



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



IL PROGETTO DI ORTOGERIATRIA IN PUGLIA

A. GRECO

CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
21-24 Novembre 2012

13° Corso Infermieri
22-23 Novembre 2012

Milano



IRCCS "Casa
Sollievo della
Sofferenza"

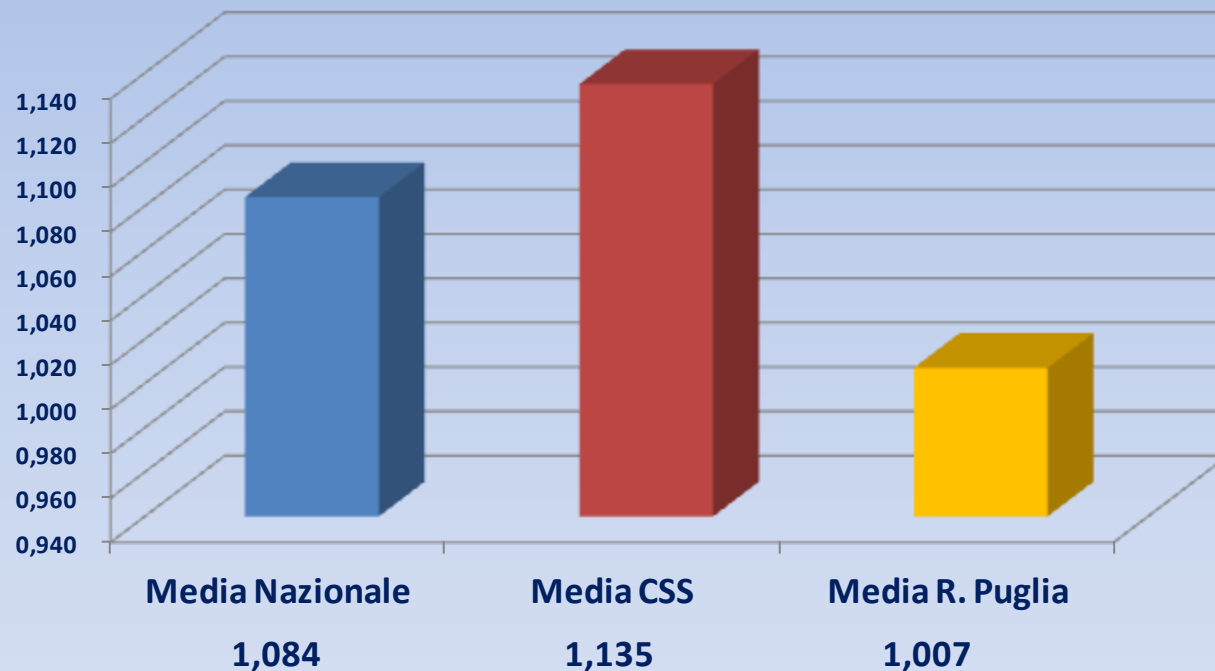


900 posti letto
57.000 ricoveri /anno
1.120.000 prestazioni amb



PESO MEDIO DEI RICOVERI ORDINARI ACUTI 2010

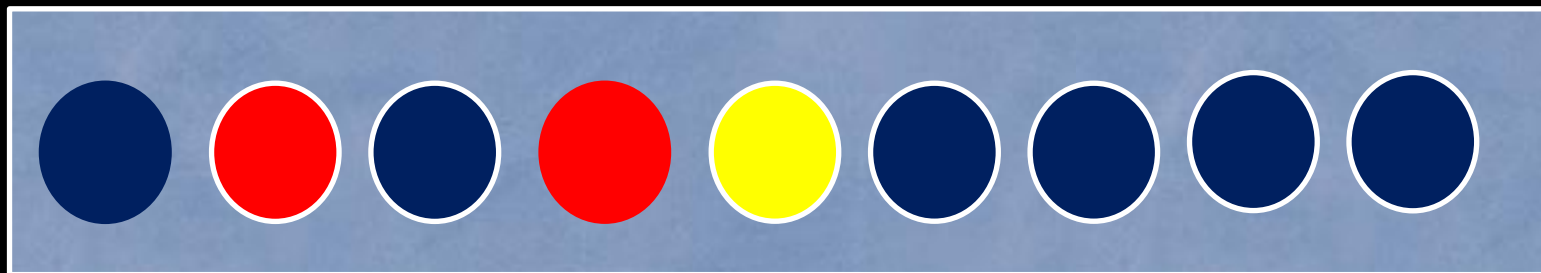
Confronto con dato Nazionale e Regionale



Fonte: Ministero della Salute - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2010, Ottobre 2011

