SIMPOSIO:
L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI PER L'ANZIANO

30-11-2013

I reparti per la post acuzie

Stefano Boffelli

Gruppo di Ricerca Geriatrica
Fondazione Poliambulanza di Brescia

La post - acuzie

Il contesto: la necessità di cure intermedie

1) La relazione fra ospedale e post-H

2) Le riospedalizzazioni

Le Unità di Cure Sub Acute (criteri)

Risultati

I LEA
L'ASSISTENZA SANITARIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE

•La riduzione della dotazione dei posti letto e dell'ospedalizzazione, consentirà di disporre di risorse da destinare al potenziamento dell'assistenza territoriale, garantendo nel contempo la migliore e più efficiente riposto al bisogno sanitario

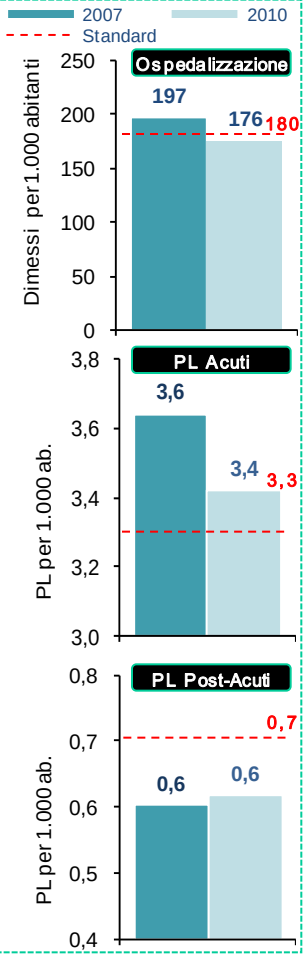
Assistenza ospedaliera nazionale

L'analisi dell'andamento nazionale del tasso di ospedalizzazione (dimessi per 1.000 abitanti) evidenzia una costante **riduzione dell'ospedalizzazione:** si è passati da 197 per 1.000 ab. del 2007 a 176 del 2010 (- 11%)

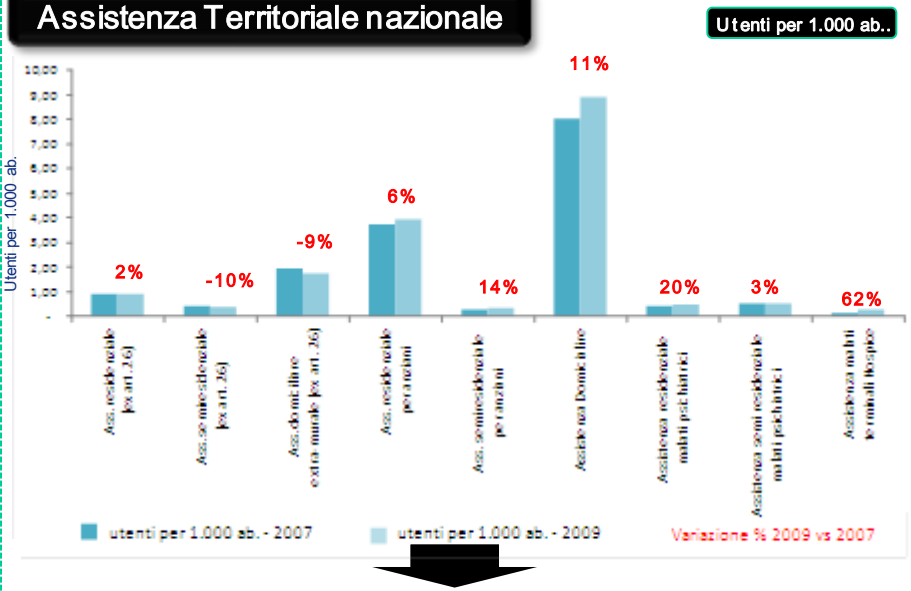
Il Patto per la Salute 2010-2012 dispone che la dotazione standard di posti letto ospedalieri debba essere pari a 4 pl per 1.000 abitanti (di cui 3,3 per le acuzie e 0,7 per le post-acuzie).

Dalla rilevazione **per l'anno 2010 emerge una riduzione rispetto all'anno 2007**, che porta ad un sostanziale allineamento con lo standard definito per gli acuti, ed una dotazione per i posti per acuti ospedalieri (riabilitazione e lungodegenza), leggermente al di sotto dello standard.

In conclusione i SSR sono sempre più indirizzati ad un adeguamento dell'offerta sanitaria ospedaliera, in linea con le disposizioni normative vigenti, volte ad una costante riduzione dei posti letto e dell'ospedalizzazione.



