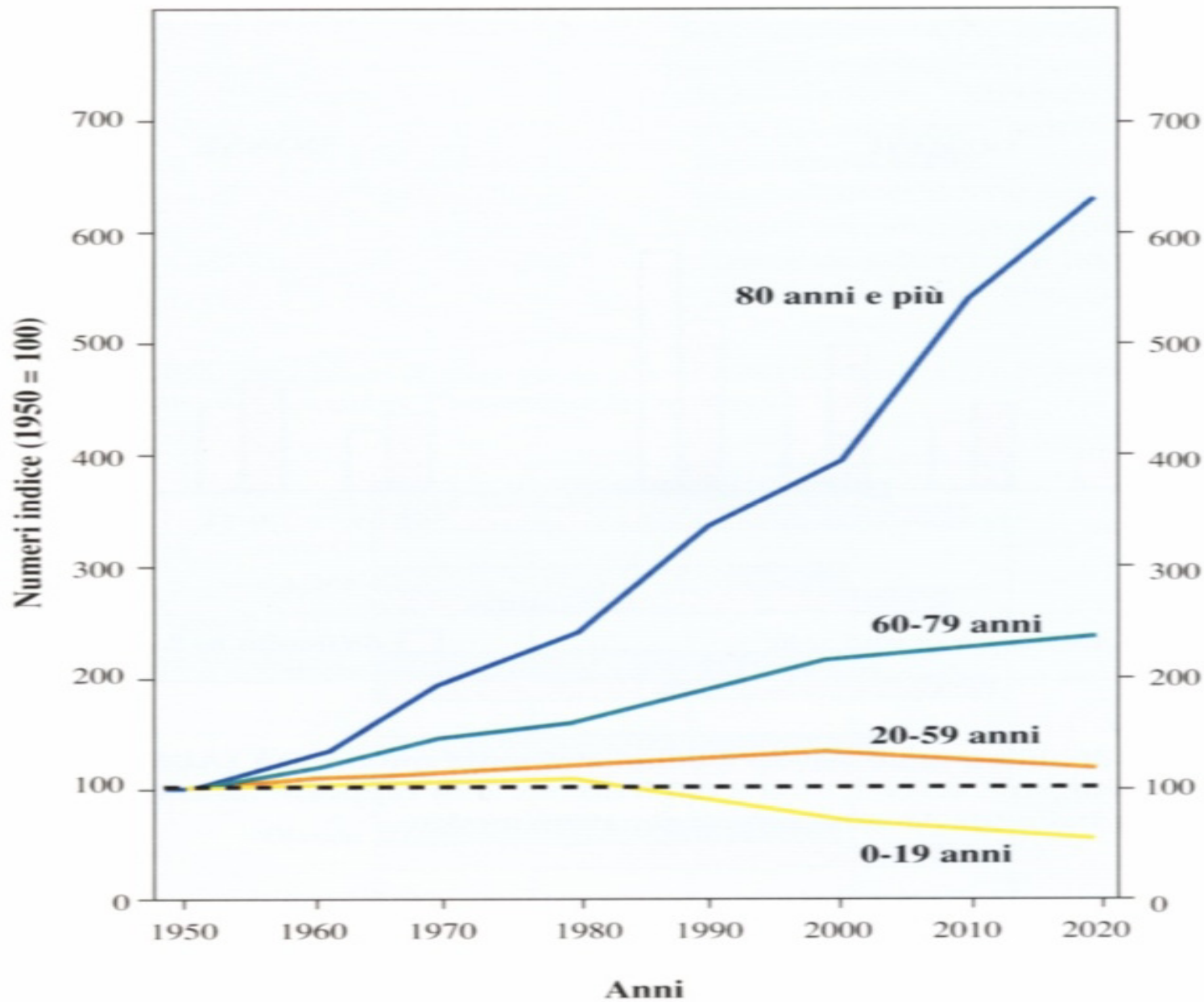




## Il dipartimento intra/extra ospedaliero di Geriatria

Fernando Anzivino  
Direttore U. O. di Geriatria e Programma interaziendale  
di Geriatria - Ferrara

Firenze 29 novembre 2007



# Gli Anziani e la popolazione generale

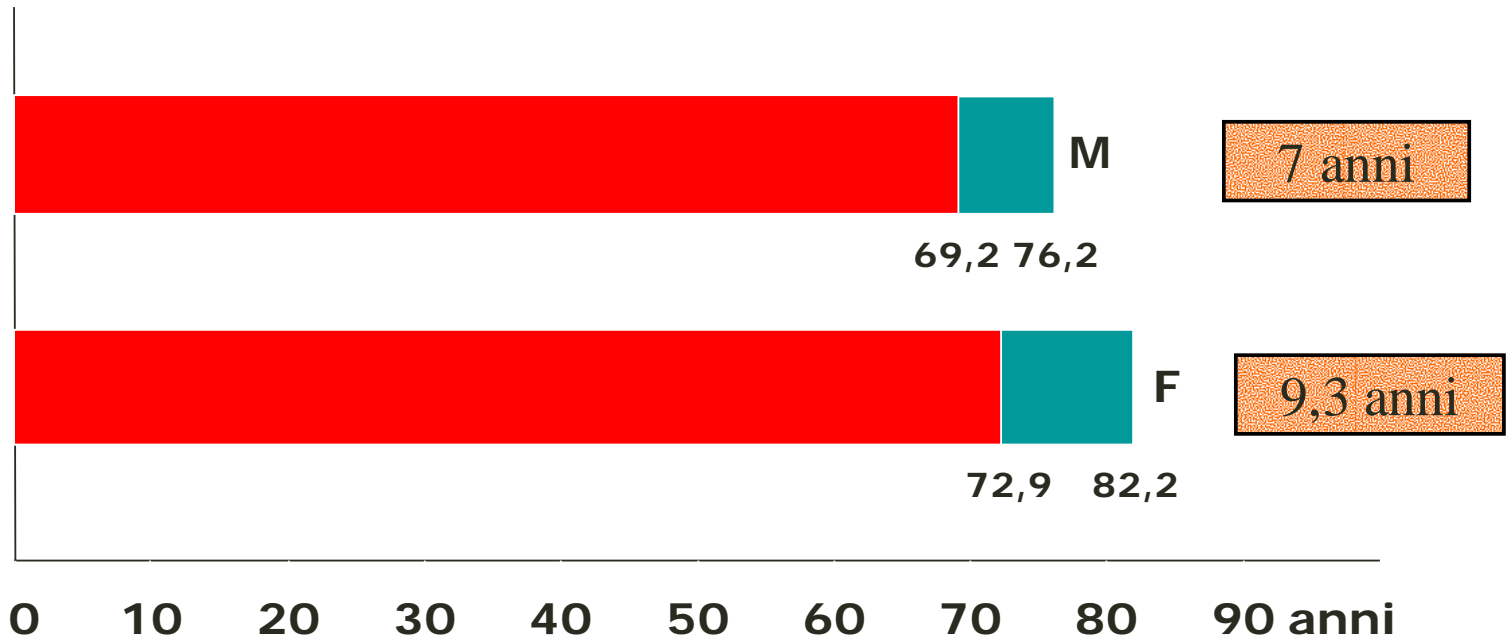
	0-14 aa.	15-64 aa.	>65 aa.
<b>Italia (2001)</b>	14,4%	67,4%	18,2%
<b>Ferrara (2003)</b>	9,6%	65,3%	25,1%

ISTAT 2002

# Lo scenario della disabilità

# Attesa di vita alla nascita. Italia, 2001

*The World Health Report, WHO 2002*



■ HALE = Healthy Life Expectancy

■ DALY = Disability Adjusted Life Year

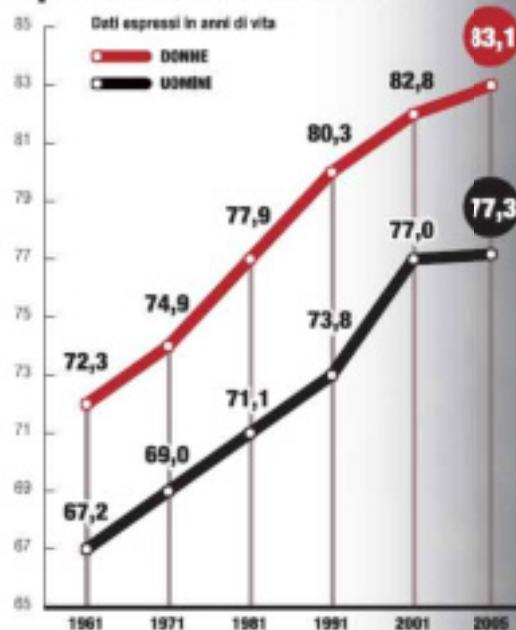
### Speranza di vita alla nascita (2005)

Nazione	Uomini	Nazione	Donne
Italia <b>+1,8</b>	<b>78</b>	Italia	<b>84</b>
Canada	78	Francia	84
Francia	77	Spagna	84
Spagna	77	Canada	83
Germania	76	Germania	82
Gran Bretagna	76	Usa	80
Usa	75	Gran Bretagna	79
Fonte: Oms			
<b>7 anni</b>		<b>9 anni</b>	

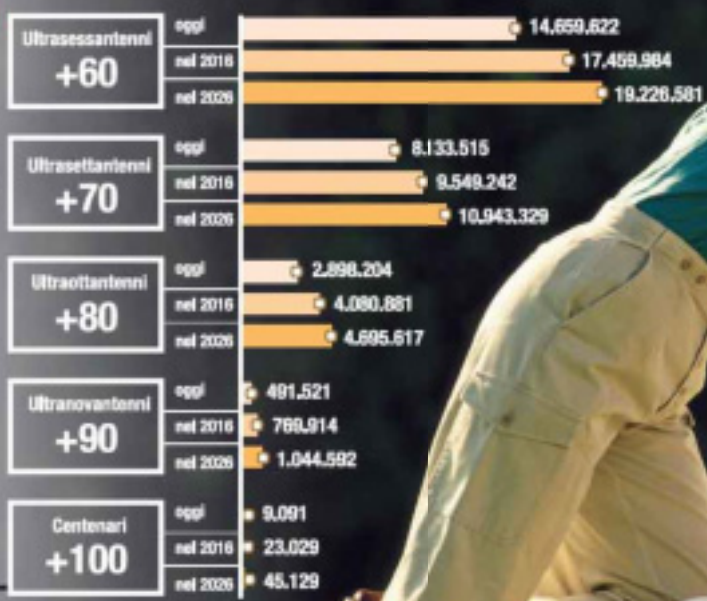
### Attesa di vita in salute alla nascita (2002)

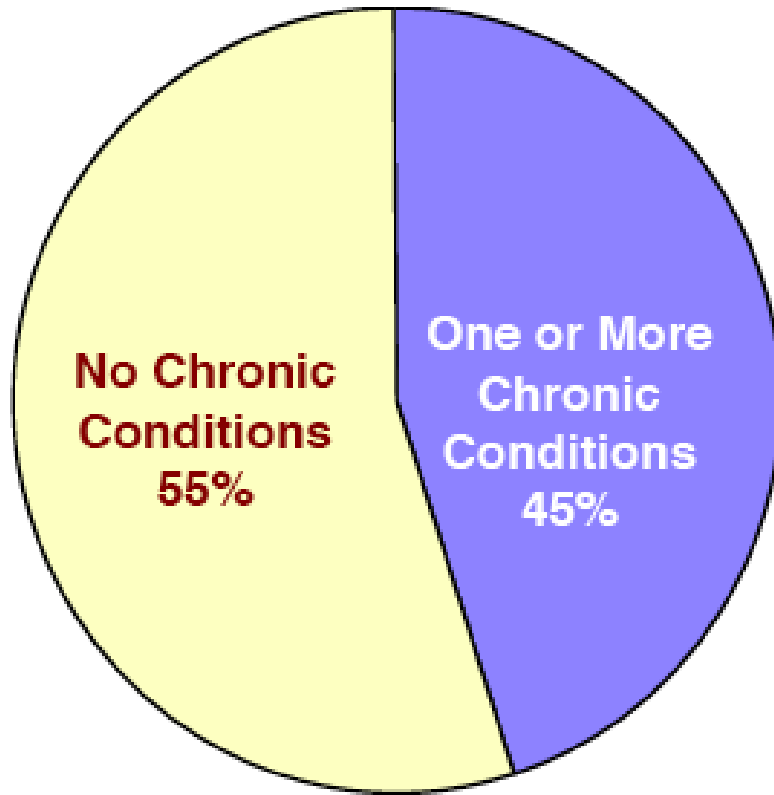
Nazione	Uomini	Nazione	Donne
Italia <b>+1,8</b>	<b>71</b>	Italia	<b>75</b>
Canada	70	Francia	75
Germania	70	Spagna	75
Spagna	70	Canada	74
Francia	69	Germania	74
Gran Bretagna	69	Gran Bretagna	72
Usa	67	Usa	71
Fonte: Oms			

## Speranza di vita in Italia



## Le previsioni di crescita





**People with One or More Chronic Conditions Use:**

**72% of All Physician Visits**

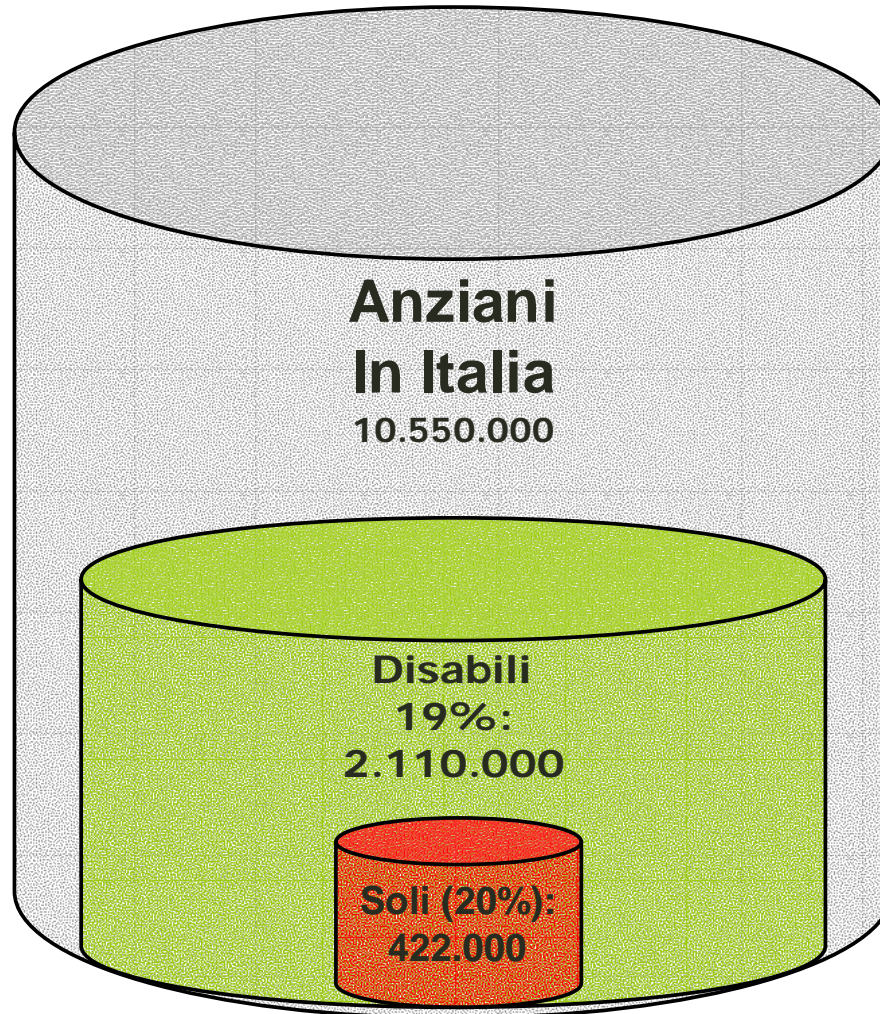
**76% of All Hospital Admissions**

**80% of Total Hospital Days**

**88% of All Prescriptions**

**96% of All Home Care Visits**

# Anziani (>65) residenti in Italia al 1° gennaio 2001



# È fondamentale passare dal concetto di “cure” a quello di “care”

“un medico deve occuparsi del paziente, non solo delle cure”

**Ippocrate**



“diffidate di quei medici che sono più attenti alla parte, che al tutto ...”

