre aperta”* ai familiari e *care-giver***

“KEY FACTORS”

**nel percorso di cura ospedaliero
in Unità di Geriatria per Acuti (2)**

PROTOCOLLI ASSISTENZIALI ALL'INGRESSO in UGA

- **Rimozione catetere vescicale**
- **Immediato posizionamento su sedia**
- **Valutazione del “vassoio” a fine pasto**
- **Valutazione FKT della mobilità, equilibrio, deambulazione, rischio di caduta**

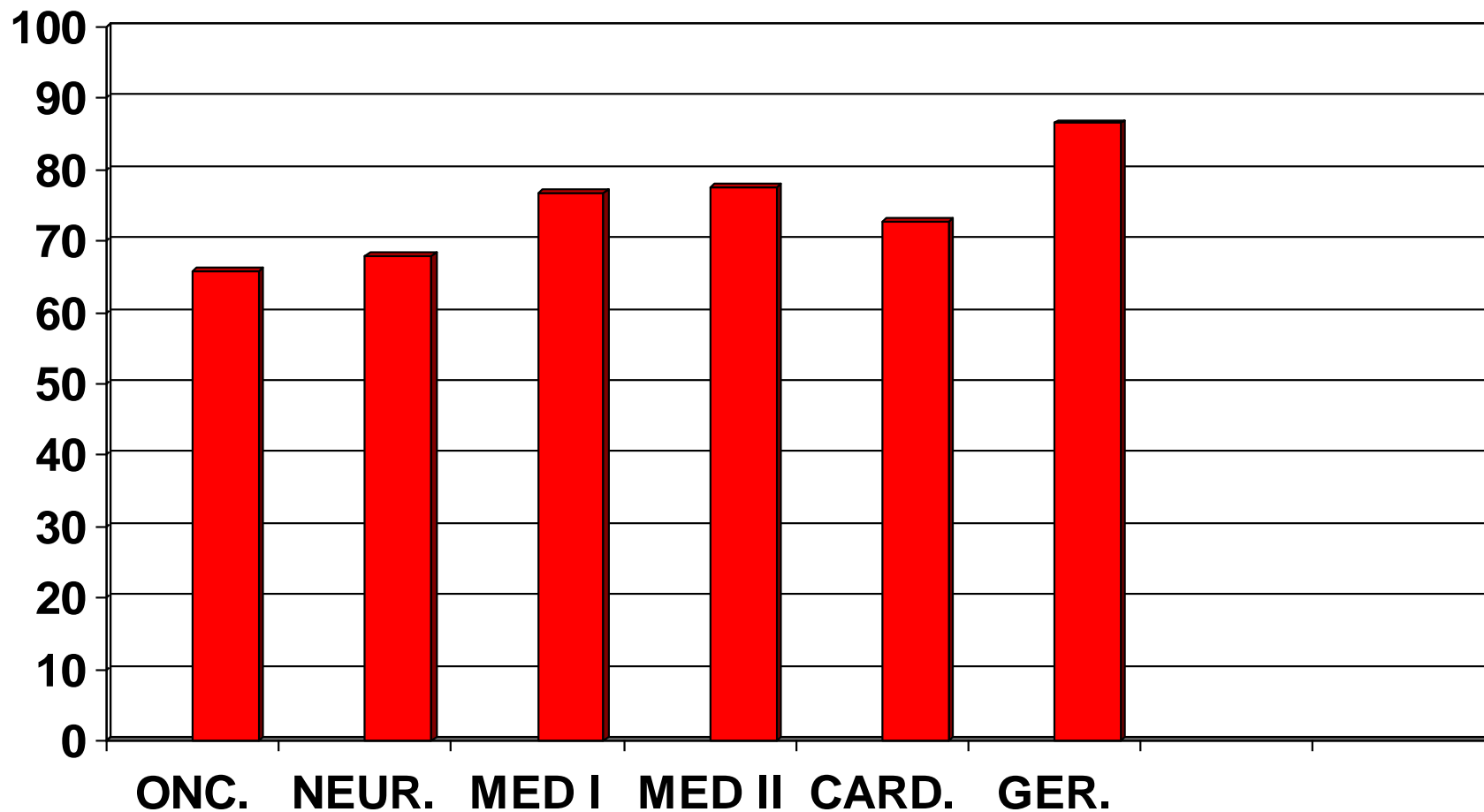
“KEY FACTORS”

nel percorso di cura ospedaliero in Unità di Geriatria per Acuti (3)