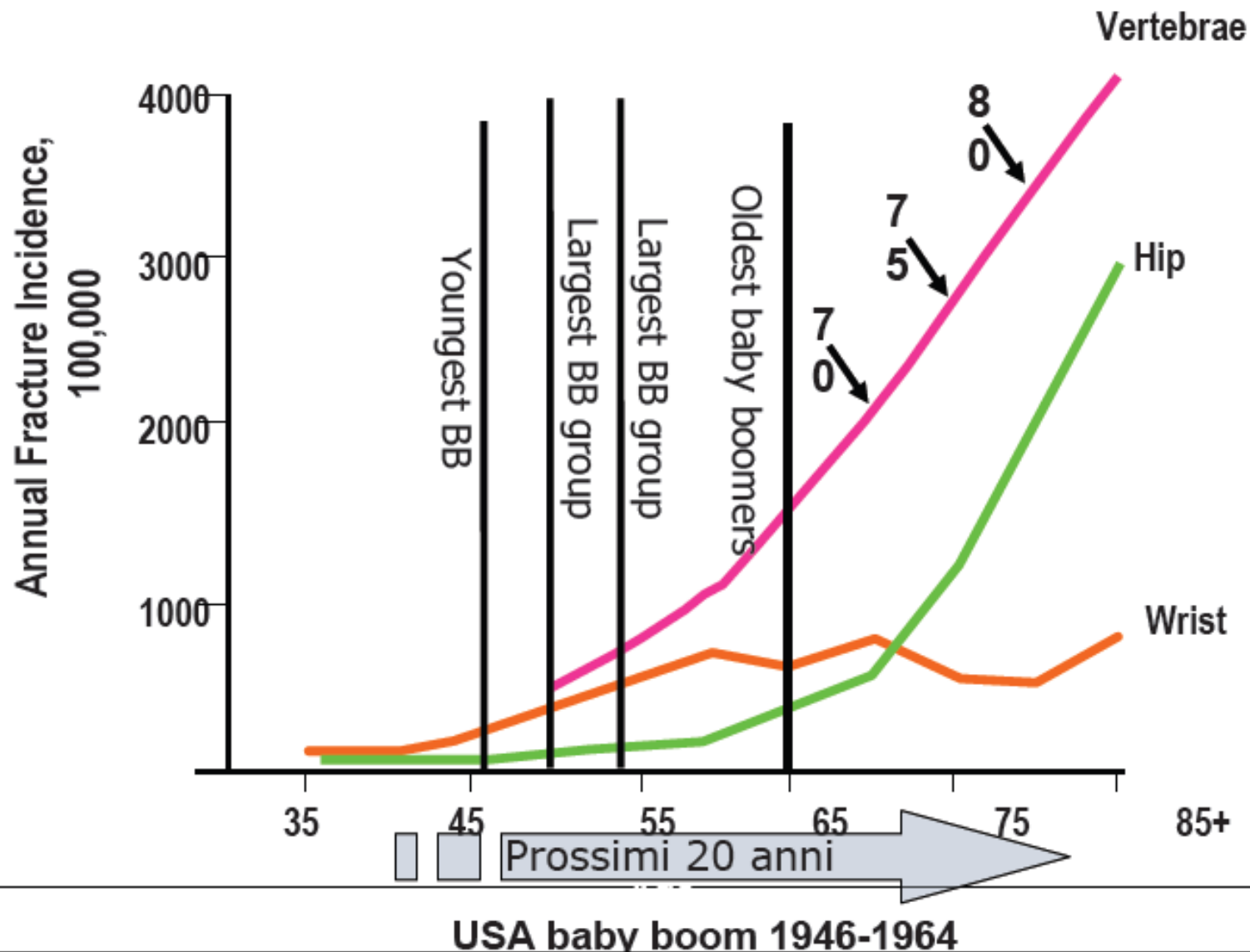


ALLOCAZIONE PAZIENTI IN FUNZIONE DELLA LORO GRAVITA' CLINICA NELLE UO



Perchè un programma sul paz. geriatrico?

Gli anziani sono il segmento di popolazione a più rapida crescita





Ortopedia



Geriatria

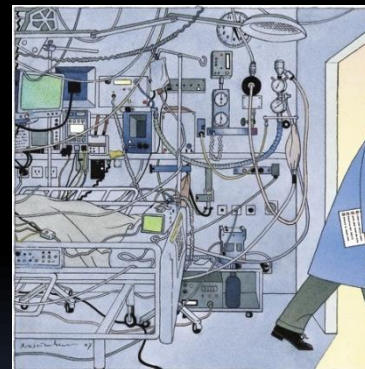
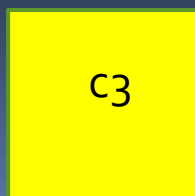
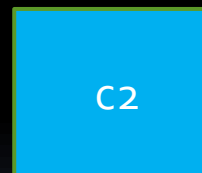
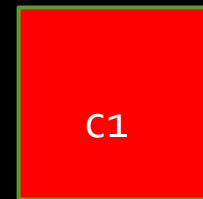
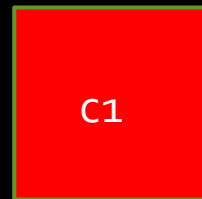
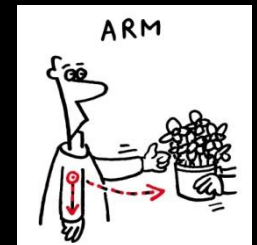
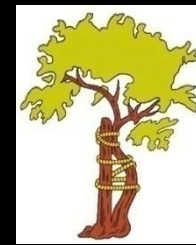
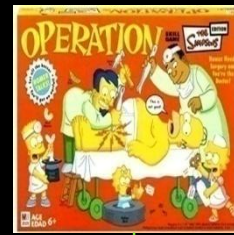
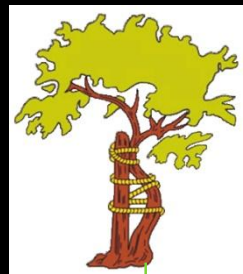


Complexity of elderly patients with hip fractures

Comorbidities (median ASA 3)

- Cardiac murmurs
- Renal - Dialysis
- COPD - home O₂
- Diabetes
- Delirium / dementia
- Pseudo-obstruction
- Alcohol abuse

- Impaired metabolic response to injury
 - Hyponatraemia
- Management problems
 - Consent
 - Theatre scheduling
 - Discharge planning
- Polypharmacy
 - Warfarin
 - Plavix
 - Neurotropics



X

X

X

X

C1

C1

C2

C2

C3

ARM

Casa Sollievo della Sofferenza: il piano di riorganizzazione ospedaliera

Share

More info



Il futuro dell'ospedale

Principi chiave: *Care-focused o Patient-focused*

- **Definizione di intensità di cura:** livello di cura richiesto dal caso conseguente ad una valutazione di instabilità clinica (associata a alterazioni dei parametri vitali) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica)
- **Ospedale patient-focused:** riorganizzato per aree di degenza, spesso multispecialistiche, graduate rispetto all'intensità di cura

Progettare per migliorare il flusso del paziente

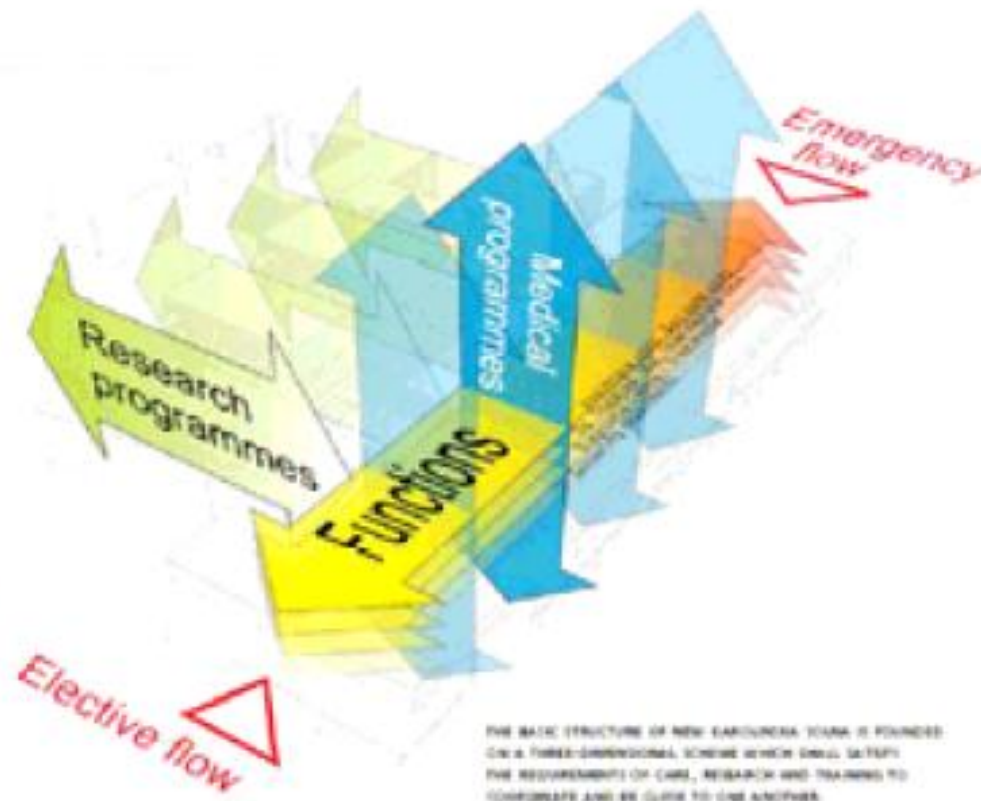
- ❑ Si muove lo staff e non il paziente
- ❑ Si muovono le tecnologie e non il paziente
- ❑ Collocare le tecnologie vicino alle zone di maggiore utilizzo
- ❑ Ottimizzare i tempi di attesa e superare il modello Batch&Queue della produzione a "lotti" in sequenza