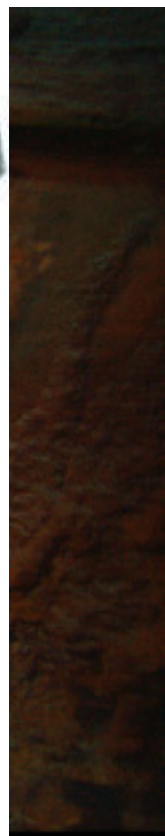
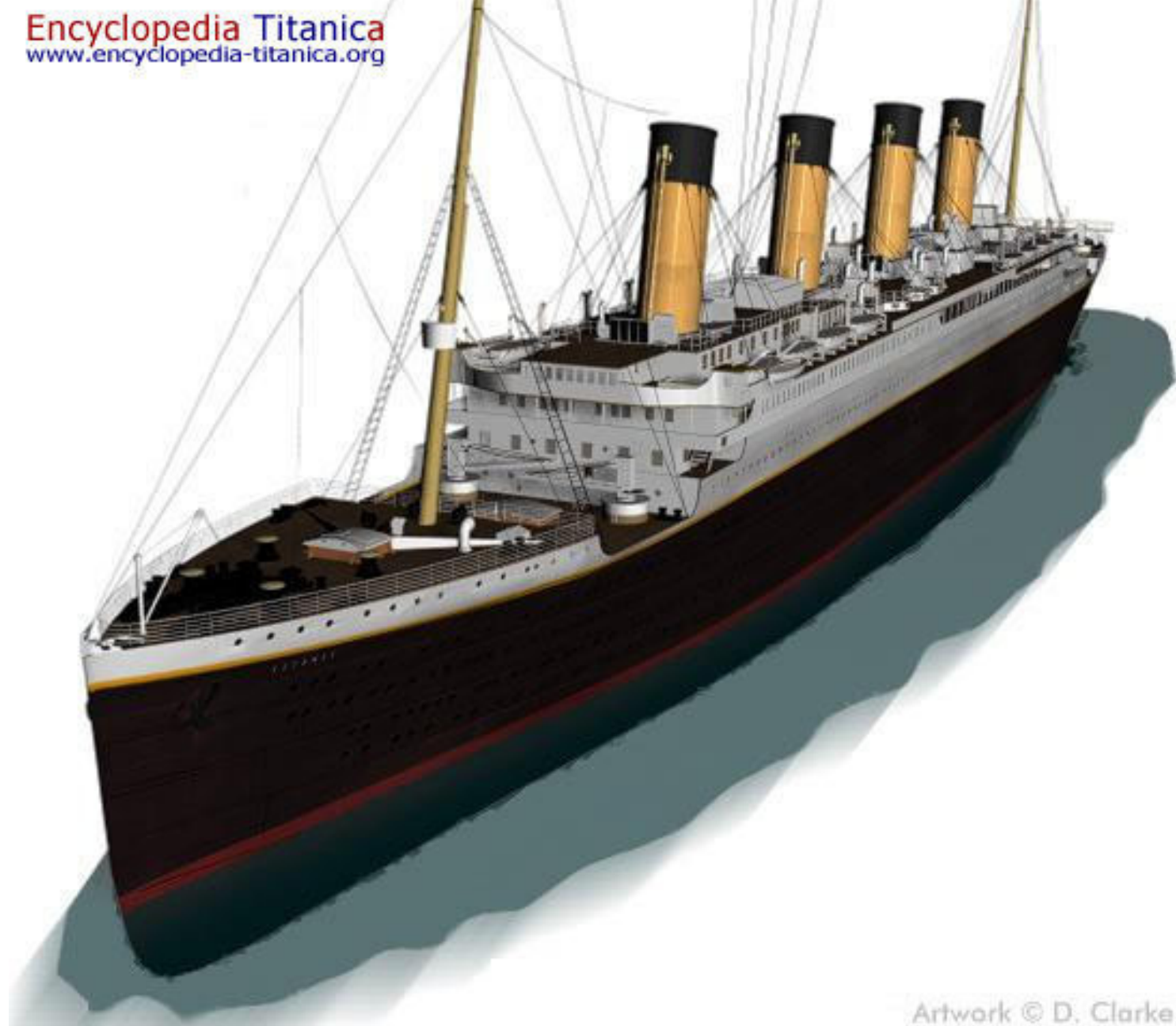
**Platone in “Critone”**

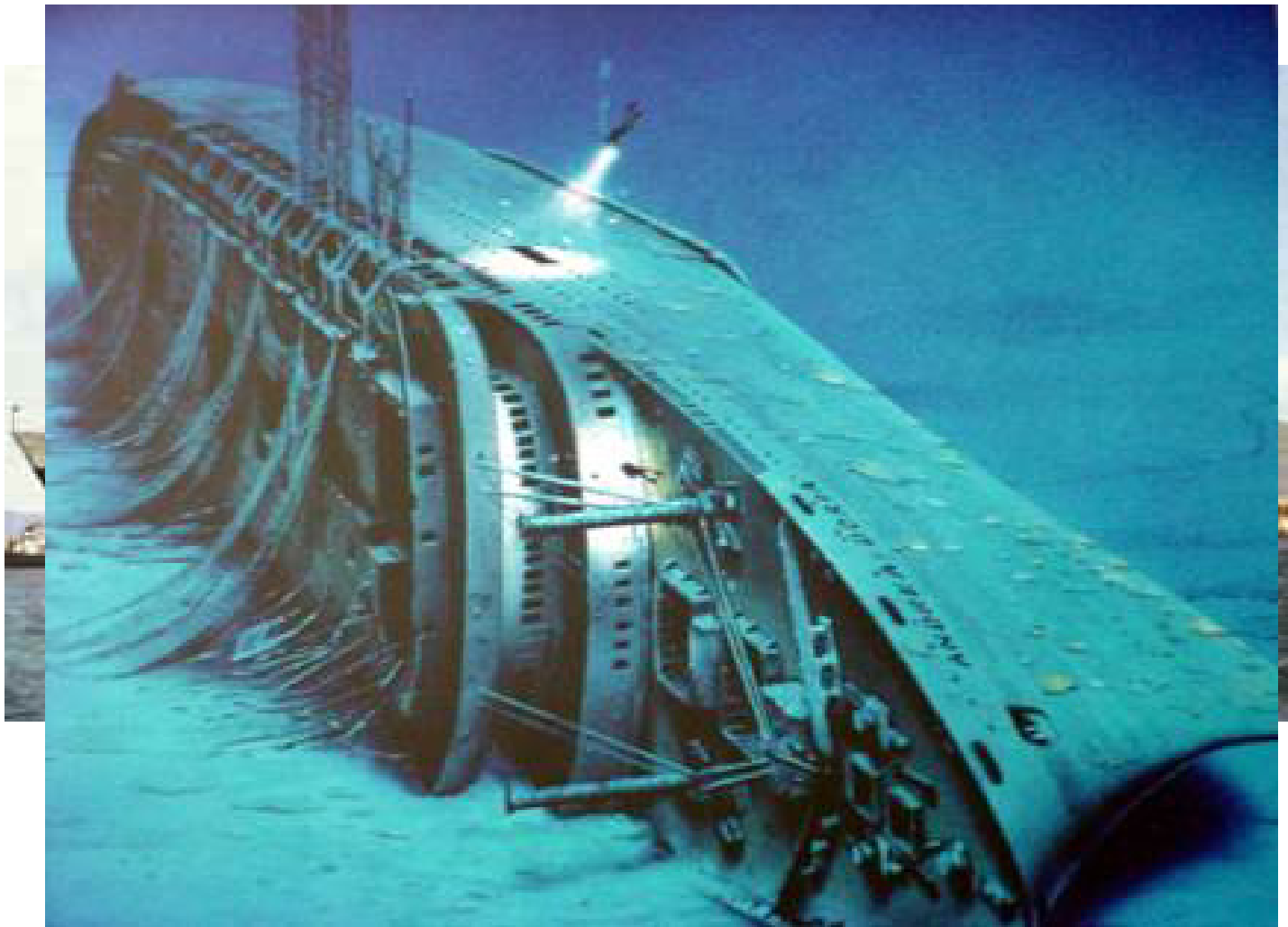
*Quale modello assistenziale?*

Paradox:

**We are still practicing acute  
care medicine in a world of  
chronic disease**

**19<sup>th</sup> century models at the  
dawn of the 21<sup>st</sup> century**

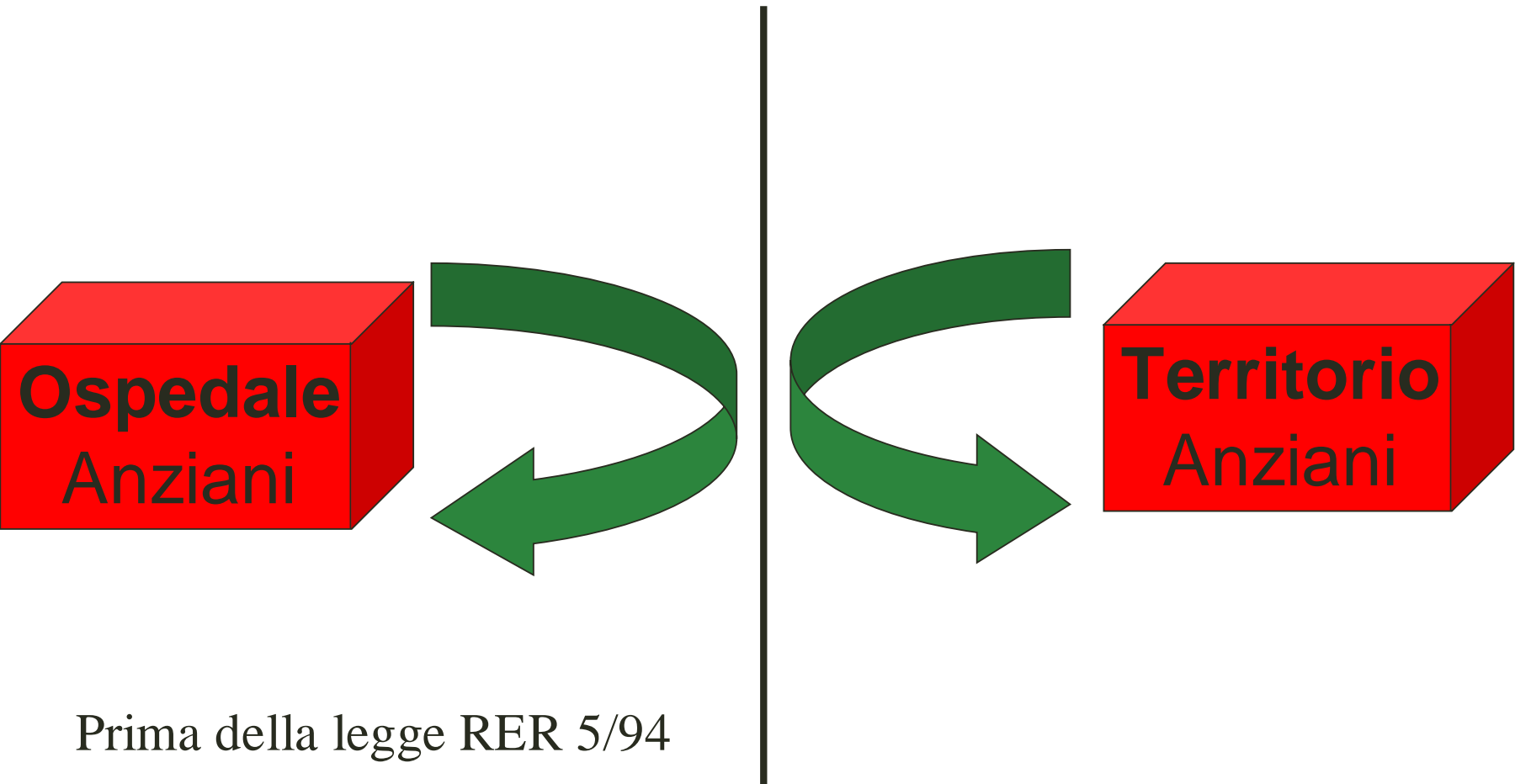




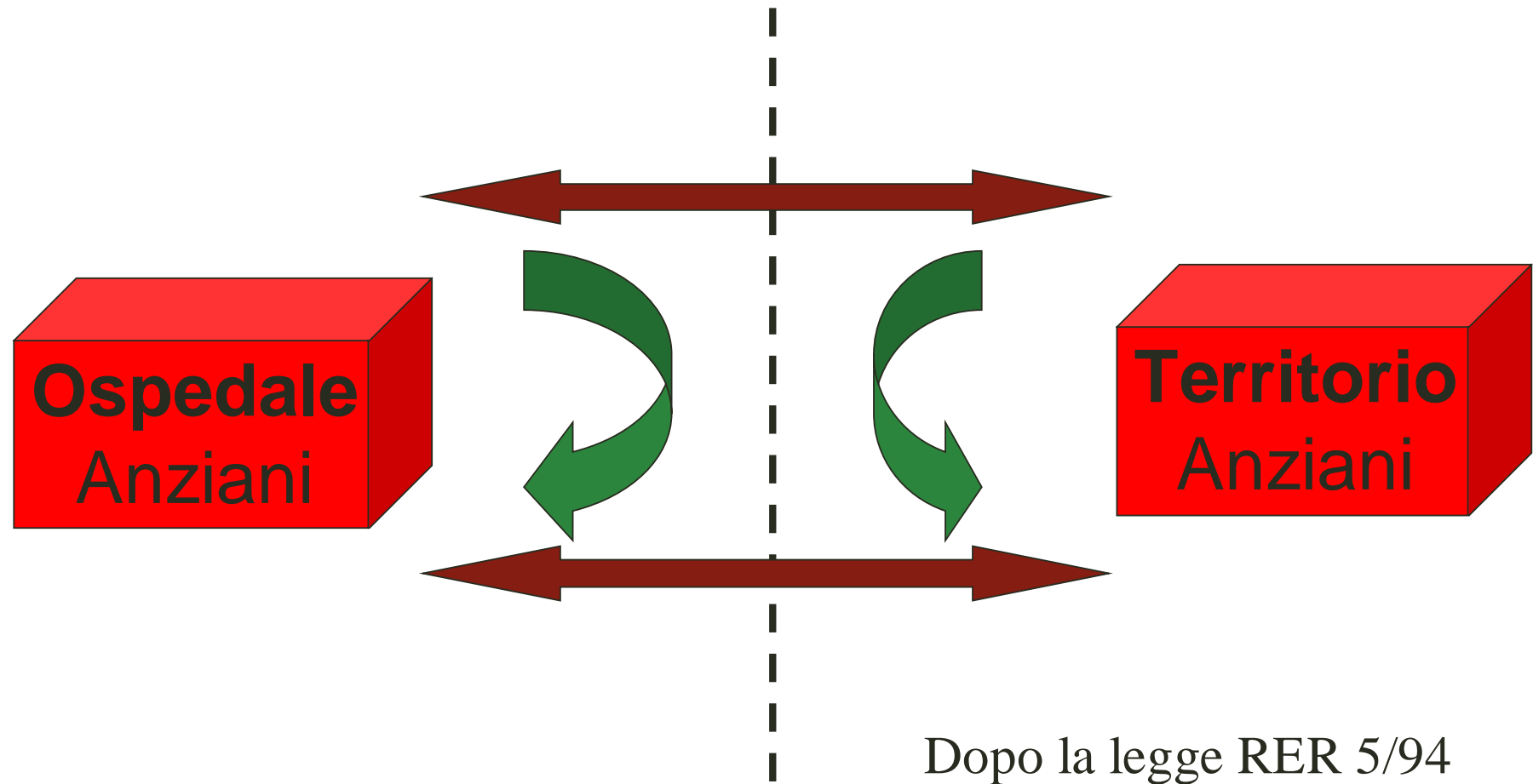
# **Di cosa abbiamo bisogno?**

- **Intolleranza creativa**
- **Modelli di cure di pieno successo**
- **Ambiente che sostiene le cose giuste da fare**

# Assistenza geriiatrica



# Assistenza geriatrica



Dopo la legge RER 5/94

# Da dove siamo partiti (1999)

<b>Elementi critici</b>	<b>Elementi favorevoli</b>
12 posti letto	Gruppo di geriatri superstiti motivati (3)
Coabitazione con LPA a diversa direzione	Nuova direzione dell' Azienda ospedaliera
Progetti di trasformare l' U. O. complessa in M. O.	Disponibilità dell' Azienda USL a sperimentare forme di collaborazione
Difficoltà a rendere visibile la specificità della geriatria rispetto alle medicine	Favorevole coinvolgimento degli organi istituzionali (Regione e Comune) a nuove forme assistenziali

# Le tappe

1999	Inizio collaborazione con AUSL
2000	Inizio collaborazione di consulenza con ortopedia Aumento a 27 posti letto di Geriatria in ambiente e con personale autonomi
2001	Costituzione della UVGO
2001	Costituzione di un reparto separato di ortogeriatria
2002	Predisposizione delle delibere di attivazione del Dipartimento interaziendale
2003	Le 5 LPA dell'AUSL vengono separate dalle UU. OO. di Medicina e costituiscono un'unica U.O.
2004	Costituzione formale del Dipartimento interaziendale
2006-7	Nomina di 2 nuovi Direttori di Unità complessa di Geriatria uno nel Dipartimento delle Cure Primarie e l'altro con responsabilità delle LPA Costituzione di una nuova U. O. (Geriatria 2)

# **Programma interaziendale geriatrico: principi ispiratori**

- **Continuità assistenziale**
- **Valutazione dei bisogni (VMD)**
- **Appropriatezza delle prestazioni**
- **Compatibilità con le risorse**
- **Scelta del setting assistenziale**
- **Verifica dei risultati**
- **Raccolta dati per valutazioni epidemiologiche**
- **Strumenti di programmazione e di sviluppo ad ampio respiro**

**Programma interaziendale di geriatria**

Struttura complessa di Geriatria S. Anna

Circa 180 P.L.  
(+93 conv.)

