67° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

«L'IMPORTANZA DELLA FRAILTY UNIT IN PRONTO SOCCORSO»

Dott. Andrea Russo
Direttore UOSD Geriatric Frailty Network
Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Emergenza Sanitaria Anziano Fragile

Ogni anno contiamo 18.000 decessi l'anno di persone che hanno aspettato almeno 24 ore al pronto soccorso, in genere anziani malati cronici, che non trovano un letto in reparto dove poter morire con i propri cari accanto.

Questa è una mortalità «inappropriata» che meriterebbe gestione e dignità differente

NOEMBRE 2022: DATI SIMEU
Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza

Modello tradizionale di assitenza al DEA

Approccio diagnostico aggressivo dei disturbi acuti e avvio di terapie critiche

Le comorbilità multiple e le sindromi geriatriche non valutate

Rendono la traiettoria di salute di un adulto anziano minata di minacce sottili

- Delirium
- Cadute
- Malnutrizione
- Incontinenza urinaria
- Dizzness/sincope
- Lesioni da pressione
- Sindrome da ipomobilizzazione
- Dolore cronico o ricorrente

Le origini: Geriatric Emergency Department (USA)

American College of Emergency Physicians® ADVANCING EMERGENCY CARE
AGS THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY Geriatrics Health Professionals, Leading change. Improving care for older adults.
ENA EMERGENCY NURSES ASSOCIATION SAFE PRACTICE, SAFE CARE
SAEM Society for Academic Emergency Medicine

- Due anni di consenso basato sul lavoro dei rappresentati di queste società scientifiche (2014)
- Lo scopo di queste linee guida è quello di fornire un insieme standardizzato di linee guida che possano migliorare efficacemente l'assistenza alla popolazione geriatrica
- Un obiettivo dell'ED geriatrico è quello di implementare efficacemente l'assistenza ambulatoriale per coloro che non necessitano di risorse per il ricovero

American College of Emergency Physicians® ADVANCING EMERGENCY CARE

Processo di accreditamento dell'ED geriatrico (2018)

- I requisiti per l'accreditamento dei DEA geriatrici sono stati sono stati concepiti in modo da garantire la flessibilità necessaria per le risorse disponibili di medici e personale
- Assistenza olistica e valutazione interdisciplinare centrata sul paziente; strumenti di valutazione geriatrica sono utilizzati per identificare i pazienti anziani a rischio.
- Inizialmente sviluppati per migliorare direttamente l'assistenza ai pazienti sono risultati validi nel miglioramento organizzativo/gestionale riducendo i ricoveri in ospedale

Sono stati sviluppati 4 diversi modelli di assistenza geriatrica completa nell'ambito dell'ED

Modelli di medicina d'emergenza geriatrica

	Geriatric ED Unit	Geriatric Practitioner Model	Geriatric Champion	Geriatric Focused-Observation Unit
SEDI	Mount Sinai Medical Center, NY	Northwestern University, IL	University of North Carolina, Hillsborough, NC	Ohio State University, OH
RISORSE	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare
LIMITI	Sostenibilità e necessità di spazio fisico	Costi staff e formazione	Coordinare l'assistenza con risorse ambulatoriali	Sostenibilità e necessità di spazio fisico
LENGHT OF STAY	Non nota	Non nota	Aumentata	Nessuna o ridotta
HOSPITALIZATION RATE	Riduzione	Riduzione	Non nota	Riduzione

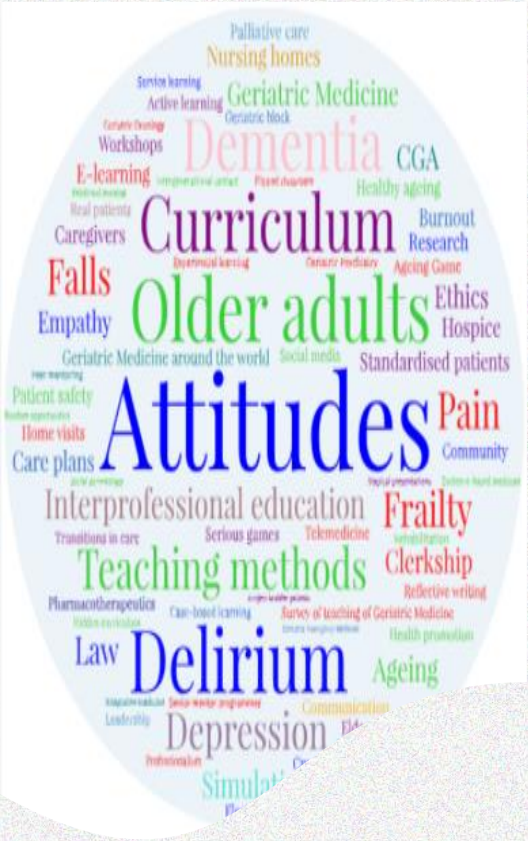
European Task Force on Geriatric Emergency Medicine

The European curriculum for Geriatric Emergency Medicine (Aprile 2016)

Expert clinical recommendations for Geriatric Emergency Medicine

Il processo è iniziato nel maggio 2019 e le votazioni finali sul contenuto delle raccomandazioni si sono tenute durante un incontro online nel giugno 2021.

European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine (ECGEM)



Assistenza pre-ospedaliera

Valutazione clinica primaria e stabilizzazione delle condizioni di pericolo di vita

Valutazione clinica secondaria

Valutazione clinica negli anziani: cosa c'è di diverso?

Presentazioni non specifiche

Gestione delle sindromi geriatriche

Trabocchetti nella gestione di condizioni comuni – «presentazioni atipiche»

Valutazione geriatrica completa

Analisi rischio-beneficio

Farmaci: revisione e riconciliazione

Gestione del dolore

Cure palliative

Questioni etiche, comprese le direttive anticipate

Transizione delle cure e disposizioni

Topics for Geriatric Emergency Medicine guidelines

END OF LIFE CARE

WHY IS THIS IMPORTANT

- Patients in the last two months of life are frequents visitors to the ED;
- Such patients can receive futile care;
- Time in the ED and in the hospital can cause distress for the patient, their relatives and the health care providers;
- Consider which of the patient's complaints are incurable and which are reversible and treatable;
- Focus on palliative care: improve substantially quality of life and satisfaction;
- From saving life to **providing comfort**.

HOW CAN WE RECOGNISE "END OF LIFE CARE" PATIENTS?