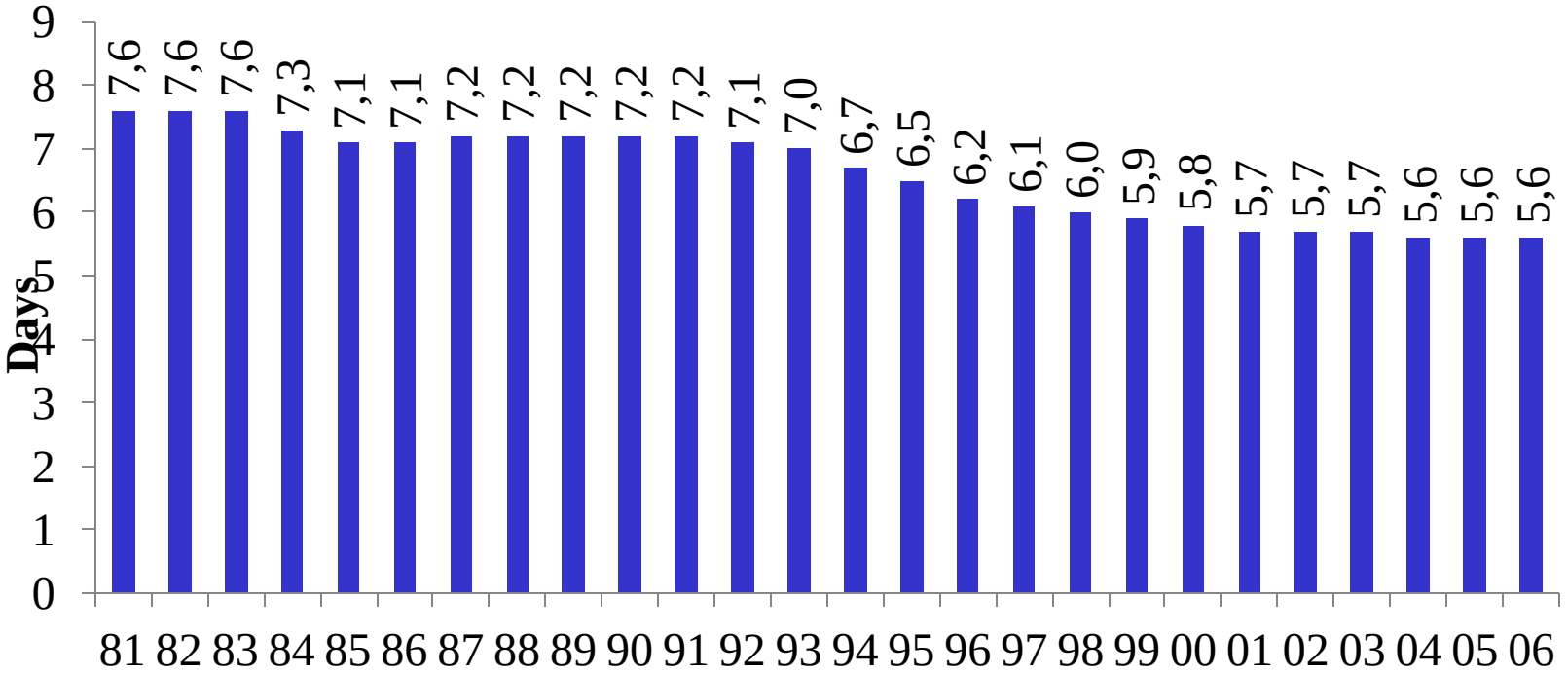
Assistenza Territoriale nazionale



Nel contempo, pur riscontrandosi, nel triennio 2007-2009, un diffuso **miglioramento dell'assistenza territoriale** nei diversi ambiti è necessario promuovere ulteriori interventi nell'area territoriale al fine di evitare che quote rilevanti di pazienti si ritrovino senza una adeguata risposta assistenziale Ad esempio l'incremento dell'11% nel numero di pazienti trattati in ADI è ancora insufficiente a raggiungere livelli standard definiti a livello nazionale come la corretta risposta alle esigenze della popolazione (percentuale di anziani trattati in ADI pari a 3,7 %, di cui nelle regioni in PdR pari a 3,3%, vs standard della griglia LEA pari a 4

Ministero della Salute, Dicembre 2012
Elaborazione SiVeAS su fonte dati NSIS

Degenza media negli ospedali per acuti



Average Length of Stay in Community Hospitals, 1981 – 2006

Source: Avalere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data, 2006, for community hospitals.

Finding the Right Level of Posthospital Care

"We Didn't Realize There Was Any Other Option for Him"

Robert L. Kane, MD

JAMA. 2011;305(3):284-293

Box 1. The Physician's Role in Managing Care Transitions and Addressing Placement Options

Manage underlying medical conditions, considering patient goals, life expectancy, and comorbid conditions.
Consider the functional implications of the patient's medical conditions (see Table 1).
Communicate with those working in supportive roles (eg, home care and nursing home staff).
Communicate with families and patients. Use family conferences to discuss end-of-life decisions.
Assess whenever an older person is making a major care transition. Are there any conditions that can be controlled better, any medications that can be reduced or discontinued?
Advocate for patients and families getting an opportunity to make thoughtful decisions.
Facilitate families getting access to their own advocates/case managers.
Be alert for signs of neglect and abuse.
Appreciate the high-risk nature of caregiving.

Table 2. Types of Long-term Care

Type	Description	Public Third-party Coverage	Basis for Medicare Payment	Cost Range, $/d	Predominant Physician Type
Postacute care					
Inpatient rehabilitation facilities	Facilities specifically licensed to provide active rehabilitation. Patients must receive at least 3 h a day of PT and/or OT and must show progress to be kept on Medicare.	Medicare (must have a qualifying condition) Medicaid	Prospective payment per episode based on case mix	1000-2000	Physiatrist
Skilled nursing facility	Many nursing homes certified to provide posthospital care under Medicare. Skilled needs include complex medication schedules, wound care, or rehabilitation.	Medicare Medicaid	Daily rate based on case mix (100 d but copayment after 20 d)	150-300	Primary care clinician (physician, nurse practitioner, both), medical director
Long-term care hospital	Facility certified by Medicare to handle complex care (eg, ventilator care and weaning) of patients discharged from hospitals.	Medicare	Variation of hospital payment DRG	1500-3000	Hospitalist
Home health care	Medicare-certified care supervised by registered nurses. Other core staff: physical, occupational, and speech therapists, and social workers.	Medicare Medicaid (limited)	Payment per episode based on case mix	100-300	Primary care clinician
Outpatient rehabilitation	May be certified to conduct active rehabilitation.	Medicare Medicaid	Payment per visit	100-200	Primary care clinician
Hospice/ palliative care	Intended for those at terminal phase of life with expected prognosis ≤6 mo. Hospice care is a specific benefit under Medicare; as such, it is predicated on primarily nonhospital care. Palliative care provides active support like hospice care but without the expectation of avoiding other medical care.	Medicare (hospice; palliative care options vary)	Payment per day	200-300	Primary care clinician or palliative care specialist

Il fenomeno delle riospedalizzazioni, legato a differenti aspetti:

Organizzazione dell'ospedale per acuti
Organizzazione del territorio
Multimorbilità ed instabilità clinica della persona anziana

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

The Relationship between Hospital Admission Rates and Rehospitalizations

Arnold M. Epstein, M.D., Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., and E. John Orav, Ph.D.

N Engl J Med 2011;365:2287-95.