Struttura complessa di LPA geriatrica ASL

Rapporti con LPA convenzionate (93 PL.)

Strutture semplici e funzioni

Ortogeriatria

Ambulatori

DH

UVGO

Strutture semplici e funzioni

LPA Argenta

LPA Bondeno + Acuti

LPA Copparo

LPA Comacchio

LPA Delta

Rapporti con i Distretti

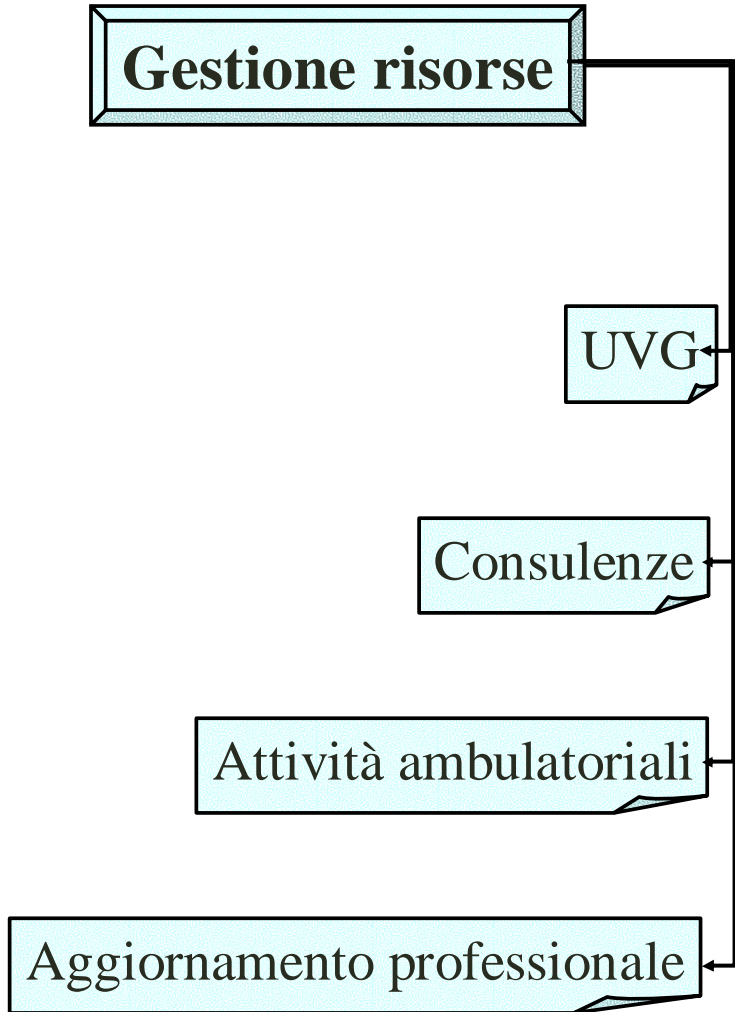
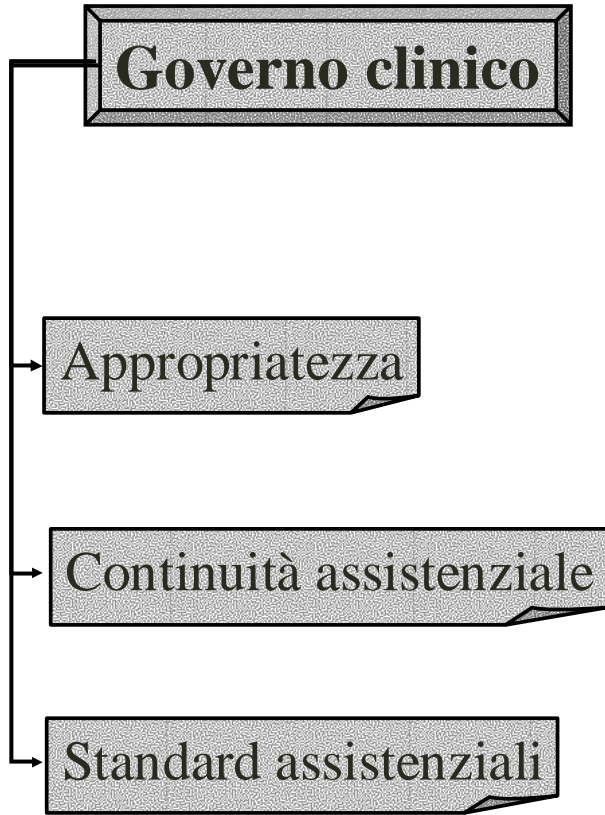
# Funzioni pianificatorie del Programma

Lungodegenze

Assistenza Domiciliare Integrata

Strutture Protette

Ambulatori



**I rapporti del Programma con la Rete  
dei Servizi devono garantire processi  
di ottimizzazione ed integrazione  
professionale**

Percorsi continuità  
assistenziale

Formazione del  
caregiver

Assistenza  
domiciliare integrata

# Percorsi continuità assistenziale

Dai reparti per acuti  
al territorio

Dimissione protetta

Dalle LPA al  
territorio

- Valutazione clinica
- Valutazione sociale
- Valutazione di compatibilità con le risorse
- Tempi brevi
- Coinvolgimento della famiglia

## Assistenza domiciliare integrata

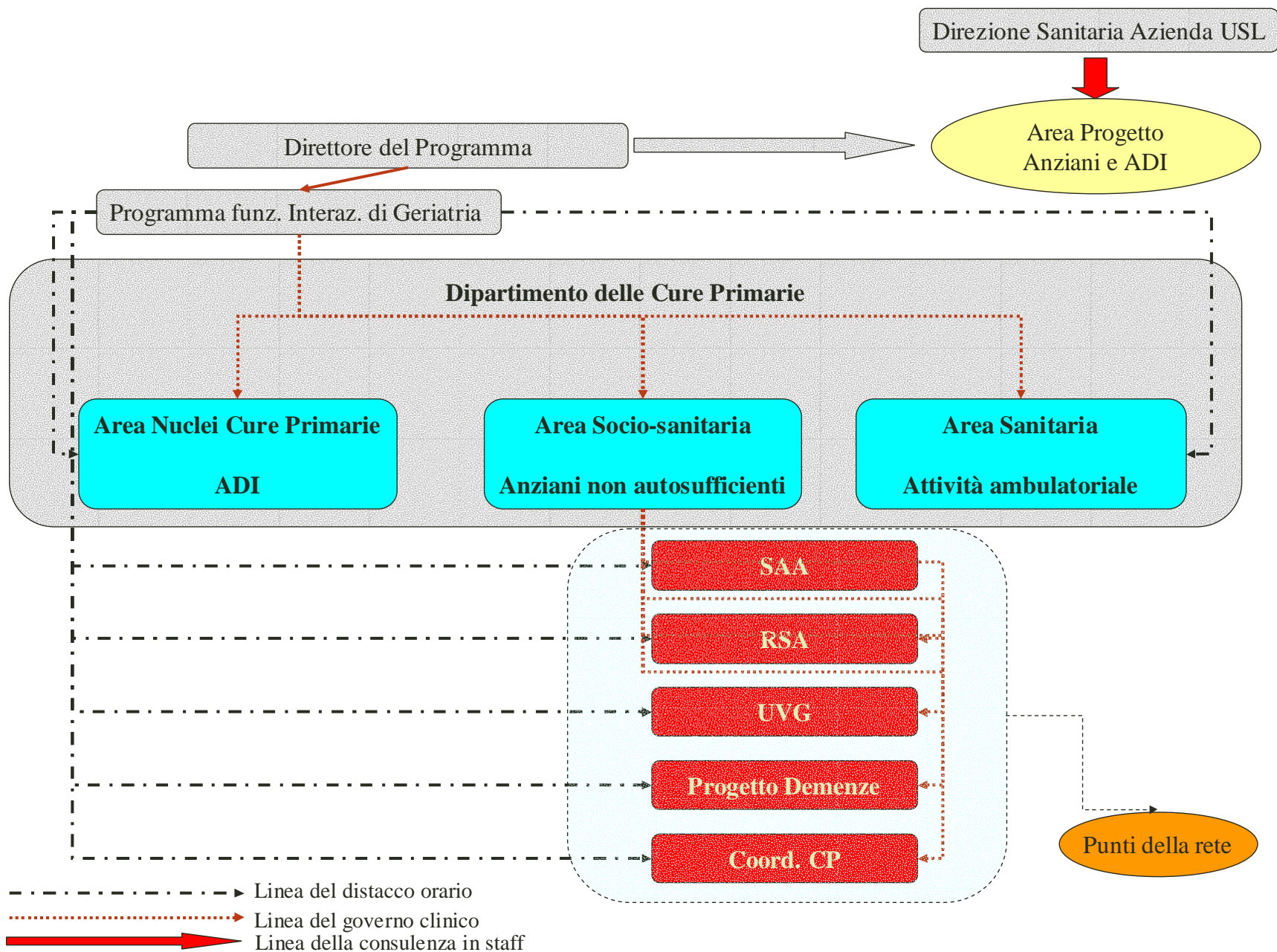
- Presa in carico
- Progetto assistenziale individualizzato
- Attuazione del programma
- Monitoraggio del piano assistenziale
- Valutazione degli outcome
- Prosecuzione e/o riprogrammazione

# Formazione del caregiver

- Conoscenze specifiche
- Strumenti (presidi, contributi economici, ecc.)
- Punti di riferimento precisi
- Capacità di trasferire le conoscenze ad altri



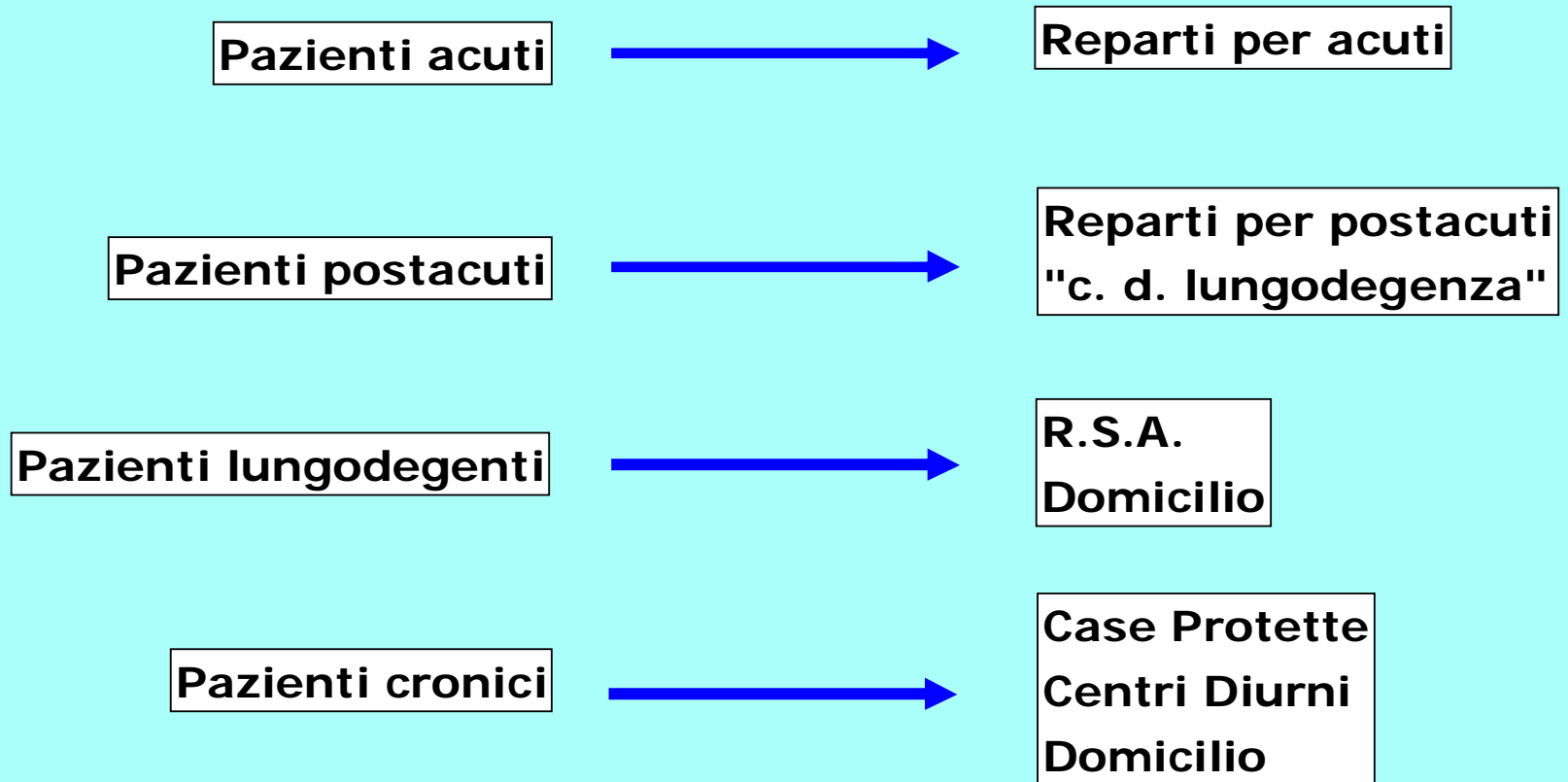
# Rapporti funzionali tra Programma Interaziendale di Geriatria e Dipartimento delle Cure Primarie



*I fatti*

**Il lavoro nelle LPA**

# Relazione tra tipologia di pazienti e reparti



## Pazienti postacuti o pazienti non stabilizzati

### Casistica proteiforme

- **Cardiopatici in III-IV classe NYHA**
- **Broncopneumopatici cronici con insuff. respiratoria grave**
- **Pazienti con pluripatologia ad alto rischio di invalidità**
- **Pazienti con decadimento cognitivo severo in fase di scompenso (delirium)**
- **Pazienti con recente frattura di femore o vertebrale**
- **Pazienti neoplastici in trattamento radiante o antineoplastico con difficoltà logistiche**
- **Diabetici gravi di difficile compenso e con pluripatologia**
- **Sindromi ipocinetiche con possibilità di riattivazione funzionale**

# Pazienti postacuti o pazienti non stabilizzati

## Elementi comuni

- Assenza di stabilizzazione clinica
- Piano diagnostico esaurito o precisamente delineato
- Programma terapeutico definito ma non completato
- **Atteggiamento riattivativo** finalizzato al mantenimento delle abilità presenti o al recupero di quelle perse
- Stretta connessione con il reparto di provenienza per assicurare continuità di cura

# **Pazienti non trasferibili in LPA (né in altri Reparti)**

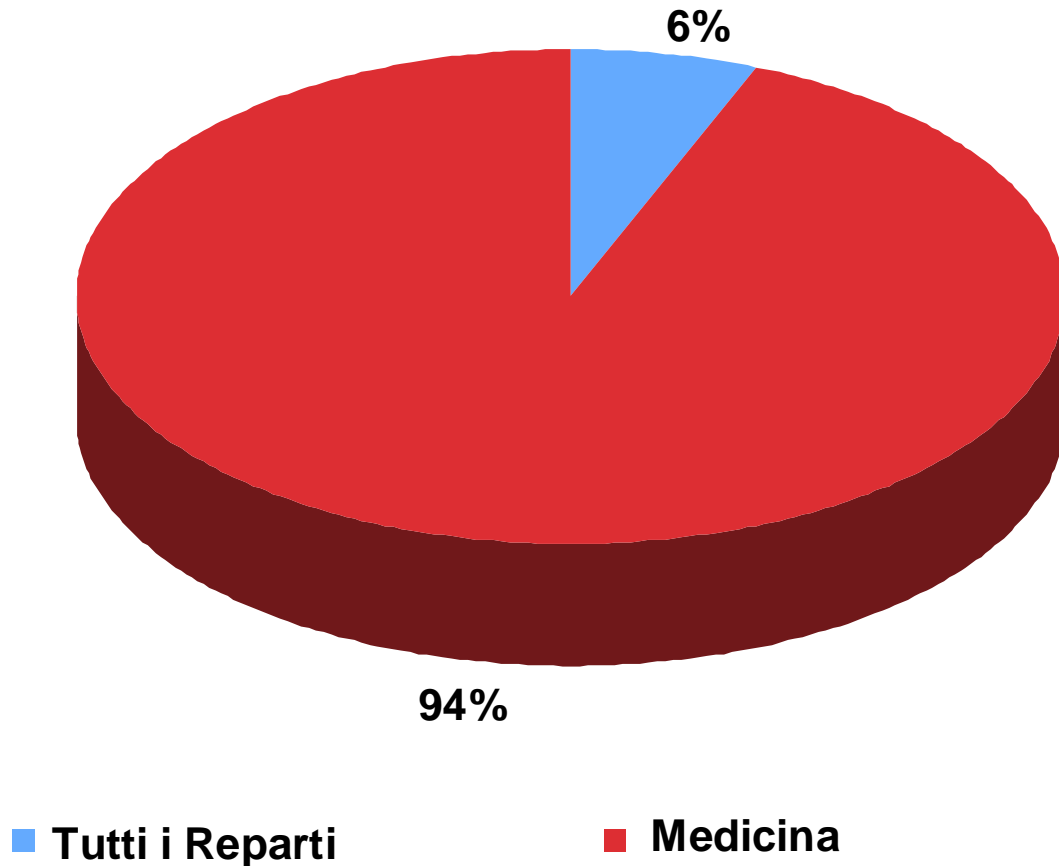
- **pazienti terminalissimi**
- **pazienti con prevalenti problemi sociali**
- **pazienti con problemi diagnostici complessi ancora aperti.**