Patients with rapidly progressing incurable disease (e.g. metastatic cancer), frequent organ failure (e.g. heart failure or COPD exacerbations) or severely frail and bed-bound.

WHAT CAN WE DO?

1. **Ask the patient** whether he/she has established his/her goals of care with the General Practitioner or organ/hospital specialist. If not: initiate such a discussion. Use positive language about need for comfort care. Use optimally an opportunity of relatively compensated state of the patient.
2. **Treat pain:** Opioids are the main tool (Find out any previous use of opioids!).
3. **Treat dyspnea:** Rule out for reversible causes like pleural effusion, fluid overload or anemia. Symptomatic relief with oxygen, opioids and/or benzodiazepines.
4. **Treat nausea and vomiting:** Identify any reversible causes like constipation or side effects of medication.
5. **Treat anxiety or delirium:** Explore possible causes (e.g. urinary retention, faecal impaction or pain). Benzodiazepines or antipsychotics like haloperidol can be used. See also "Delirium and Cognitive Impairment" poster.

COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

WHY IS THIS IMPORTANT

For those working in Emergency Departments (EDs), problem identification using a Geriatric Assessment (GA) model allows a more accurate diagnosis (especially the identification of key syndromes such as delirium), which in turn will reduce overall hospital use, improving flow out of the ED. It allows for a more patient centered and often more efficient model of care to be initiated. It can reduce the use of investigations linked to protocol driven care (e.g. automatic CT head scans). It can also provide greater assurance about safer discharge, especially if there are robust community links that can support ongoing care.
Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) improves outcomes for older people in acute specialised geriatric ward settings.

disciplines (including medicine, physiotherapy, occupational therapy, nursing, social work and clinical pharmacy) working towards a shared common goal and using standardised assessment tools, pathways and documentation.
Facilitating transitions of care to continue the consensus-based treatment plan in the post-ED setting, either in hospital or at home, is crucial to obtain optimal effect.

WHAT CAN WE DO?

For older patients with frailty, EDs need to evolve from offering single problem solutions to a more holistic approach

DELIRIUM AND COGNITIVE IMPAIRMENT

SILVER TRAUMA - MAJOR TRAUMA IN OLDER ADULTS

ENVIRONMENT

WHY IS THIS IMPORTANT

Older people are major users of Emergency Departments (EDs) and tend to have longer ED stays than their younger counterparts. The ED environment can have an important influence on patient experience, but also outcomes. For example, an ED designed with the needs of older people in mind might lead to a reduction in delirium.

In contrast, poorly designed EDs might lead to immobility and bedsores, falls and injuries, increased levels of delirium and functional decline – as well as increasing patient and carer anxiety.

WHAT CAN YOU DO?

1. **Physical space**
   Small changes for immediate impact:
   - De-clutter;
   - Offer multiple cues for orientation to time and place, including clocks, calendars and clear wayfinding to bed spaces and toilets;
   - Transform corridors into pleasant spaces for walking about safely;
   - Ensure toilet seats and grab-rails are in contrasting colours;
   - If more resources are available, install matt flooring and good-quality lighting.

AGE/FRAILTY ADJUSTED RISK STRATIFICATION

WHY IS THIS IMPORTANT?

Older people increasingly visit the emergency department (ED), are sicker than younger patients, and have an high risk of adverse health outcomes which requires special attention to prevent further decline.

WHAT CAN WE DO?

1. Triage systems: consider incorporation of a mc
   or frailty measure (such as CFS) in the triage sy
2. Consider presenting complaint: non-specific c...
   (feeling unwell) are associated with high in-hospital
   mortality.

INCLUSION OF FAMILY, FRIENDS AND OTHER INFORMAL AND FORMAL CARERS IN ED

MEDICATION REVIEWS IN THE ED FOR OLDER ADULTS

htpps://geriemeurope.eu

SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) e SIMEU (Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza)

SIGOT

SIMEU società italiana medicina d'emergenza-urgenza

Position Paper (2019)

- Raccomandazioni per la valorizzazione del caregiver in P.S.
- Raccomandazioni per la limitazione della permanenza a letto
- Identificazione precoce della fragilita' e fast track verso setting dedicati
- Raccomandazioni per la limitazione dell'uso del catetere vescicale
- Comprehensiv Geriatric Assesment nel DEU

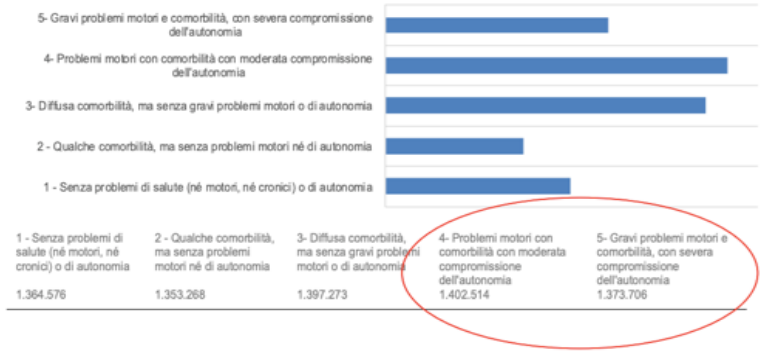
Contesto Epidemiologico

- 14 mln di persone over 65 (23% della popolazione italiana)
- 32,3% degli over 65 presenta gravi patologie croniche e multimorbilità (Tra gli over 85 circa il 50%)
- 3,8 mln di anziani con grave riduzione dell'autonomia
- 2,5 mln di persone con cronicità complessa e avanzata di cui circa 800.000 con bisogni di cure palliative (4% della popolazione complessiva)

I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	*di cui con bisogni di assistenza o ausili*
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	**43,2**	**52,0**	**14,7**	**28,4**	**31,5**	**10,6**	**65,8**
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
Totale V.A.	**5.871**	**7.064**	**3.919**	**3.860**	**5.136**	**1.437**	**945**

Figura 1. Popolazione per presenza di malattie croniche e compromissione dell'autonomia. Anno 2019. Valori assoluti