IL PIANO DI DIMISSIONE

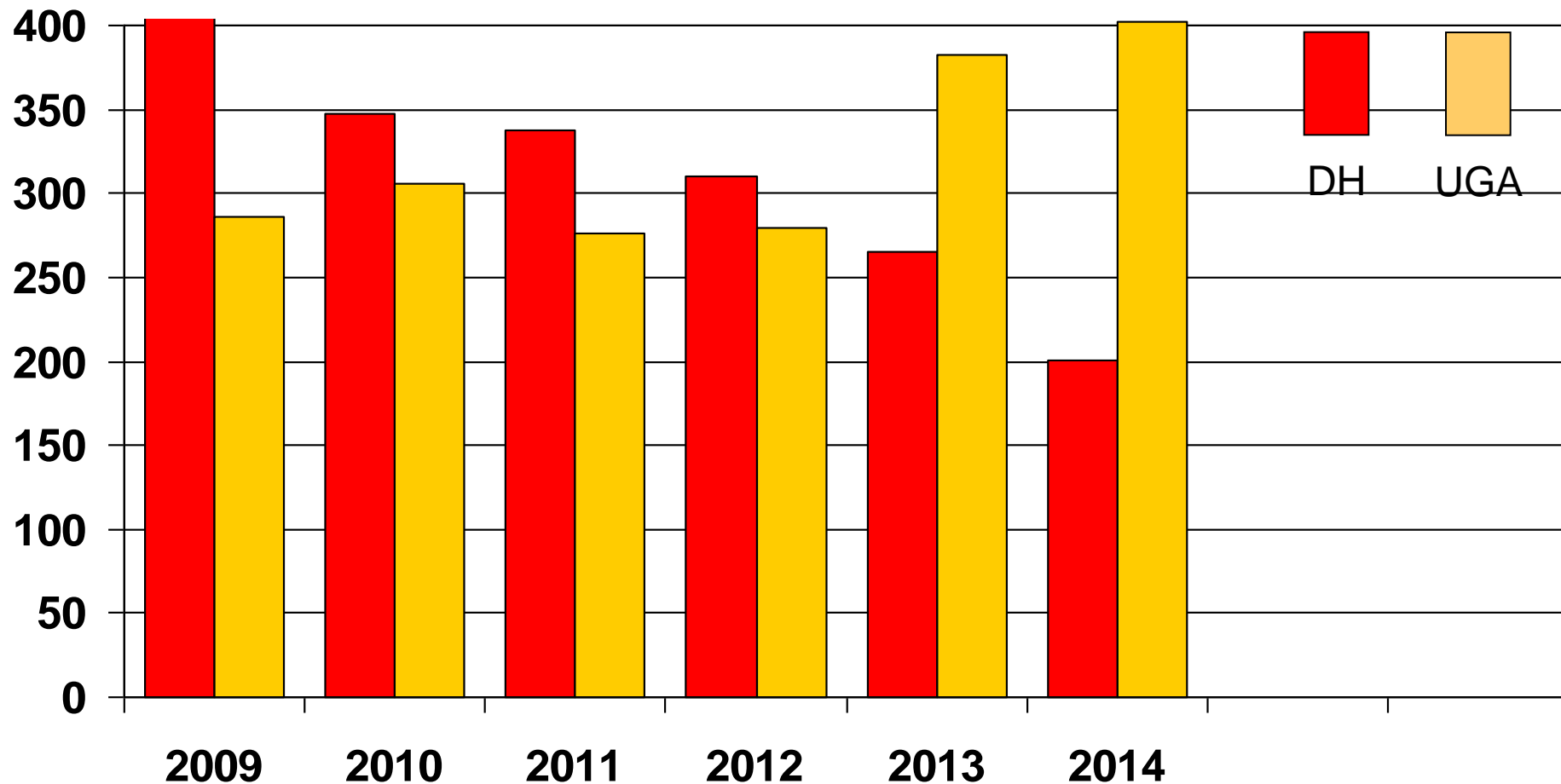
- **Viene programmato al primo giorno di ricovero**
- **“Briefing” clinico giornaliero in equipe (medici, infermiere case manager, fisioterapista)**
- **Definizione del punteggio dell’Indice di BRASS per la difficoltà di dimissione**
- **Dimissione concordata e programmata in anticipo con i care-giver e i servizi territoriali**
- **Case-management su: ausili, procedure medico-legali, dimissione protetta “sociale”**
- **Programma di controllo in UVG per la continuità assistenziale “a tempo certo”**

UOC GERIATRIA PER ACUTI



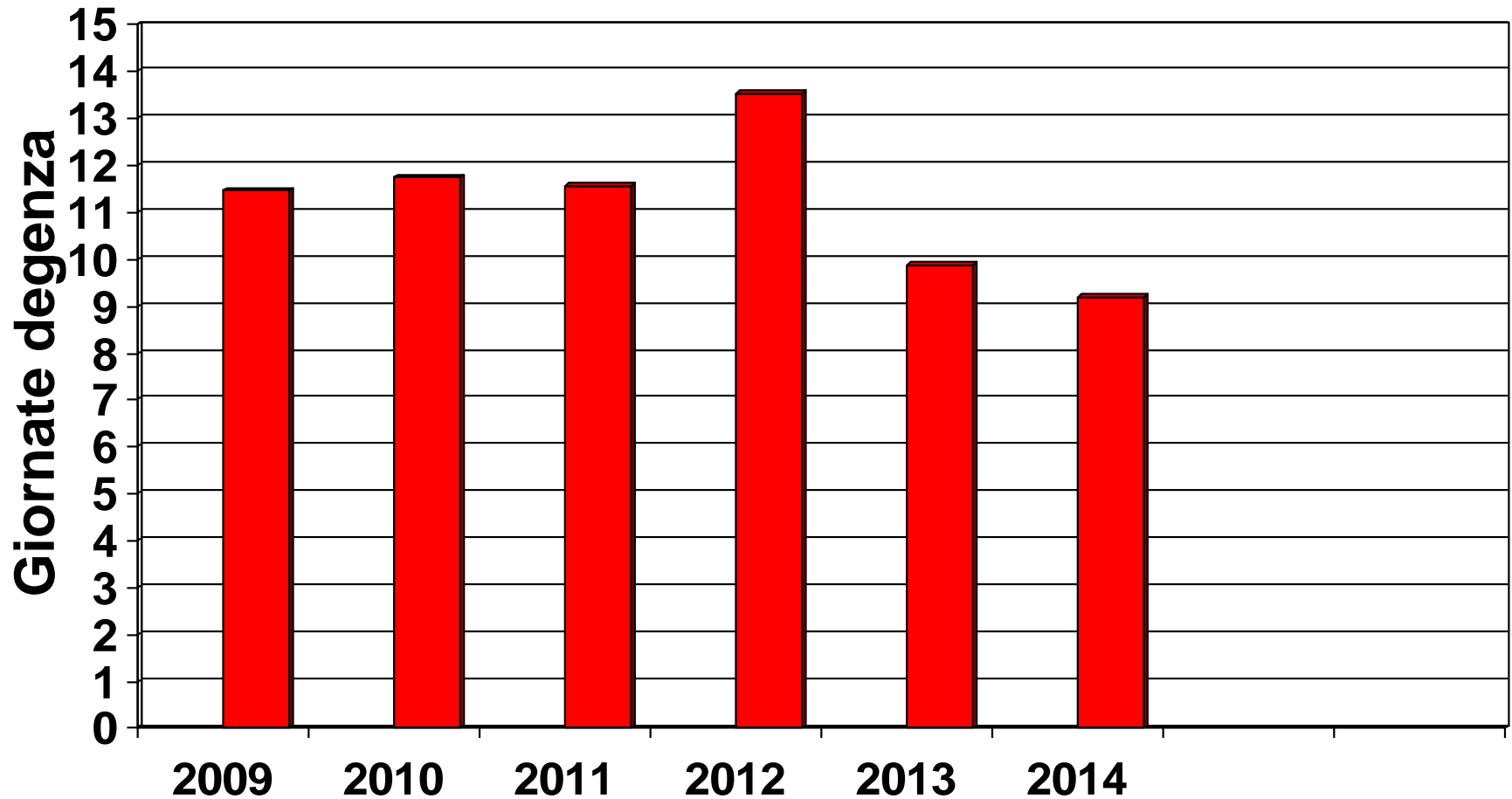
ETA' MEDIA RICOVERATI DIP. MED.
Dati SIAS ASL Roma C