LPA del Delta

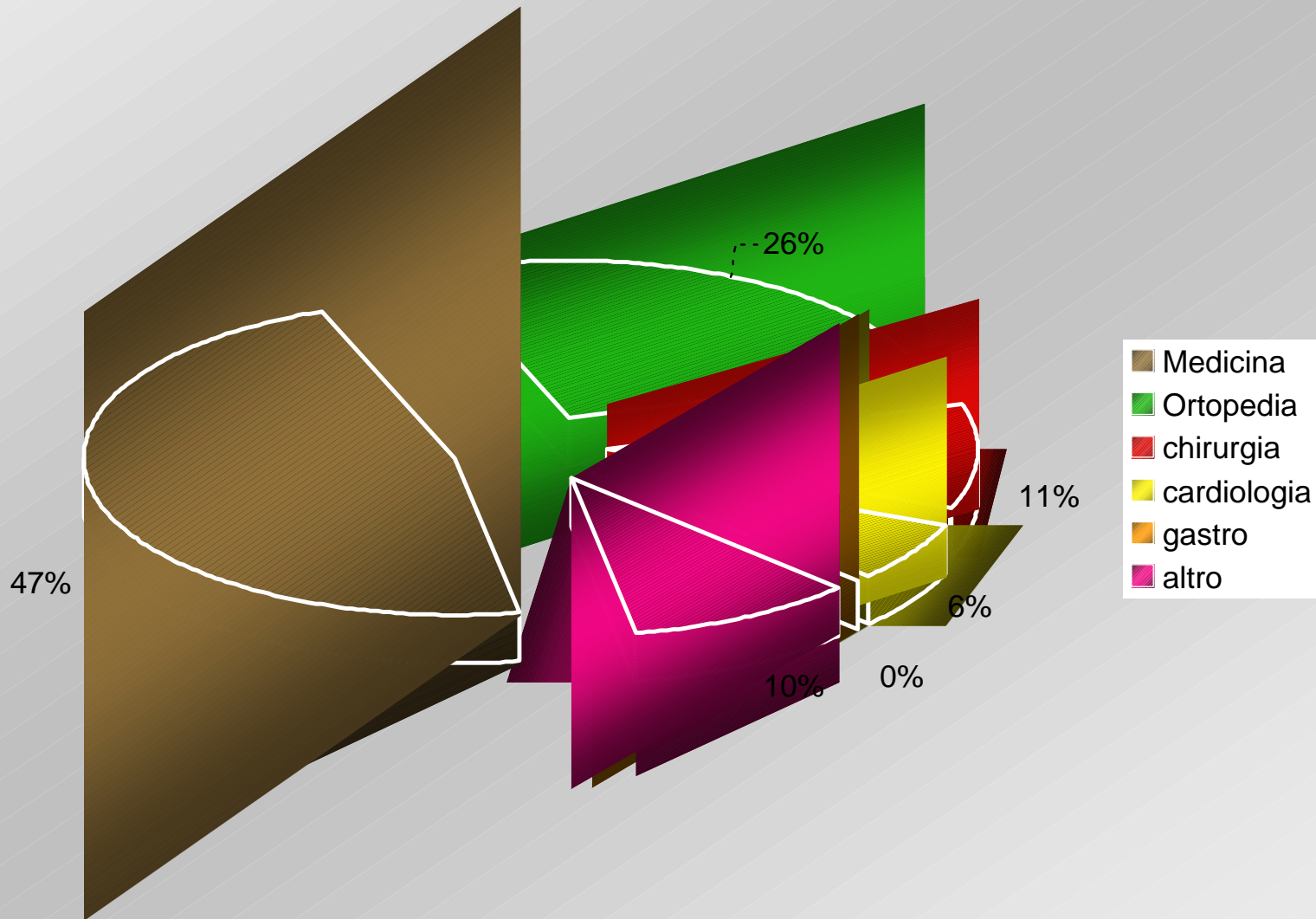
- **Confronto attività LPA Delta**

	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	
<b>Ricoveri (gennaio-settembre)</b>				
INIZIO ATTIVITÀ INDIPENDENTE DA MEDICINA 4.10.04	<b>196</b>	<b>350</b>	<b>398</b>	
<b>Ricoveri anno solare</b>	<b>310</b>	<b>469</b>	<b>505</b>	<b>+51% 1° anno +7,6% 2° anno</b>
<b>N° richieste di trasferimento</b>	<b>133 (4° trim)</b>	<b>635</b>	<b>744</b>	<b>+17,16% (2005 su 2006)</b>
<b>% pazienti valutati entro 24 h dalla richiesta</b>	<b>81 % (4° trim)</b>	<b>82,4 %</b>	<b>80,1 %</b>	
<b>% pazienti entrati entro 24 h dalla richiesta</b>	<b>72 %</b>	<b>78 %</b>	<b>55,2%</b>	
<b>% pazienti entrati entro 48 h dalla richiesta</b>	<b>81 % (4° trim)</b>	<b>90 %</b>	<b>68,7</b>	

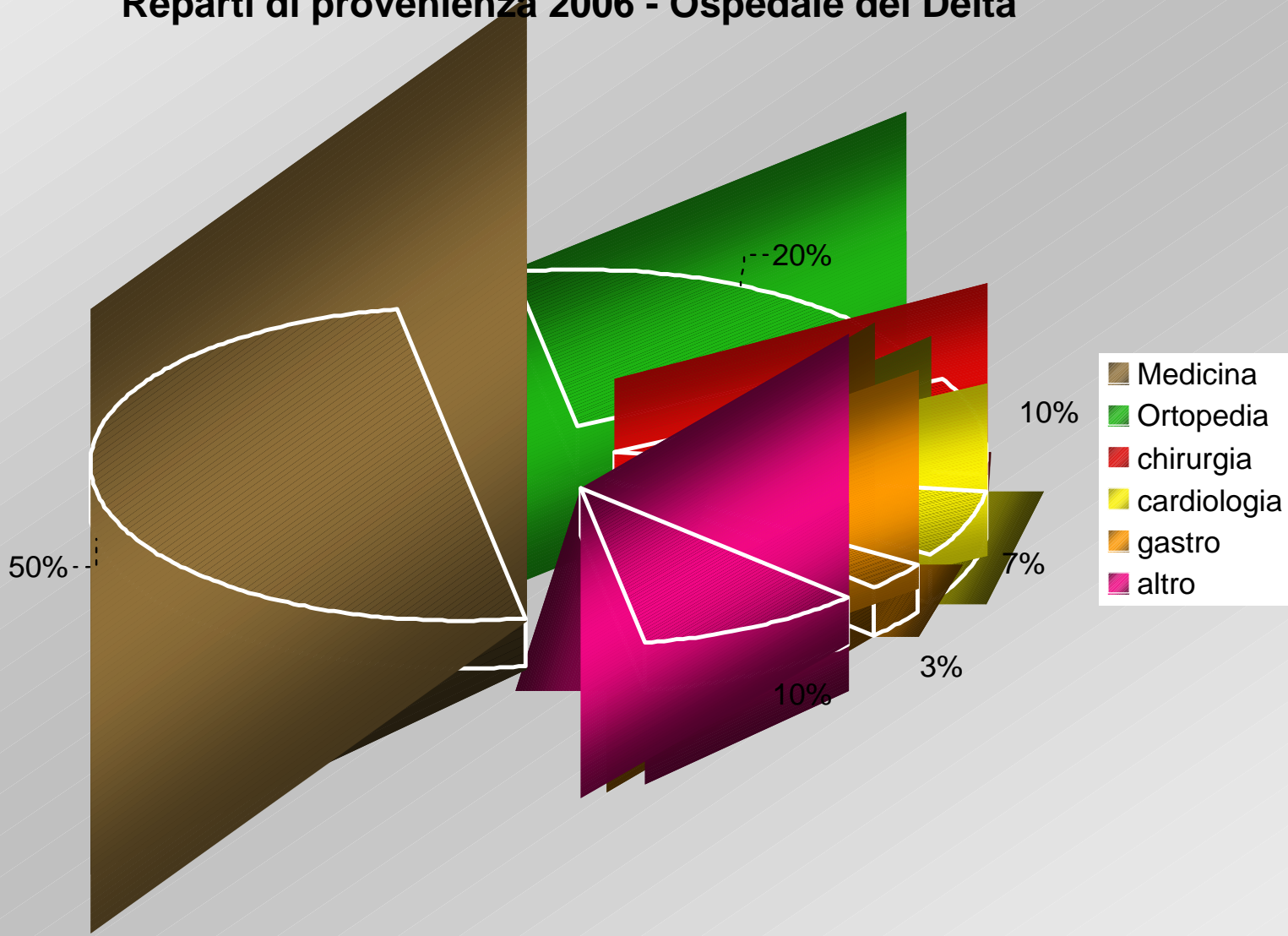
## Provenienza dei pazienti anni precedenti



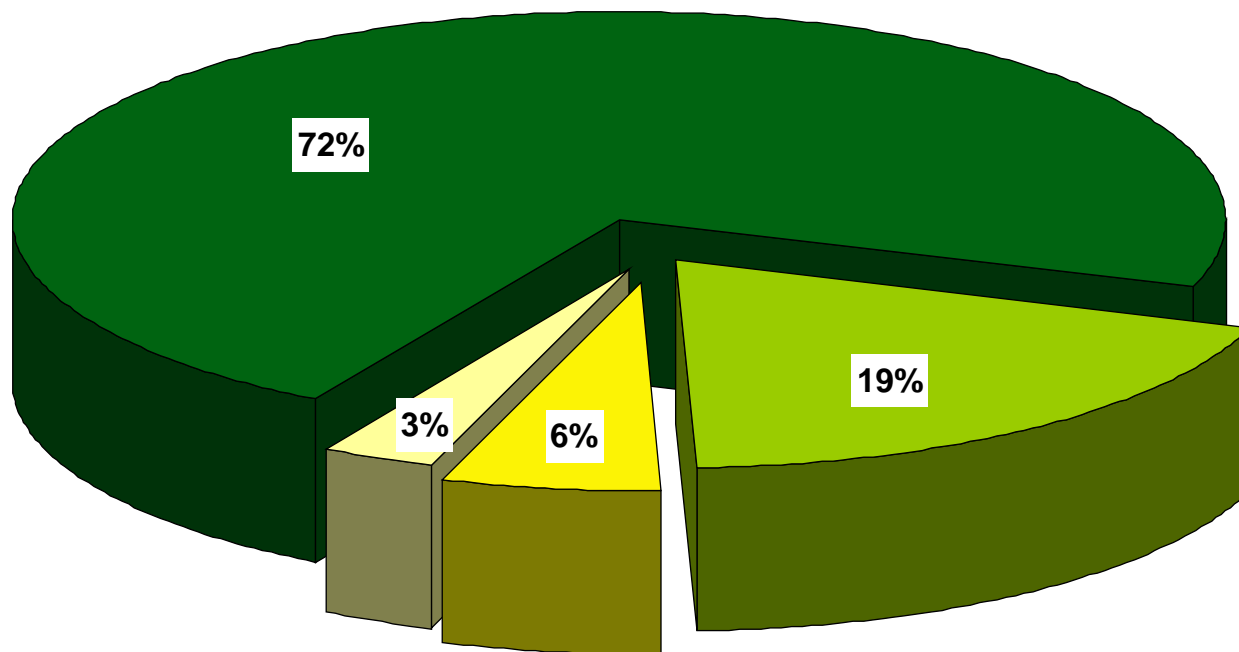
# Reparti di provenienza 2005 - Ospedale del Delta



