Simposio
L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI PER L'ANZIANO

L'OBI geriatrica e il Pronto Soccorso

M. Calabrò
U.O.C. Geriatria
P.O. Treviso

AZIENDA ULSS 9 TREVISO

Torino 30 novembre 2013

National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States.

J Am Geriatr Soc. 2013 Jan;61(1):12-7.

Individuals aged 65 and older visiting U.S. Eds from 2001 to 2009

-**Annual visits increased from 15.9 to 19.8 million, a 24.5% increase.**

-Intensive care unit admissions increased 131.3%.

-Reasons for visits were unchanged during the study; the top complaints were chest pain, dyspnea, and abdominal pain.

-**Resource intensity grew dramatically: computed tomography 167.0%, urinalyses 87.1%, cardiac monitoring 79.3%, intravenous fluid administration 59.8%, blood tests 44.1%, electrocardiogram use 43.4%, procedures 38.3%, and radiographic imaging 36.4%. From 2005 to 2009, magnetic resonance imaging use grew 84.6%.**

-**The proportion seen in the ED, discharged, and subsequently readmitted to the hospital rose from 2.0% to 4.2%.**

Concettualmente il “bisogno di PS” è frutto dell’acutezza della malattia o dell’immediatezza con cui la persona anziana richiede cure: il fatto che la persona anziana abbia un’alta prevalenza di comorbosità croniche e una frequente disabilità funzionale-cognitiva,

non significa che abbia maggior bisogno di cure in PS
o che il PS fornisca una miglior risposta a tali condizioni

I DEA sono un punto chiave, nel continuum di cura del paziente, comprensibilmente ma illogicamente, si sovrappongono necessità ospedaliere, ambulatoriali e anche di assistenza domiciliare.

Considerazione e auspicio:

1. **Intercettare le necessità ambulatoriali e di assistenza domiciliare.**

2. **Tali condizioni, se non risolte, determinano ripetuti accessi in PS.**

Ann Emerg Med, 2013 Jun 14.

Profiles of Older Patients in the Emergency Department: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study.

Gray LC, Peel NM, Costa AP, Burkett E, Dey AB, Jonsson PV, Lakhan P, Ljunggren G, Sjostrand F, Swoboda W, Welles NI, Hirdes J.

Centre for Research in Geriatric Medicine, the University of Queensland, Brisbane, Queensland, Australia.

STUDY OBJECTIVE:

We examine functional profiles and presence of geriatric syndromes among older patients attending 13 emergency departments (EDs) in 7 nations.

METHODS:

This was a prospective observational study of a convenience sample of patients, aged 75 years and older, recruited sequentially and mainly during normal working hours. Clinical observations were drawn from the interRAI Emergency Department Screener, with assessments performed by trained nurses.

RESULTS:

A sample of 2,282 patients (range 98 to 549 patients across nations) was recruited. Before becoming unwell, **46% were dependent on others in one or more aspects of personal activities of daily living. This proportion increased to 67% at presentation to the ED**. In the ED, **26% exhibited evidence of cognitive impairment**, and **49% could not walk without supervision**. **Recent falls were common (37%).** Overall, at least 48% had **a geriatric syndrome** before becoming unwell, increasing to **78%** at presentation to the ED. This pattern was consistent across nations.

CONCLUSION:

Functional problems and geriatric syndromes affect the majority of older patients attending the ED, which may have important implications for clinical protocols and design of EDs

Anziani e PS/DEA

Qual è il paziente geriatrico che più frequentemente afferisce al DEA ripetutamente?

Intern Emerg Med (2007) 2:292–301
DOI 10.1007/s11739-007-0081-3

REVIEW

F. Salvi • V. Morichi • A. Grilli • R. Giorgi • G. De Tommaso • P. Dessì-Fulgheri

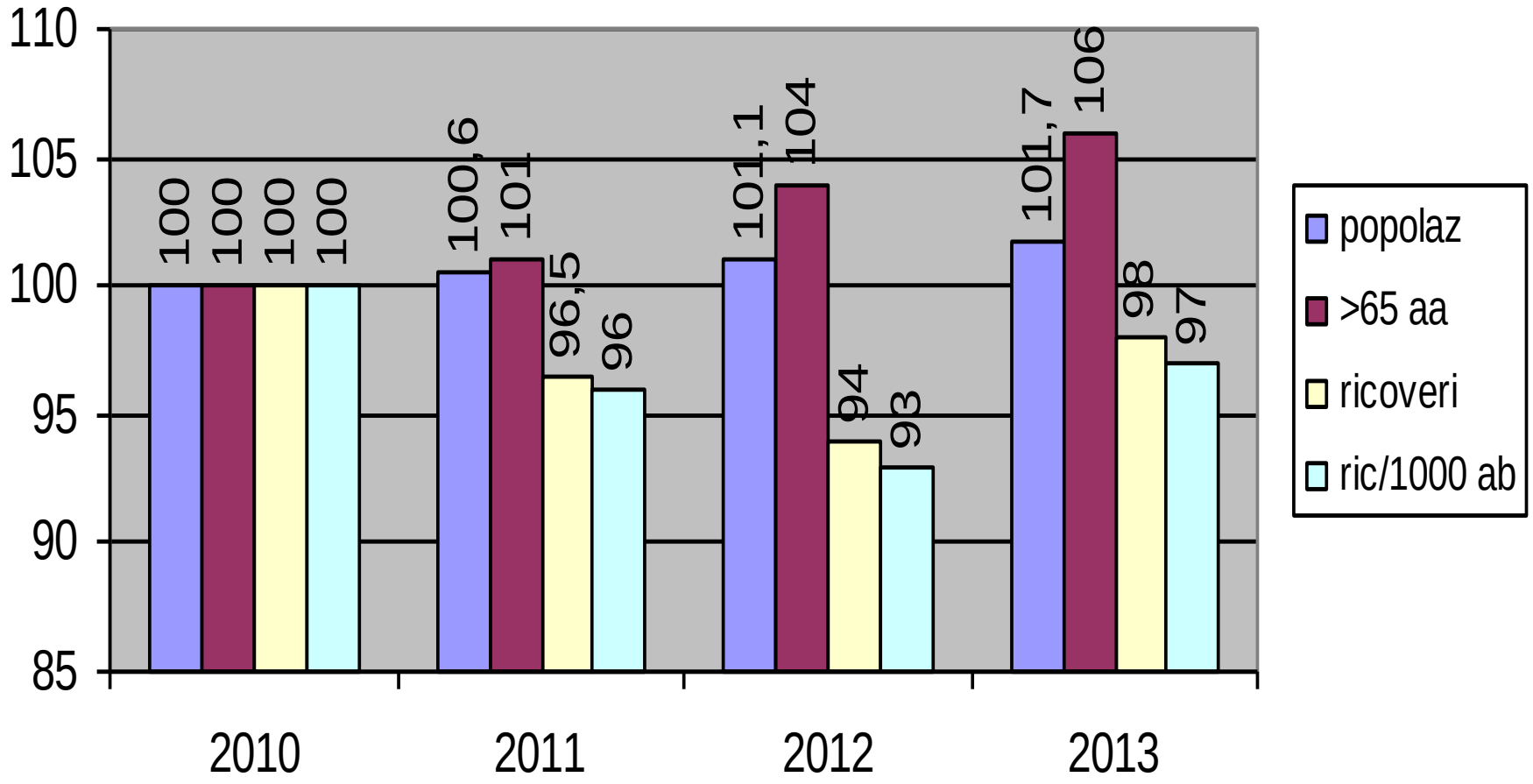
The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions

1) Ruolo della comorbosità

2) Ruolo della polifarmacoterapia

3) Ruolo dello stato funzionale

Andamento Popolazione vs ricoveri PS TV (proiezione 2013; escl. dip. mat-inf.)



Note di contesto

Esistono marcate differenze nelle percentuali di ammissione in Ospedale tra i pazienti che afferiscono al PS: circa il 10-15% nei pazienti di età <75 anni vs. circa il 45-50% nei pazienti di età ≥75 anni.
Analizzando l'attività del Pronto Soccorso nell'arco di 1 anno (28 settembre 2011-27 settembre 2012)
L'esito di tali accessi è così sintetizzabile:

Totale pazienti	**16.298**	**100,000%**
Dimessi	8.853	54,319%
Totale ricoverati	6.494	45,293%

L'anziano in PS

-Necessità e attitudine a concentrarsi su un solo sintomo
-Somministrazione di farmaci in acuto per rapida risoluzione sintomatologica
-Rapida acquisizione di informazioni
-Lunghi tempi d'attesa, attività frenetica
-Rapida comunicazione di prescrizioni terapeutiche