- "A nessuno piace stare in ospedale"
- "Ogni paziente ha tutto l'interesse ad essere trattato il più velocemente possibile"
- "Il tempo del paziente non è tempo libero/gratis"
- "Occorre costruire il servizio reso in funzione dei bisogni di assistenza del paziente"

(The Mount Sinai Medical Center of NY 1995)

NEW KAROLINSKA SOLNA UNIVERSITY HOSPITAL (Stoccolma, Svezia)

La struttura interna dell'ospedale è sviluppata su un modello organizzativo a matrice di tre dimensioni in cui le aree produttive (aree di degenza, sale operatorie, ambulatori, day hospital, etc.) sono sviluppate orizzontalmente mentre le specialità mediche, o programmi (neurologia, cardiologia, etc.) sono organizzate verticalmente. Ogni specialità medica utilizzerà le aree produttive in relazione alle esigenze specifiche del momento che, date le continue evoluzioni della scienza medica, potranno variare nel tempo.



Development and Validation of a CGA-based Multidimensional Prognostic Index (MPI)



- Activities of Daily Living (ADL)	6	items
- Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	8	items
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	10	items
- Mini-Nutritional Assessment (MNA)	18	items
- Exton-Smith Scale	5	items
- Cumulative Illness Rating Scale_comorbidity (CIRS)	14	items
- Number of drugs	1	
- Social index	1	
TOTAL	63	items

M. P. I.

	Mild	Moderate	Severe
SCORE	0.18±0.09	0.48±0.09	0.77±0.08
RANGE	0.00-0.33	0.34-0.66	0.67-1.0



Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
 Cite journal as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci
 2010, Vol. 65A, No. 3, 380-387
 doi:10.1093/geronb/gp111

© The Author 2010. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America
 All rights reserved. For permission, please e-mail: journals.permissions@oxfordjournals.org
 Advance Access publication on April 9, 2010

The Multidimensional Prognostic Index Predicts Short- and Long-Term Mortality in Hospitalized Geriatric Patients With Pneumonia

Alberto Pilotto,¹ Filomena Addante,¹ Luigi Ferrucci,² Gioacchino Leandro,³ Grazia D'Onofrio,¹ Michele Corritore,¹ Valeria Niro,¹ Carlo Scarcelli,¹ Bruno Dallapiccola,^{4,5} and Marilisa Franceschi^{1,6}

Digestive Diseases

Orig. DOI: 2007;25:124-128
 DOI: 10.1159/000099476

Usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment in Older Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding: A Two-Year Follow-Up Study

Alberto Pilotto^a Luigi Ferrucci^a Carlo Scarcelli^a Valeria Niro^a
 Francesco Di Mario^c Davide Seripa^a Angelo Andriulli^b Gioacchino Leandro^d
 Marilisa Franceschi^{a, c}



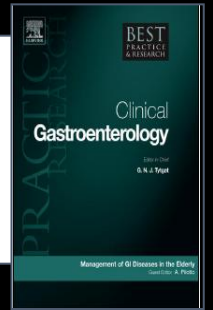
Journal of Alzheimer's Disease 18 (2009) 191-199
 DOI: 10.1215/1540-3646-1119
 191 Free

The Multidimensional Prognostic Index (MPI), Based on a Comprehensive Geriatric Assessment, Predicts Short- and Long-Term Mortality in Hospitalized Older Patients with Dementia

Alberto Pilotto^{a*}, Daniele Sancarlo^a, Francesco Panza^b, Francesco Paris^a, Grazia D'Onofrio^a, Leandro Cascavilla^a, Filomena Addante^a, Davide Seripa^a, Vincenzo Solfrizzi^b, Bruno Dallapiccola^a, Marilisa Franceschi^a and Luigi Ferrucci^d

The Comprehensive Geriatric Assessment and the multidimensional approach. A new look at the older patient with gastroenterological disorders

Alberto Pilotto, MD, Head of Department ^{a*}, Filomena Addante, MD, Assistant Physician ^a, Grazia D'Onofrio, PsyD, Research Fellow ^a, Daniele Sancarlo, MD, Research Fellow ^a, Luigi Ferrucci, MD, PhD, Director ^b



The Multidimensional Approach to the Older Patient with Chronic Kidney Disease

Alberto Pilotto, Daniele Sancarlo, Marilisa Franceschi, Massimiliano Copetti, Piero D'Ambrosio, Carlo Scarcelli, Luigi Ferrucci

Circulation

Heart Failure

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart Association 
 Learn and Live

Multidimensional Prognostic Index Based on a Comprehensive Geriatric Assessment Predicts Short-Term Mortality in Older Patients With Heart Failure

Alberto Pilotto, Filomena Addante, Marilisa Franceschi, Gioacchino Leandro, Giuseppe Rengo, Piero D'Ambrosio, Maria Grazia Longo, Franco Rengo, Fabio Pellegrini, Bruno Dallapiccola and Luigi Ferrucci
 Circ Heart Fail 2010; 3: 14-20



VANTAGGI
DEL MODELLO
ORTOGERIATRICO

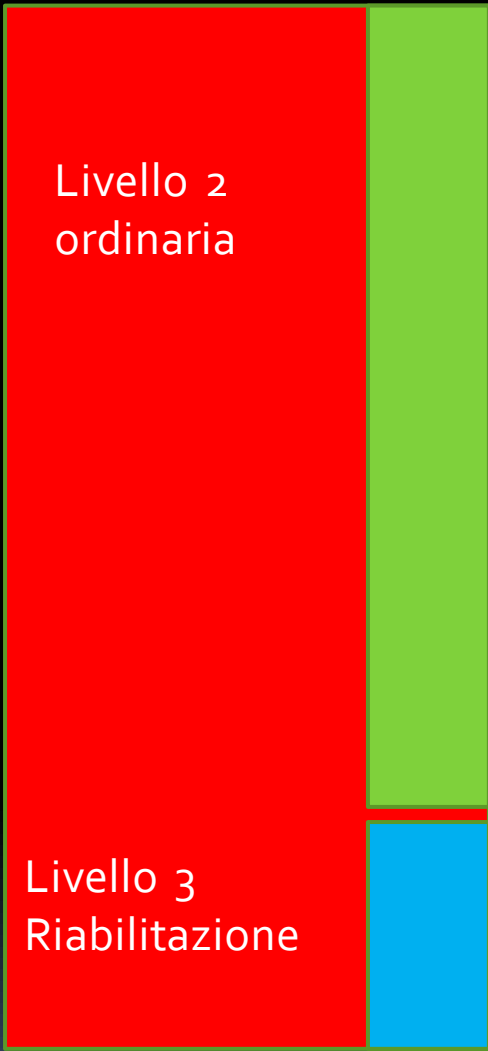
- Prevenzione e gestione delle complicanze mediche nel post-operatorio
- Precoce mobilitazione e “verticalizzazione” del paziente
- Gestione di team, sia con incontri strutturati periodici che informali quotidiani, con le varie figure professionali per la rivalutazione clinico-assistenziale del caso e la pianificazione della dimissione o trasferimento