# Reparti di provenienza 2006 - Ospedale del Delta

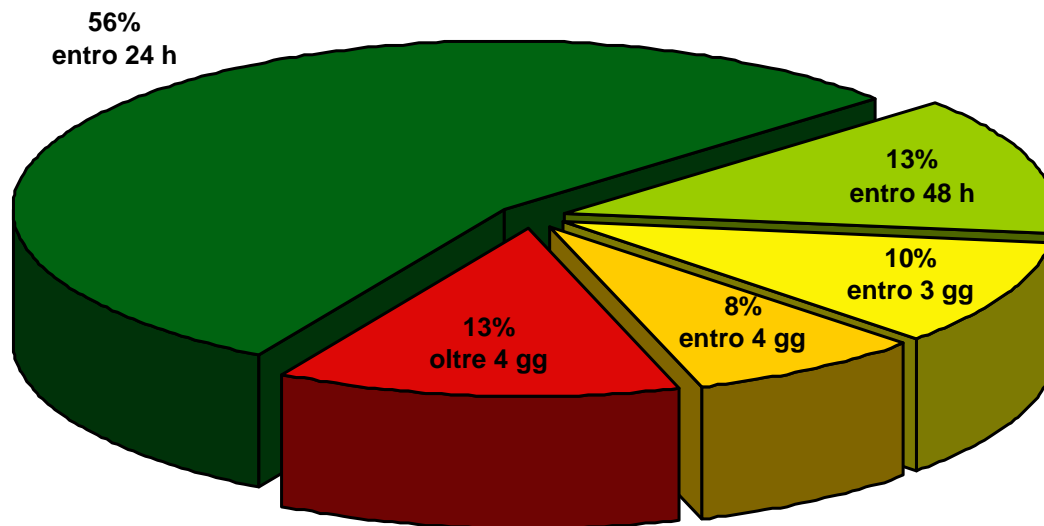


## TEMPO FRA RICHIESTA E VALUTAZIONE PER LPA DELTA - 4 TRIM 2006

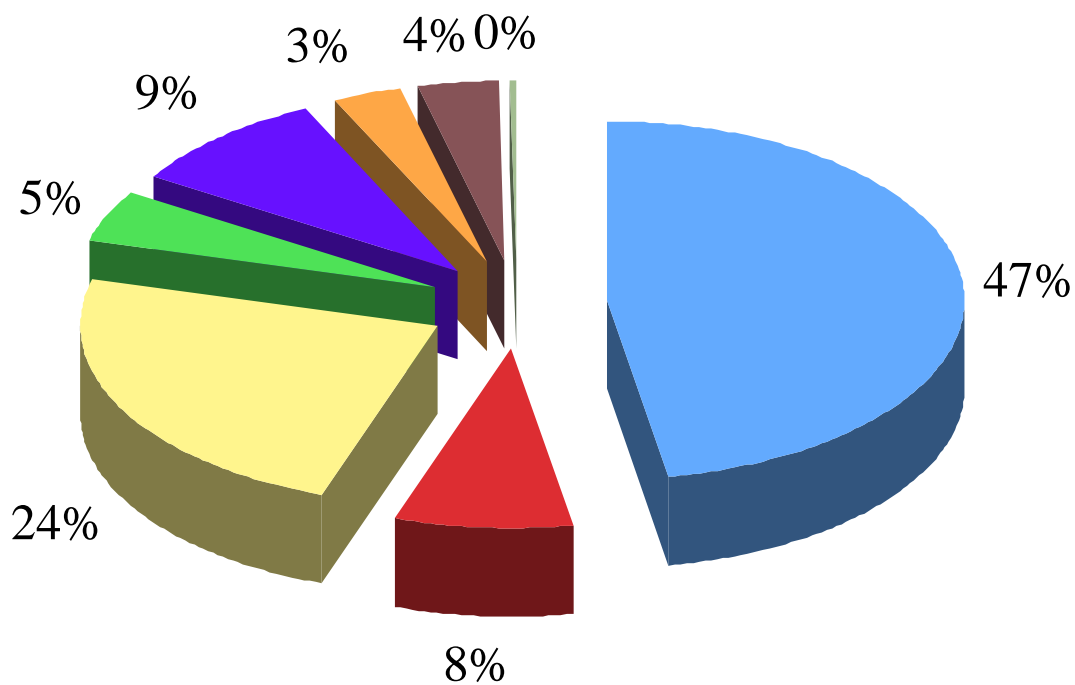


■ ENTRO 24 H   ■ ENTRO 48 H   ■ ENTRO 3 GG   ■ ENTRO 4 GG

**TEMPO FRA RICHIESTA  
E INGRESSO  
IN LPA DELTA 2006 (TOT 505)**



### Dimessi LPA 2006 (511 pz.)



**Domicilio**  
**RSA**

**domicilio con ADI**

**Deceduti**

**Casa Protetta**

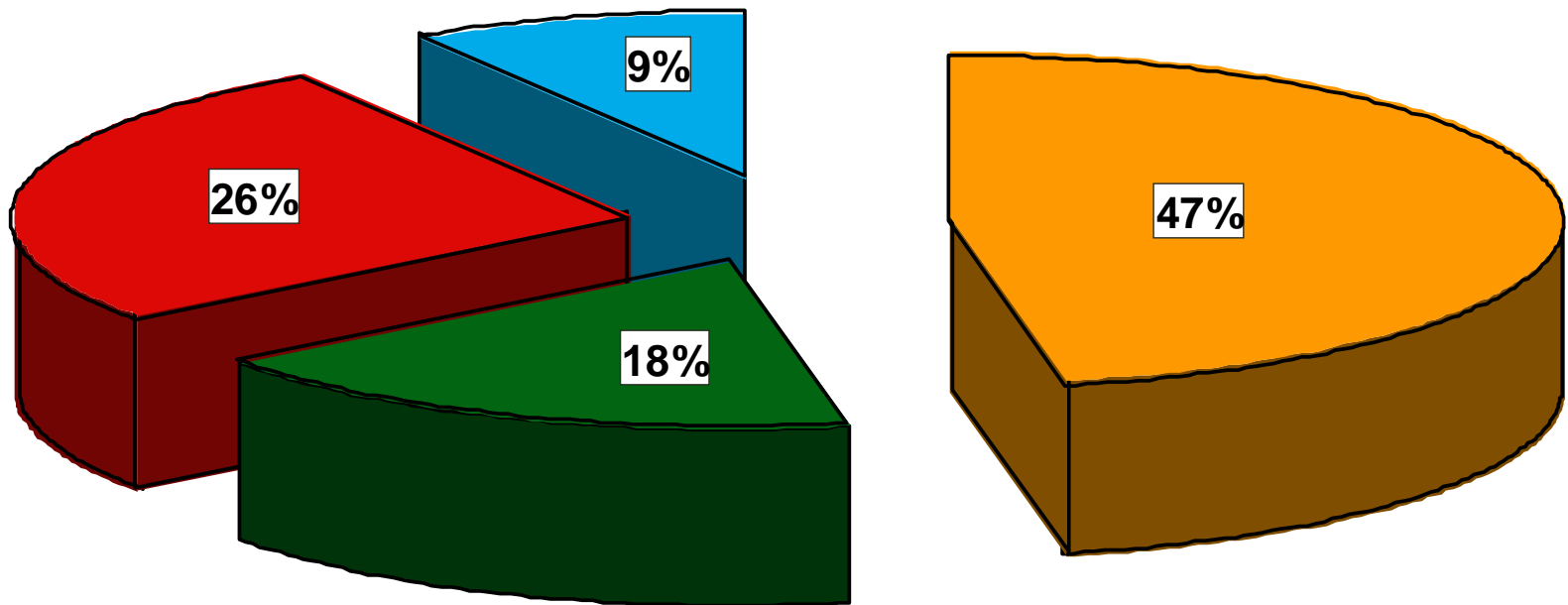
**Trasf. U.O. Acuti Delta**

**Trasf. Altri ospedali**

**Hospice**

## Cause di morte 1° trim 2006

34 pazienti, 26 (74%) provenienti da U.O. Medicina

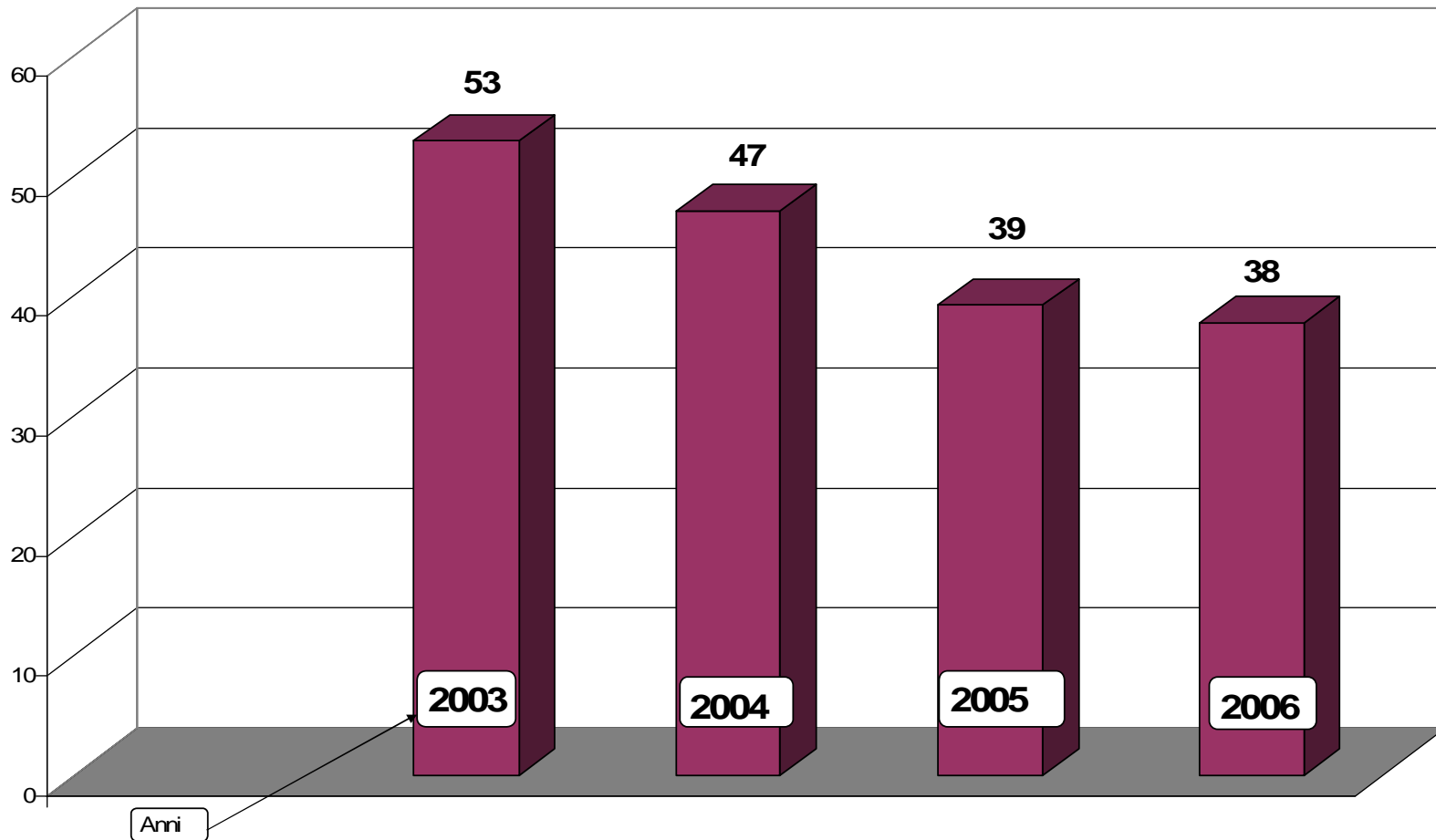


■ Neoplasie 16    ■ M.cerebrovasc. e neurologiche 6

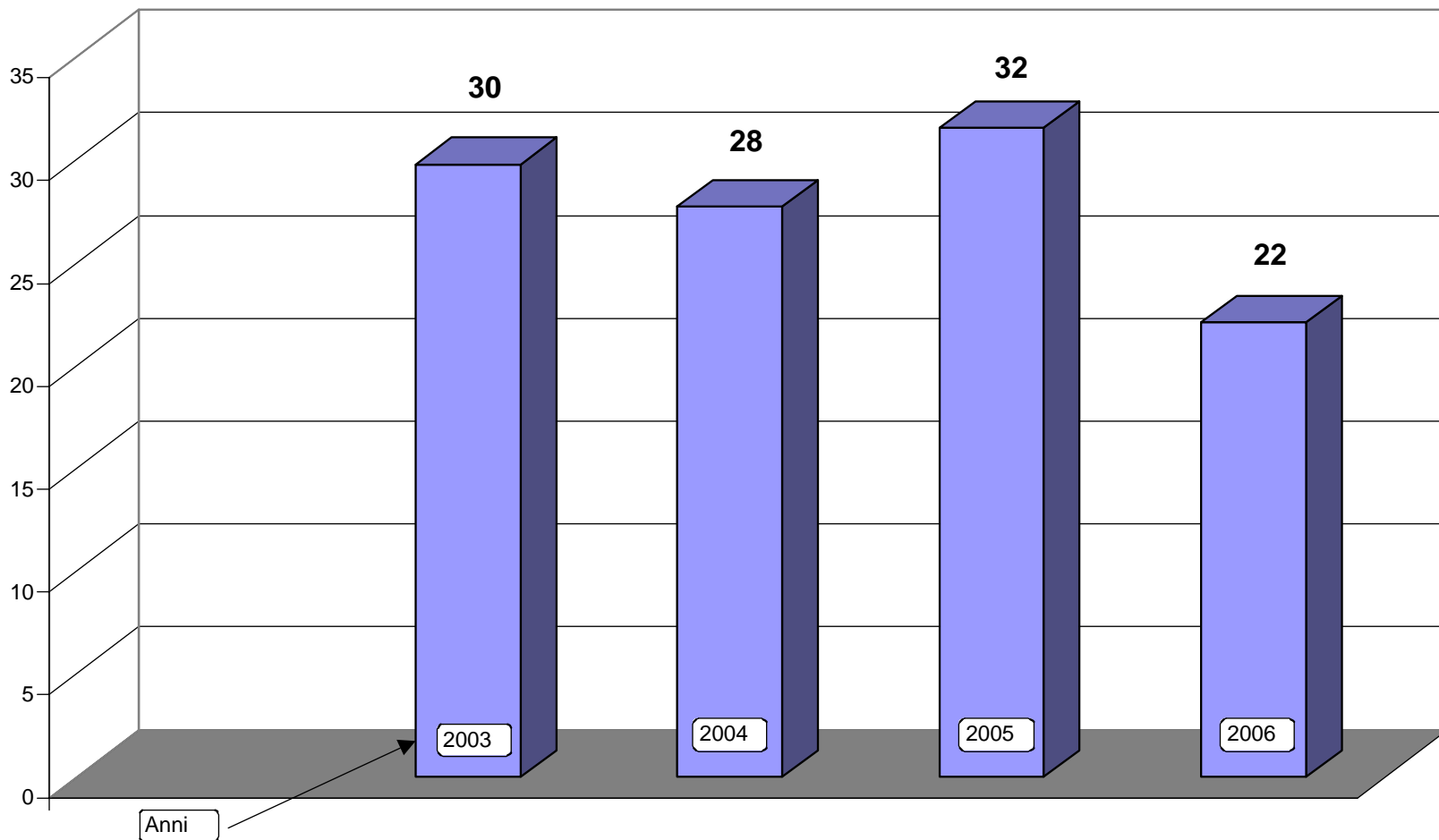
■ M. cardiovasc. e SCC 9    ■ Altro 3

LPA di Argentina

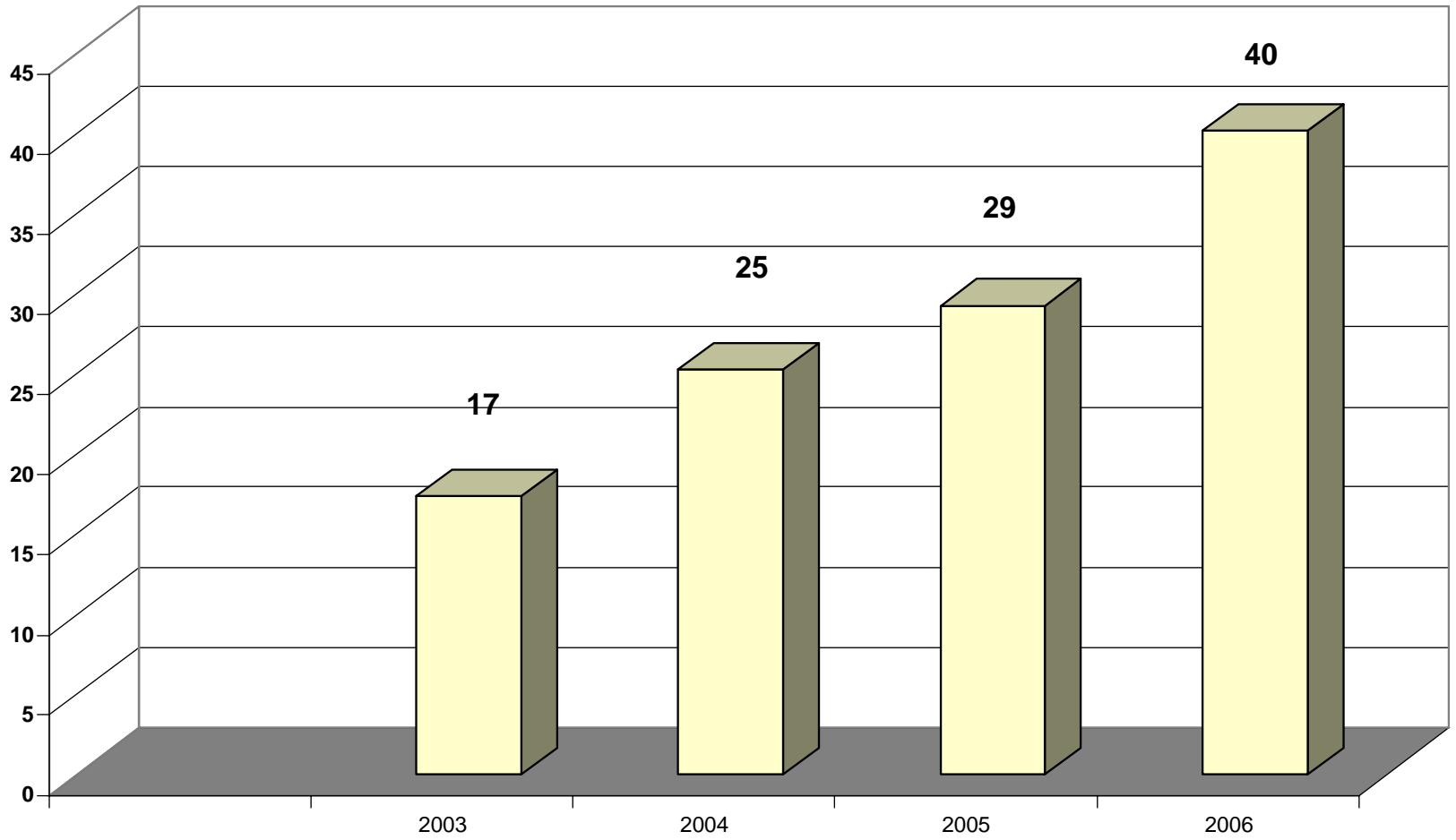
Ospedale di Argenta - Provenienza medicina %