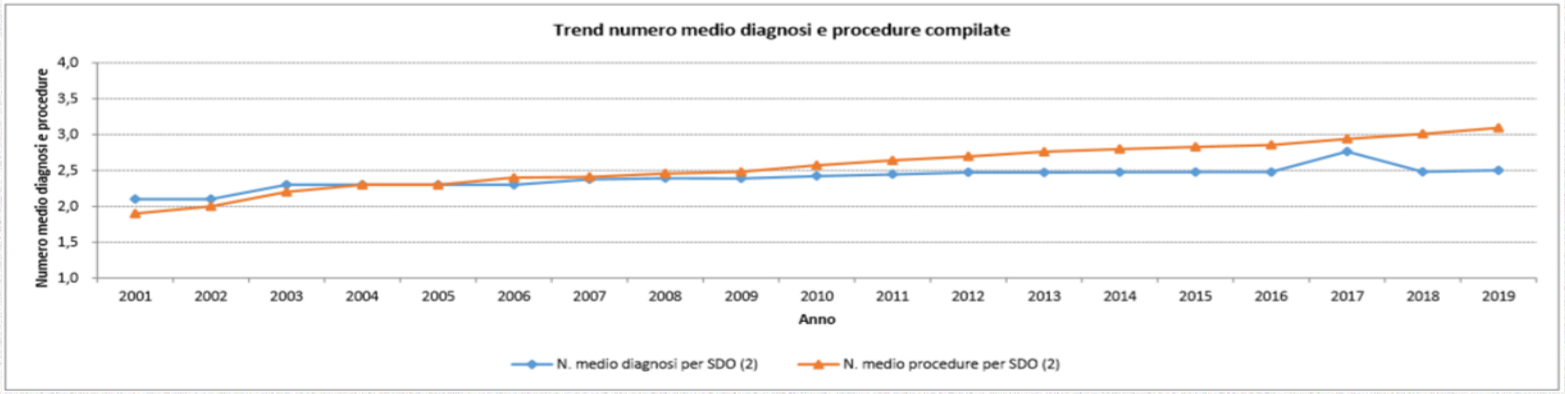


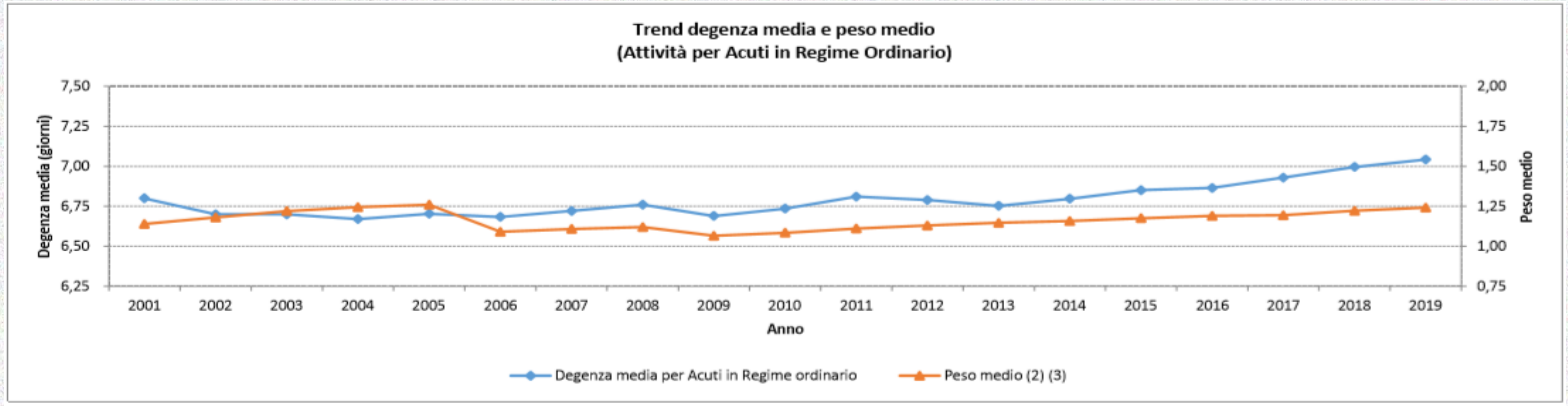
Nel 2019 la spesa sanitaria per l'assistenza alle persone con cronicità è stata di circa 67 miliardi di euro

Dati ISTAT 2019

La Situazione ospedaliera

- Nel 2019 in Italia si sono registrati 6 milioni di ricoveri nei reparti per acuti
- Il numero medio di diagnosi e le procedure sono progressivamente aumentate negli ultimi anni
- Si è verificato, inoltre, un aumento del peso medio dei ricoveri





Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero

Dati SDO 2019 – Ministero della Salute

Disegno di Legge Delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista dal PNRR (ott 2022)

- PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
- PIANO NAZIONALE DELLA CORNICITA'
- PIANO NAZIONALE DELLA NON AUTOSUFFCINENZA

PIANO NAZIONALE PER L'INVECCHIMAENTO ATTIVO, L'INCLUSIONE SOCIALE ELA PREVENZIONE DELLA FRAGILITA' NELLA PERSONA ANZIANA
PIANO NAZIONALE PER L'ASSISTENZA E LA CURA DELLA FRAGILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICENZA NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

PUNTI DI PRECISIONE
Sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane
Accesso a una valutazione multidimensionale tempestiva
Potenziamento delle prestazioni sanitarie/assistenziali territoriali
Tutela della figura del «caregiver»

Frail Friendly Hospital: LA RETE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DEL POLICLINICO GEMELLI

30 novembre 2012: Attivazione Centrale post acuzie

1 dicembre 2015: Policy "*Cure palliative e assistenza del paziente adulto al termine della vita*"

21 novembre 2016: Attivazione UOSA Cure Palliative Centrale Continuità Assistenziale (CCA)

Medico e Case Manager collaborano alla valutazione clinico-assistenziale per il setting di cura più adeguato alla dimissione ospedaliera del paziente

16 settembre 2019: Introduzione Unità Operativa «Frailty Unit» presso il Pronto Soccorso
Unità di consulenza geriatrica clinico-assistenziale intraospedaliera

1 Ottobre 2019: Apertura Reparto Cognitivo Funzionale

Unità di ricovero da PS o trasferimento dai reparti per pazienti con problematiche clinico-assistenziali complesse, potenziali «bed blocker»

Luglio 2020: Procedura "Geriatric Frailty Network" e UOSD Geriatric Frailty Network

Frail Friendly Hospital – Policlinico Gemelli

ASSET

La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS è organizzata in due presìdi ospedalieri:
Policlinico Gemelli
e **Presidio Columbus.**

1.526
Posti letto totali

119
Posti letto geriatria

- Medicina Interna Geriatrica
- Geriatria
- Riabilitazione Geriatrica
- Cognitivo Funzionale