Presentazione atipica di malattie comune

Comorbosità

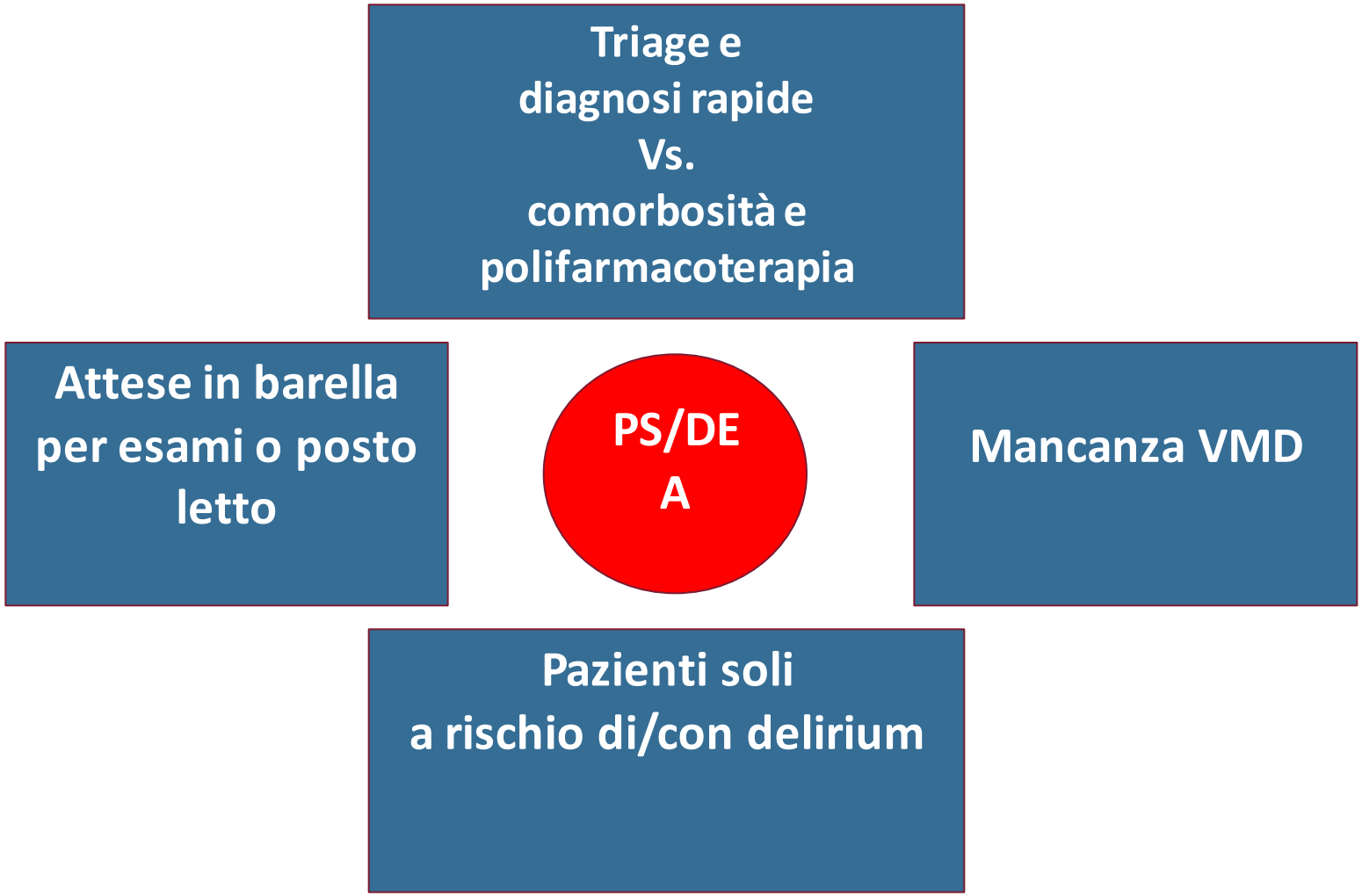
Polifarmacoterapia con conseguente rischio di interazioni farmacologiche e di reazioni avverse

Inadeguato supporto sociale e talora assenza di un care-giver → dati anamnestici approssimativi

Modifica dello stato funzionale

Presenza di declino cognitivo, talora misconosciuto, e possibile presenza di delirium in PS

Problematiche degli anziani in DEA/PS



Problematiche dell'anziano in PS/DEA

Con tali premesse prende un nuovo significato la gestione dell'acuzie nei pazienti anziani ove la complessità deriva da:

- **Presentazione atipica di malattie comuni**
- **Effetto confondente determinato dalla multimorbidità**
- **Rilevante ruolo della polifarmacoterapia**
- **Presenza di deficit cognitivi frequentemente misconosciuti o non evidenziati**
- **Differenze nei valori di normalità dei test ematochimici**
- **Riduzione della riserva funzionale**
- **Essenzialità della conoscenza dello stato funzionale di base (premorboso)**
- **Inadeguato supporto sociale (frequentemente il paziente giunge in PS accompagnato dalla badante con possibile scarsa conoscenza della lingua).**

Eventi avversi durante la degenza ospedaliera

- **Delirium incidente in aggiunta a delirium prevalente non diagnosticato (25-60%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

- **Declino funzionale (34-50%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

- **Reazioni avverse alla farmacoterapia (54%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

- **Infezioni nosocomiali (17%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

- **Cadute (15%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

- **Comparsa lesioni da pressione (< 15%) con peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine**

Si evidenzia come la degenza ospedaliera possa essere foriera di rilevanti effetti negativi sull'anziano.

Il possibile peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine implica Valutazioni sia sul piano etico che clinico che socio-economico (maggior carico assistenziale nel post-ricovero) e induce ad alcune riflessioni negative sulla facilità con la quale tali pazienti accedono alle strutture per Acuti.

BMJ

BMJ 2013;346:f3242 doi: 10.1136/bmj.f3242 (Published 20 May 2013)

VIEWS & REVIEWS

PERSONAL VIEW

Admission to hospital could be considered a disease

We know that being in hospital is risky, but **Hugh McIntyre** considers whether admission should be considered a disease in itself

Hugh McIntyre *consultant physician, Conquest Hospital, The Ridge, Hastings, East Sussex TN37 7RD, UK*

D’altra parte la riduzione progressiva dei posti letto per Acuti ed una sempre maggiore richiesta di appropriatezza dei ricoveri hanno mutato la funzione del Pronto Soccorso da “Admit to work” a “Work to admit”, con necessita’ di creare nuove funzioni di filtro “esperto” ai ricoveri.

Strumenti standard utilizzati in DEA/PS

- dati anagrafici
- data e ora inizio triage
- breve descrizione della sintomatologia
- parametri vitali (PA, FC, saturimetria, TC)
- livello di coscienza (delirium fattore confondente)
- ECG
- Scheda di valutazione dolore
- MEWS

Assenza di strumenti geriatrici

MEWS
Modified Early Warning Score

Azienda ULSS 9 Treviso – U.O.C. Medicina d'urgenza – Pronto Soccorso – Direttore: M. Sacher

Nome
Cognome
Data di nascita
(oppure incolla etichetta paziente)

Verbale n°_____ DATA _____

Infermiere _____

Triage di entrata (crocetta) ☐R ☐G ☐V ☐B

STEP 1 – Modified Early Warning Score (segna i parametri rilevati sulla colonna a sn > quindi crocia la casella corrispondente > quindi riporta i punti sulla colonna a dx e fai il totale)

Parametri rilevati		**MEWS**	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**	**somma**
SO2		AVPU	-	-	-	Alert	Vocal	Pain	Unresponsive	
FR		FR/min	-	<9	-	9-14	15-20	21-29	≥30	
FC		FC/min	-	<40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130	
PAO		PAsistolica	<70	71-80	81-100	101-199	-	≥200	-	
TC		TC °C	-	<35	-	35-38,4	-	≥38,5	-	
Glicemia									**Totale MEWS**	

Esito MEWS: ☐**0-1 Verde** ☐**2-3 Giallo** ☐**≥4 Rosso**

STEP 2 - AZIONI CRITICHE (segna ogni azione effettuata)

POSIZIONI: ☐LATERALE DI SICUREZZA ☐SUPINO ☐SEMISEDUTO ☐SEDUTO

☐BRONCOASPIRAZIONE

☐OSSIGENO: (FiO2)_____% VENE (colore): ☐☐Gri ☐☐Ara ☐☐Bia ☐☐Ver ☐☐Ros ☐☐Blu
(segna una crocetta per ogni vena nello specifico colore)

PROVETTE: ☐emocromo ☐chimica ☐coagulazione ☐sangue ☐tossici

altre provette_____

☐LIQUIDI: tipo_____ quantità _____

☐MONITOR ☐ECG ☐EGA ☐Cateterismo vescicale

STEP 3 - RISCHIO (solo se MEWS 0-1: segna X se riferisce uno di questi questo sintomo > quindi ritorna giallo)

Dispnea		**Cardiopalmo**	
Sincope		**Dolore al dorso**	
Dolore toracico		**Dolore addominale**	
Codice ICTUS			

STEP 4 – ESITO TRIAGE AVANZATO: ☐**ROSSO** ☐**GIALLO** ☐**VERDE**

STEP 5 – DOLORE (segna scala dolore ed eventuale azione intrapresa: farmaco o altro)
ALLERGIE: ☐PARACETAMOLO ☐FANS ☐ALTRO_____

Dolore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Azione:

STEP 6 - DIMISSIONE (medico / uso statistico PS) ☐C ☐N/C

Note_____

_____

Così nasce l'ipotesi di Osservazione Breve Intensiva Geriatrica

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DGR n. 4419 del 30.12.2005

Attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) nell'attività di Pronto Soccorso della Regione Veneto

Con l'Osservazione Breve possono essere attuati

- **rapidi percorsi diagnostici e terapeutici,**
- **con risultati apprezzabili per il paziente**
- **e con il vantaggio di un risparmio economico rispetto ad un pari risultato ottenuto mediante un ricovero.**

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

DGR n. 4419 del 30.12.2005

OBIETTIVI DELL'O.B.I.