UOC GERIATRIA PER ACUTI/DHG



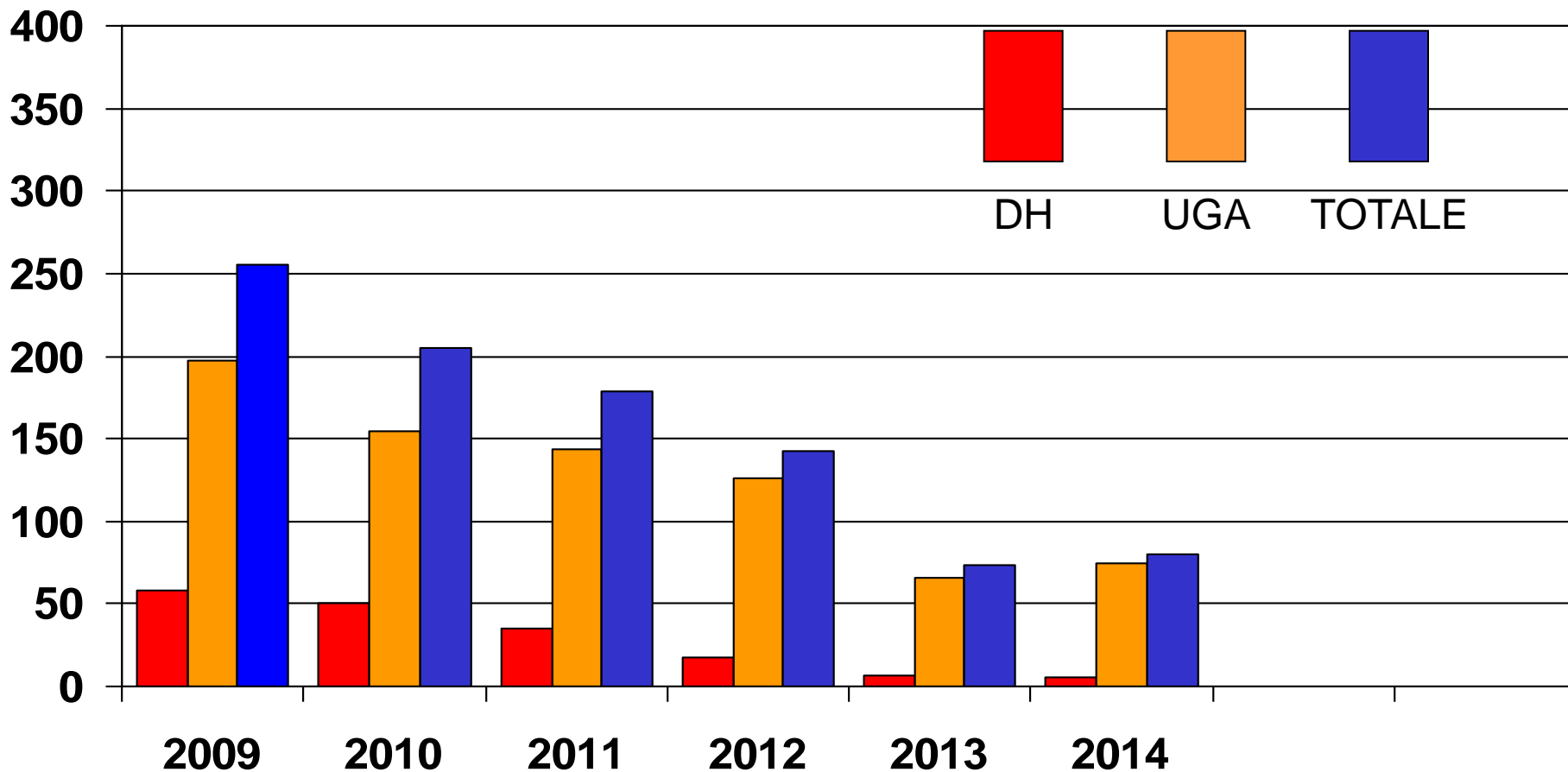
RICOVERI /ANNO

UOC GERIATRIA PER ACUTI



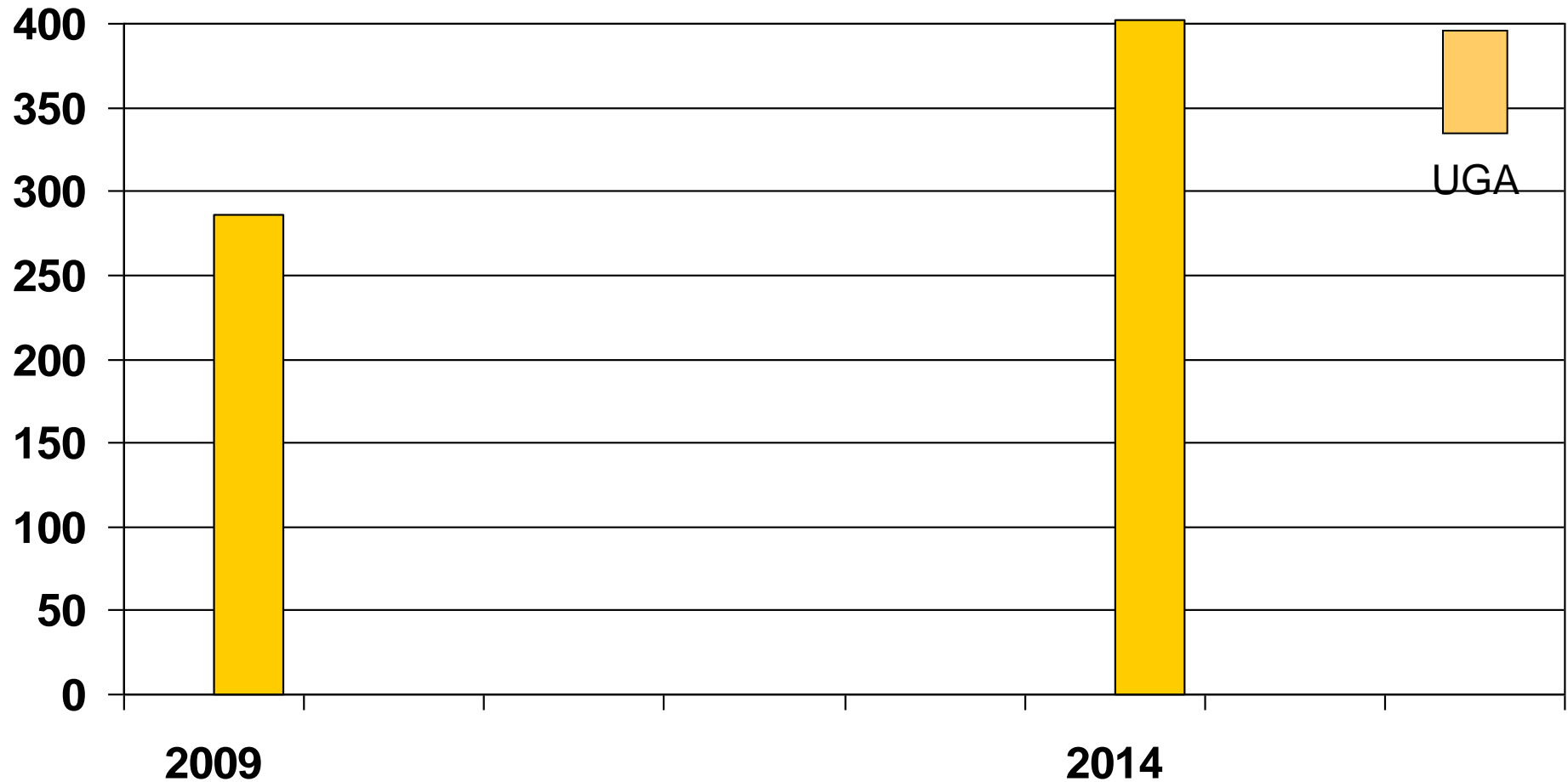