UOC Cure palliative e CCA

UOSD GeriatricFrailty Network

Frailty Unit

Geriatra Inter-dipartimentale

Pianificare e coordinare il percorso di continuità di cura più idoneo per singolo paziente attraverso una presa in carico multi-professionale

Frail Friendly Hospital

Geriatra Inter dipartimentale

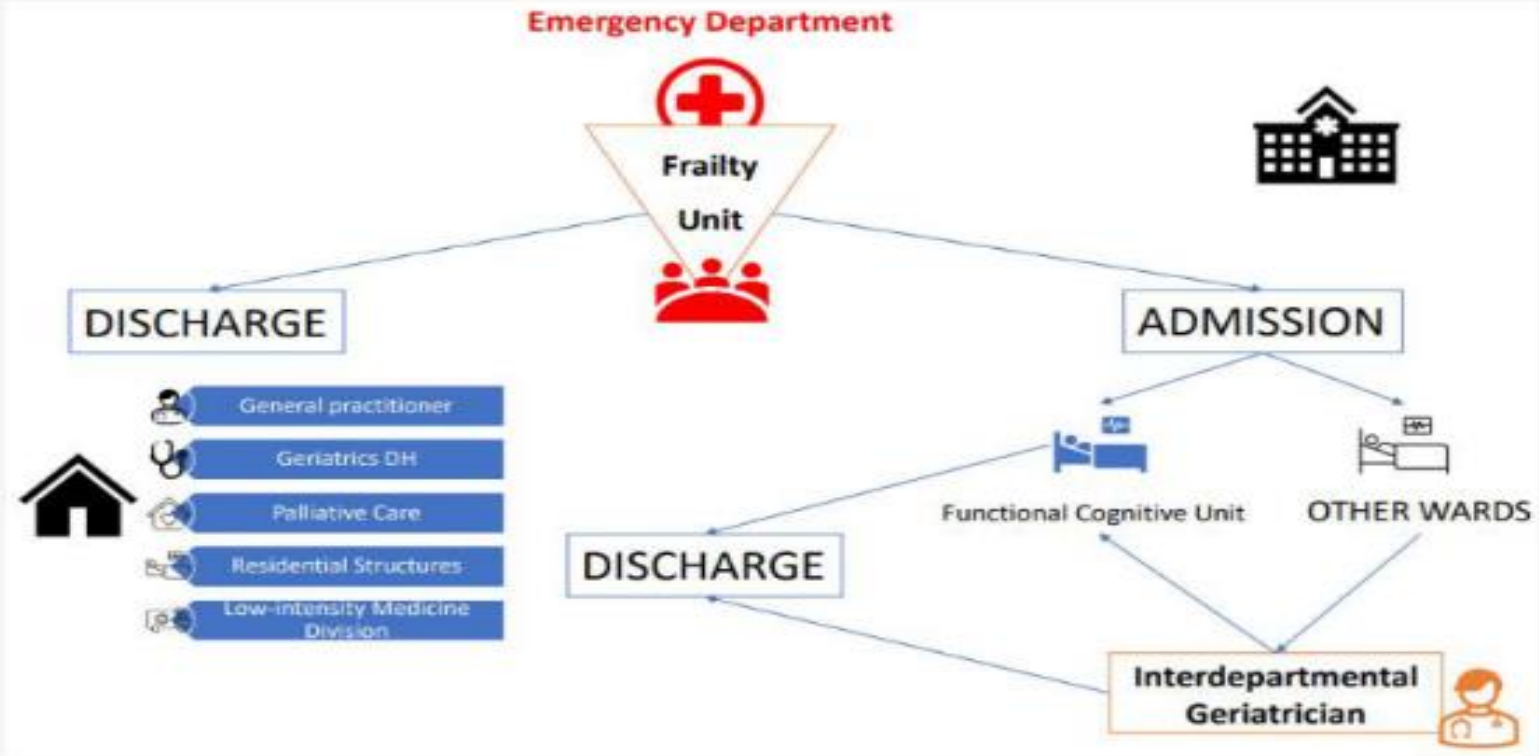
- Valutazione multidimensionale finalizzata all'individuazione di aree di fragilità e sindromi geriatriche e all'impostazione di un piano di trattamento individualizzato.
- Valutazione geriatrica presso altri reparti specialistici (es. Valutazione pre-operatoria e/o post-operatoria del paziente anziano fragile)
- Integrazione sistematica con la CCA per supporto clinico e individuazione di percorsi di continuità di cura intra- ed extra-ospedalieri
- Affiancamento bed-management
- Valutazione dei pazienti anziani fragili per i quali viene richiesto un appuntamento di follow-up presso il DH di Geriatria al momento della dimissione a domicilio.

Frail Friendly Emergency Department

	Geriatric ED Unit	Geriatric Practitioner Model	Geriatric Champion	Geriatric Focused-Observation Unit
SEDI	Mount Sinai Medical Center, NY	Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma	University of North Carolina, Hillsborough, NC	Ohio State University, OH
RISORSE	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare	Team Interdisciplinare
LIMITI	Sostenibilità e necessità di spazio fisico	Costi staff e formazione	Coordinare l'assistenza con risorse ambulatoriali	Sostenibilità e necessità di spazio fisico
LENGHT OF STAY	Non nota	Non nota	Aumentata	Nessuna o ridotta
HOSPITALIZATION RATE	Riduzione	Riduzione	Non nota	Riduzione

Frail Friendly Emergency Department: Modello Operativo

Figure 4. The Geriatric Frailty Network: the discharge flow chart.



Salini S, Giovannini S, Covino M, Barillaro C, Acampora N, Gravina EM, Loreti C, Damiano FP, Franceschi F, Russo A

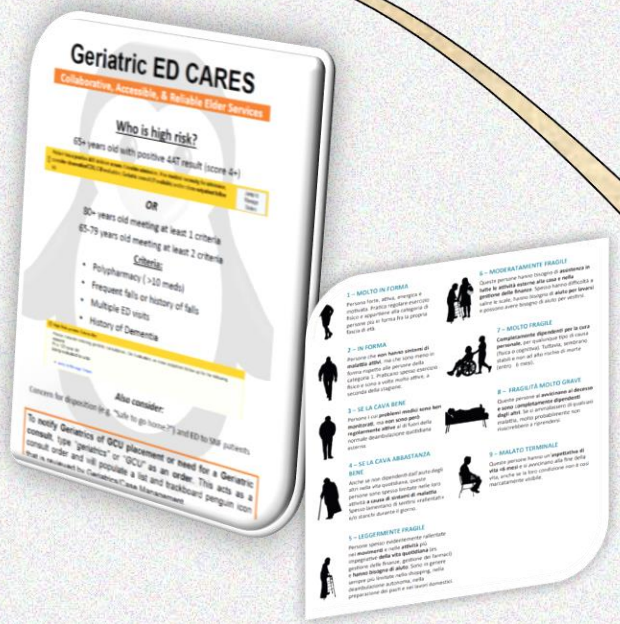
Frailty Network in an Acute Care Setting: The New Perspective for Frail Older People.