1. Ridurre il numero totale dei ricoveri
2. Diminuire i ricoveri impropri o non necessari
3. Favorire una dimissione ponderata e sicura
4. Stimolare la crescita professionale del personale del Pronto Soccorso
5. Offrire qualità e comfort ai pazienti in fase di accertamento o di trattamento.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

DGR n. 4419 del 30.12.2005

SITUAZIONI CLINICHE CHE GIUSTIFICANO L'O.B.I.

(Necessitano di un iter clinico diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 4 o superiore alle 24 ore)

•Definizione diagnostica di sintomatologie dubbie (cefalea, vertigini, sincopi, dolore addominale, ecc.)

•Terapia risolutiva a breve termine per condizioni acute che richiedono un intervento terapeutico concentrato nel tempo, con possibilità di rapida e definitiva risoluzione (coliche renali ed epatiche, reazioni allergiche, fibrillazioni atriali parossistiche, intossicazioni minori ecc.)

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

DGR n. 4419 del 30.12.2005

SITUAZIONI CLINICHE CHE GIUSTIFICANO L'O.B.I.

(Necessitano di un iter clinico diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 4 o superiore alle 24 ore)

- Inizio di terapie che permettano una stabilizzazione o un miglioramento delle condizioni cliniche del paziente tale da poter essere poi proseguite senza rischio a domicilio (crisi asmatiche ed ipertensive, infezioni , sindromi dolorose osteoarticolari e nevralgiche ecc.)

- Valutazione continua di pazienti in buone condizioni ma con possibili patologie (da escludere o confermare) potenzialmente gravi (dolore toracico, traumi ecc.)

Rispetto a tali tipologie può essere considerata congrua una percentuale superiore al 70% di episodi che si concludano senza il ricovero del paziente.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

DGR n. 4419 del 30.12.2005

L'attività di O.B.I. sarà espletata presso le Unità Operative di

- **PRONTO SOCCORSO**
- **PEDIATRIA**
- **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

in quanto caratterizzate da attività di accettazione in emergenza-urgenza.

Poiché la presentazione clinica dei pazienti anziani in PS è frequentemente atipica e, spesso, le diagnosi hanno bisogno di tempo per divenire evidenti, le strutture di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) possono rappresentare un modello organizzativo funzionale per i pazienti geriatrici.

Le unità di O.B.I. sono costituite da posti letto ad elevato turnover funzionanti come centri di osservazione di breve durata (max. 48 ore) dove possono essere intraprese indagini cliniche e trattamenti urgenti volti ad evitare inutili, prolungati, ricoveri ospedalieri, ma anche dimissioni inappropriate/eccessivamente precoci.

Obiettivi

- **Ottenere una significativa riduzione dei ricoveri negli ultra75 enni con conseguente riduzione delle complicanze a loro indotte dal ricovero**

- **Dimissione sicura**

- **Migliorare la qualità dell'assistenza al paziente geriatrico, infatti anche alla percentuale di pazienti che non verrà ricoverata sarà eseguita una puntualizzazione clinica, una riconciliazione farmacologica ed un orientamento all'assistenza post-ospedaliera da parte dei Servizi Distrettuali**

Da ciò nasce l'ipotesi di Sperimentazione di
OBI Geriatrica (durata 48 ore)
8 p.l. per 4 pz./die (dalle 8.00 alle 19.30) dal Lunedì al Venerdì
all'interno della U.O. Geriatria dotata di 88 p.l. per Acuti.

In data 7 maggio 2012, dopo consenso dalla Direzione di Attuazione e Programmazione Sanitaria della Regione Veneto (Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata), inizia l'attività di OBI Geriatrica presso il P.O. Treviso.

Percorsi standard di PS ed integrazione in OBI Geriatrica

- dati anagrafici
- data e ora inizio triage
- breve descrizione della sintomatologia
- parametri vitali (PA, FC, saturimetria, TC)
- livello di coscienza
- ECG
- Scheda di valutazione dolore
- MEWS

+ VMD

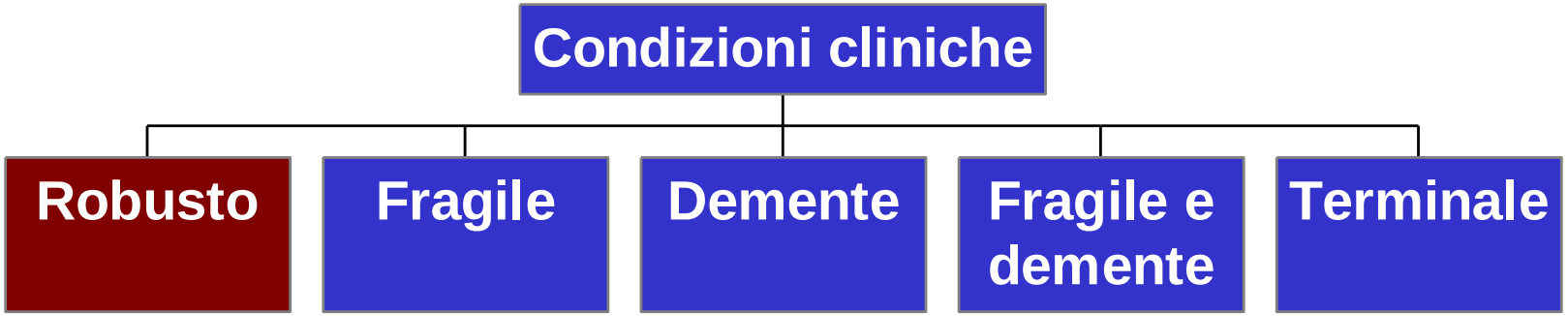
+ "sensibilità clinica geriatrica" (?)

Utilizzo in OBI Geriatrica del programma e delle tempistica del PS (PS Net)

Strumenti: VMD

- **VMD all'ingresso** per avere una
- **stratificazione prognostica** per determinare la
- **creazione di un percorso diagnostico-terapeutico appropriato** nella scelta delle indagini, dei trattamenti, adeguate alla **"traiettoria"** clinica del paziente nel rispetto di tempistiche rapide e contestuale
- **pianificazione della dimissione**

Tipizzazione e stratificazione dei pazienti geriatrici



Gillick 2001

La stratificazione (categorizzazione) dei pazienti secondo il loro stato di funzionale e di salute permette la definizione di outcomes ragionevoli diversi e la definizione di un ranking di priorita.

Lo stato di salute premorboso

Lo stato di salute (il background clinico)

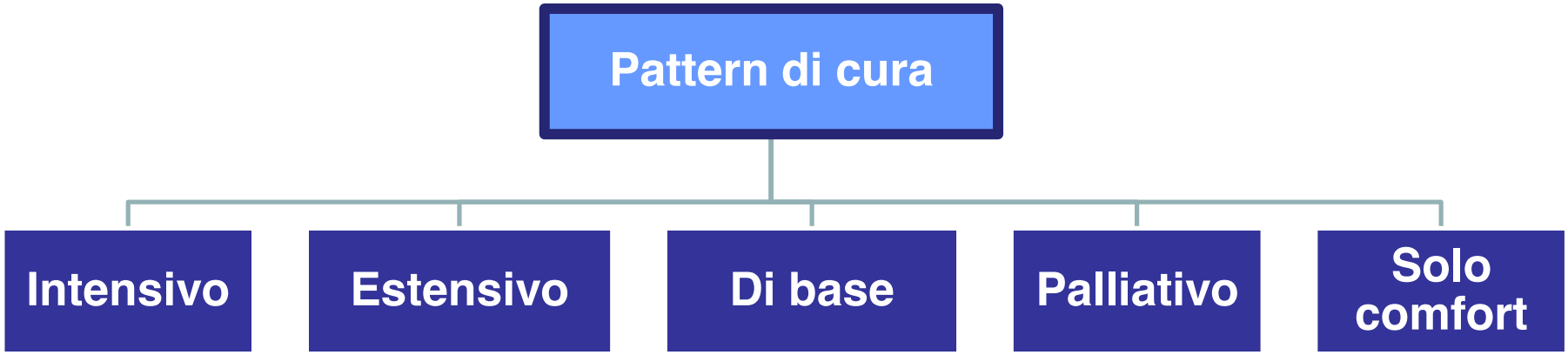
Il paziente robusto
- **Non disabile (BADL=0/6)**
- **Senza demenza (MMSE≥18)**