DEGENZA MEDIA /ANNO

UOC GERIATRIA



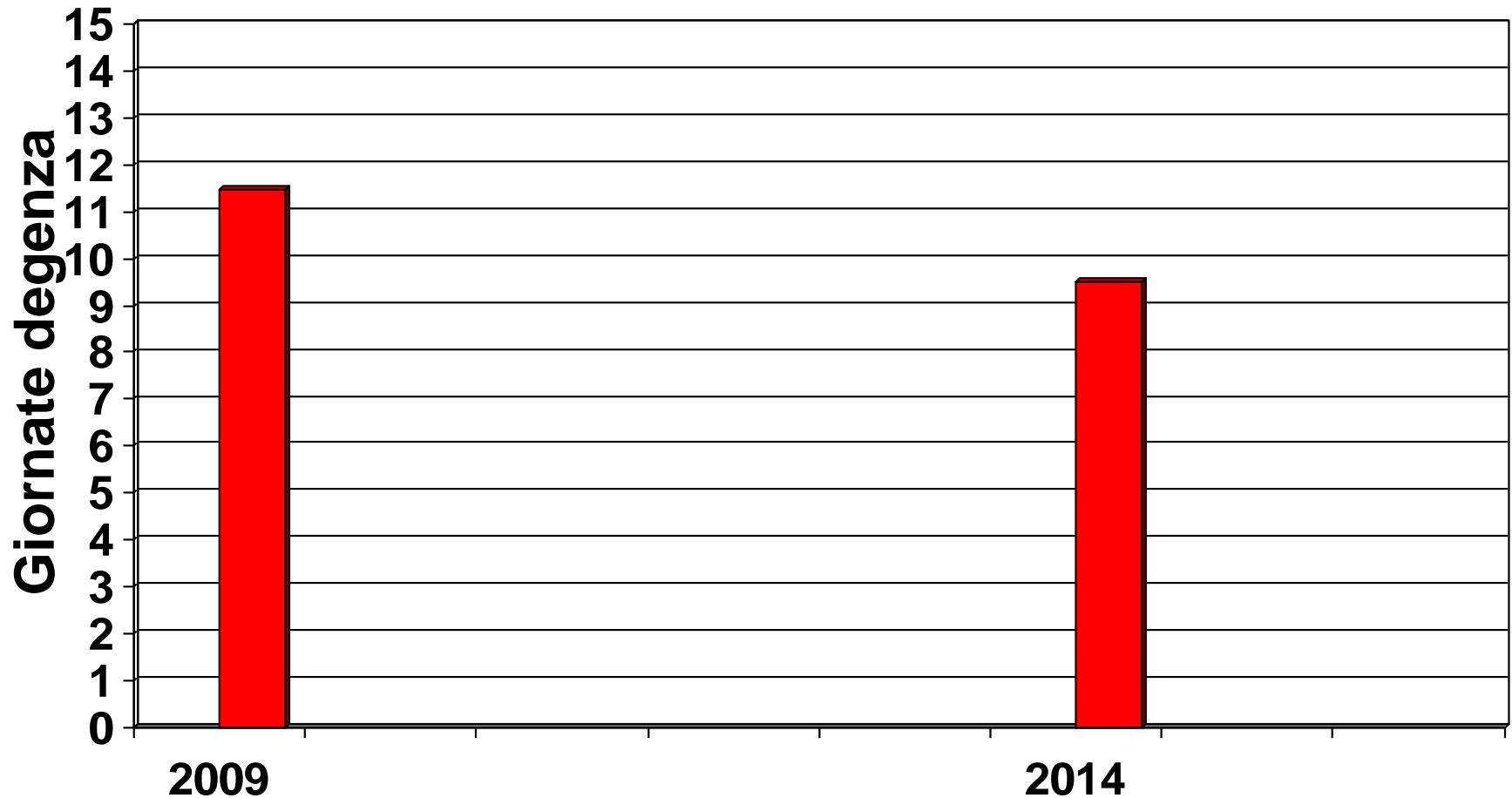
CONSUMO FARMACEUTICO /ANNO
(Euro/migliaia)