Diagnostics (Basel). 2022 May 13;12(5):1228. doi: 10.3390/diagnostics12051228.

PMID: 35626383; PMCID: PMC9140447.

Frail Friendly Emergency Department: modello operativo

Briefing interdisciplinare metodo **SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation – Classificazione Triage



200 pazienti chiusi nelle 24 ore

130 pazienti in media in P.S.

> 65 anni (60%)
> 80 anni (30%)

Anziano Fragile

Obi virtuale (24/48 h)

Continuità di cura in paziente in destinazione di ricovero (>48 h)

Valutazione paziente in trattamento (entro 24 h)

Frailty Front Door: Triage

Triage Risk Screening Tool (TRST)

Item No.	Item property	Item score		
1.	**Presence of cognitive impairment** Known diagnosis of dementia, confusion, cognitive disorders with loss of memory of recent events and/or temporo-spatial disorientation	Yes=1		No=0
2.	**Gait disturbances, transfer difficulties, falls before admission**			
3.	**Habitual polymedication** (5 or more)			
4.	**History of hospitalization (3 months) or admission to emergency (1 month)**			
	ADL	Independent=0	Partial=0.5	Fully dependent=1
Evaluation of activities of daily living (ADL) in the 15 days before hospitalization	Washing			
	Dressing			
	Toileting			
	Transferring			
	Continence			
	Feeding			
	Subtotal			
	If subtotal is ≥2, put score of 1 in the functional evaluation box below			
5.	**Evaluation of function in the 15 days before hospitalization**			
	TOTAL			

ISAR	Yes	No
1) Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis?	1	0
2) Since the illness or injury that brought you to the Emergency, have you needed more help than usual to take care of yourself?	1	0
3) Have you been hospitalized for one or more nights during the past six months (excluding a stay in the Emergency Department)?	1	0
4) In general, is your sight good?	0	1
5) In general, do you have serious problems with your memory?	1	0
6) Do you take more than three different medications every day?	1	0

1 – MOLTO IN FORMA
Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia di età.

2 – IN FORMA
Persone che **non hanno sintomi di malattia attivi**, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso esercizio fisico e sono a volte molto attive, a seconda della stagione.

3 – SE LA CAVA BENE
Persone i cui **problemi medici sono ben monitorati**, ma **non sono però regolarmente attive** al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.

4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE
Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività **a causa di sintomi di malattia**. Spesso lamentano di sentirsi «rallentati» e/o stanchi durante il giorno.

5 – LEGGERMENTE FRAGILE
Persone spesso evidentemente rallentate nei **movimenti** e nelle **attività** più impegnative **della vita quotidiana** (es. gestione delle finanze, gestione dei farmaci) e **hanno bisogno di aiuto**. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.

6 – MODERATAMENTE FRAGILE
Queste persone hanno bisogno di **assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze**. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di **aiuto per lavarsi** e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.

7 – MOLTO FRAGILE
Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro 6 mesi).

8 – FRAGILITÀ MOLTO GRAVE
Queste persone **si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri**. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.

9 – MALATO TERMINALE
Queste persone hanno un'**aspettativa di vita <6 mesi** e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.

Clinical Frailty Scale CFS

interRAI ED Screener

Frailty Front Door: Risk Delirium

Geriatric ED CARES

Collaborative, Accessible, & Reliable Elder Services

Who is high risk?

65+ years old with positive 4AT result (score 4+)

Patient has a positive 4AT delirium screen. Consider admission, if no medical necessity for admission, consider observation/CDU, CM evaluation, Geriatric consult (if available) and/or close outpatient follow up. Jump to Manage Orders

OR

80+ years old meeting at least 1 criteria

65-79 years old meeting at least 2 criteria

Criteria:

- Polypharmacy (>10 meds)
- Frequent falls or history of falls
- Multiple ED visits
- History of Dementia

High Risk geriatric Criteria Met

Please consider ordering geriatric consultation, CM Evaluation, or close outpatient follow up for the following reasons:
Pt is 120 year old
Being evaluated for a fall

Jump to Manage Orders

Also consider:

Concern for disposition (e.g. "Safe to go home?") and ED to SNF patients

To **notify Geriatrics of GCU placement or need for a Geriatric consult**, type "*geriatrics*" or "*GCU*" as an **order**. This acts as a consult order and will populate a list and trackboard penguin icon that is reviewed by Geriatrics/Case Management.

TRATTAMENTO DEL DELIRIUM IN PS

Trattamento non farmacologico

Gestione del disturbo comportamentale

- Evitare contenzione fisica
- Idratare
- Mobilizzare
- Rassicurare
- Riorientare
- Far socializzare
- **Trattare il dolore**
- **Trattare le acuzie cliniche**

L'agitazione è tale da costituire un rischio?

Sì

Trattamento farmacologico

No

Continua la valutazione e le terapie non farmacologiche

Individuare e trattare la causa sottostante

- Revisione farmacologica
- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Esami di laboratorio

Farmaco sospetto	Sospendere
Trauma o segni neur focali	TC cerebrale
Segni/sospetto infezione	Trattamento antibiotico appropriato
Febbre + rigidità nucale	Puntura lombare
Ancora nulla?	- B12, folati, Tiroide, - EEG - RM encefalo - Tossicologico urinario - Ammoniemia, valproatemia, digossinemia ecc.