- Valutazione clinico-geriatrica precoce e accurata, al fine di stabilizzare i problemi attivi prima dell'intervento
- Valutazione sistematica e prevenzione/trattamento del dolore
- Valutazione sistematica e prevenzione/trattamento degli stati confusionali acuti
- Valutazione multidimensionale geriatrica, in particolare dell'autonomia pre-frattura e del supporto socio-familiare del paziente, al fine di elaborare fin dai primi giorni di ricovero un coerente progetto riabilitativo

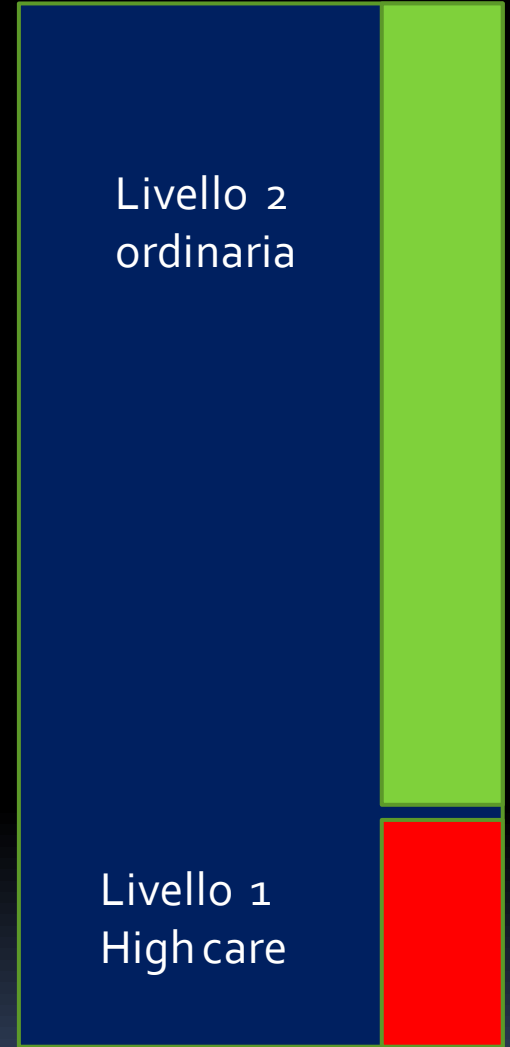
Tab. I. Principali studi comparativi fra modelli orto geriatrici e gestione tradizionale del paziente anziano con frattura di femore suddivisi in base alla tipologia del modello (Giusti et al. ³).

Autore, anno	Disegno dello studio	No. soggetti	Tipo di intervento	Risultati significativi
Consulenza geriatrica programmata nel reparto ortopedico. Leadership ortopedica				
Gilchrist, 1988	RCT	190	Visita interdisciplinare nel postoperatorio bisettimanale	Nessuno
Swanson, 1988	RCT	72	Consulenza geriatria dal ricovero	< degenza
Naglie, 2002	RCT	279	Visita interdisciplinare nel postoperatorio bisettimanale	Nessuno
Clinical Pathway (protocollo standardizzato). Leadership: variabile				
Khasraghi, 2005	Before-after	510	Hip fracture service	< degenza < complicanze
Clinical Pathway (protocollo standardizzato). Leadership: variabile				
Roberts, 2004	Before-after	768	Integrated care pathway	< degenza < complicanze
Gholve, 2005	Before-after	294	Integrated care pathway	< degenza
Beaupre, 2006	Before-after	1341	Clinical pathway	< degenza < complicanze
Pedersen, 2008	Before-after	535	Hip Fracture Program	< degenza < complicanze < mortalità
Shyu, 2008	RCT	162	Clinical pathways con consulenza geriatrica	> outcome funzionali
Ricovero diretto in geriatri con consulenza ortopedica. Leadership geriatrica				
Adunsky, 2003	controlled trial	336	"Sheba" model. Unico setting per la fase acuta e postacuta riabilitativa	< degenza > outcome funzionali
Miura	Before-after	163	"Geriatrician-Led Hip Fracture Program"	< degenza < costi
Adunsky, 2011	controlled trial	847 vs. 2267	"Sheba" model	< mortalità
Orthogeriatric unit con cogestione del paziente. Leadership condivisa ortopedico geriatra				
Khan, 2002	Before-after	745	Orthogeriatric Unit	None
Vidan, 2005	RCT	319	Comanagement nel reparto ortopedico	< mortalità < complicanze
Barone, 2006	Before-after	699	Comanagement nel reparto ortopedico	< mortalità
Fisher, 2006	Before-after	951	Comanagement nel reparto ortopedico	< mortalità < complicanze
Friedman, 2008	Controlled trial	103	Orthogeriatric Unit	< degenza < complicanze