Il paziente fragile
- **Con disabilità (BADL=1+/6)**

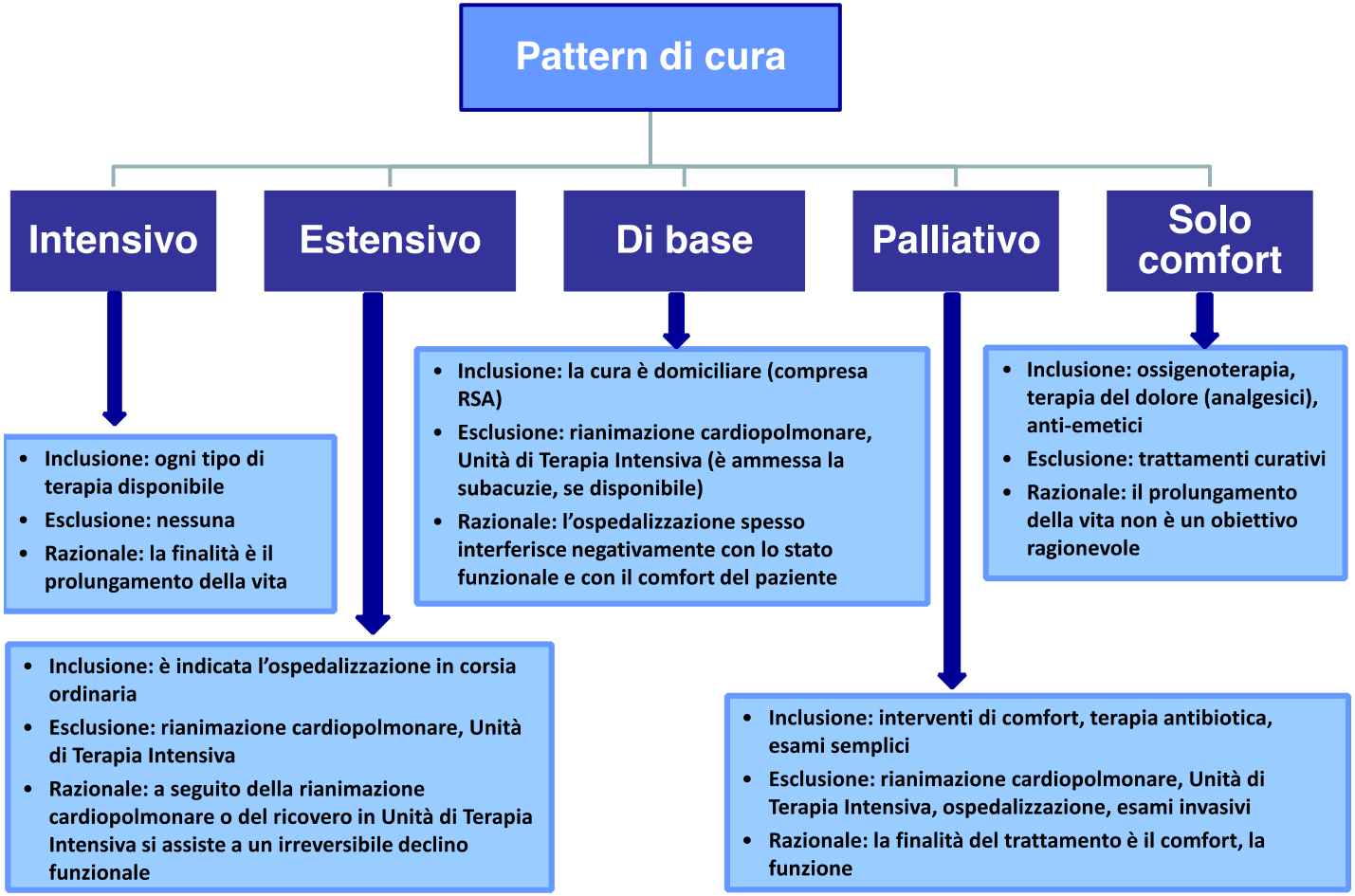
Il paziente con demenza
- **▼cognitività (MMSE<18)**

Il paziente fragile&con demenza
- **Con disabilità (BADL=1+/6)**
- **▼cognitività (MMSE<18)**

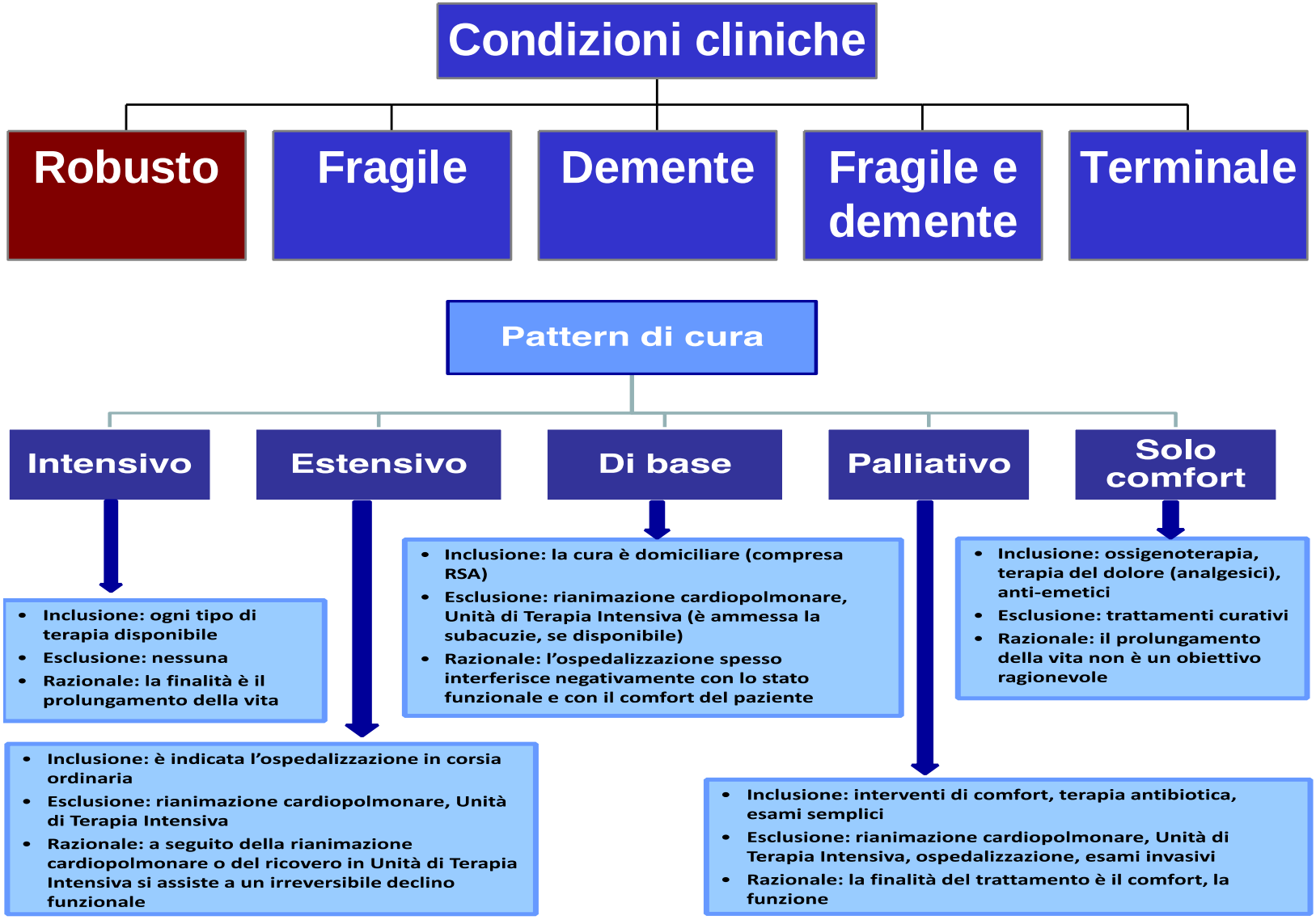
Pattern di cura I/II



Pattern di cura II/II



Tipizzazione e stratificazione dei pazienti geriatrici e pattern di cura



Condizioni cliniche candidate ad OBI Geriatrica I/II

- **Dolori addominali senza compromissione delle funzioni vitali: quando possibile effettuare una diagnostica differenziale rapida delle sindromi subocclusive.**

- **Sincope (solo per forme a basso rischio di potenziale origine cardiaca secondo i criteri EGSYS); obiettivo: dimissione dei casi possibili secondo LG dell'ESC (European Society of Cardiology)**

- **Trombosi venose profonde non complicate (TVP); obiettivo: diagnostica con doppler e dimissione con terapia (esclusione di TEP) ed inizio di terapie con eparine a basso p.m.**

- **Condizioni di fluttuazioni dello stato cognitivo e turbe comportamentali con manifestazioni non pericolose in pazienti affetti da demenza; obiettivo: possibilità di risolvere la condizione di disagio ed affidare il\la paziente alle strutture territoriali evitando il ricovero in almeno il 70% dei casi.**

Condizioni cliniche candidate ad OBI Geriatrica II/II

- **Diabete mellito scompensato senza compromissione delle funzioni vitali; obiettivo: la correzione dello squilibrio metabolico con la successiva gestione ambulatoriale.**

- **Disidratazione senza compromissione delle funzioni vitali; obiettivo: la correzione dello squilibrio elettrolitico acuto.**

- **Alterazioni elettrolitiche senza compromissione delle funzioni vitali.**

- **Scompenso cardiaco senza compromissione delle funzioni vitali; obiettivo: terapia parenterale cardiologica e successiva modifica terapeutica per il domicilio**

- **TIA in pazienti con encefalopatia vascolare cronica già documentata**

- **IVU senza compromissione delle funzioni vitali**

- **Infezioni respiratorie senza compromissione delle funzioni vitali**

Dati di sperimentazione ancora in corso

Caratteristiche della popolazione inviata in OBI Geriatrica

(7 maggio 2012 – 15 novembre 2013)

	TUTTI (n=855)	MASCHI (n=336)	FEMMINE (n=519)
ETA' (anni)	84.11±5.59	83.04±5.69	84.81±5.41
BARTHEL INDEX premorboso	68.44±30.32	72.41±29.71	65.92±30.48
CHARLSON INDEX	6.22±2.06	6.41±2.20	6.09±1.95
SPMSQ	4.38±3.85	3.86±3.95	4.69±3.74
N° CADUTE (ultimi 365 giorni)	0.70±0.81	0.70±0.80	0.71±0.82
N° RICOVERI (ultimi 365 giorni)	0.38±0.60	0.44±0.64	0.35±0.57

Correlazioni tra le caratteristiche della popolazione I/II

L'elaborazione statistica multivariata tra età, SPMSQ, indice di Brass, Charlson, Barthel, CAM, numero di farmaci, di cadute e di ricoveri, dimostra delle logiche significatività a dimostrazione che la popolazione esaminata è rappresentativa delle caratteristiche del paziente geriatrico.