UOC GERIATRIA PER ACUTI



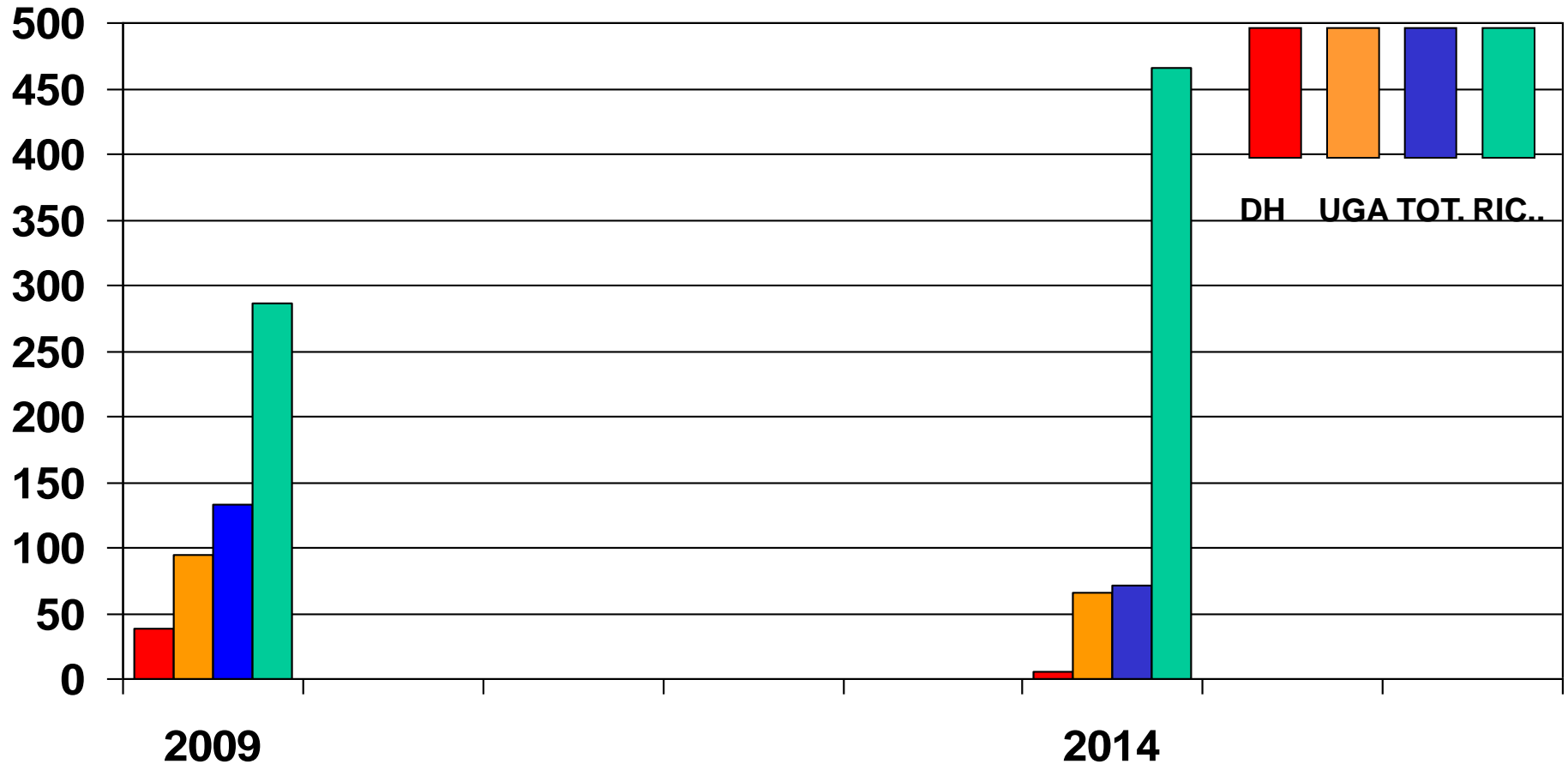
RICOVERI /ANNO

UOC GERIATRIA PER ACUTI



DEGENZA MEDIA /ANNO

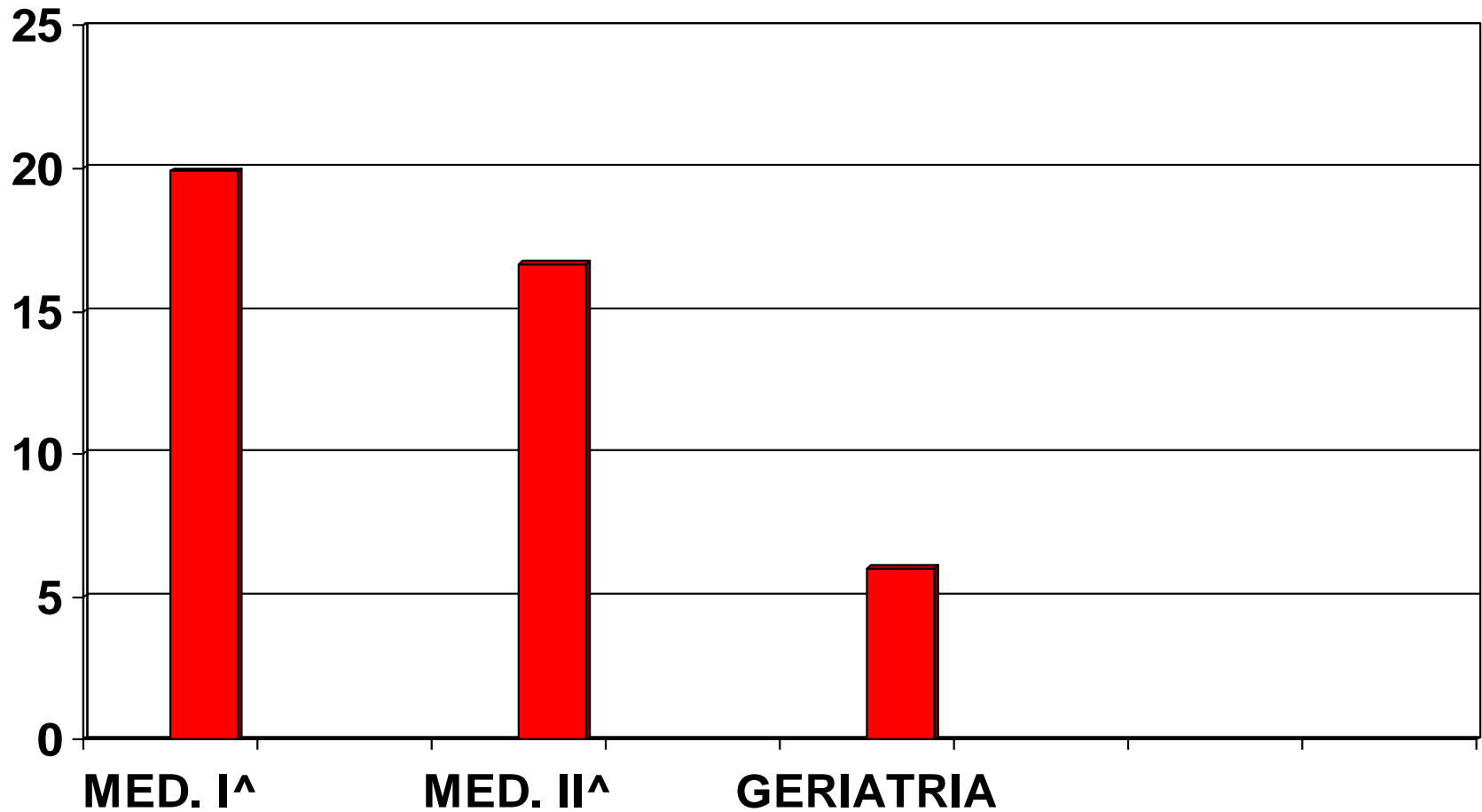
UOC GERIATRIA



CONSUMO FARMACEUTICO /ANNO/RICOVERI
(Euro/migliaia Dati Servizio farmaceutico)