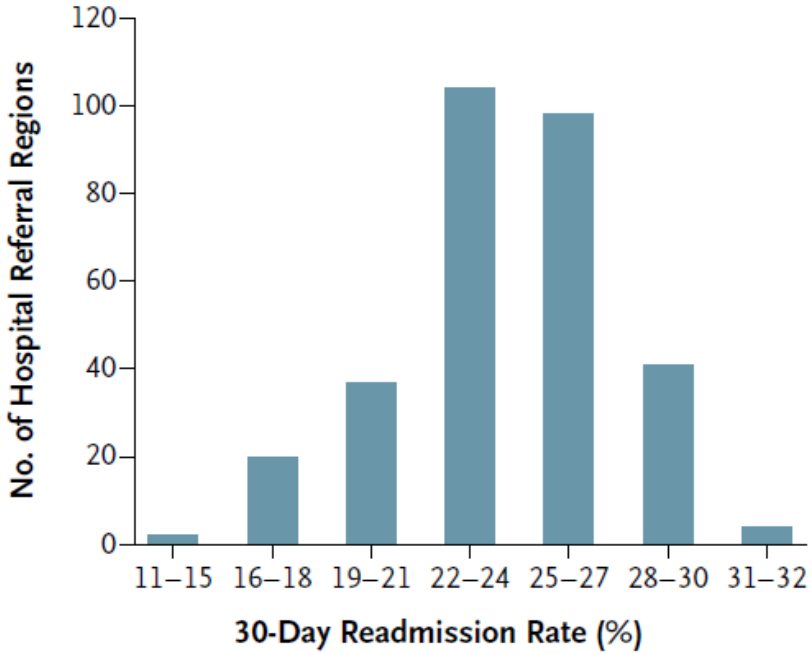


Figure 1. Distribution of Readmission Rates after Hospitalization for Congestive Heart Failure in 306 Hospital Referral Regions.

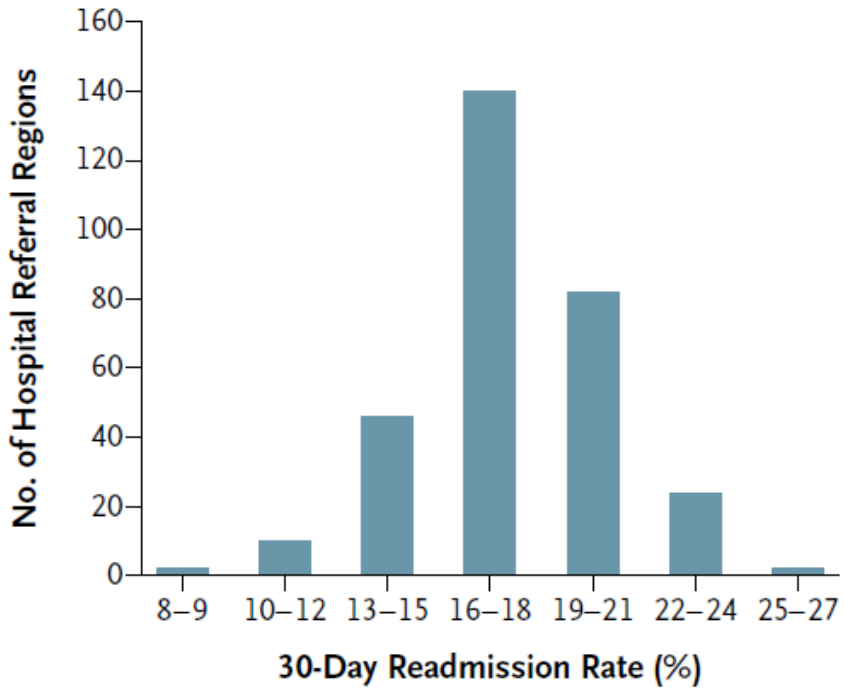


Figure 2. Distribution of Readmission Rates after Hospitalization for Pneumonia in 306 Hospital Referral Regions.

BACKGROUND

Efforts to reduce hospital readmissions have focused primarily on improving transitional care. Yet variation in readmission rates may more closely reflect variation in the underlying hospitalization rates than differences in the quality of care during and after discharge.

METHODS

We used national Medicare data to calculate, for each local hospital referral region (HRR), the 30-day, 60-day, and 90-day readmission rates among patients discharged with congestive heart failure or pneumonia. We also calculated population-based all-cause admission rates among Medicare enrollees in each HRR. We examined the variation in HRR readmission rates that was explained by overall hospitalization rates versus differences in patients' coexisting conditions, quality of discharge planning, physician supply, and bed supply.

RESULTS

HRR readmission rates ranged from 11 to 32% for congestive heart failure and from 8 to 27% for pneumonia. In univariate analyses, all-cause admission rates accounted for the highest proportion of regional variation in readmission rates for congestive heart failure (28%, 34%, and 37% at 30, 60, and 90 days, respectively); the next highest proportions were explained by case mix (11%, 15%, and 18%) and the number of cardiologists per capita (12%, 14%, and 15%). Results for pneumonia were similar, except that the number of pulmonologists per capita accounted for a lower proportion of the variation (6%, 8%, and 7%, respectively). In multivariate analyses, admission rates accounted for 16 to 24% of the variation for congestive heart failure and 11 to 20% for pneumonia; no other factor accounted for more than 6%.

CONCLUSIONS

We found a substantial association between regional rates of rehospitalization and overall admission rates. Programs directed at shared savings from lower utilization of hospital services might be more successful in reducing readmissions than programs initiated to date. (Funded by the Commonwealth Fund.)