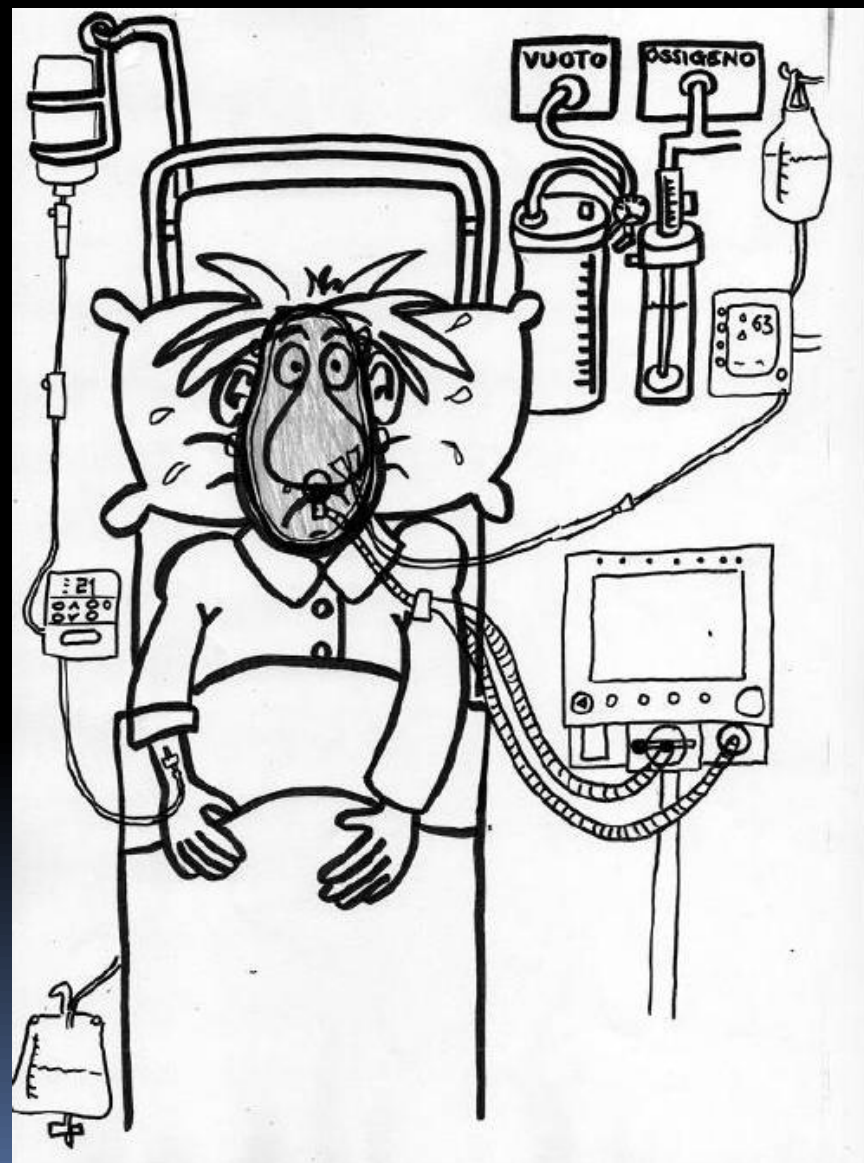
Ortopedia



Geriatrics

4 POSTI LETTO
MONITORAGGIO
PA ,ECG, SpO2.

VENTILATORI
SISTEMA DI
UMIDIFICAZIONE









L'OSPEDALE SNELLO

Un nuovo modello organizzativo dell'ospedale nella sanità che cambia

SAN GIOVANNI ROTONDO, 18/19 OTTOBRE 2012

IRCCS Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza"



Triage





PD TA FF

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione intraospedaliera del paziente con frattura di femore

Emesso: *Responsabile del Progetto:* Dott. Leonardo Miscio

Dr. Giovanni Alicino (Resp. U.O.S. Emoglobinop. e Coagulop.), Dr. Nicola Cassano (Dir. Med. U.O.C. Ortopedia), Dr.ssa Michela Crisetti (Resp. Ufficio Formazione ECM), Dr. Antonio Damato (Dir. Med. U.O.C. Anestesia 1), Dr. Lazzaro Di Mauro (Resp. U.O.C. Immun. e Trasn.), Dr. Giuseppe Di Pumpo (Dir. Med. U.O.C. Pronto Soccorso), Dr.ssa Cinzia Fedeli (Resp.S.S. Certificazione e Sistemi Qualità), Dott.ssa Morena Fini (S.S.Certificazione e Sistema Qualità), Dr. Saverio Fusilli (Dir. Bio. Stat. Sanit. Dir. San.), Dr.ssa M. Elvira Grandone (Resp. U.O.S. Emostasi e Trombosi), Dr. Antonio Greco (Resp. U.O.C. Geriatria), Dr. Nicola Marchese (Dir. Med. UTIC-Cardiologia), Dr. Leonardo Miscio (Resp. S.S. UVAR Direzione Sanitaria), Dr.Luigi Pazienza (Dir. Med. U.O.C. Med.Fisica e Riab.), Sig.ra Inconronata Placentino (Inf. Direzione Sanitaria), Dr.ssa Maria Grazia Pompa (Coord. U.O.C. Ortopedia), Dr. Nicola Scarale (Dir. Med. U.O.C.Radiologia), Dr. Carlo Scarcelli (Dir. Med.U.O.C. Geriatria), Dr. Francesco Siena (Dir. Med. Direzione Sanitaria)

Verificato: Responsabile CSQ: Dr.ssa Cinzia Fedeli

Approvato: Direttore Sanitario: Dr. Domenico Di Bisceglie

PD TA FEMORE
CASA SOLLIEVO DELLA
SOFFERENZA



Tabella 2 - ELENCO ATTIVITÀ (durata complessiva prevista: Max 3 ore):

Attività 1: Triage (Infermiere Pronto Soccorso).

Attività 2: Compilazione scheda anamnestica ed esecuzione esame obiettivo (Medico P.S.).

Attività 3: Esecuzione prelievo per esami ematochimici.

Attività 4: Trasferimento in radiologia per esecuzione Rx Anca (OTA / OSS).

Attività 5: Esecuzione * Rx anca (Tecnico di Radiologia U.O. Radiologia o sezione di Radiodiagnostica del P.S.).

Attività 6: Esecuzione Rx torace se confermata diagnosi frattura.

Attività 7: *Stesura Referti Radiologici (Medico Radiologo) più eventuali approfondimenti di Diagnostica per immagini se necessari.

Attività 8: Valutazione Referti Radiologici (Medico Pronto Soccorso) ed eventuali ulteriori indagini.

Attività 9: Trasferimento in U.O. Ortopedia o altra U.O. (OTA / OSS).

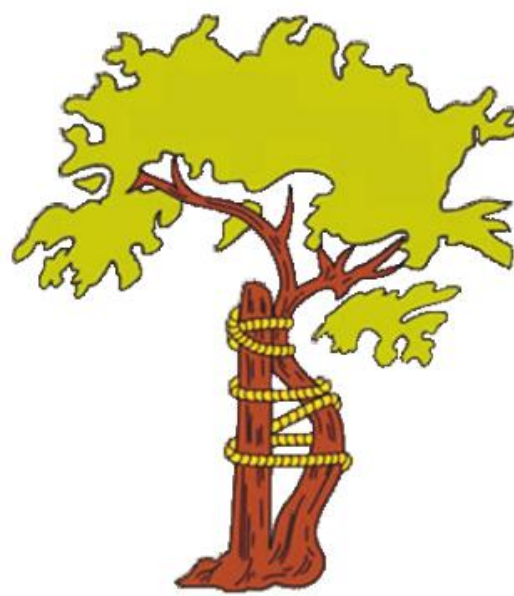


Tabella 3 - ELENCO ATTIVITÀ:

Attività 1: posizionamento a letto e rilevazione parametri vitali.

Attività 2: raccolta anamnestica ed esecuzione esame obiettivo (Ortopedico) (Infermiere di reparto).

Attività 3: esecuzione * ECG ed eventuale valutazione cardiologica con esecuzione contestuale di ulteriori indagini cardiologiche.

Attività 4: valutazione ortopedica, anestesiologicala, geriatrica (multidimensionale) ed eventuali altre consulenze.

Attività 5: identificazione dello spazio operatorio (responsabile di Sala Operatoria).

Attività 6: profilassi antitromboembolica (Prescrizione Ortopedico/Anestesista – Somministrazione Infermiere).

Attività 7: preparazione preoperatoria (Infermiere).

Attività 8: trasferimento in reparto operatorio (OTA, OSS, Ausiliario).



Tabella 4 - ELENCO ATTIVITÀ:

Attività 1: accoglienza nel reparto operatorio.

Attività 2: identificazione del paziente e del sito chirurgico⁶⁷

Attività 3: monitoraggio parametri vitali.