Observationi Unit for Elderly Patient

Punto di precisione	Fornire un assistenza olistica e centrata sulla persona
Scompenso Cardiaco:	La valutazione include di solito un ecocardiogramma (se non è stato completato di recente), diuretici per via endovenosa, aggiustamenti appropriati dei regimi di medicazione domiciliare e un eventuale consulenza cardiologica
Attacco Ischemico Transitorio	• La valutazione completa del TIA può essere generalmente completata entro 24 ore, in modo più rapido e meno costoso rispetto ai pazienti ricoverati
Vertigine	Se sintomo subacuto-cronico con TAC negativa probabile vertigine benigna Visita ORL in elezione + Valutazione audiovestibolare completa Angio RM in elezione per studio fossa cranica posteriore Mobilizzazione precoce a risoluzione del quadro acuto; invio Dh di Geriatria per riabilitazione vestibolare
Infezione Vie urinarie	• Anche gli anziani con infezione delle vie urinarie, sia cistite che pielonefrite, possono trarre beneficio dall'assistenza in Unità di osservazione breve
Distrurbi elettrolitici:	La valutazione include correzione ellettrolitica, identificazione della diagnosi; aggiustamento della terapia farmacologica, dimissione con controllo ambulatoriale in dimissione protetta
Polmonite Comunitaria	• Monitoraggio multiparametrico; Valutazione prognostica mediante CURB 65; Parametri di flogosi

Observationi Unit for Elderly Patient

Punto di precisione	Fornire un assistenza olistica e centrata sulla persona
Ipoglicemia/iperglicemia	
Fibrillazione atriale on set	Fibrillazione atriale non databile; valutazione cardiologica con eco bed-side; rate control e stabilizzazione emodinamica
Sincope	• Rischio Basso: DOMICILIO E/O APPUNTAMENTO IN SYNCOPE UNIT • Rischio né alto né basso OBI PER 24/48 monitorizzato E FAST TRACK IN SYNCOPE UNIT
Delirium in demenza	Gestione del disturbo comportamentale farmacologico e non farmacologico; individuazione della causa ; continuità di affetti (coinvolgimento del caregiver)
COPD	• Pazienti con infezioni di gravità LIEVE, con assenza di fabbisogno di ossigeno o prescizione di oosigeno pari a quella domicliare che si prevede migliorino entro 24 ore possono essere ricoverati in Osservazione Breve per un periodo di antibiotici per via endovenosa e per valutazione andamento parametri di flogosi.
Infezione dei tessuti molli	• Pazienti con infezioni di gravità moderata che si prevede migliorino entro 24 ore possono essere ricoverati in Osservazione Breve per un periodo di antibiotici per via endovenosa e per valutazione andamento parametri di flogosi.

PAC DH di Geriatria

DAY HOSPITAL

- PAC DEFICIT COGNITIVO
- PAC DELIRIUM
- PAC NEUROPSICOGERIATRICO
- PAC DISTURBI DEL MOVIMENTO
- PAC PSICOSI DELL'ADULTO
- PAC CADUTA FUNZIONALE/VERTIGINI
- PAC SINCOPE
- PAC SCOMPENSO CARDIACO
- PAC ANORESSIA ADULTO
- PAC NEW ONSET FA
- PAC POLMONITE COMUNITARIA
- PAC CURE PALLIATIVE PRECOCI

Syncope Unit: DH di Geriatria

La Syncope Unit migliora il management del paziente con sincope:

- ↑ l' appropriatezza ed il valore diagnostico dei test utilizzati
- ↓ il n° delle indagini diagnostiche necessarie
- ↓ il n° delle sincopi senza diagnosi
- ↓ il n° delle ospedalizzazioni ed il costo totale della sincope

Table 12 Structure of the syncope unit

Staffing of a syncope unit is composed of: (1) One or more physicians of any specialty who are syncope specialists. Owing to the multidisciplinary nature of TLOC management, each syncope unit should identify specific specialists for the syncope unit and for consultancies. (2) A staff comprising professionals who will advance the care of patients with syncope. These may be physicians, specialized nurses, or others who bring multidisciplinary skills to the facility, coupled with administrative support. The roles played by members of the team may vary according to local circumstances and individual skill. Nurses may be expected to take very important roles including initial assessment, follow-up clinic evaluation, selection of investigations (including tilt testing), and implantation/insertion of ECG loop recorders according to predefined protocols and local regulations (see *Table 14*). (3) Given that the syncope unit is integrated within a hospital organization, syncope specialists and staff are not necessarily employed full-time, but frequently have other duties depending on the volume of activity in the unit.
Facility, protocol, and equipment (1) A syncope unit will deliver most of its care to outpatients in addition to ED and inpatients. (2) The syncope unit should follow an internal protocol, which applies to diagnosis and management and is agreed by stakeholders. (3) An equipped facility must be available. (4) Essential equipment/tests: - 12-lead ECG and 3-lead ECG monitoring - Non-invasive beat-to-beat BP monitor with recording facilities for subsequent analysis - Tilt-table - Holter monitors/external loop recorders - ILRs - Follow-up of ILRs[a] - 24-hour BP monitoring - Basic autonomic function tests. (5) Established procedures for: - Echocardiography - EPS - Stress test - Neuroimaging tests. (6) Specialists' consultancies (cardiology, neurology, internal medicine, geriatric, psychology), when needed.
Therapy Patients with syncope will receive their therapy under the care of the syncope unit unless expertise outside that of the unit is required.
Database management The syncope unit is required to keep medical records that should also include follow-up when appropriate. The database will also offer the possibility of collaborative research with other syncope units.
BP = blood pressure; ECG = electrocardiogram; ED = emergency department; EPS = electrophysiological study; ILR = implantable loop recorder; TLOC = transient loss of consciousness.

[a]Implantation of loop recorders may be performed either by syncope unit physicians or by external cardiologists at the request of the syncope unit physicians.