By Vincent Mor, Orna Intrator, Zhanlian Feng, and David C. Grabowski

The Revolving Door Of Rehospitalization From Skilled Nursing Facilities

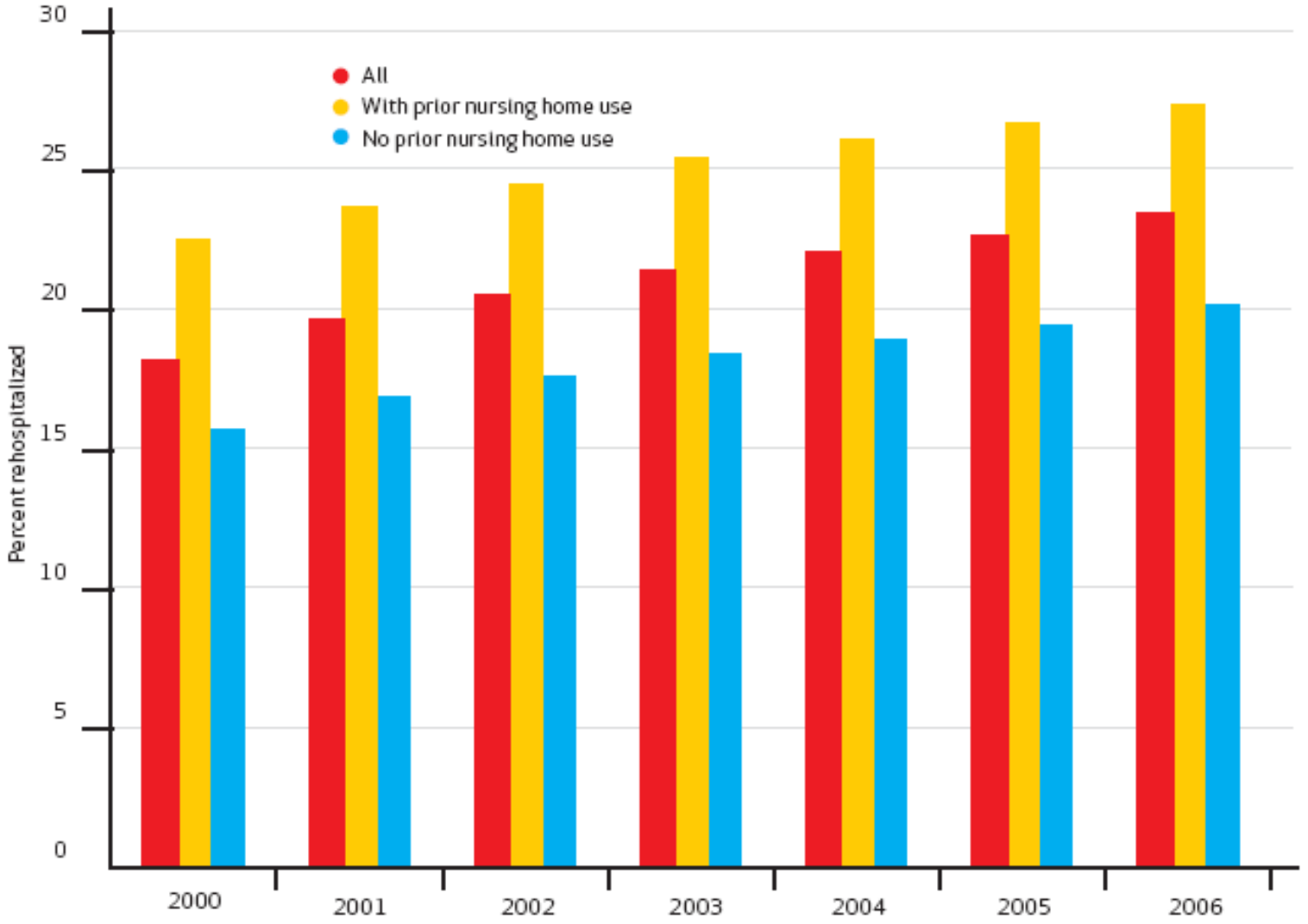
doi: 10.1377/hlthaff.2009.0629
HEALTH AFFAIRS 29,
NO. 1 (2010): 57–64
©2010 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

ABSTRACT **Almost one-fourth of Medicare beneficiaries discharged from the hospital to a skilled nursing facility were readmitted to the hospital within thirty days; this cost Medicare $4.34 billion in 2006. Especially in an elderly population, cycling into and out of hospitals can be emotionally upsetting and can increase the likelihood of medical errors related to care coordination. Payment incentives in Medicare do not encourage providers to coordinate beneficiaries' care. Revising these incentives could achieve major savings for providers and improved quality of life for beneficiaries.**

Vincent Mor is chair of the Department of Community Health at the Brown University Warren Alpert School of Medicine, Providence, Rhode Island. He formerly served as director of the Brown University Center for Gerontology and Health Care Research.

Orna Intrator is an applied statistician and health services researcher and an

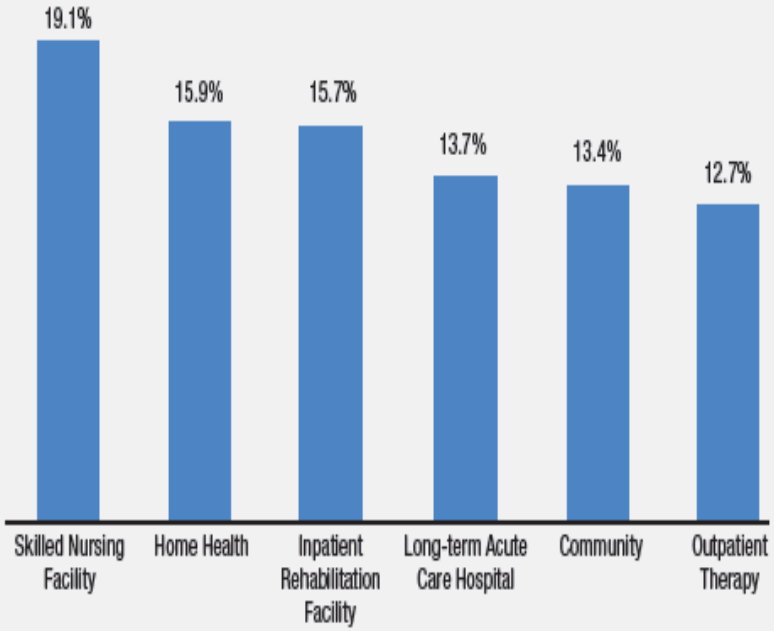
Trends In Rehospitalization Rates From Skilled Nursing Facilities: 2000–2006



SOURCE Authors' calculations using Medicare inpatient and skilled nursing facility claims and eligibility data and the Minimum Data Set, Centers for Medicare and Medicaid Services.

Patients discharged to SNFs have the highest readmission rates when looking across all conditions...