Correlazioni tra le caratteristiche della popolazione II/II

	Dir. Prop.	Inv. Prop.
età	SPMSQ, Charlson, Brass	Barthel
Brass	CAM, n° cadute, SPMSQ, Charlson	Barthel
Barthel		Età, Brass, SPMSQ, Charlson
N° cadute	Brass	
SPMSQ	Età, Brass, CAM, Charlson	Barthel
Charlson	Età, Brass, n° farmaci, SPMSQ	Barthel
N° ricoveri	N° farmaci	
N.farmaci	N° ricoveri, Charlson	
CAM	Brass, SPMSQ	

Indagini richieste
(esclusi esami ematochimici)

RX STANDARD	875
TAC	390
ECOGRAFIA	129
EEG	25
ECG DINAMICO SEC. HOLTER	72
SCINTIGRAFIA	3
ECOCARDIOGRAMMA	11
ENDOSCOPIE	36
CONSULENZE SPECIALISTICHE	203

N°medio indagini/paziente	**1,8**
N° medio consulenze/paziente	**0,2**

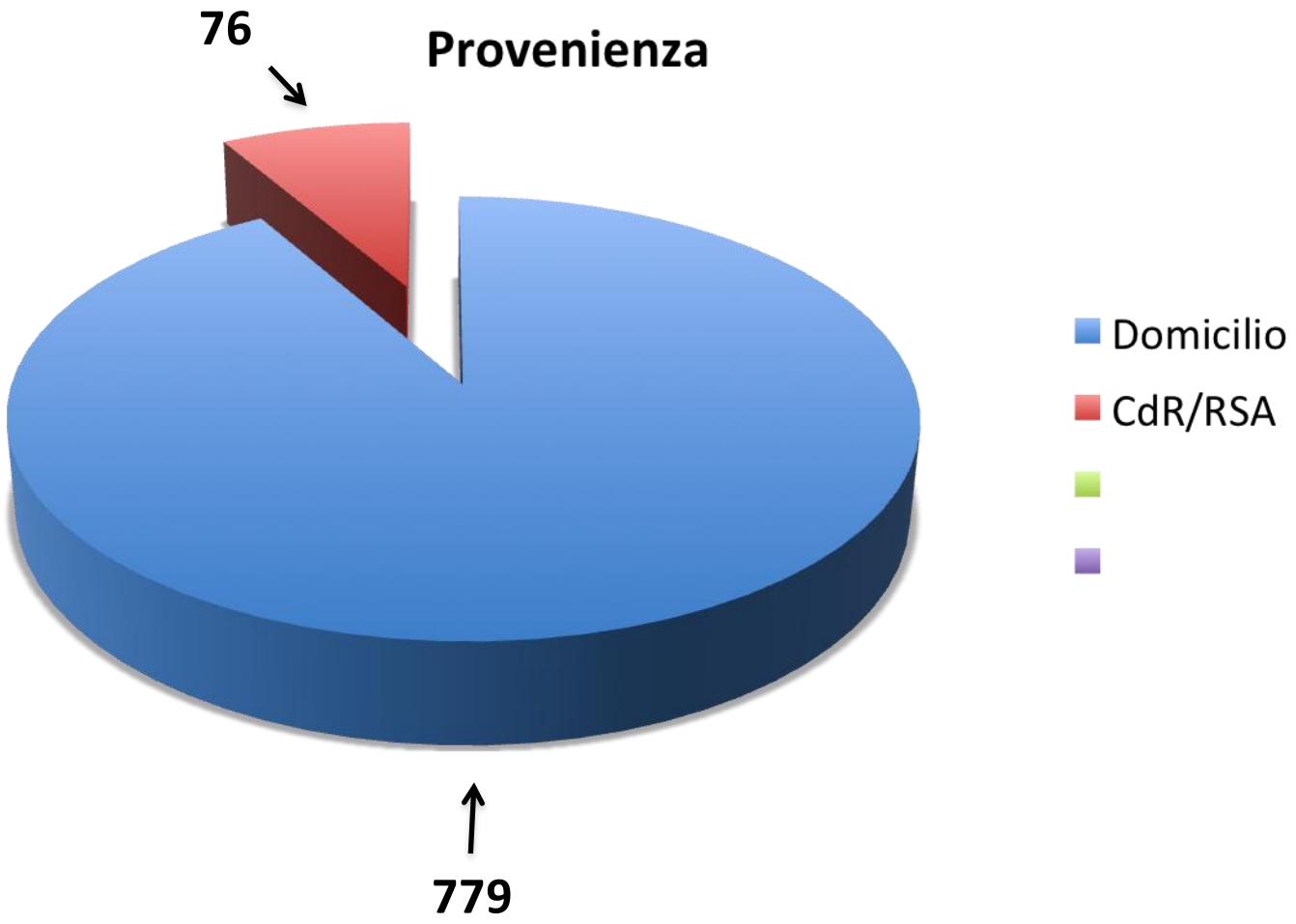
Categorie di patologia alla dimissione I/II

Patologia gastroenterologica	17%	Angiodisplasia gastrica e intestinale Diverticolosi/ite Ischemia intestinale Gastrite erosiva Colecistite Ulcera gastrica Coprostasi Subocclusione intestinale
Patologia cardiaca	12%	Scompenso cardiaco Fibrillazione atriale Aritmie
Sincope	11%	Neuromediata Ipotensione ortostatica Cardiaca
Traumatismi da caduta	8%	Trauma cranico Fratture costali multiple Frattura scapolare Frattura bacino
Patologia cerebrovascolare	6%	TIA Ischemia cerebrale
Patologia respiratoria	5%	BPCO riacutizzata BPN Bronchite acuta
Disidratazione	4%	Iatrogena Da calore Da mancata assunzione liquidi

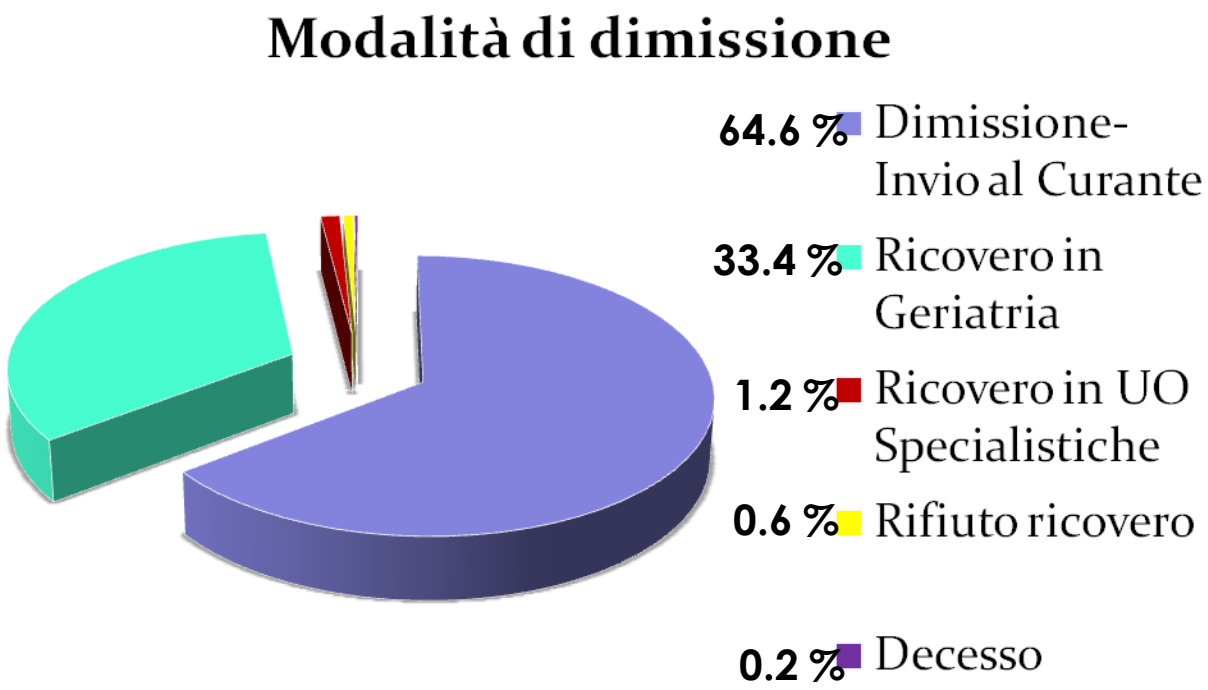
Categorie di patologia alla dimissione II/II

IVU	4%	
Disturbi comportamentali	3%	Demenza già nota Delirium
ADR	3%	Digitale Allopurinolo Warfarin
TVP ed Embolia polmonare	3%	
Anemia	3%	Mielodisplasia Multifattoriali Leucemia acuta
Ipo-iperglicemia in diabete mellito	2%	
Ipo-iperglicemia in diabete mellito	2%	
Dolore toracico	2%	
Varie	15%	Vertigini periferiche; Dolore neoplastico; Lombalgia/dorsalgia Erisipela; AAA; herpes zoster