Attività 4: antibiotico profilassi.

Attività 5: anestesia generale o ALR (loco – regionale).

Attività 6: posizionamento sul tavolo operatorio.

Attività 7: intervento chirurgico.

Attività 8: controllo ampliscopico.

Attività 9: risveglio dall'anestesia generale o stabilizzazione emodinamica in caso di ALR.

Attività 10: valutazione della dimissibilità dal reparto operatorio – Recovery Room – RO (valutazione e stabilizzazione dei parametri vitali, correzione anemia e squilibri idroelettrolitici).

Attività 11: trasferimento reparto degenza o Rianimazione.

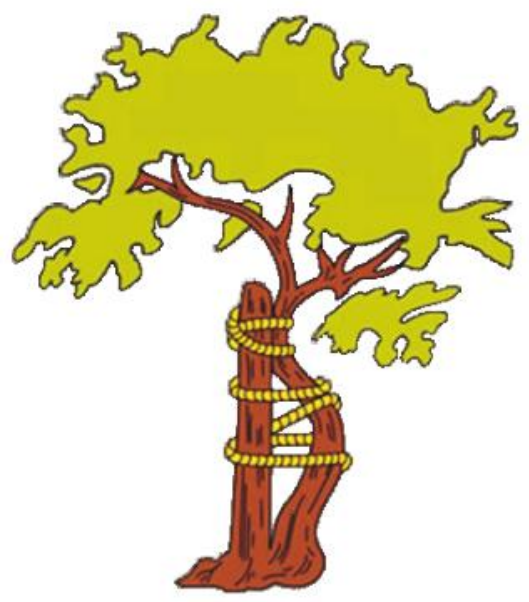


Tabella 5 - ELENCO ATTIVITÀ:

Attività 1: posizionamento a letto e rilevazione parametri vitali.

Attività 2: valutazione infermieristica.

Attività 3: valutazione multidisciplinare, programma terapeutico e riabilitativo (Medico U.O. Ortopedia, Anestesista, Geriatra, Fisiatra e Fisioterapista).

Attività 4: somministrazione di terapia.

Attività 5: esecuzione esami ematochimici.

Attività 6: controllo radiologico.

Attività 7: inizio programma di riabilitazione.

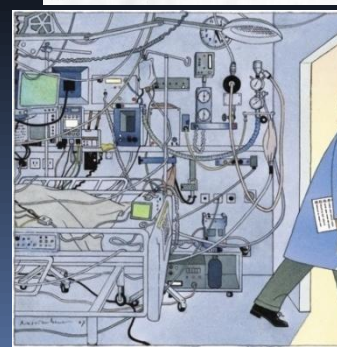
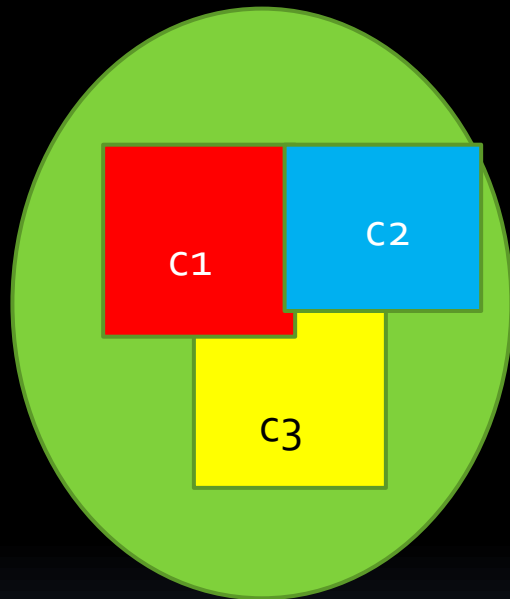
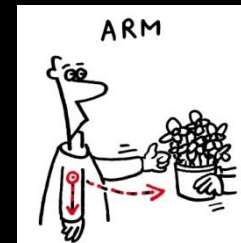
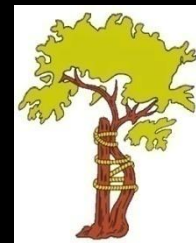
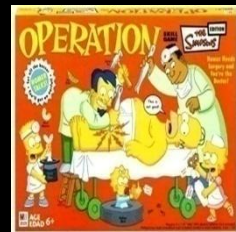
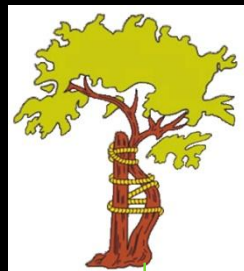
Attività 8: valutazione di dimissibilità e attivazione della continuità assistenziale (dimissioni protette, centri di riabilitazione postacuzie CDR).

Attività 9: dimissione dall'U.O. di Ortopedia verso domicilio o verso CDR.

Effetto della Riorganizzazione. Periodo Gennaio - Agosto

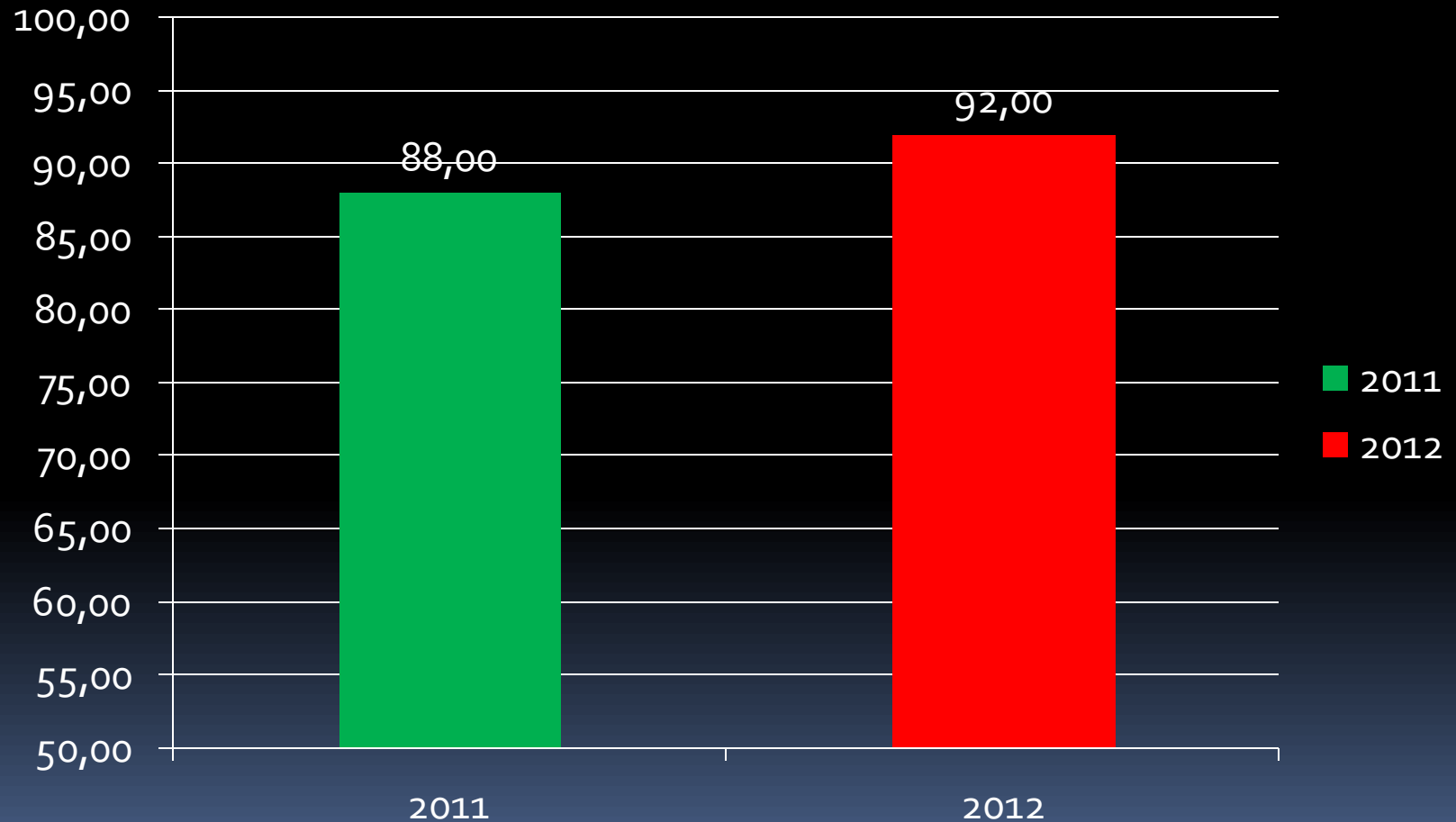
	2011	2012	Differenza 2012 - 2011	Differenza % 2012 - 2011
Entrati / Usciti da Rianimazione	74	132	58	78%
da SC Chirurgiche a Rianimazione	314	162	-152	-48%
da SC Chirurgiche a TIPO		242	242	
da SC Mediche a Rianimazione	49	41	-8	-16%
da Rianimazione a Geriatria	07	23	16	229%
Totale pazienti transitati in Rianimazione	437	577	140	32,0%