Ospedale di Argenta - Provenienza altri reparti (%) 2003-2006

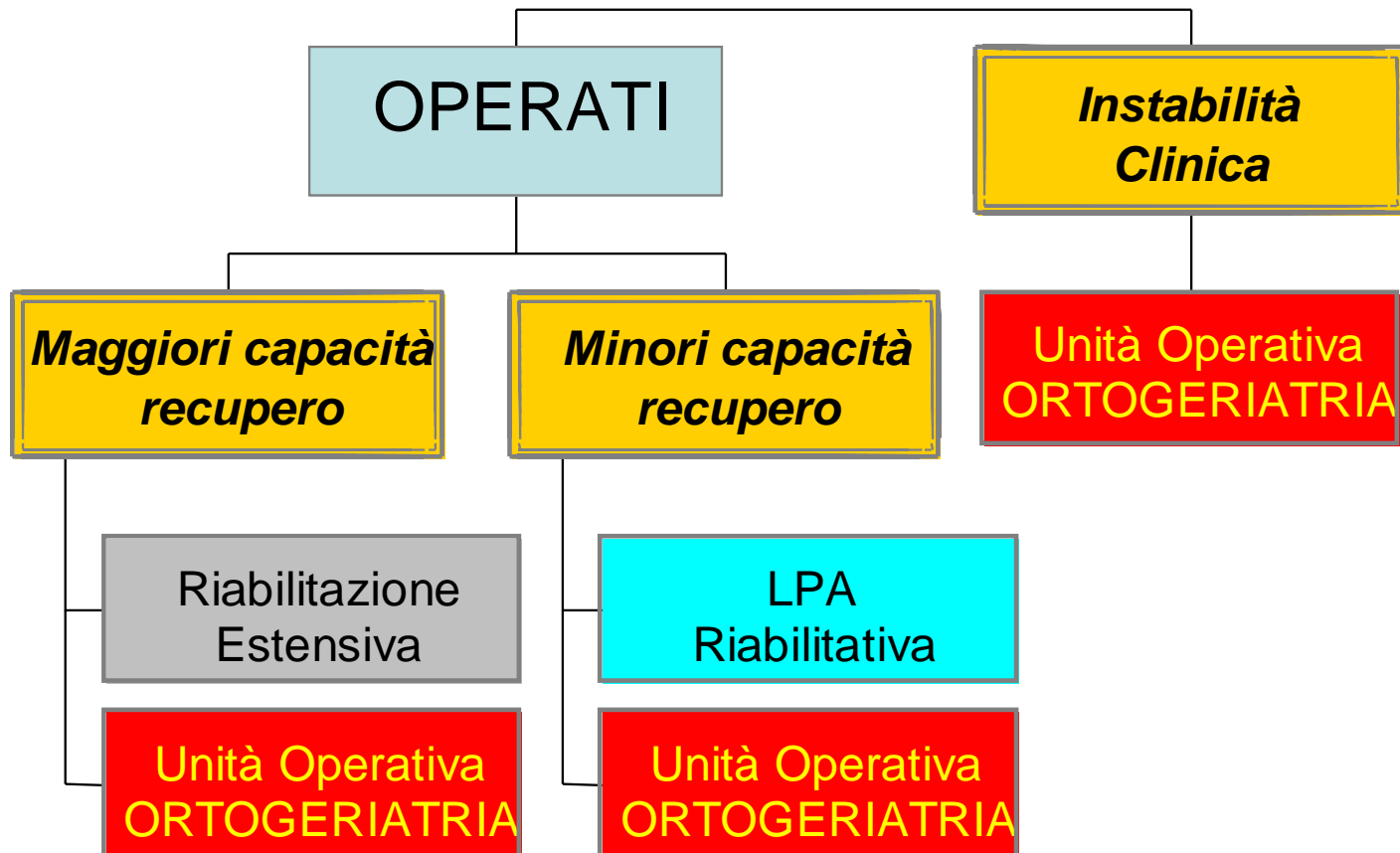


Ospedale di Argenta - provenienza ortopedia (%)

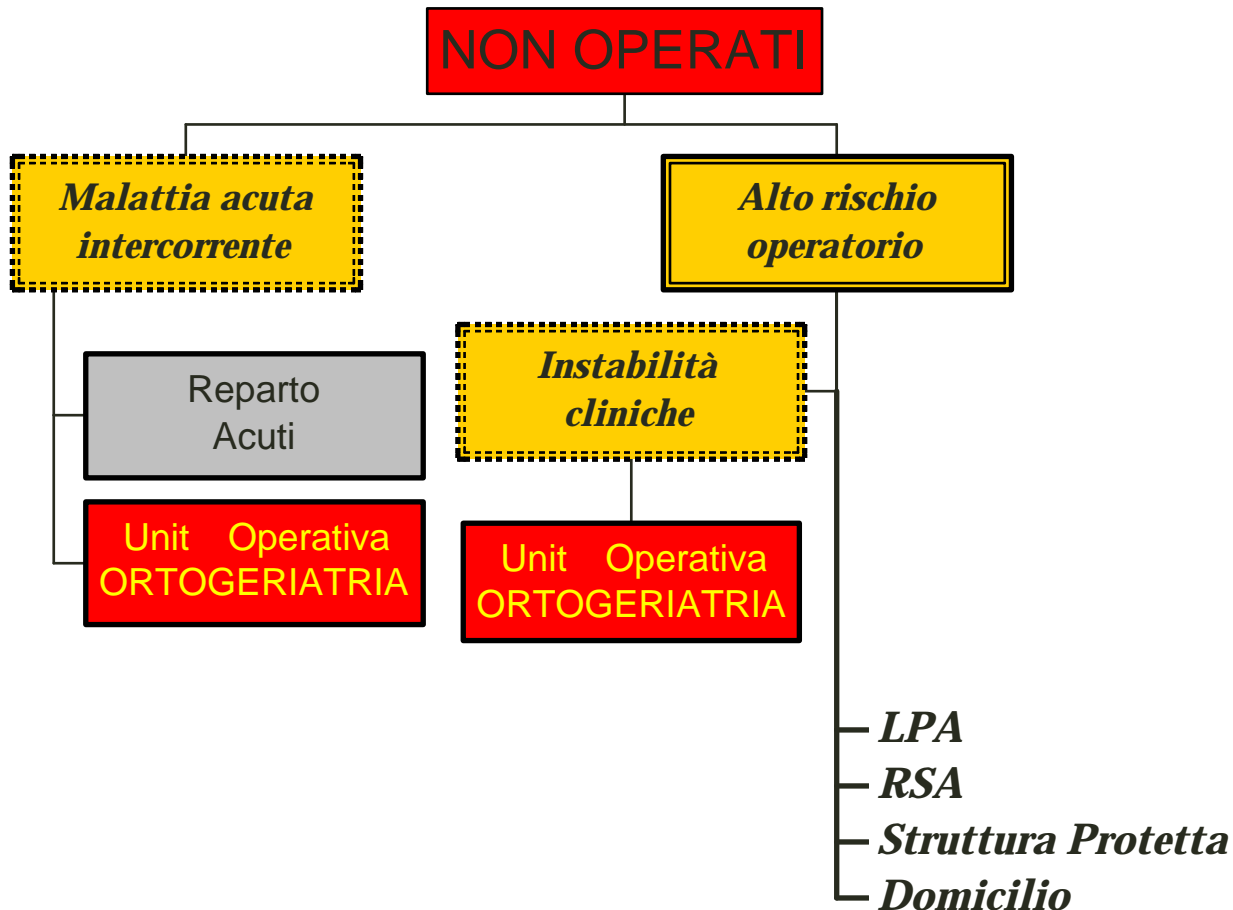


**L'ortogeriatría**

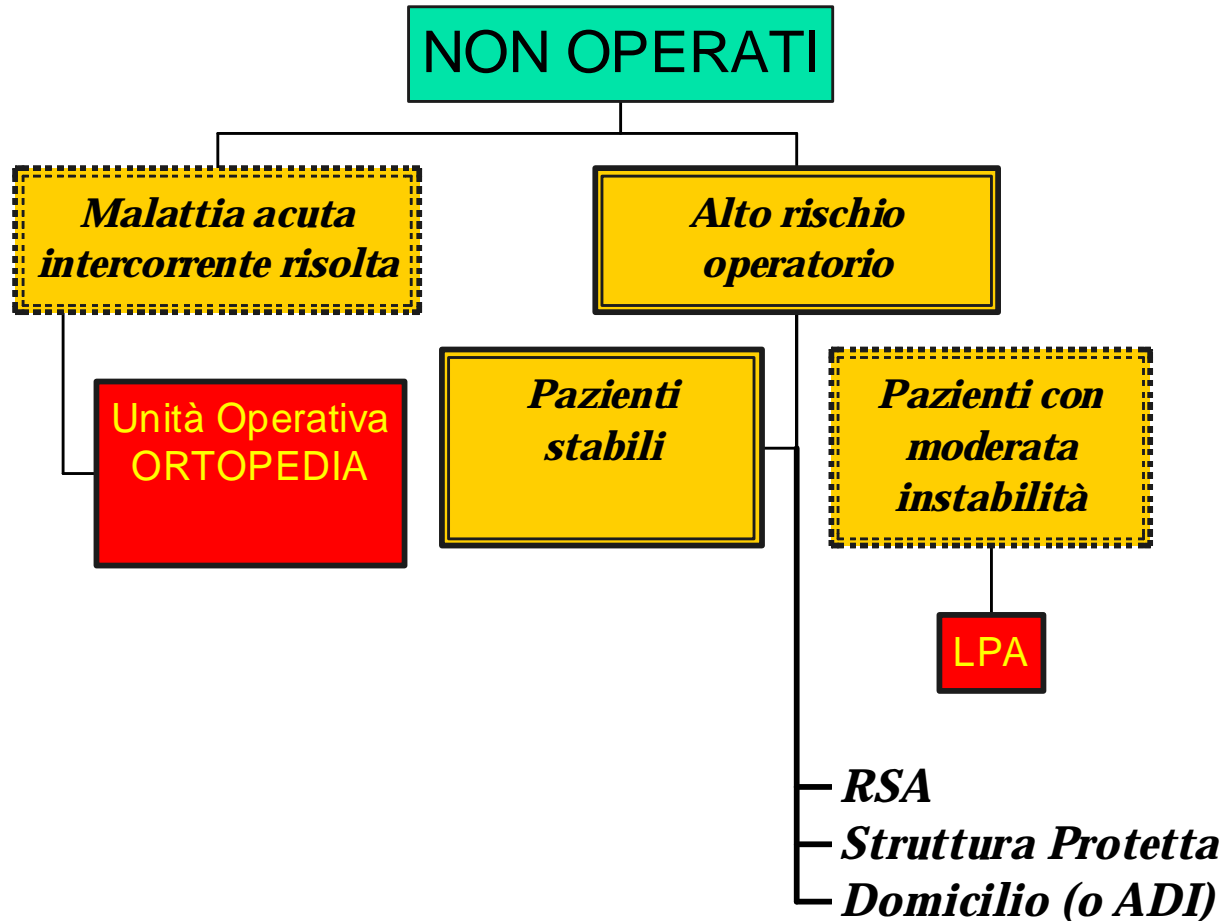
# Dimissione operati ortopedia



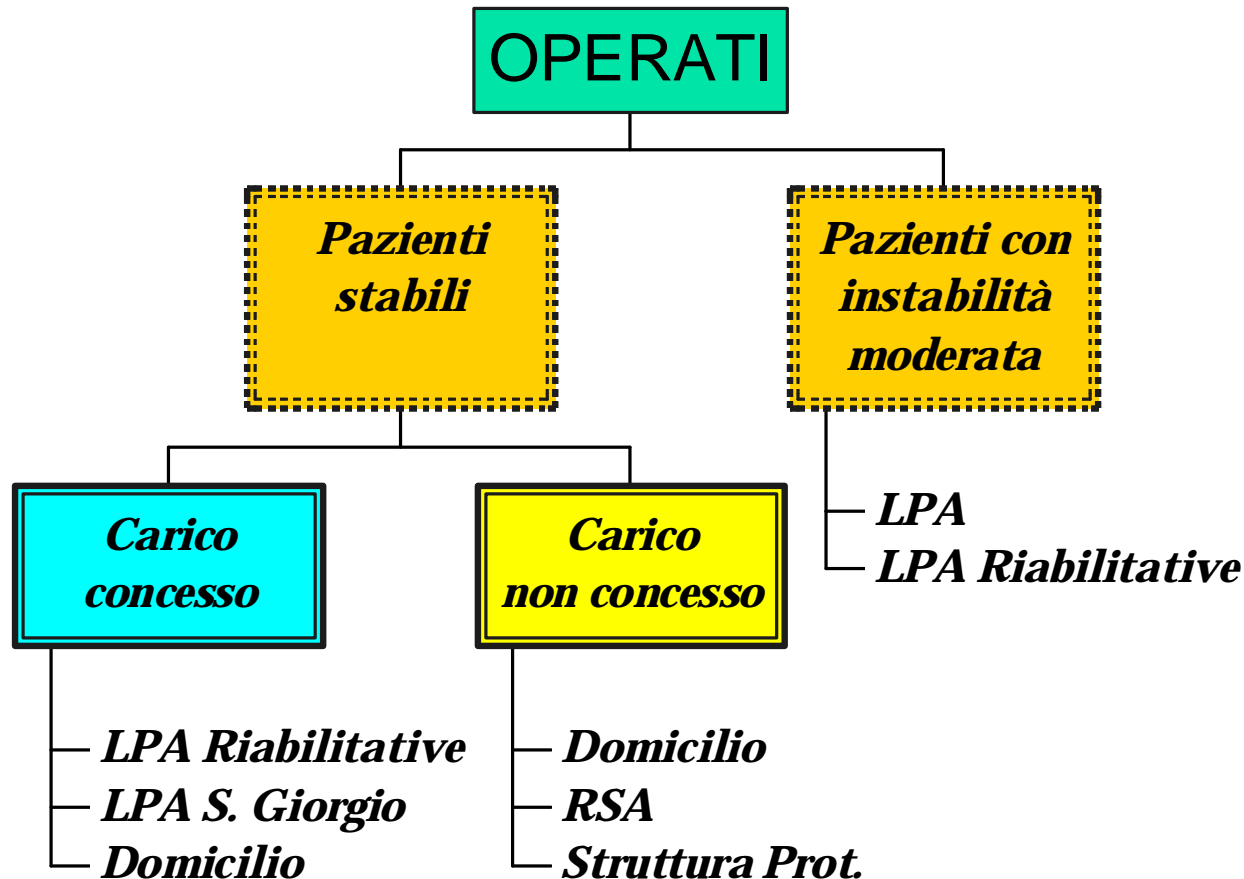
# Dimissione non operati



# Dimissione non operati Ortogeriatría



# Dimissione operati Orto geriatria

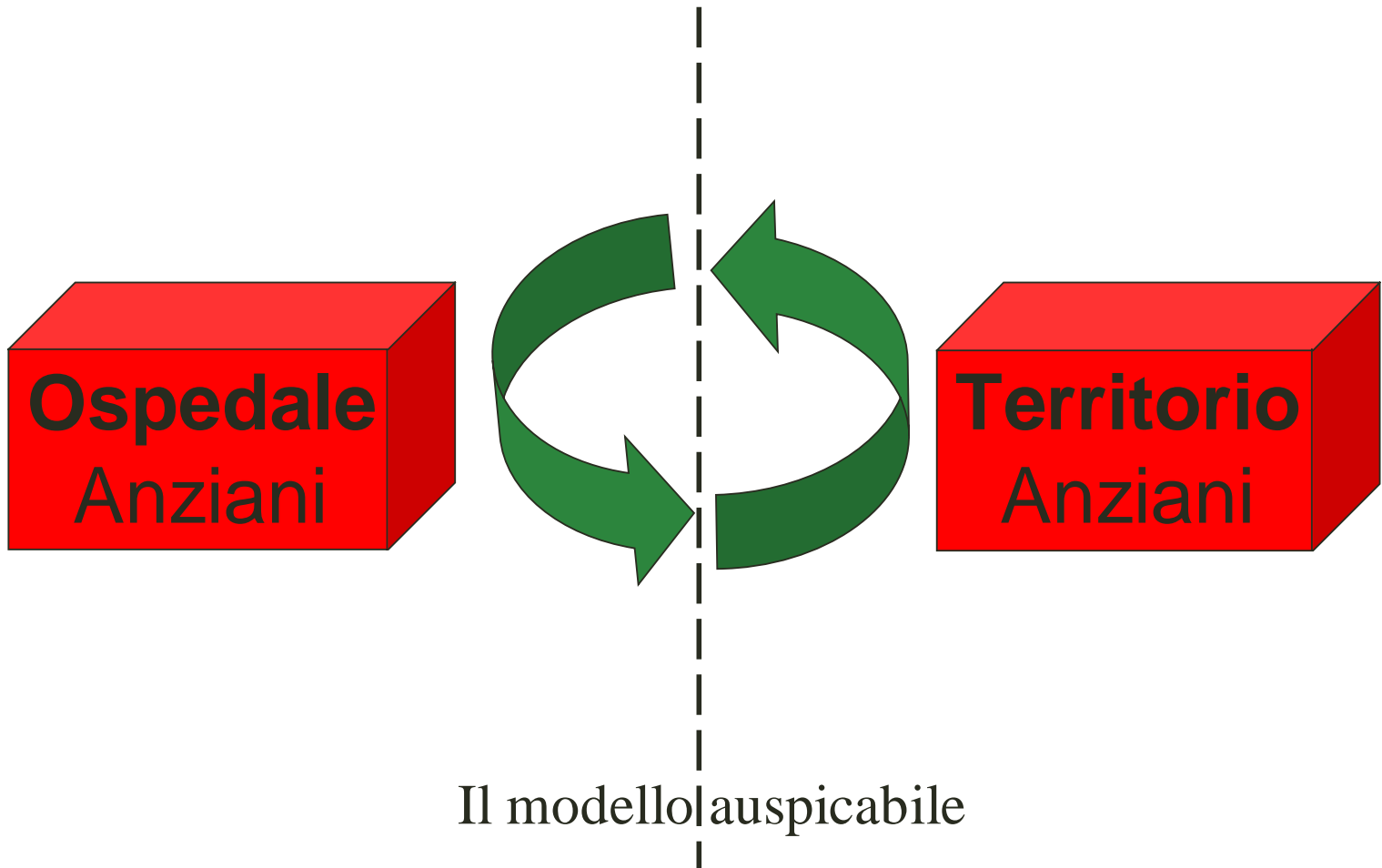


## Degenze medie. Confronto con anni precedenti

			Pre Interv.	Post Interv
Ortopedia	<b>marzo 01/ nov. 01</b>		<b>4,99</b>	<b>8,96</b>
Ortopedia/ OG	<b>nov. 01/giugno 03</b>	Altre dest.	<b>4,40</b>	<b>7,06</b>
		Ortog.	<b>4,67</b>	<b>3,7</b>
Ortopedia/ OG	<b>lug.03/ dic. 04</b>	Altre dest	<b>3,75</b>	<b>7,02</b>
		Ortog.	<b>4,56</b>	<b>3,1</b>
Ortopedia/ OG	<b>2005/lug. 06</b>	Altre dest	<b>4,18</b>	<b>7,47</b>
		Ortog.	<b>3,96</b>	<b>4,1</b>