Provenienza dei pazienti



Modalità di dimissione



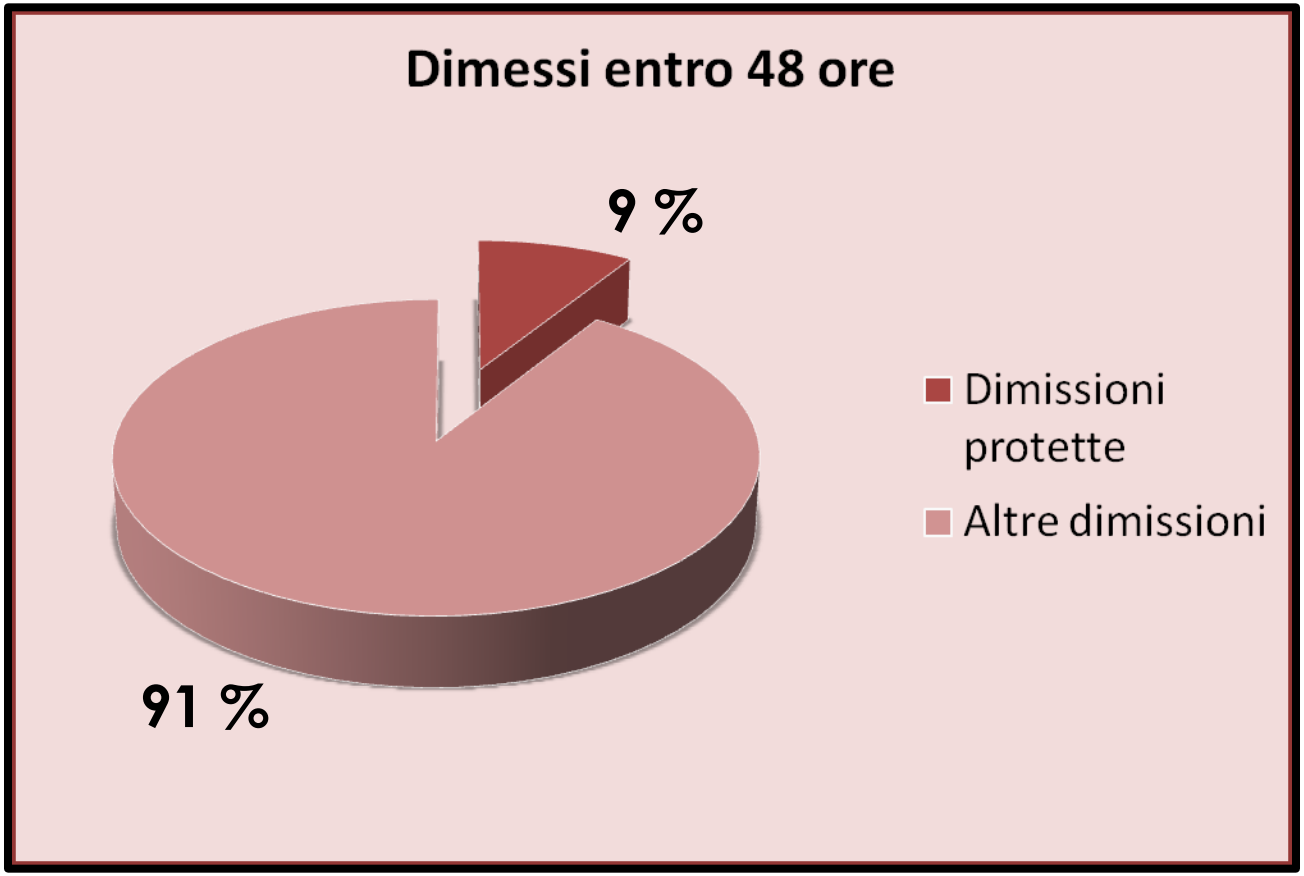
552 pazienti inviati a domicilio entro 48 ore= 64.6%

Durata media dell'osservazione dei pazienti inviati a domicilio = 37.35 ore.

Confronto tra i pazienti dimessi entro 48 ore e quelli ricoverati

	Dimessi entro 48 ore (n = 552)	Ricoverati (n = 296)
ETA' (anni)	83.94±5.59	84.47±5.58
BARTHEL INDEX premorboso	71.04±29.27	61.84±31.67
CHARLSON INDEX	6.13±2.04	6,42±2.09
SPMSQ	3.95±3.70	5.55± 3.98

Dimissioni Protette “ex novo” attivate da OBI



Futuro obiettivo

Gestione presso U.O. Geriatria di % sempre maggiore dei pz. di età ≥ 75 anni afferenti al Dipartimento di Medicina Interna, esclusi i ricoverati in MGU, con le seguenti finalità:

1) Omogeneità di gestione

2) Utilizzo di VMD standardizzato

3) Appropriatezza di gestione clinico-terapeutica in base alla tipizzazione basata su VMD del pz. di età ≥ 75 anni

4) Percorsi di dimissione protetta standardizzati

5) Gestione della Continuità delle Cure

6) Estensivo ed equo utilizzo della Rete dei Servizi Geriatrica

I DEA sono un punto chiave, nel continuum di cura del paziente, comprensibilmente ma illogicamente, si sovrappongono necessità ospedaliere, ambulatoriali e anche di assistenza domiciliare.

Considerazione e auspicio:

1. **Intercettare le necessità ambulatoriali e di assistenza domiciliare.**

2. **Tali condizioni, se non risolte, determinano ripetuti accessi in PS.**

Unità Rapida Gestione Geriatrica – U.R.G.Ge.
6-13/05/2013

Ipotesi: presa in carico di maggior % di pazienti di età ≥ 75 anni candidati a ricovero in ambiente internistico (non specialistico) in regime di O.B.I. e valutazione dell' indicazione a ricovero solo dopo VMD, esame clinico ed eventuale monitoraggio.

Percorsi standard di PS
in OBI Geriatrica → U.R.G.Ge.

- dati anagrafici
- data e ora inizio triage
- breve descrizione della sintomatologia
- parametri vitali (PA, FC, saturimetria, TC)
- livello di coscienza
- ECG
- Scheda di valutazione dolore
- MEWS
- VMD
- Apache II score

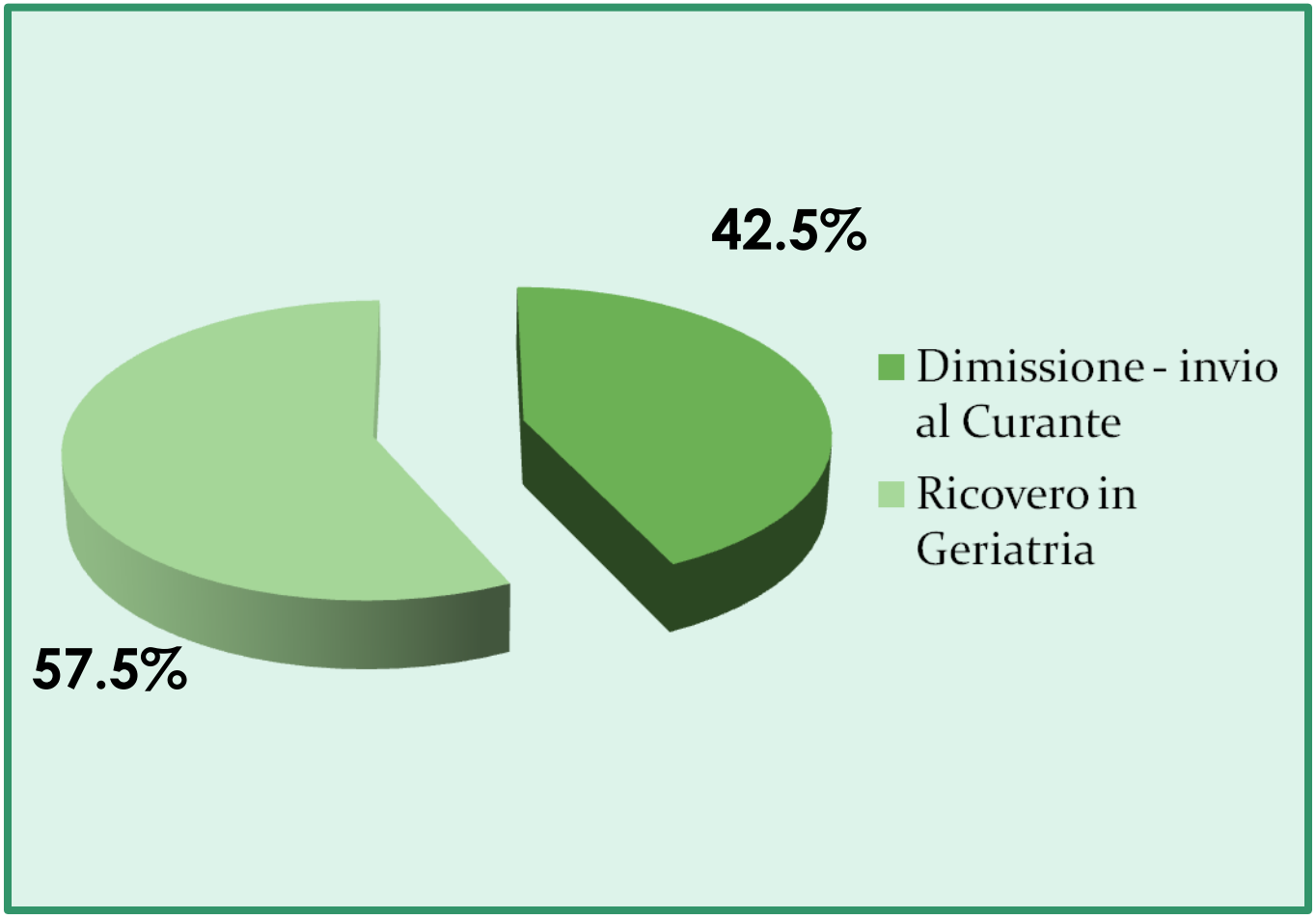
Utilizzo in OBI Geriatrica del programma e delle tempistica del PS (PS Net)

PS.