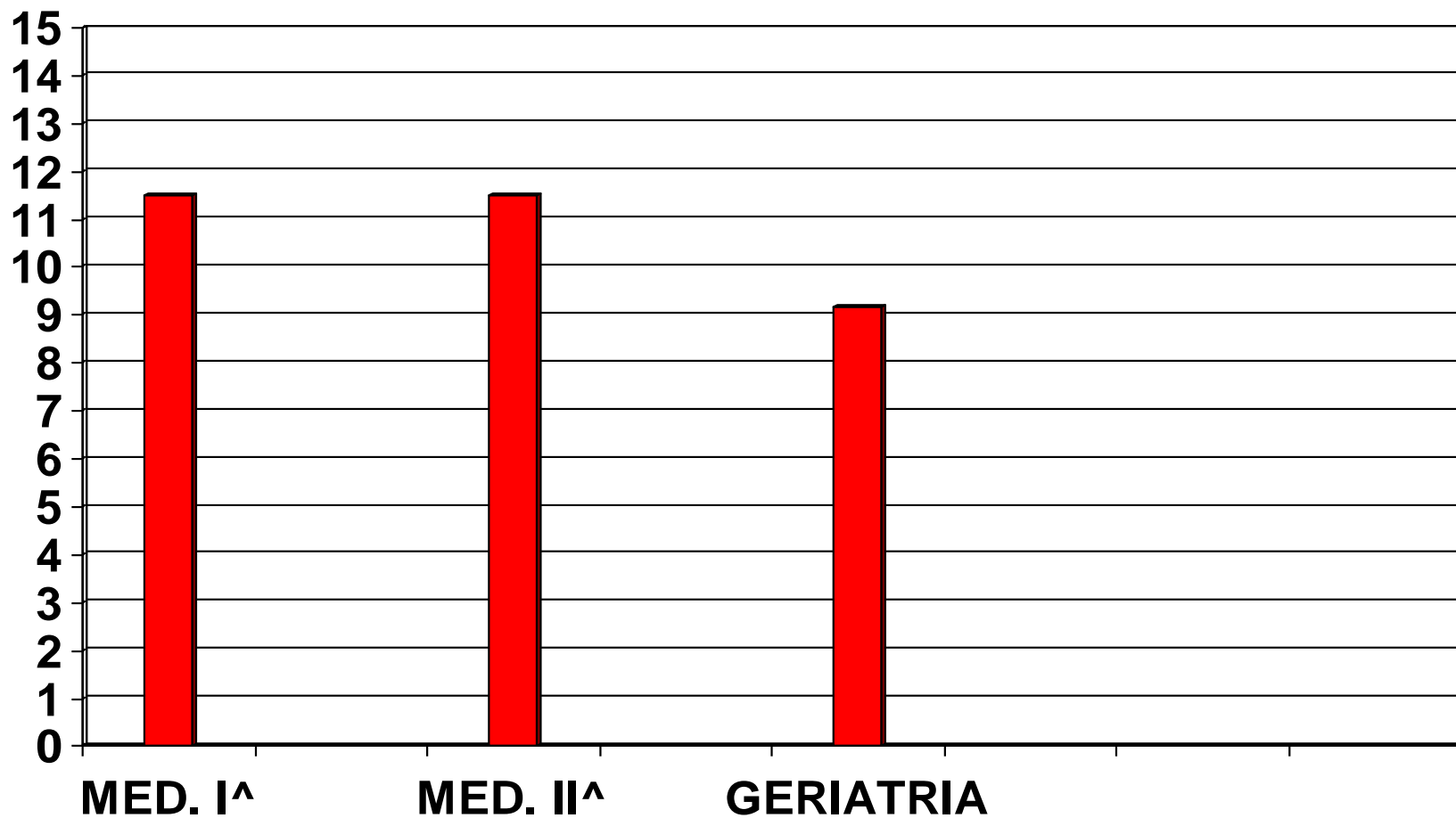
DIP. MEDICINA

Mortalità intraospedaliera 2014



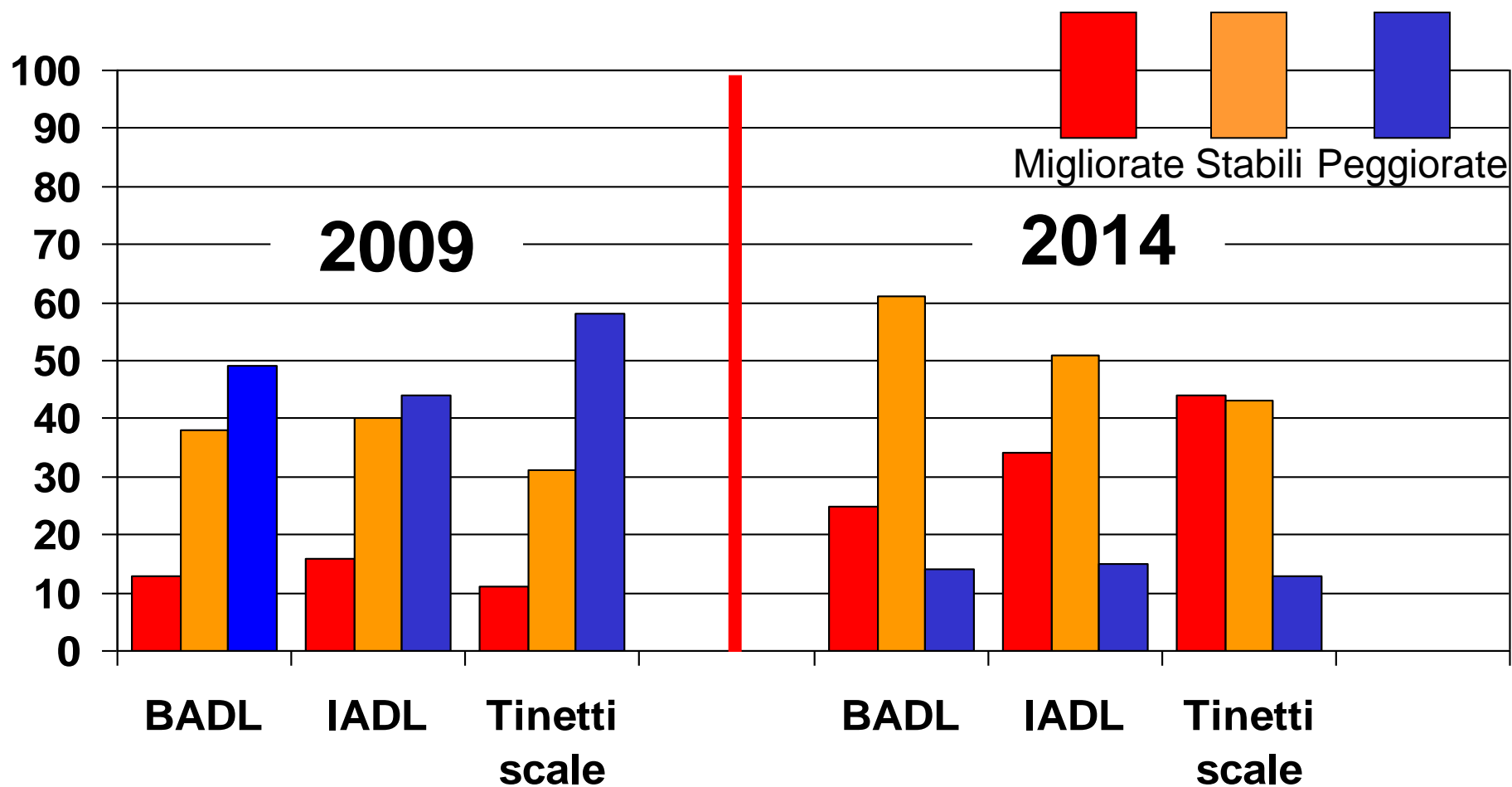
MORTALITA' % Dati SIAS

DIP. MEDICINA Osp. S.Eugenio ASL Roma C Degenza 2014



DEGENZA MEDIA gg – Dati SIAS

UOC GERIATRIA



INDICATORI FUNZIONALI (BADL, IADL, TINETTI SCALE)
Confronto Geriatria "outdoor" 2009 / "indoor" 2014

SPECIAL ARTICLE

“Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients’ functional status”



Barnes DE, Palmer RM, Krasevich, DM, Landefeld CS et al.

Health Affairs (Milwood)

2012 June; 31 (6): 1227-36



Journal of the

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Si stima che il 10-20% circa dei pazienti che migliorano dopo una malattia acuta presentino una persistente insufficienza d'organo che richiede cure mediche complesse per un periodo prolungato. Questi pazienti, dopo la risoluzione della fase iper-acuta di malattia, dovrebbero essere avviati ancora a reparti dedicati alla cura di patologie acute, ma con una gestione per lungo periodo fino a risoluzione dei problemi attivi e adeguata stabilizzazione.