La degenza media in Ortogeriatría è di 12 giorni circa

# Assistenza geriatrica

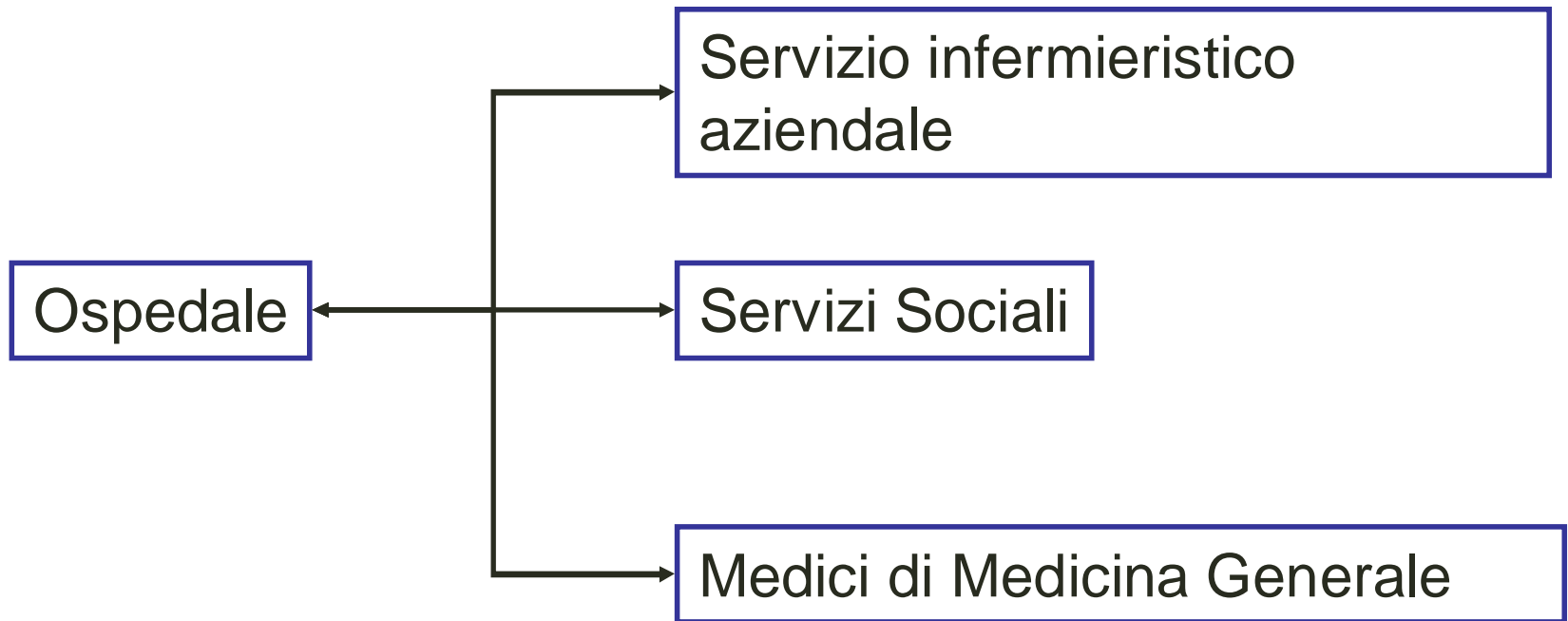


**La dimissione protetta in ADI**

# Definizione di dimissione protetta

In realtà non si definisce la dimissione protetta ma la **persona che necessita di dimissione protetta**. Si deve focalizzare l'attenzione su un criterio unificante per individuare chi necessita della dimissione protetta che è quello della “**fragilità**” un termine con cui si individuano le persone “a rischio” (in questo caso, per esempio, di nuove ospedalizzazioni) sia per le condizioni cliniche precarie che per la mancanza di un adeguato supporto di reti familiari, amicali o parentali che, a volte, per inadeguatezza socio-economica

# Percorso assistenziale



# I fase - Ospedale

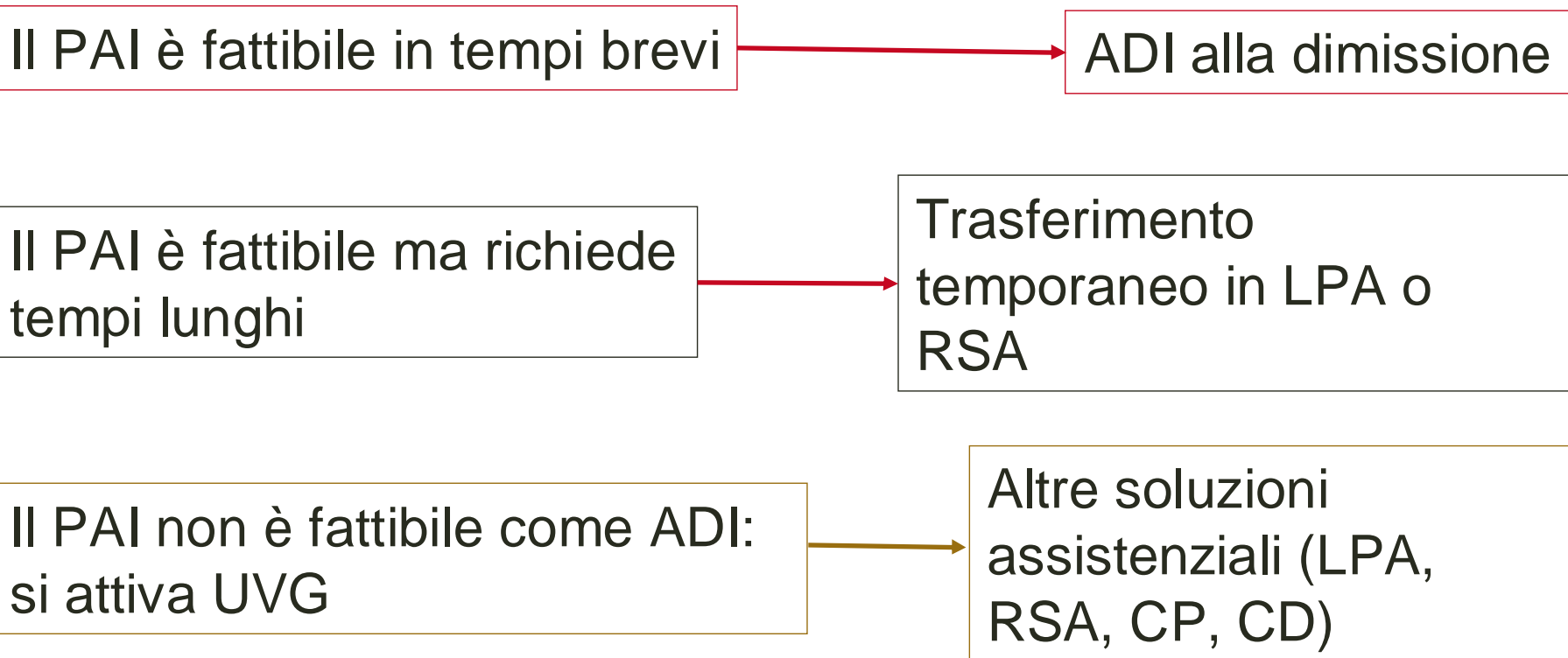
1. All'interno del Reparto, sin dall'ingresso, tutti i pazienti vengono sottoposti a VMD per individuare i soggetti elegibili
2. Vengono evidenziate le risorse familiari e tutelari
3. Viene contattato il Servizio infermieristico per verificare se già conosciuto e seguito
4. Vengono contattati i Servizi Sociali Integrati (UVG) per verificare se già conosciuto e seguito

# II fase - Ospedale

1. Viene contattato il Medico di Medicina Generale per assumere ulteriori informazioni ed ipotizzare una Assistenza Domiciliare Integrata
2. Se si verifica fattibilità ed elegibilità si propone al MMG di valutare insieme, prima della dimissione, il PAI per ADI o per altre soluzioni assistenziali (LPA, CP, CD, ecc.)

# III fase - Territorio

**Si possono verificare le seguenti condizioni**



# Strumenti di lavoro

Valutazione Multidimensionale (ADL, IADL, SPMSQ)  
Scheda Infermieristica con rilevazione dei bisogni  
(Braden, Greene's, ecc.)  
Scheda dei bisogni sociali (ove necessaria)  
Scheda di valutazione della complessità clinica  
(CIRS)

PAI

Verifica periodica di obiettivi evidenziati nel PAI

# Il caso del case-manager

Poiché il passaggio di presa in carico tra ospedale e territorio non deve presentare discontinuità o frammentazioni e le strutture coinvolte devono essere in collegamento fra loro attraverso precisi e codificati rapporti funzionali, è opportuno migliorare la realtà operativa nell'ambito territoriale con la messa a regime di percorsi assistenziali condivisi ed utilizzati ordinariamente in una rete di collaborazione tra ospedali e territorio.

Il case-manager, in rapporto alle strutture ospedaliere presenti in ciascun Distretto, può collocarsi al loro interno per svolgere i compiti di cui sopra, sulla base di un preciso calendario:

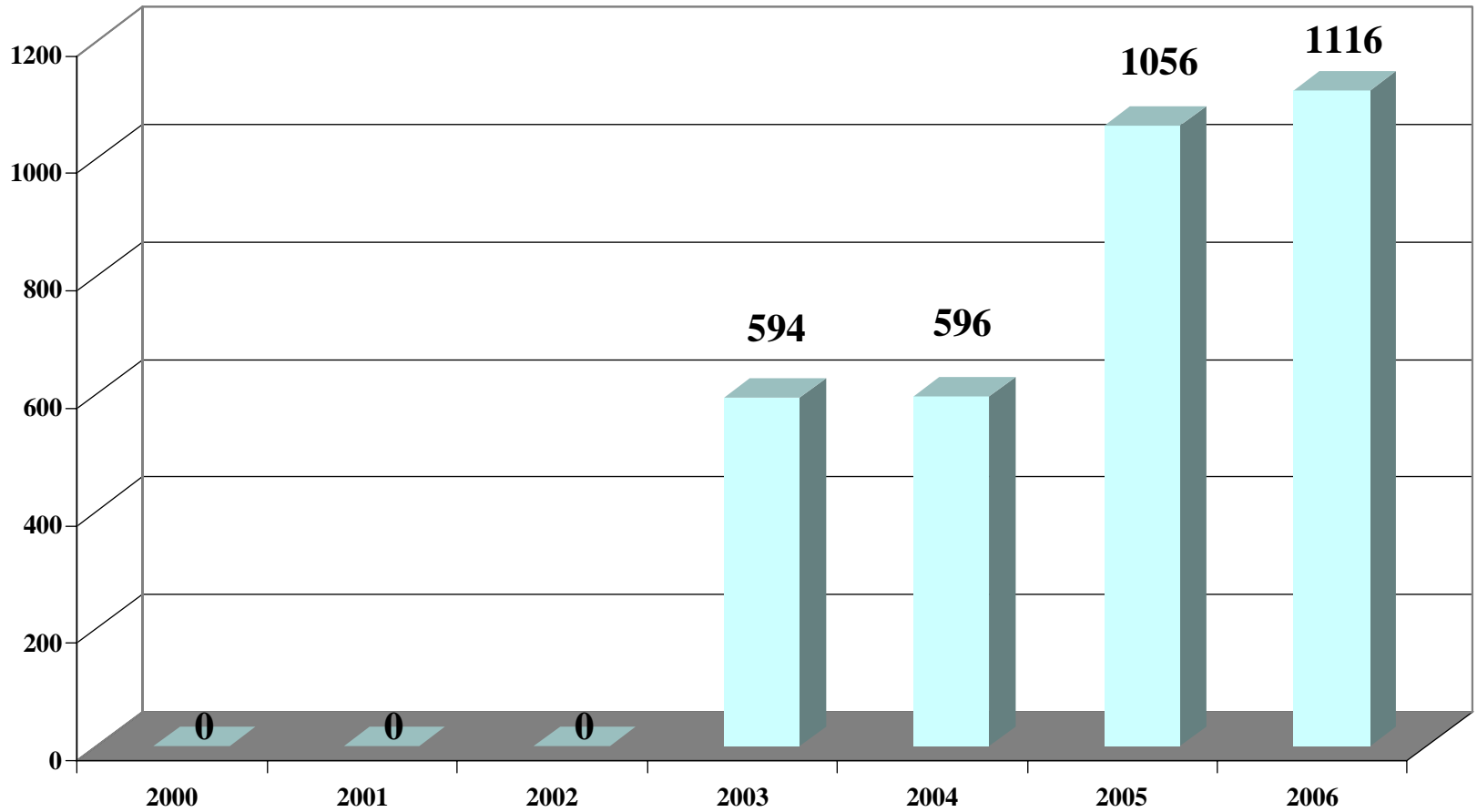
- viene costituito un **punto unico di attivazione della dimissione protetta in ADI all'interno delle strutture ospedaliere** più rilevanti, con creazione di una figura specifica con competenze adeguate (case manager);
- **il case manager prende direttamente contatto con il reparto**, dopo segnalazione analoga a quella che attualmente viene fatta per il trasferimento in LPA, anche mediante una visita diretta, al fine di pianificare meglio l'assistenza che dovrà essere prestata;
- il case manager, ha il compito, tra gli altri, di **facilitare il contatto con il MMG per prospettargli la possibilità di una ADI**. Nei casi più complessi il MMG viene contattato dal medico del Reparto ospedaliero, dopo aver concordato tale azione con il ROAD;
- si definisce, con il servizio infermieristico aziendale e con il MMG, **una data certa per la dimissione**, dopo aver sentito la famiglia e aver spiegato bene le condizioni cliniche del paziente e aver provveduto o attivato la fornitura di eventuali presidi, di cui la famiglia avesse necessità;
- si dà **comunicazione al servizio sociale della dimissione** del paziente sia nel caso sia già seguito dai servizi sociali sia nel caso in cui si rilevano possibili problematicità di ordine sociale ed eventualmente si favorisce la presa in carico diretta già nella fase ospedaliera;
- il reparto che dimette il paziente si rende **disponibile a dare supporto**, anche con un ulteriore ricovero, dopo la dimissione.