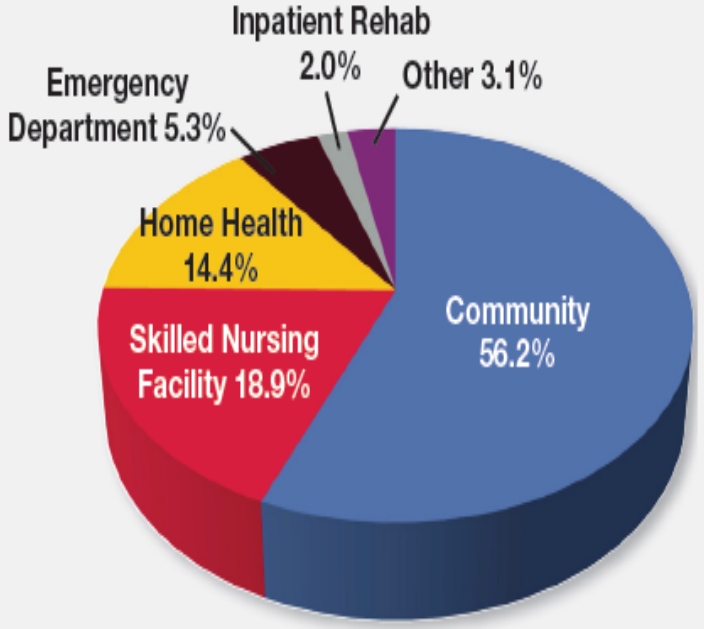
Chart 7: Percent of 30-day Fixed-length Episodes with Readmissions by First Setting of Post-discharge Care



Source: Dobson | DaVanzo Analysis of 5% Sample of Medicare Claims Data (2007-2009). Additional details on study methodology can be found in Dobson | DaVanzo (2012). Medicare Payment Bundling: Insights from Claims Data and Policy Implications.

...but the highest percentage of readmissions come from patients who did not receive post-acute care.

Chart 8: Percent of Readmissions by Source, 30-day Fixed-length Episodes, 2007-2009

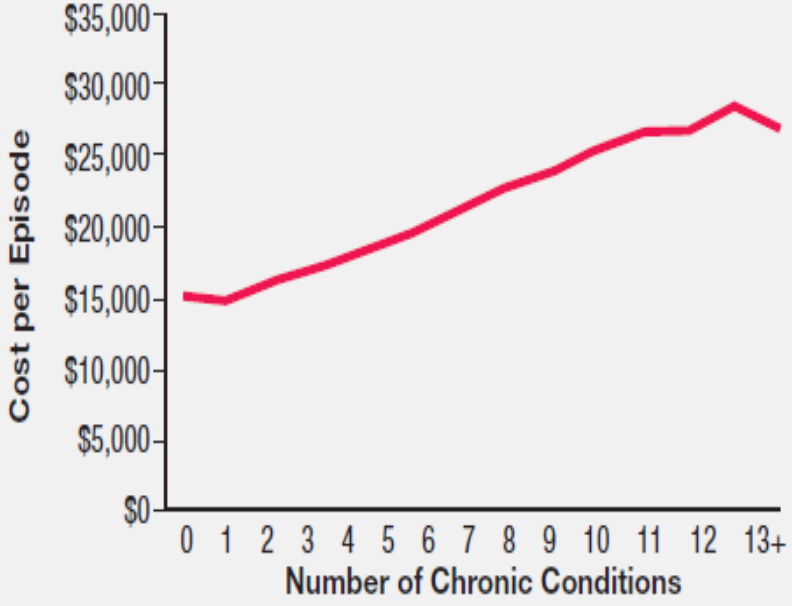


Source: Dobson | DaVanzo Analysis of 5% Sample of Medicare Claims Data (2007-2009). Additional details on study methodology can be found in Dobson | DaVanzo (2012). Medicare Payment Bundling: Insights from Claims Data and Policy Implications.

In general, readmission rates tend to be highest for patients that first receive post-discharge care in SNFs (Chart 7). Even so, however, most readmissions come directly from the community (patients who are only receiving physician and outpatient care post-discharge) rather than facility settings (Chart 8).

Costs increase with the number of chronic conditions, making risk adjustment critical.

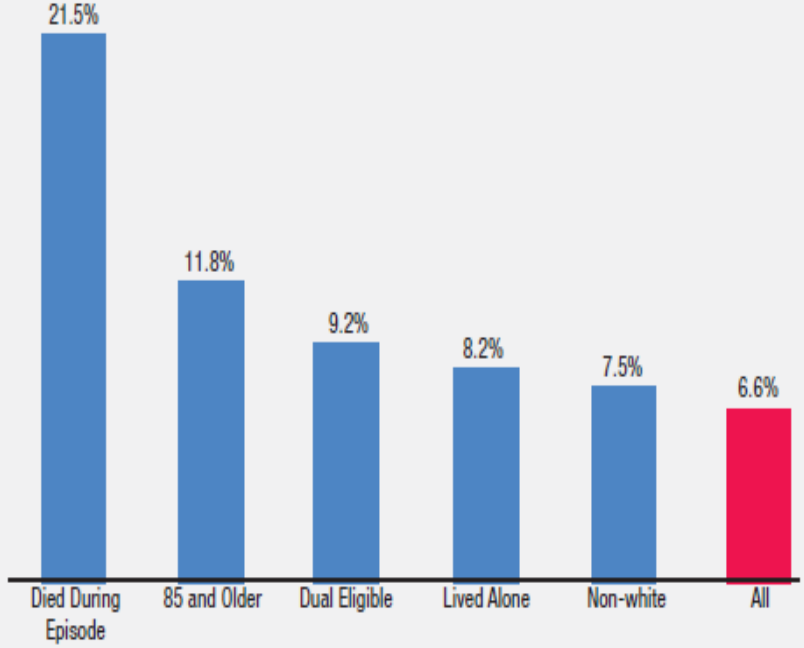
Chart 9: Average 30-day Fixed-length Episode Cost by Number of Chronic Conditions, Major Joint Procedure (MS-DRG 470)



Source: Dobson | DaVanzo (2012) . Medicare Payment Bundling: Insights from Claims Data and Policy Implications.

Patient characteristics influence readmission rates in turn affecting cost.

Chart 10: Percent of 30-day Fixed-length Episodes with Readmissions by Patient Characteristics, Major Joint Procedure (MS-DRG 470)



Source: Dobson | DaVanzo Analysis of 5% Sample of Medicare Claims Data (2007-2009). Additional details on study methodology can be found in Dobson | DaVanzo (2012). Medicare Payment Bundling: Insights from Claims Data and Policy Implications.

Conclusion

The opportunity to look at data across the continuum of care is new for the vast majority of health care organizations. Even integrated care delivery systems experience an unknown level of patients seeking care elsewhere where data are not currently accessible. The availability of these data will do much to advance understanding of care delivered across the continuum. Even those hospitals that choose not to pursue bundling have much to learn from assessing the types of data that CMS has provided to applicants to the BPCI. These data have utility for a range of care coordination initiatives beyond bundled payment, including medical homes, readmission reduction programs and accountable care organizations as well as understanding performance under the Medicare spending per beneficiary measure in the value-based purchasing system.