©ESC 2018

Syncope Unit: Risk stratification

RISCHIO	CARATTERISTICHE	MANAGEMENT/ SETTING
RISCHIO ALTO	Presenza di "red flags"= indicatori di gravi patologie di cui la sincope è un epifenomeno: angina, dispnea, dolore addominale, mal di testa, segni neurologici focali, sanguinamento all'esplorazione rettale (ima, tamponamento cardiaco, pneumotorace iperteso, embolia polmonare, dissecazione aortica, emorragia interna, gravidanza ectopica, emorragia subaracnoidea dissecazione carotidea o vertebrale, anemia severa o severi disturbi elettrolitici) Danno strutturale severo: cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco a bassa frazione di eiezione Sincopi da supini o durate esercizio Comparsa improvvisa di palpitazioni succedute da sincope Storia familiare di morte improvvisa in giovane età Assenza di prodromi o prodromi brevi in presenza di danno cardiaco strutturale o ECG anormale Sincope da seduti in presenza in presenza di danno cardiaco strutturale o ECG anormale PA < 90 mmHg non spiegata Soffio sistolico non noto Presenza di criteri ECG maggiori di sincope cardiaca: - segni di ischemia acuta - BAV II Mobitz II e BAV III - fibrillazione atriale a bassa risposta ventricolare (< 40 bpm) - bradicardia sinusale (<40 bpm) o blocco senoatriale ripetitivo o pause > 3 secondi in veglia e in assenza di esercizio fisico - blocco di branca, disturbo di conduzione intraventricolare, ipetrofia ventricoalre o onde Q consistenti con cardiopatia ischemica o cardiomiopatia - VT sostenuta o non sostenuta - PM o ICD - pattern Brugada - QTC > 460 ms in ECG a 12 derivazioni ripetuti indicante sindrome del QT lungo Presenza di criteri ECG minori (suggestivi di sincope di origine cardiaca solo se la anamnesi è coerente con sincope aritmica): - BAV II Mobitz 1 e BAV 1 con intervallo PR particolarmente lungo - blocco bifascicolare - bradicardia sinusale lieve (40-50 bpm) non spiegata o FA a bassa risposta ventricolare (40-50 bpm) in assenza di farmaci cronotropi negativi - segni di ripolarizzazione precoce - segni di IVS suggestivi per cardiomiopatia ipertrofica - TVS parossistica o FA - intervallo QT corto - pattern di Brugada atipici - onde T negative nelle derivazioni precordiali destre, onde epsilon suggestive di cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro	RICOVERO PER INQUADRAMENTO IMMEDIATO

Syncope Unit: Risk stratification

RISCHIO BASSO	**Criteri certi di sincope vasovagale classica (la cui diagnosi è anamnestica): presenza di trigger emozionali o prolungato ortostatismo associati ai tipici sintomi prodromici** **Criteri certi di sincope situazionale: la sincope si verifica durante o immediatamente dopo minzione, tosse, defecazione, deglutizione, risata intensa** **Criteri certi di sincope da OH: documentazione di ipotensione ortostatica associata a sincope/presincope** **Criteri suggestivi di sincope riflessa:** **- assenza di malattie cardiologiche** **- lunga storia di sincopi** **- sincope dopo trigger tipici anche senza prodromi** **- sincope senza trigger ma preceduta/seguita da nausea e/o vomito** **- dopo brusca interruzione di esercizio fisico** **- dopo compressione /rotazione del collo** - **pdct in posizione supina ma preceduta da nausea, dolori addominali, urgenza defecazione** **Criteri suggestivi di OH** **- dopo assunzione posizione eretta/ortostatismo prolungato** **- relazione temporale con l'inizio di terapia con vasodilatatori o variazioni di dosaggio di tali farmaci** **- pdct preceduta da dolore che secnde dalla nuca alle spalle e al tronco** **- presenza di neuropatia autonomica**	**DOMICILIO E/O APPUNTAMENTO IN SYNCOPE UNIT**
RISCHIO NE ALTO NE BASSO		OBI PER 24/48 ORE E FAST TRACK IN SYNCOPE UNIT (non vi è evidenza che ricoverare il paziente cambi l'outcome mentre vi è evidenza che il managment in syncope unit sia di efficacia!)