Sono i pazienti che possono essere definiti
“critici-cronici”



Journal of the

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

*Long-term acute care hospital
utilization after critical illness.*

**Long-term acute care: un
paradosso o una necessità?**

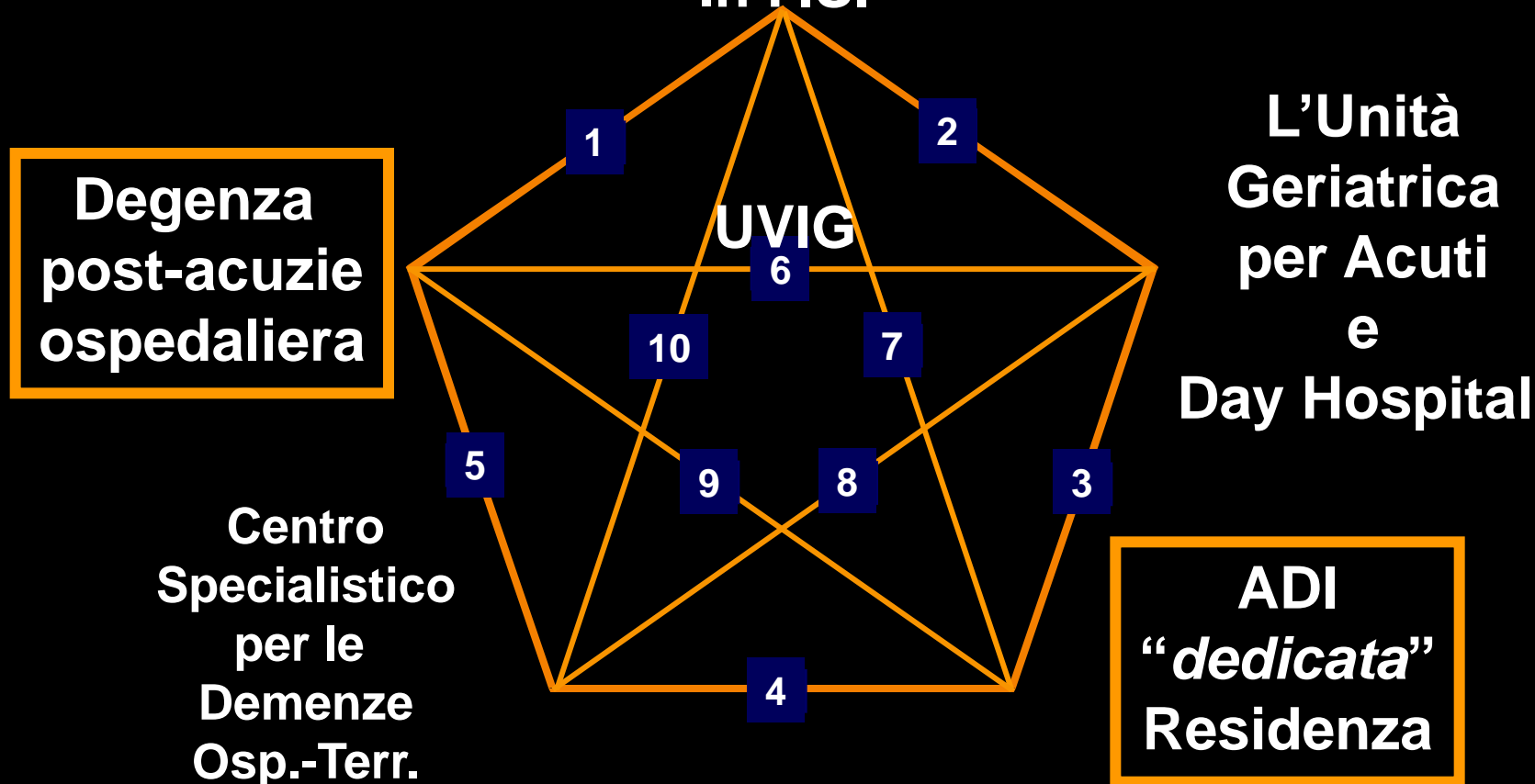
Kahn JM et al.

Journal of the American Geriatrics Society

303;2253: 2010.

MODELLO DI RETE PER L'ANZIANO FRAGILE NELLA ASL ROMA C UOC GERIATRIA

*"Il codice
fragile"*
In P.S.



Dipartimento delle Specialità e della Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio

- **UOC GERIATRIA**
- **UOS MEDICINA POST-ACUZIE**
- **UOC ENDOCRINOLOGIA**
- **UOSD NUTRIZIONE CLINICA**
- **UOC NEUROLOGIA**
- **UOC NEFROLOGIA**
- **UOS RIABILITAZIONE**
- **UOC EMATOLOGIA**
- **UOC OCULISTICA**
- **UOC ORL**
- **UOC UROLOGIA**
- **UOC PEDIATRIA**
- **UOSD PNEUMOLOGIA**
- **UOSD GESTIONE INTEGRATA PERCORSI DI CURA PAZIENTI
ONCOLOGICI A BASSA PREVALENZA**

**MODELLI ALTERNATIVI ALL'UGA
NELLA CURA DEL PAZIENTE
ANZIANO FRAGILE (1)**

**Comprehensive geriatric assessment for
older adults: meta-analysis of randomised
controlled trials**

***Ellis G., Whitehead M., Robinson D.,
Langhorne P. 2011***

***“Meta-analysis found that care provided on a
dedicated ACE Unit achieves better patient
outcomes, than care provided by mobile teams”***



MODELLI ALTERNATIVI ALL'UGA NELLA CURA DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE (2)

**Acute Care for Elders (ACE) Tracker
and e – Geriatrician :**

**Methods to Disseminate ACE Concepts to
Hospitals with No Geriatricians on Staff**

Malone M.L. et all. 2010

Aurora H. C. Wisconsin

***“There was no change in lenght of stay or rate
of hospital readmission within 30 days”***



MODELLI ALTERNATIVI ALL'UGA NELLA CURA DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE (3)

**Operational and Quality outcomes of a Mobile
Acute Care for the Elderly Service**

Farber J.L. et al. 2011

Mount Sinai M.C. N.Y.C.

***“Care provided on a dedicated ACE Unit
achieves better patient outcomes, than care
provided by mobile teams”***

**ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' DI CURE
VS
MODELLO TRADIZIONALE IN OSPEDALE:
*le domande...***

- ***Organizzazione sostitutiva reale?***
- ***Modello aggiuntivo?***
- ***Transizione, trasformazione e/o sperimentazione?***
- ***Che ruolo per il luogo di cura dedicato ai fragili?***
- ***La nuova organizzazione gestirà meglio i bisogni?***
- ***La nuova organizzazione incrementerà i bisogni ?***
- ***Sarà realmente più vantaggiosa sul piano economico?***
- ***Sarà di migliore qualità?***
- ***Entrambe o nessuna delle ultime due?***

Grazie per la vostra
attenzione!