Post-hospital syndrome:

Krumholz HM, NEJM, 2013;368:2

Instabilità clinica e riospedalizzazione

Perdita funzionale (Delta Barthel)

Delirium - Disturbo dell'umore

Dolore

Denutrizione

Allettamento e decubiti

Post-hospital syndrome:

Krumholz HM, NEJM, 2013;368:2

Rapide (troppo) risposte in acuzie

Lenta continuità del territorio

Instabilità clinica del paziente

(riammissione per la stessa patologia: 30%)

Intermediate hospital care for subacute elderly patients as an alternative to prolonged acute hospitalization

A B S T R A C T

Objective: We evaluated the rapid discharge of older patients with reactivated chronic diseases from an acute general hospital to an intermediate care hospital.

Methods: A cohort study was carried out. Compliance with predefined quality standards and patient selection were evaluated.

Results: Sixty-eight patients (mean age 82.6 years, 48.5% men) were discharged from the emergency department (69.1%) or medical wards (mean [SD] global length of stay 2.6 [2.9] days in acute wards and 1.5 [1.6] days in the emergency department). Mean post-acute length of stay (SD) was 11.4 (4.2) days. Fifty-six patients (82.4%) were discharged to their previous living situation (home or nursing home), two back to the emergency department, seven to long-term care, and three died. All quality standards were met. In a multivariate analysis, male gender and a higher risk of malnutrition were associated with an increased risk of not returning to the previous living situation ($p < 0.05$).

Conclusions: Intermediate care for selected patients with reactivated chronic diseases might represent an alternative to prolonged acute hospitalization.

Gac Sanit. 2012;26(2):166–169

Original breve

Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general

Marco Inzitari[a,b,*], Lluís Espinosa Serralta[a], María Carmen Pérez Bocanegra[c], Marta Roquè Fíguls[b], Josep Maria Argimón Pallàs[d] y Joan Farré Calpe[a]

Presupposti organizzativi

- I nuovi ospedali vengono progettati per funzionare secondo il modello delle aree di intensità di cura.
- Le UUOO per pazienti acuti non sono più adatte a gestire degenze di lunga durata.
- Tuttavia, nei reparti di Medicina Generale, ma anche in altri reparti specialistici, una quota consistente di degenze viene prolungata in pazienti anziani che hanno raggiunto un buon compenso clinico ma non dimissibili perché a rischio di instabilità clinica o problematicità sociali.
- Da ciò la necessità/opportunità di presa in carico da parte di una nuova forma di servizi con un team specializzati nella gestione delle problematiche legate alla fragilità e del reinserimento nel contesto domiciliare.

Ma allora come si modifica il sistema di offerta in base a nuovi bisogni?

- La necessità di controllo della spesa sanitaria e l'emergere di una domanda specifica di cure per la cronicità porta a ridefinire il sistema di offerta in modo da garantire la più ampia copertura assistenziale a condizioni sostenibili.
- Da qui l'orientamento a riorganizzare il sistema ospedaliero per livelli di intensità di cure, anziché per unità di degenza specialistica.
- E di conseguenza la necessità di differenziare i percorsi con nuove possibilità di offerta attraverso le così dette "cure intermedie". Vale a dire la possibilità per i pazienti stabilizzati ma non dimissibili al domicilio di proseguire per periodi prolungati in ambiente protetto il ciclo di cura.

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1479 Seduta del 30/03/2011

Attività di Cure subacute

Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. E' quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

Attività di Cure subacute. Selezione dei pazienti:

Regione Lombardia
ASL Cremona

Criteri di Accesso

La selezione dei pazienti candidati al ricovero nel reparto di cure sub acute deve rispettare i seguenti criteri di accesso:

- Diagnosi accertata
- Prognosi definita
- Programma di trattamento individuale predisposto
- Informazione al paziente sulla peculiarità delle cure sub-acute
- Processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali
- Necessità di proseguire cure in fase sub-acuta con uno stretto follow-up
- Completamento del processo di guarigione
- Instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica

Regione Lombardia
ASL Cremona

Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in strutture di cure sub-acute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie «minacciose» o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con Sa02> 95%, PO2> 60 mmHg, CO2 non > 45 mmHg in pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di Sa02>90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione.
- I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)
- Non sufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni: •Temperatura corporea >38°C o <36°C •Frequenza cardiaca >90 •Frequenza respiratoria >20 atti/min o PCO2<32mmHg Globuli bianchi >12,000/mm3, o <4,000/mm3 o >10% di cellule immature
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)
- Assenza di indicazioni prioritarie od interventi chirurgici

Obiettivi della Unità di Cure subacute

Garantire una continuità di cura con l'area di acuzie:
Stabilizzare malati potenzialmente ancora instabili
Prosecuzione delle cure, rivalutazione clinica del malato, monitoraggio e assistenza infermieristica
Riattivazione funzionale (VMD e piano di trattamento)
Dimissione protetta

La UCSA si rivolge a pazienti, prevalentemente anziani, con patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica, e caratterizzati da possibile decadimento cognitivo (da lieve a moderato) e con disabilità da moderata a severa.

Indice intensità assistenziale (IIA)

Indice intensità assistenziale	1	2	3	4
Funzione cardiorespiratoria				
Respirazione				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione urinaria ed intestinale				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Interazione nella comunicazione				
Ambiente sicuro				
Procedure diagnostiche e terapeutiche				

Obiettivi UCSA-Poliambulanza

a) Guarigione evento acuto/cronico riacutizzato

b) Cura degli eventi intercorrenti

c) Valutazione cognitiva (delirium) e psicologica

d) Riattivazione funzionale (recupero premorboso)

e) Riconciliazione farmacologica

f) Dimissione protetta (domicilio) vs prosecuzione delle cure riabilitazione

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. I luoghi della cura, 4/2012