Settimana Test U.R.G.Ge.

Caratteristiche	Valori medi	Range
n.° pazienti	80	
età media	84,91 aa.	75 - 98
Apache II score	12,04	6 - 23
Barthel Index	69,65	0 - 100
SPMSQ	3,92	0 - 10
Charlson Index	6,19	4 - 12
CAM	0,46	0 - 2
n.° farmaci	5,79	1 - 15
% dimessi entro 48 ore	43,05	
% di ricovero in Geriatria dei pz. ricoverati	100%	

U.R.G.Ge. - Modalità di dimissione

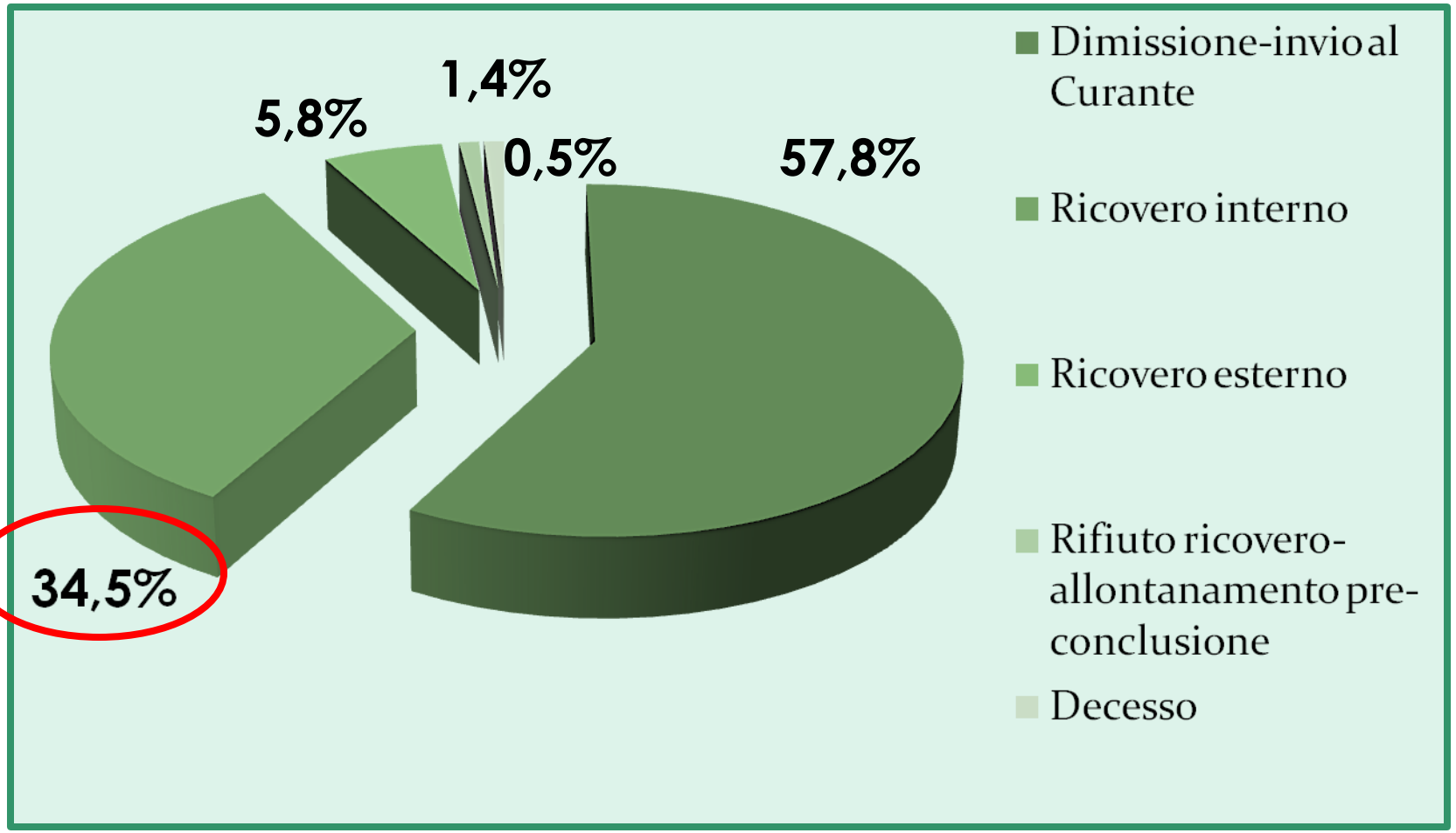


N° totale di paziente valutati = 80

Note di contesto

	2011		2012		2013 (I semestre)	
	< 75 anni	≥ 75 anni	< 75 anni	≥ 75 anni	< 75 anni	≥ 75 anni
Accessi totali	77782	16657	72440	16104	35501	8397
Accessi esitati in ricovero	7907	6530	7626	6449	4050	3463
	10.2%	39.2%	10.5%	40%	11.4%	41.2%

Totale pazienti ≥ 75 enni afferenti al PS (6-13/05/2013)… Modalità di dimissione



U.R.G.Ge. - Confronto tra i pazienti ricoverati e quelli dimessi entro 48 ore

	Dimessi entro 48 ore (n =34)	Ricoverati (n = 46)
ETA' (anni)	84,78 ± 5,01	84,41 ± 4,99
BARTHEL INDEX premorboso	66,32 ± 29,73	73,38 ± 30,13
CHARLSON INDEX	6,57 ± 2,06	5,53 ± 2,05
SPMSQ	4,63 ± 3,72	3,17 ± 3,72

U.R.G.Ge. - Accessi ripetuti in PS (dati a 1 mese)

Il 26.5% dei pazienti dimessi entro 48 ore, si rivolge almeno una volta al PS nel mese successivo al rientro a domicilio

Il 14.7% dei pazienti dimessi entro 48 ore, viene ricoverato nel mese successivo al rientro a domicilio

Il 19.6% dei pazienti ricoverati, si rivolge almeno una volta al PS nel mese successivo al rientro a domicilio

Il 15.2% dei pazienti ricoverati, viene nuovamente ricoverato nel mese successivo al rientro a domicilio

U.R.G.Ge. - Accessi ripetuti in PS (dati a 6 mesi)

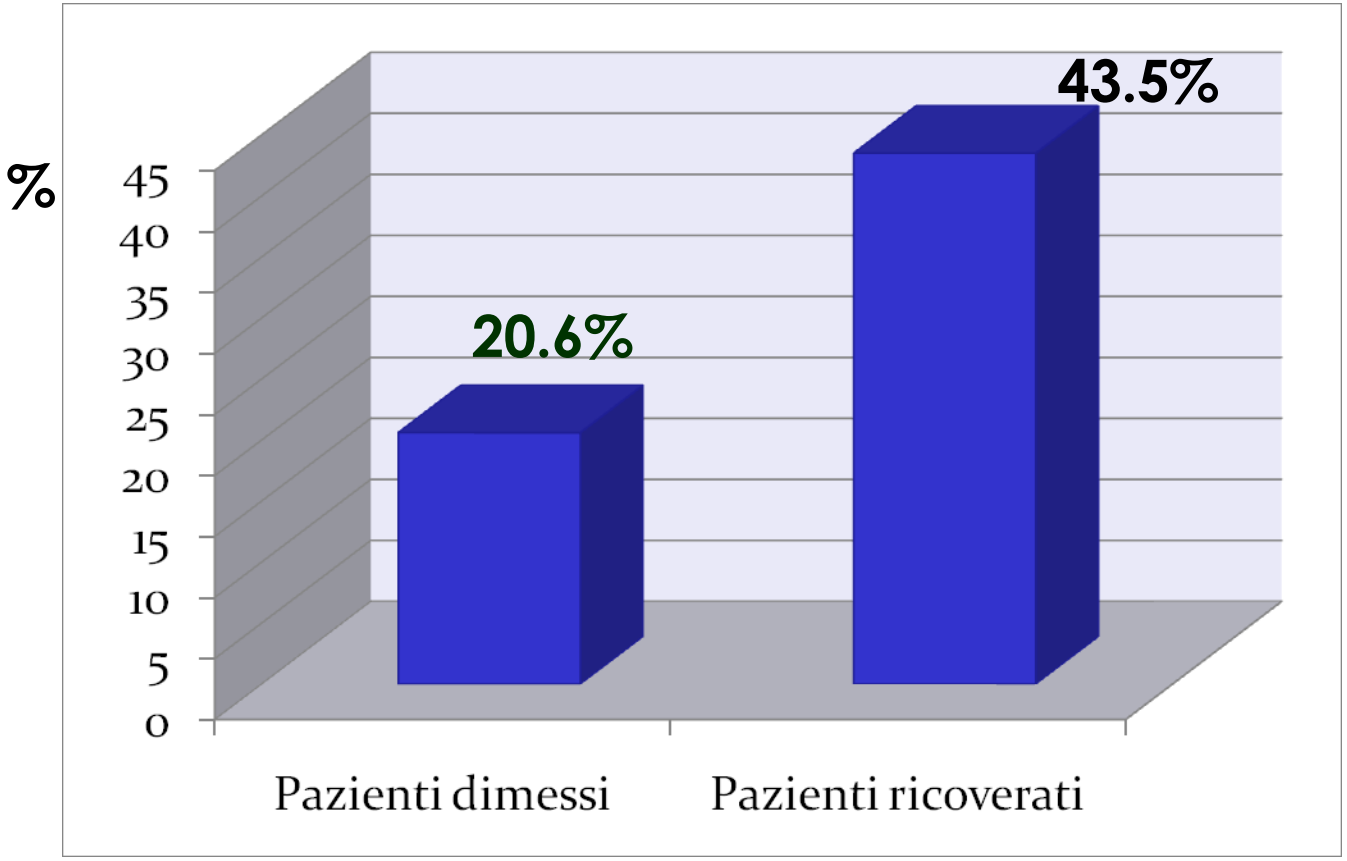
Il 53% dei pazienti dimessi entro 48 ore, si rivolge almeno una volta al PS nei 6 mesi successivi al rientro a domicilio