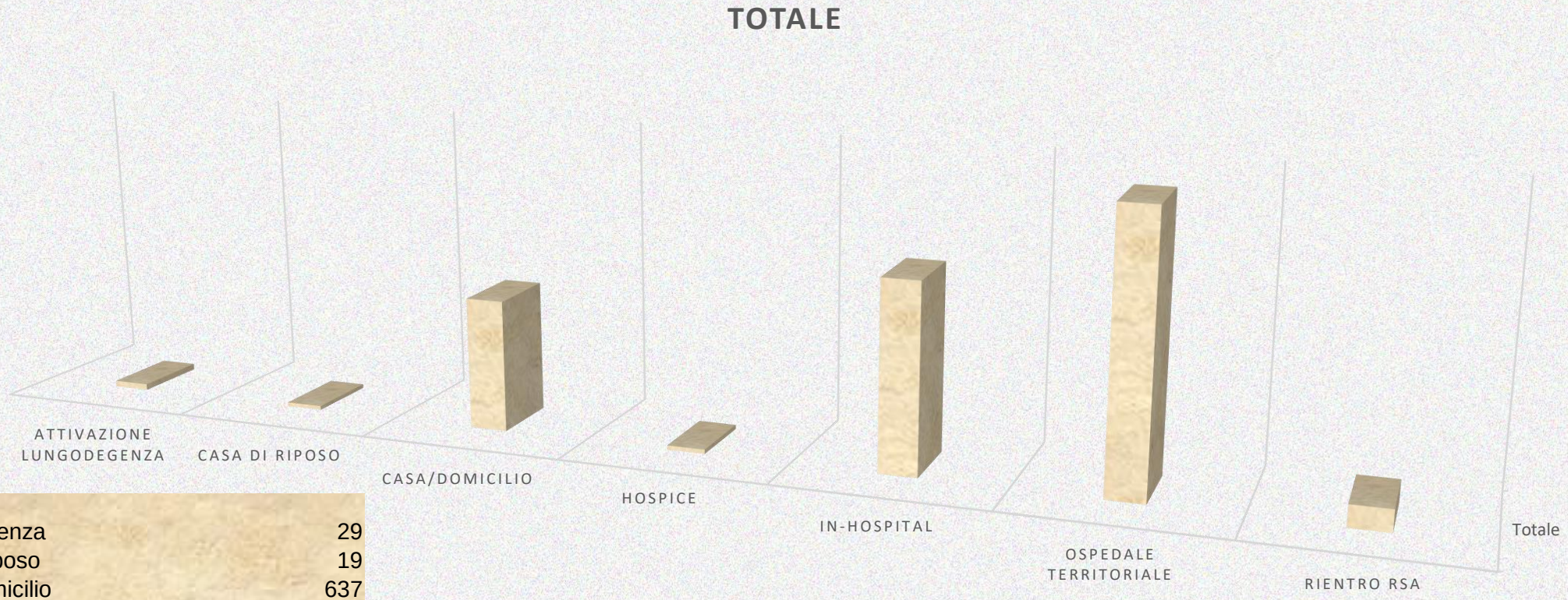
Dati pre e post Frialty Unit

Risultati

- Piu valutati in codice rosso
- Piu dimessi
- Piu dimessi a casa

	Pre-Frailty n 2965	Post-Frailty n 2965	p
Age§	82 [77 — 88]	83 [77 — 88]	0.760
Sex (Male)	1692 (57.1)	1625 (54,8)	0.080
			Emergency Department Presentation
Triage (red code)	177 (6.0)	318 (10.7)	<0.001
Falls	540 (18.2)	669 (22.6)	<0.001
Clinical history			
Hypertension	1377 (46.4)	1528 (51.5)	<0.001
Ischemic heart	702 (23.7)	734 (24.8)	0.332
Congestive heart failure	506 (17.1)	632 (21.3)	<0.001
Diabetes	562 (19.0)	617 (20.8)	0.074
Dementia	306 (10.3)	589 (19.9)	<0.001
Cerebrovascular disease	199 (6.7)	326 (11.0)	<0.001
Chronic kidney disease	338 (11.4)	339 (11.4)	<0.001
Malignancy	508 (17.1)	488 (16.5)	0.487
Diagnoses			
Anaemia	73 (2.5)	78 (2.6)	
Cardiovascolar disease	621 (20.9)	634 (21.4)	
Cerebro-vascular disease	252 (8.5)	239 (8.1)	
Infections	871 (29.4)	893 (30.2)	
Neurological disease	381 (12.8)	385 (13.0)	
Trauma	136 (4.6)	127 (4.3)	
Cancers	217 (7.3)	206 (6.9)	
Outcomes			
In hospital	2221 (75.7)	914 (31.0)	
Discharged	714 8(24.3)	2037 (69.0)	<0.001
Dischrged at home	540 (18.4)	1240 (42.0)	<0.001

Setting di ricovero/dimissione



Lungodegenza	29
Casa di riposo	19
CASA/domicilio	637
Hospice	21
In-Hospital	907
Ospedale Territoriale	1315
Rientro RSA	105
Totale complessivo	2965

Impatto Fragilita' sul Setting di Cura

Ricoverati= fragilità alta; l'elevata fragilità impatta sull'evento acuto
Dimessi con ritorno RSA Lungodegenza= fragilità alta; il rinvio dipende dalla conoscenza della rete territoriale di assistenza, le loro competenze e un contatto diretto con i responsabili di tale strutture
Dimessi a domicilio= fragilità intermedia; la fragilità non è un deterrente alla dimissione a domicilio quando valutata a 360°
Dimessi trasferiti presso altro ospedale di primo livello: fragilità bassa; identificazione di pazienti piu leggeri da un punto di vista del carico assistenziale e dell'acuzie clinica proporzionato al setting di invio

Prospettive ed Obiettivi Futuri

Implementazione equipe inter/multidisciplinare

Miglioramento dei percorsi in uscita dall'ospedale (telemedicina)

Identificazione frailty tools e frailty LAB più specifici

OBI geriatrico come luogo fisico

Strategie di sostegno alla fragilità (FKT)

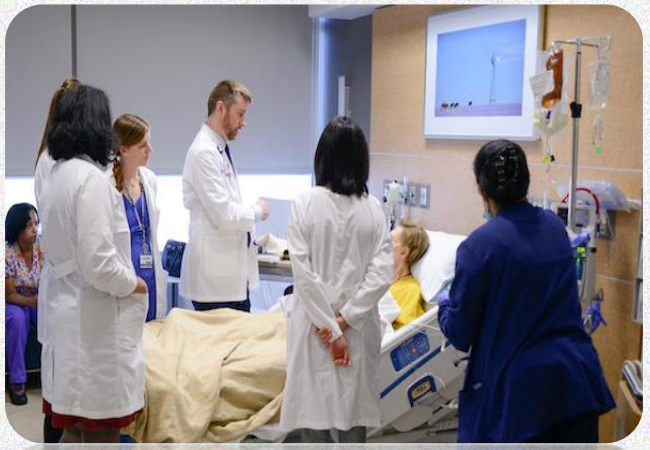
Passaggio dall'OBI virtuale al reale

Contro

- Spazi ospedalieri e di P.S.
- Incremento dei costi di assistenza e staff

Pro

- Durata della permanenza in P.S
- Riduzione ricoveri
- Monitoraggio piu semplice
- Coordinamento delle risorse



Realta' Italiane di Comprehensive Geriatric Assesment (CGA)

Ospedale Civile di Baggiovara: un nuovo percorso per gli anziani in attesa al Pronto Soccorso

Dal 20 gennaio il Percorso Argento per i pazienti geriatrici non urgenti

Fast track geriatrico

IL Pronto Soccorso Geriatrico: l'idea Pratese... continuità di affetti, continuità di cure.

Ancona IRCCS INRCA

Osservazione Breve Intensiva (OBI)
Questa sezione, dotata di 6 posti letto, è dedicata alla gestione dei pazienti non immediatamente dimissibili, ma che, verosimilmente, non necessitano di ricovero, potendo beneficiare di un iter diagnostico rapido ed intensivo (volto alla definizione diagnostica e prognostica della problematica emergente) e/o di una terapia a breve termine al fine della stabilizzazione o risoluzione della problematica emergente, per cui potranno essere verosimilmente dimessi entro le 24/48 ore successive

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

L'Unità Rapida Geriatrica (URGE) accoglie pazienti anziani e/o polipatologici in arrivo dal Pronto soccorso, il cui quadro clinico può essere chiarito o stabilizzato nell'arco di due-tre giorni. Questa struttura mira a migliorare il percorso del paziente anziano che si presenta con un quadro di criticità.

REGIONE DEL VENETO
ULSS 1 DOLOMITI

Osservazione breve intensiva dislocata (OBI)
La Geriatria garantisce attività di Osservazione Breve Intensiva dislocata, per casi in carico al Pronto Soccorso che necessitano di diagnosi rapida e terapia d'urgenza, per un intervallo massimo di 48 ore, in attesa che si definisca l'eventuale necessità di

ricovero e si organizzi il rientro a domicilio.

Grazie per l'attenzione

- Continuità di cura
- Gestione cronicità
- Diritto all'affettività-

Invecchiamento di successo
Prevenzione cardiovascolare
Attività fisica

Salini S, Russo A, Calvani R, Covino M, Martone AM, Tosato M, Damiano FP, Picca A, Marzetti E, Landi F. Self-reported difficulty in walking 400 meters: the "red flag" for probable sarcopenia. BMC Geriatr. 2022 Jun 28;22(1):530. doi: 10.1186/s12877-022-03231-z. PMID: 35764941; PMCID: PMC9238116.