**Il progetto demenze**

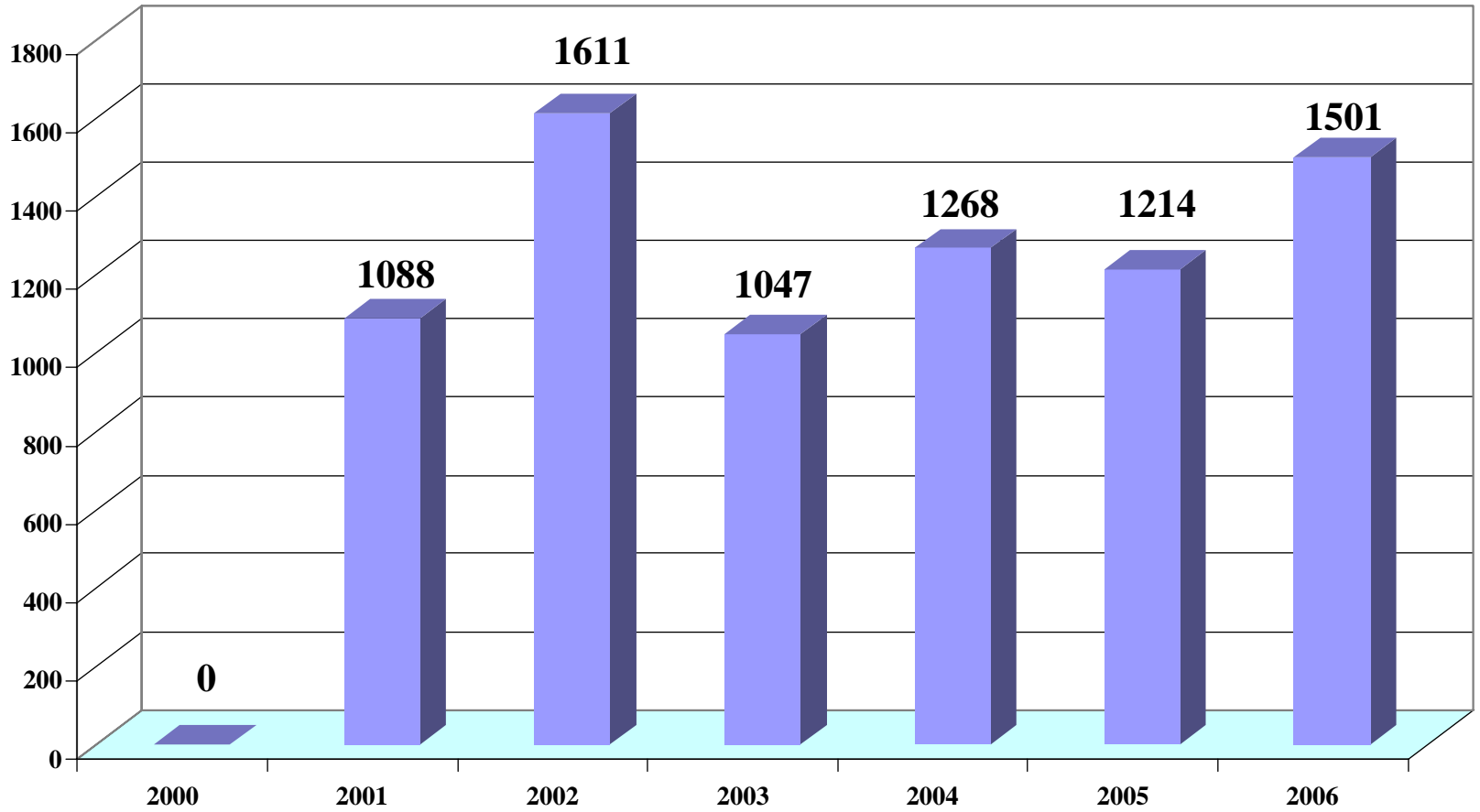
# Il progetto demenze in provincia di Ferrara

	I VISITE	NUOVI PAZIENTI	VISITE DI CONTROLLO	INTERVENTI NON FARMACOLOGICI
<b>2000</b>	0	139	0	0
<b>2001</b>	1088	447	2292	0
<b>2002</b>	1611	265	2002	0
<b>2003</b>	1047	314	2319	594
<b>2004</b>	1268	220	2537	596
<b>2005</b>	1214	330	3166	1056
<b>2006</b>	1501	370	3451	1116

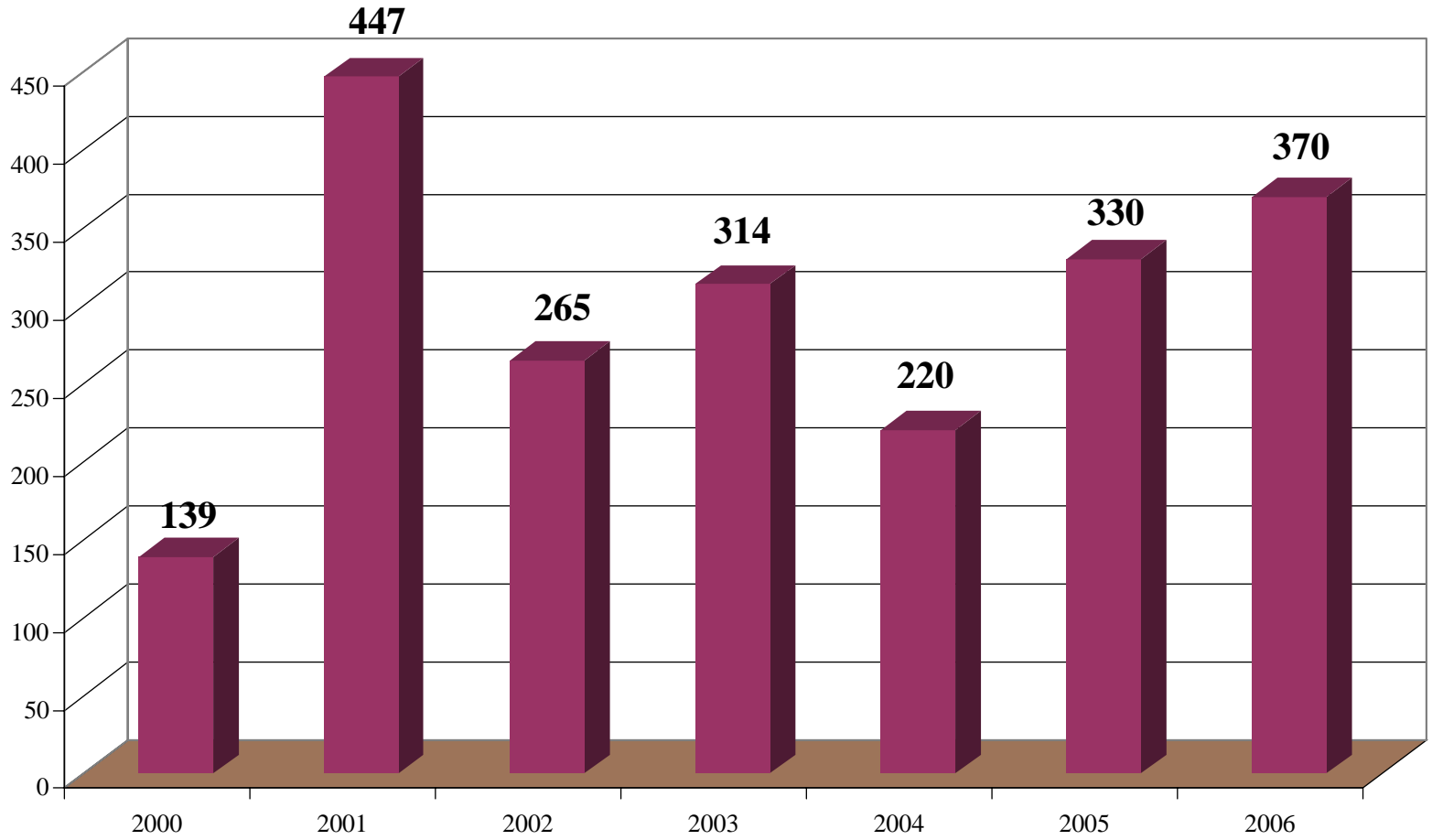
## INTERVENTI NON FARMACOLOGICI



# I VISITE



## NUOVI PAZIENTI



*La sperimentazione: teleortogeriatría*

# SPERIMENTAZIONE TELEORTOGERIATRIA

- Gruppo A ( monitorato): 73 pz
- Gruppo B ( controllo): 83 pz
- Reclutamento 1-ott-2006/30-apr-2007



Arcispedale S. Anna  
Dipartimento Medicina  
Unità Operativa di Geriatria e Ortogeriatría  
Direttore: Prof. F. Anzivino

Arcispedale S. Anna  
Dipartimento Emergenza  
Unità Operativa di Clinica Ortopedica e Traumatologica  
Direttore: Prof. L. Massari



## **Scheda ortogeriatrica (ADL, IADL, valutazione funzionale, cambiamenti socio-abitativi, ecc.)**

- Gruppo A: 1, 3, 6, 12 mesi
- Gruppo B: 6, 12 mesi



# Ottobre 2006-Ottobre 2007

- **RITIRATI**

7 (gruppo A)

- **DECEDUTI**

Gruppo A 16 (11.68%)

Gruppo B 23 (19.09%)

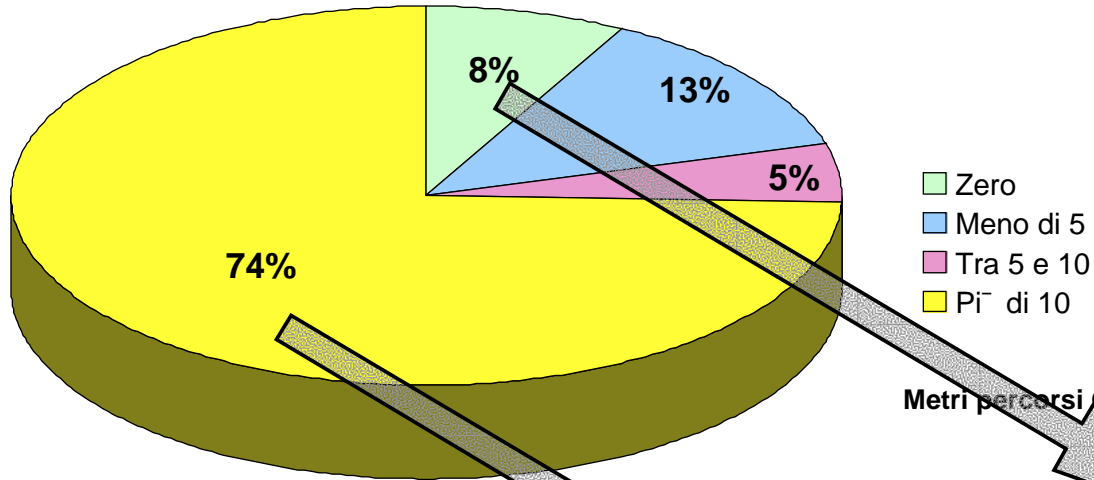
- **RICOVERATI IN STRUTTURA**

Gruppo A 7 (5.11%)

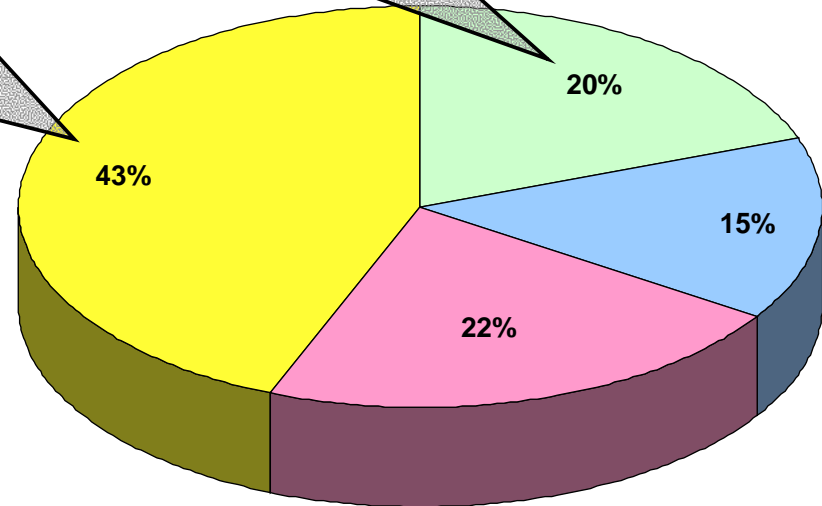
Gruppo B 1 (0.83%)



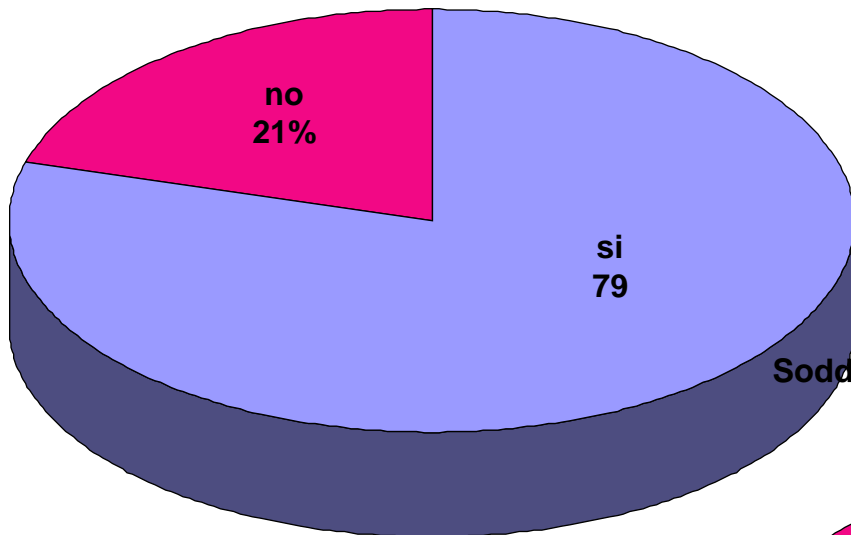
# Metri percorsi gruppo A a 6 Mesi



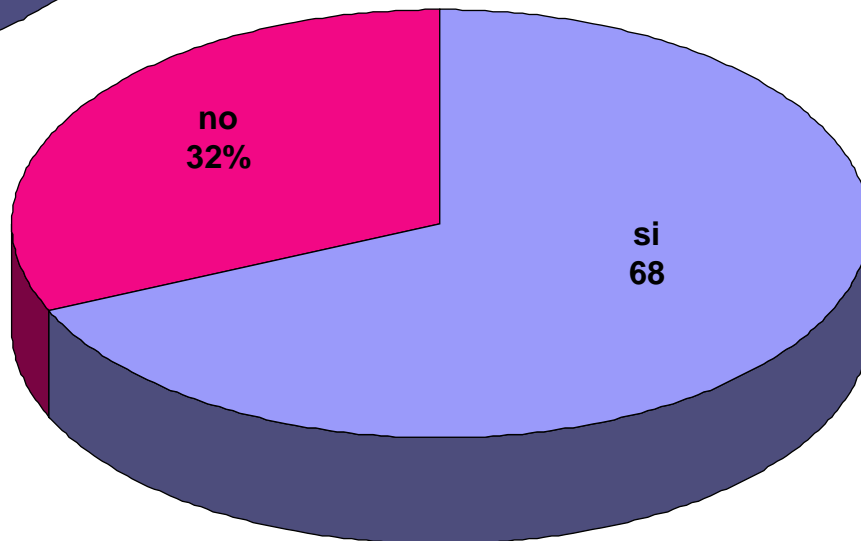
# Metri percorsi Gruppo B a 6 mesi

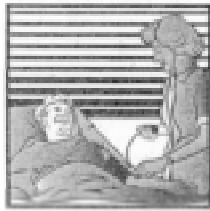


### Soddisfazione esito raggiunto gruppo A a 6 Mesi



### Soddisfazione esito raggiunto Gruppo B a 6 mesi





*La ricetta dell'Asl per gli anziani: riorganizzazione delle lungodegenze e dell'Adi*

# Il «modello Ferrara» docet

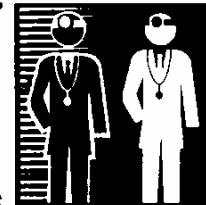
**Vincono l'integrazione tra ospedale e territorio e le strategie condivise**

Il sole 24 ore 24 febbraio -1 marzo 2004

*GOVERNANCE/ A Ferrara territorio e ospedale uniti dai "dipartimenti interaziendali"*

# Asl e Ao vanno a braccetto

**L'integrazione favorisce la qualità e riduce le disfunzioni economiche**



Il sole 24 ore 7-13 settembre 2004

# Sintesi

- La sfida che i sistemi assistenziali debbono affrontare è dare le migliori risposte possibili compatibilmente con le **risorse** disponibili
- Ciò comporta, inevitabilmente, in un sistema di risorse rigidamente definite, la necessità di incidere sul versante dell'**appropriatezza**
- La scelta del **setting assistenziale** è una delle strategie più premianti ma di più difficile realizzazione
- La **geriatria** è solo un esempio di come si possa operare in tal senso
- La costituzione di **programmi interaziendali trasversali** rappresenta uno strumento operativo dalle grandi potenzialità
- Nei rapporti tra Ospedale e Territorio la **LPA** riveste un ruolo di grande importanza strategica che costringe, fra l'altro, a **rivedere abitudini consolidate operative** non sempre adeguate al cambiamento dei bisogni della popolazione



Portare a 4 le **UU. OO. di Geriatria** (2 in Ospedale e 2 sul Territorio) dalle 3 attuali

Attuare un **protocollo operativo con la riabilitazione** in cui venga sancito che la riabilitazione è una parte del piano assistenziale individualizzato (PAI), più complesso ed articolato

Definire, con un progetto regionale, **un minimum data set** che costituisca una sorta di linguaggio comune che segua il paziente nei diversi setting assistenziali

Realizzare a livello regionale **percorsi trasversali di cura** di cui uno (quello ortopedico) è in via di progettazione avanzata

**Nell'Azienda Ospedaliera**

**Fernando Anzivino (Direttore U.O.)**

Gianluca Guerra

Pietro Mansanti

Nadia Manzoli

Luca Menozzi

Rita Trapassi

Anna Maria Zagatti

Amedeo Zurlo

**Nelle LPA aziendali**

**Candida Andreati (Direttore U.O.)**

Antonio Arcadi

Arturo Caffarelli

Laura Chiappini

Raffaella Cocchieri

Chiara Delli Gatti

Antonio Dentale

Costantina La Torre

Adele Pazzi

Andrea Poluzzi

Chella Vavalle

Riccardo Vitali

**Nel Territorio**

Angela Barban

Gianluca Calanchi

**Giancarlo Cocchi (Direttore U.O.)**

Claudio Filipponi

Annalisa Grilli

Federica Lozzi

Elisabetta Palmieri

Franco Romagnoni

Ivana Tolve

Enrico Treggiari

Grazie per  
l'attenzione