Il 41.2% dei pazienti dimessi entro 48 ore, viene ricoverato nei 6 mesi successivi al rientro a domicilio

Il 37% dei pazienti ricoverati, si rivolge almeno una volta al PS nei 6 mesi successivi al rientro a domicilio

Il 21.7% dei pazienti ricoverati, viene nuovamente ricoverato nei 6 mesi successivi al rientro a domicilio

U.R.G.Ge. - Dati di Mortalità a 6 mesi



L’analisi statistica non ha documentato la presenza di correlazioni statisticamente significative tra indice di Barthel premorboso, indice di Charlson, SPMSQ ed esito dell’osservazione (rientro a domicilio/ricovero)

ADVERSE OUTCOMES AFTER DISCHARGE

Frequency and predictors of adverse health outcomes in older Medicare beneficiaries discharged from the emergency department.

Med Care. 2008 Aug;46(8):771-7

Six hundred twenty-three of 1851 subjects (32.9%) discharged from the ED experienced an adverse outcome within 90 days of the index visit;
17.2% returned to the ED but were not admitted,
18.3% were hospitalized,
2.6% were admitted to a nursing home
4.1% died.

Patients who were older [hazard ratios (HR), 1.01; confidence interval (CI), 1.00-1.02], with more chronic health conditions (HR, 1.12; CI, 1.07-1.19), Medicaid insurance (HR, 1.42; CI, 1.11-1.82), and recent ED (HR, 1.46; CI, 1.17-1.82) or hospital use (HR, 1.80; CI, 1.50-2.17) were at particularly high risk.

Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions.

Ann Emerg Med. 2002 Mar;39(3):238-47.

10% mortality in the 3 months following an ED visit

24% of elders discharged home from the ED returned for a repeat visit within 3 months (12-20% within 1 month, 40% within 6 months)

25% of elders discharged home from the ED are hospitalized

Il Sole 24 ORE Sanità

20-26 novembre 2012

VENETO

Treviso: l'Obi geriatrica filtra il 71% dei pazienti

I pazienti anziani che si presentano per una valutazione urgente al pronto soccorso dell'Ospedale Ca' Foncello dell'Ulss 9 Treviso sono circa 16.500 l'anno e rappresentano il 17% del totale degli accessi che nel 2011 sono stati 94.500. Come già rilevato in letteratura, il 46% dei pazienti anziani che afferiscono al Ps viene ricoverato contro l'11% dei pazienti con età inferiore a 75 anni. Nel 2011 tale dato, all'Ospedale di Treviso, è corrisposto a 7.000 ricoveri di pazienti ultrasettacinquenni dei quali 2.900 in geriatria.

La considerazione che l'anziano comorbido, cioè affetto da molteplici patologie coesistenti, sia maggiormente esposto a complicanze indotte dal ricovero, ben descritte in letteratura, con peggioramento degli outcome a breve e lungo termine, ha indotto valutazioni in ambito ospedaliero di natura etica, clinica, socio-economica e organizzativa.

Il punto di partenza per l'analisi è stato focalizzato sulla presa in carico geriatrica del paziente anziano comorbido che si presenta in pronto soccorso e sulla necessità di poter disporre di modalità assistenziali sempre più appropriate alla gestione del singolo caso.

Si è quindi valutata l'opportunità di adattare una modalità organizzativa di valutazione efficiente, già implementata in Regione Veneto, quale l'Osservazione breve intensiva (Obi), rivolgendola al paziente geriatrico per dar vita alla sperimentazione dell'Obi geriatrica. La gestione clinica del paziente è organizzata nelle 48 ore rispetto alle 24 del giovane-adulto, e strutturata, come già in atto per pediatria e ostetricia-ginecologia, in uno spazio appositamente dedicato nel reparto di geriatria, e non nell'area Obi del pronto soccorso generale.

L'Obi di geriatria, avviata sperimentalmente il 7 maggio 2012, al 20 ottobre ha valutato 203 pazienti dei quali il 71,42% (145) è stato dimesso entro le 48 ore, riducendo di fatto il ricorso al ricovero ordinario con un risparmio di oltre 1.300 giornate di degenza. L'età media dei soggetti è 85 anni e il 64% è costituito da donne. I pazienti avviati al nuovo servizio provenivano nel 93% dal domicilio, dei quali il 24% era già in carico ai servizi sanitari distrettuali, e il restante 7% da casa di riposo o residenza sanitaria assistita. I 58 casi che hanno proseguito la degenza in ricovero ordinario sono stati gestiti dalla geriatria stessa per il 93% e nel restante 7% in area chirurgica.

Le modalità di dimissione dall'Obi di geriatria sono state per il 47% dimissione ordinaria, per il 40% è stata organizzata una presa in carico da parte dei servizi sanitari distrettuali, il 10% è rientrato in casa di riposo/Rsa e per il rimanente 3% è stato possibile predisporre un primo ingresso in casa di riposo/Rsa.

La sperimentazione è stata approvata dalla Direzione di attuazione programmazione sanitaria della Regione Veneto (Assistenza ospedaliera pubblica e privata). L'indirizzo scientifico del progetto è stato condiviso con il professor **Marco Trabucchi**, presidente della Società italiana di psicogeriatria (Aip).

La sperimentazione si basa concettualmente sulla necessità di creare nuove funzioni di filtro ai ricoveri, considerando sia la riduzione progressiva dei posti letto per acuti negli ospedali, sia la sempre maggiore richiesta di appropriatezza che ha mutato, nel tempo, funzione e mission del pronto soccorso da "Admit to work" a "Work to admit".

In particolare nel paziente anziano è da rimarcare come, in base a tali considerazioni, trovi nuovo significato la gestione dell'acuzie ove la complessità clinico-gestionale deriva da: presentazione atipica di malattie comuni; effetto confondente determinato dalla comorbidità; polifarmacoterapia; deficit cognitivi frequentemente misconosciuti o non evidenziati; specificità nei valori di normalità dei test ematochimici: riduzione della riserva funzionale (vero effetto della senescenza); essenzialità della conoscenza dello stato funzionale di base (premorboso); inadeguato supporto sociale.

Questo quadro composito giustifica il rilevante tasso di ospedalizzazione nella popolazione anziana, dato già accennato, probabilmente amplificato dagli strumenti di valutazione del pronto soccorso generale, dalle schede di triage e dai criteri di utilizzo dell'Osservazione breve, che prevedono per il paziente geriatrico i medesimi percorsi adottati nel giovane-adulto.

L'obiettivo primario del progetto di Osservazione breve intensiva geriatrica è il miglioramento della presa in carico dell'anziano comorbido tramite una rapida puntualizzazione clinica, una riconciliazione farmacologica e un orientamento all'assistenza post-ospedaliera nella rete dei servizi.

Massimo Calabrò
Direttore Uoc Geriatria
Nicoletta Lo Monaco
Direzione generale
Ospedale Ca' Foncello
Ulss 9 Treviso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Conclusioni

- **I pazienti sono rappresentativi della popolazione geriatrica che afferisce alle UGA**
- **Gradimento elevato da parte del paziente e familiari**
- **Risulta possibile coniugare Spending Review e qualità del servizio erogato**
- **Necessità di consolidare sempre maggiormente il collegamento culturale e operativo tra DEA/PS e Geriatria**

Ringraziamenti

- **Personali e non formali a:**

- **Dott. Michele Tessarin (Direttore Sanitario Azienda U.L.SS. n.°9)**
- **Dott. Maurizio Sacher (Direttore U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza)**
- **Dott. Stefania Volpato, Kareen Baccaglini, Barbara Barbato, Francesca Tisato, Carolina Raucci, Assunta Langellotto, Michele Filippini, Miriam Battaglia (U.O. Geriatria)**
- **Dott.ssa Michela Pozzebon, Dott. Roberto Bacchion (C.I. U.O. Geriatria)**
- **e… a tutto il personale medico-infermieristico di PS/DEA e Geriatria**