	Differenza 2012 - 2011	Differenza % 2012 - 2011
Interventi Operatori in Regime di ricovero	+217	2.1%

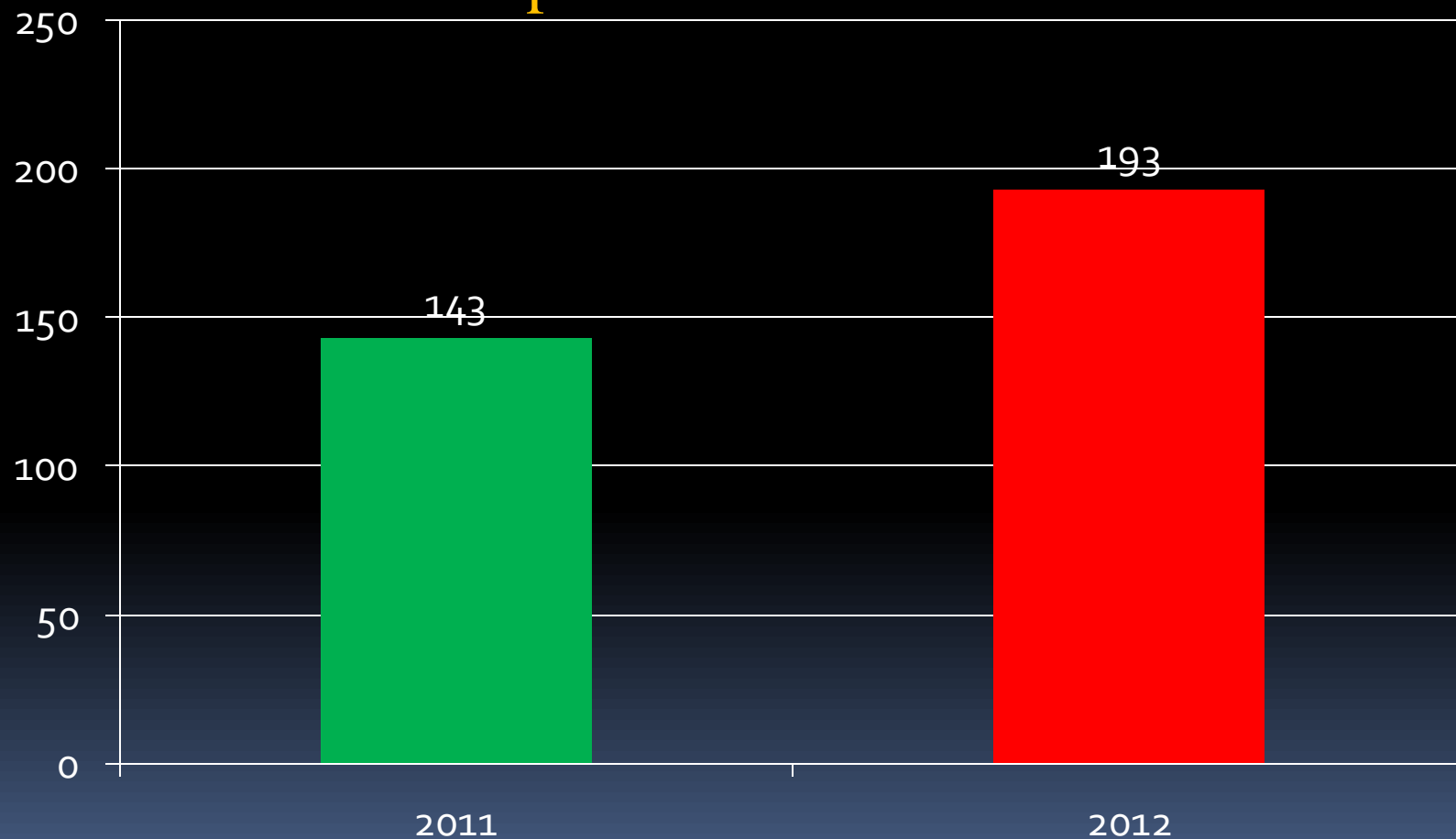


PERCENTUALE OPERATI/FRATTURE

2011-2012

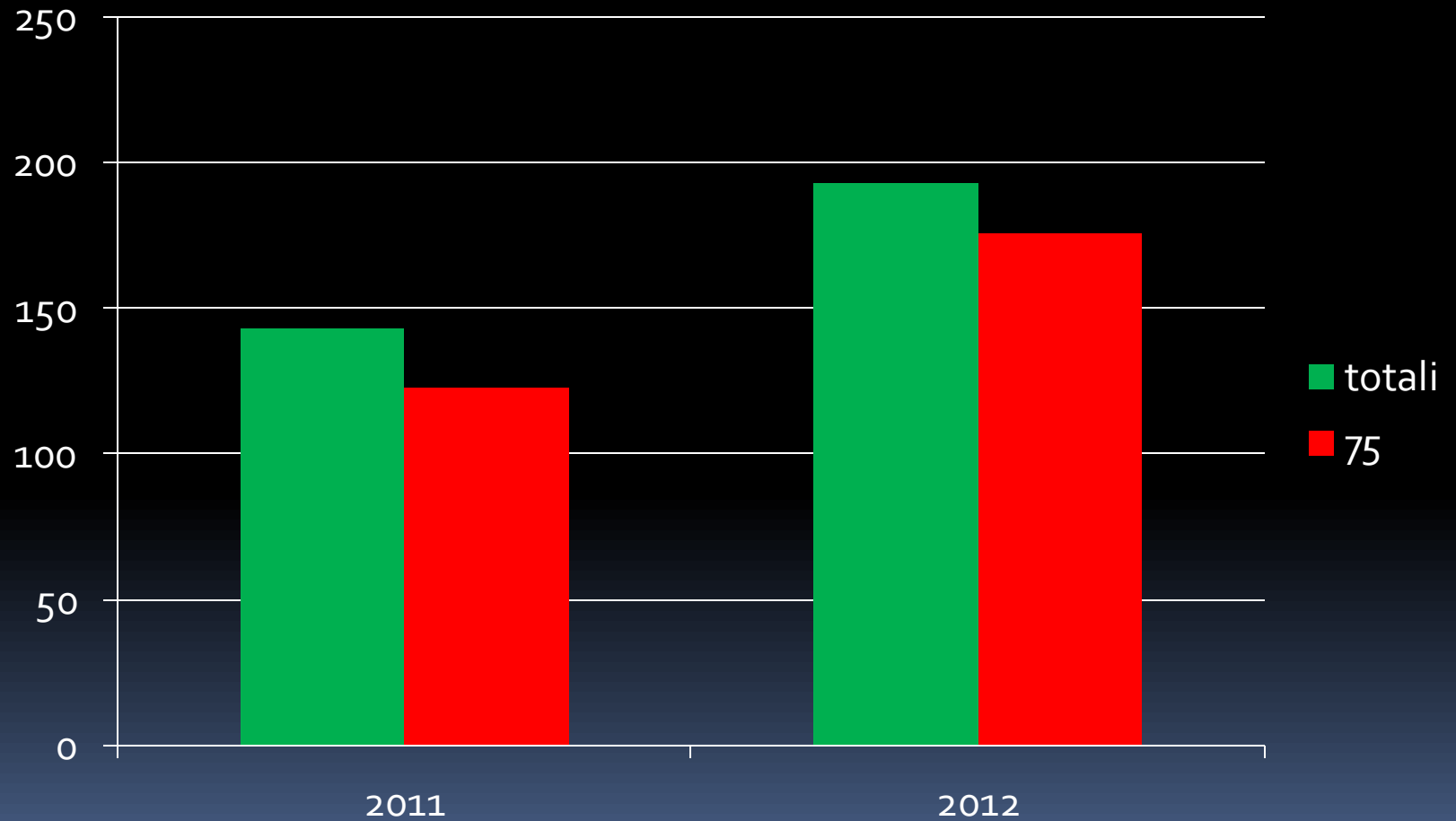


Interventi per frattura di femore confronto 2011-2012 primi dieci mesi



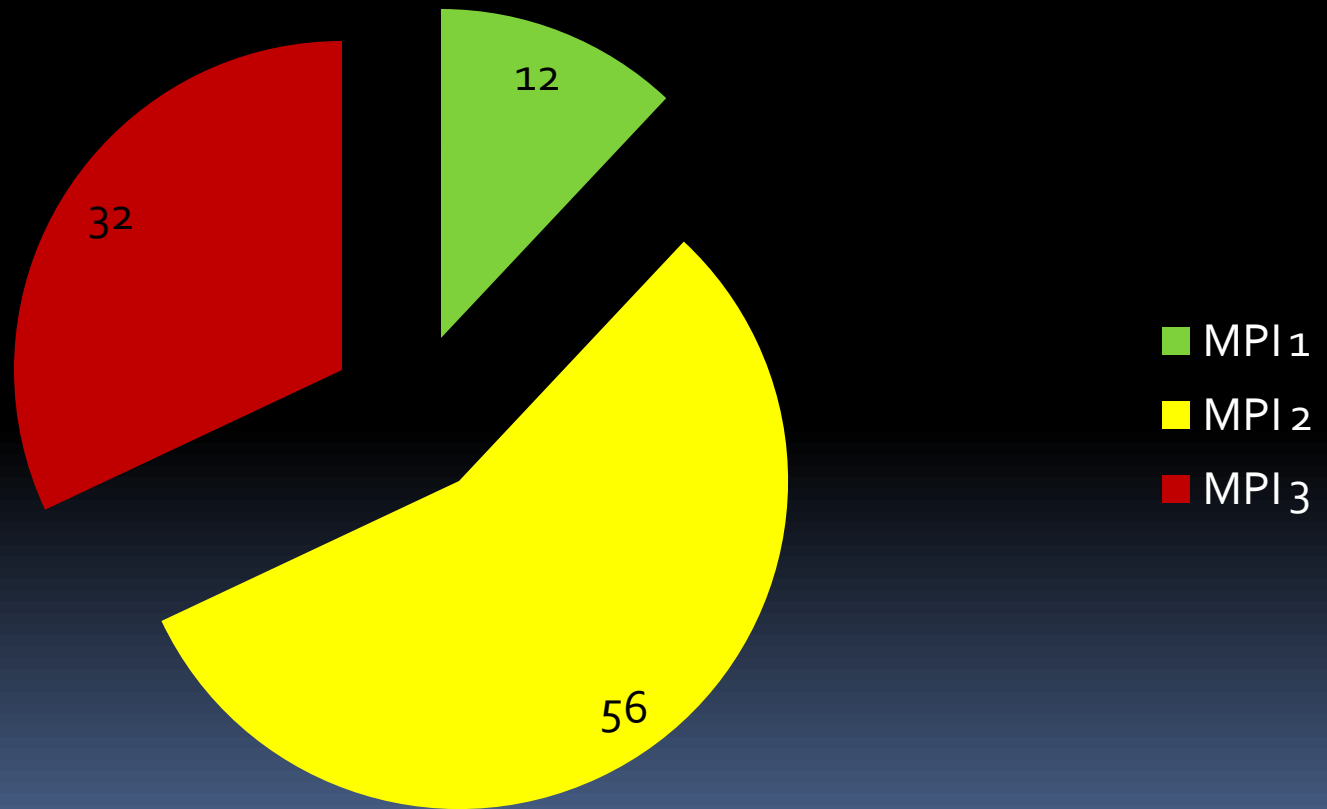
ETA' OPERATI

CONFRONTO FASCIE DI ETA'



Rischio di Fragilità

Distribuzione percentuale sottogruppi MPI
(193 CASI)



CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Miglioramento della collaborazione tra
geriatri ed ortopedici

Miglioramento della qualità dell'assistenza
ed in particolare di quella percepita da parte
del paziente

Cambiamento da consulenza on demand a
presenza fissa del geriatra in Ortopedia