Caratteristiche Della Popolazione Generale

	M (ds)	N (%)	
Età (anni)	*78.3±11.4*		
Scolarità	*7.1±3.9*		
Sesso femminile		*184 (65.2)*	
Vive solo		*106 (37.6)*	
Vive col coniuge		*77 (27.3)*	*}84.4%*
Vive con parenti (figli)		*55 (19.5)*	
Vive con badante		*39 (13.8)*	
Comunità suore/RSA		*5 (1.8)*	

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Provenienza dei Pazienti - UCSA Poliambulanza

Area	*N*	*(%)*
Medica	*197*	*(69.9)*
(geriatria)	*119*	*(40.1)*
Chirurgica	*46*	*(16.3)*
(ortopedia)	*20*	*(7.1)*
Altro ospedale	*25*	*(8.9)*
Casa	*3*	*(1.1)*
Riabilitazione Specialistica	*6*	*(2.1)*
Riabilitazione Geriatrica	*4*	*(1.4)*
Terapia Intensiva	*1*	*(0.4)*

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Diagnosi Principale All'ingresso

	N	*(%)*
Malattia respiratoria	*70*	*(24.8)*
Malattia g/i ed epatica	*44*	*(15.6)*
Malattia cardiovascolare	*40*	*(14.2)*
Intervento ortopedico	*35*	*(12.4)*
Malattia neurologica	*29*	*(10.3)*
Altro (ipocinetica/metabolica)	*27*	*(9.6)*
Malattia g/u	*24*	*(8.5)*
Artrosi	*7*	*(2.5)*
Delirium	*5*	*(1.8)*
Demenza	*1*	*(0.4)*

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Caratteristiche Cliniche & Biologiche

	Ingresso	*Dimissione*
	M±DS	*M±DS*
N. Malattie	*11.0±3.8*	
N.Farmaci		*08.5±3.1*
CIRS severità	*01.8±0.3*	
CIRS comorbilità	*03.0±1.6*	
Emoglobina	*11.1±1.6*	*11.0±1.6*
Albumina	*2.9±0.4*	*3.0±0.4*
Colesterolo	*164±42.2*	*177±56.0*
VES	*48.5±29.7*	*45.7±31.3*

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Caratteristiche Cognitive

	M+ds(%)	ingresso	dim (n, %)
MMSE (ingr.)		*21.3±8.8*	*22.8±7.6*
CDR		*0.7±1.1*	
MMSE 0-15		*60 (21.3)*	*51 (18.1)*
16-23		*62 (22.0)*	*65 (23.0)*
24-30		*160 (56.7)*	*166 (58.9)*
CDR 0		*178 (63.1)*	
0.5		*11 (3.9)*	
1		*22 (7.8)*	
2		*40 (14.2)*	
3		*16 (5.7)*	
4		*15 (5.3)*	

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Caratteristiche Cognitive

	Ingresso	*Incidente*	*Dimissione*
MMSE	*21.3±8.8*		*22.8±7.6*
GDS	*04.7±3.2*		*03.0±2.4*
GDS > 5	*88 (39.7)*		*33 (15.0)*
Ter.Antidepressiva			*101 (35.9)*
Delirium	*58 (20.6)*	*34 (12.1)*	*6 (2.1)*
Delirium singolo		*56 (19.9)*	
Delirium prevalente+incidente		*18 (6.4)*	

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Procedure & eventi clinici intercorrenti (ACE)

	M (ds)	*N (%)*
N.procedure/paz (ECG, RX, consulenze)	*4.8±3.0*	
Catetere vescicale ingresso		*69 (24.5)*
Catetere vescicale dimissione		*49 (17.4)*
Lesione da decubito ingresso		*33 (11.7)*
Lesione da decubito dimissione		*19 (6.7)*
N. ACE/paziente	*0.7±0.9*	*(range 0-5)*
Nessun ACE		*147 (52.1)*
Pazienti con ACE(s)		*135 (47.9)*
Pazienti con un solo ACE		*91 (32.3)*
Più di un ACE/paziente (range 2-5)		*44 (15.6)*
Durata della degenza (media)	*20.0±10.6*	
Durata della degenza (mediana)	*18.0*	
Degenza ≤ 20 giorni		*177 (62.8)*
Degenza > 20 giorni		*105 (37.2)*

Caratteristiche Funzionali Della Popolazione

	Premorboso	*Ingresso*	*Dimissione*
Barthel	*75.3±25.2*	*40.4±24.1*	*58.7±29.5*
IADL	*3.3±2.7*	*5.5±2.0*	
Tinetti		*8.4±8.0*	*15.3±9.8*
Equilibrio		*5.2±4.5*	*8.8±5.5*
Andatura		*3.2±3.5*	*6.3±4.4*
Bras		*22.0±5.8*	

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Allocazione alla dimissione

	N	(%)
Domicilio (totale):	*182*	*(64.5)*
con ADI	*51*	*(18.1)*
con badante	*65*	*(23.0)*
Ospedale per acuti (totale):	*28*	*(9.8)*
Programmati	*14*	*(4.9)*
Riacutizzazioni	*14*	*(4.9)*
Riabilitazione (totale):	*40*	*(14.2)*
specialistica	*17*	*(6.0)*
geriatrica	*23*	*(8.2)*
RSA	*24*	*(8.5)*
Hospice	*8*	*(2.9)*

Boffelli S, Rozzini R, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia (in press)

Correlazione tra delta-funzione e allocazione

	Barthel pre	*ingresso*	*dimissione*	Delta
Casa	*77.0±24.3*	*46.3±22.7*	*70.7±24.1*	*7*
RSA	*54.5±22.5*	*24.1±19.4*	*31.7±20.7*	*23*
Ospedale	*78.0±25.7*	*41.0±29.5*	*44.0±31.6*	*34*
Hospice	*87.5±21.7*	*35.6±24.1*	*28.7±33.1*	*59*
Riab special.	*80.5±22.5*	*24.7±20.0*	*37.3±26.0*	*43*
Riab Ger	*74.5±24.5*	*26.7±15.3*	*37.5±18.2*	*40*
tot	*75.5±24.9*	*40.7±24.0*	*58.9±29.4*	*16*

Riepilogo

I malati della UCSA sono:

Anziani

Con recente evento acuto

Con multipli bisogni clinici

Con bisogni funzionali, psicologici, sociali

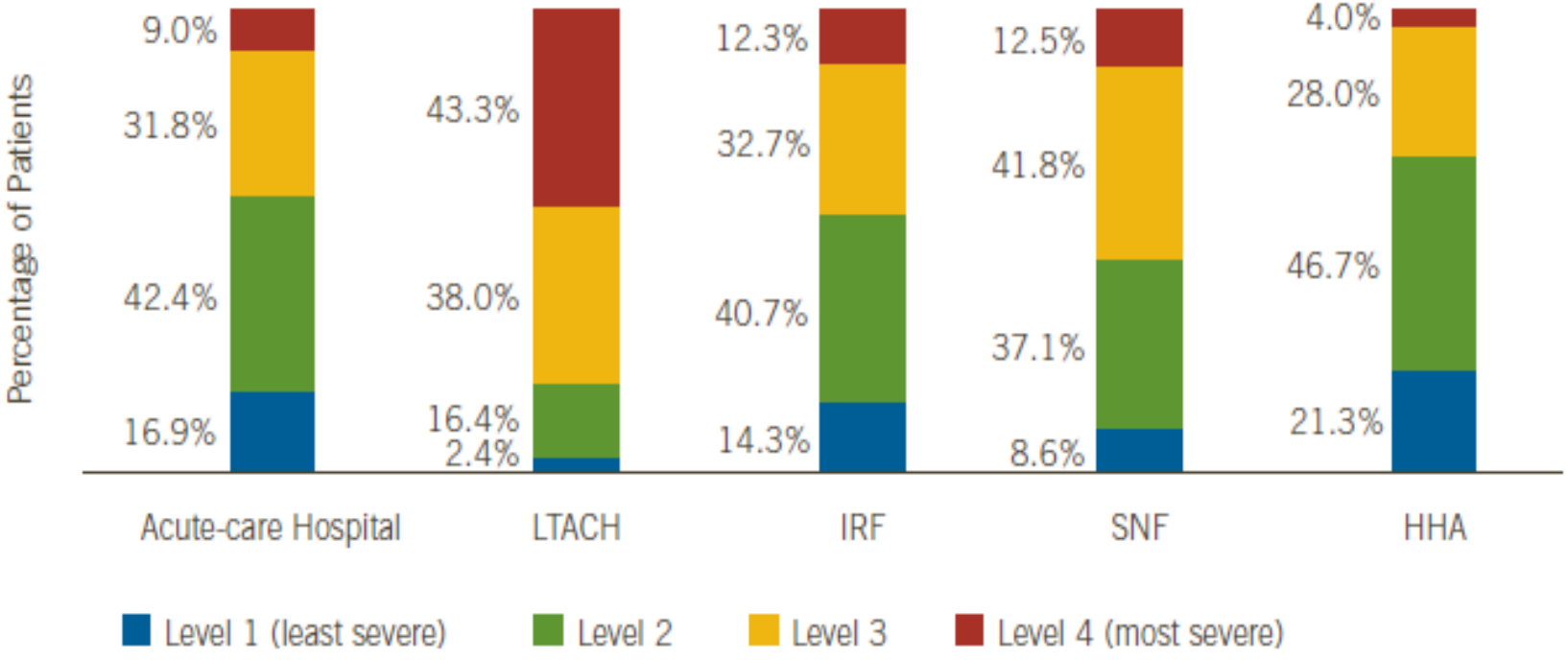
Con bisogno del tagliando (manutenzione): le cure intermedie come fulcro del post-acuto

Con bisogno riabilitativo? possibile opzione nella prosecuzione delle cure (pazienti ortopedici!)

Dove si collocano le UCSA?

Patient severity of illness varies by PAC setting.

Chart 1: Short Term Acute-care Hospital (STACH) and PAC Severity of Illness (SOI), in Prior STACH Stay



Source: Analysis of the 2008 100% Medicare Standard Analytical Files by The Moran Company.
Note: SOI is measured by the 3M APR-DRG Grouper.

Le UCSA: il ponte possibile fra ospedale per acuti ed il territorio

Obiettivi raggiunti:

Stabilizzazione clinica e cognitiva

Gestione degli eventi intercorrenti

Miglioramento funzionale

Dimissione protetta al domicilio

Obiettivi da verificare:

Riduzione delle riospedalizzazioni

(stabilizzazione long-term)

Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility

The Post Discharge Clinic (PDC) at James A. Haley Veterans Affairs Hospital (JAHVAH) was created to oversee care transitions of veterans admitted to SNFs for postacute care and subsequently discharged to the community. The PDC intervention consisted of a one-time, approximately 2-hour visit shortly before discharge from the SNF, during which a trained nurse practitioner, under supervision of a geriatrician, conducted medication reconciliation (covering preadmission, hospital, and SNF discharge), ordered medical supplies and equipment and home health services if needed, provided individual or caregiver education, and communicated the information to individual's primary outpatient care provider through electronic medical records.

Table 3. Thirty-Day Hospital Use After Skilled Nursing Facility Discharge

Characteristic	Total, N = 351	Pre-PDC, n = 134	PDC, n = 217	*P*-Value
Number of rehospitalizations, n (%)				
0	290 (83)	103 (77)	187 (86)	.02
1	51 (15)	28 (21)	23 (11)	
2	9 (3)	2 (1)	7 (3)	
≥3	1 (<.5)	1 (1)	0 (0)	
Inpatient days per 1,000 patient follow-up days, (n)		60	33	<.001
ED visits at Veterans Affairs hospital, n (%)				
0	267 (76)	93 (69)	174 (80)	.08
1	62 (18)	31 (23)	31 (14)	
2	19 (5)	9 (7)	10 (5)	
3	2 (1)	0 (0)	2 (1)	
4	1 (<.5)	1 (1)	0 (0)	
≥1 ED visits, n (%)		41 (31)	43 (20)	
ED visits per 1,000 patient-days, (n)		13	9	.03

For all subjects, 30-day post-SNF discharge was used in calculation of follow-up days, except the 10 who died. For the 10 subjects who died, follow-up was limited to the number of days to death.
PDC = postdischarge clinic; ED = emergency department.

Conclusioni

- Il modello delle UCSA è un modello geriatrico
- L'evoluzione delle UCSA risiederà nella capacità di adattarsi ai tempi ed alle richieste differenti, creando una identità specifica, che eviti sovrapposizioni di cure con gli altri reparti della area di post-acuzie
- Lo studio degli outcome a medio-lungo termine potrà meglio indirizzare le procedure e le cure dei pazienti