



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023  
PALAZZO DEI CONGRESSI



# Proposte operative di cambiamento: l'ospedale per l'anziano

Giuseppe Bellelli

*Università Milano-Bicocca*

*IRCCS Fondazione San Gerardo, Monza*



Fondazione IRCCS  
San Gerardo dei Tintori





Regione  
Lombardia

Sistema Socio Sanitario

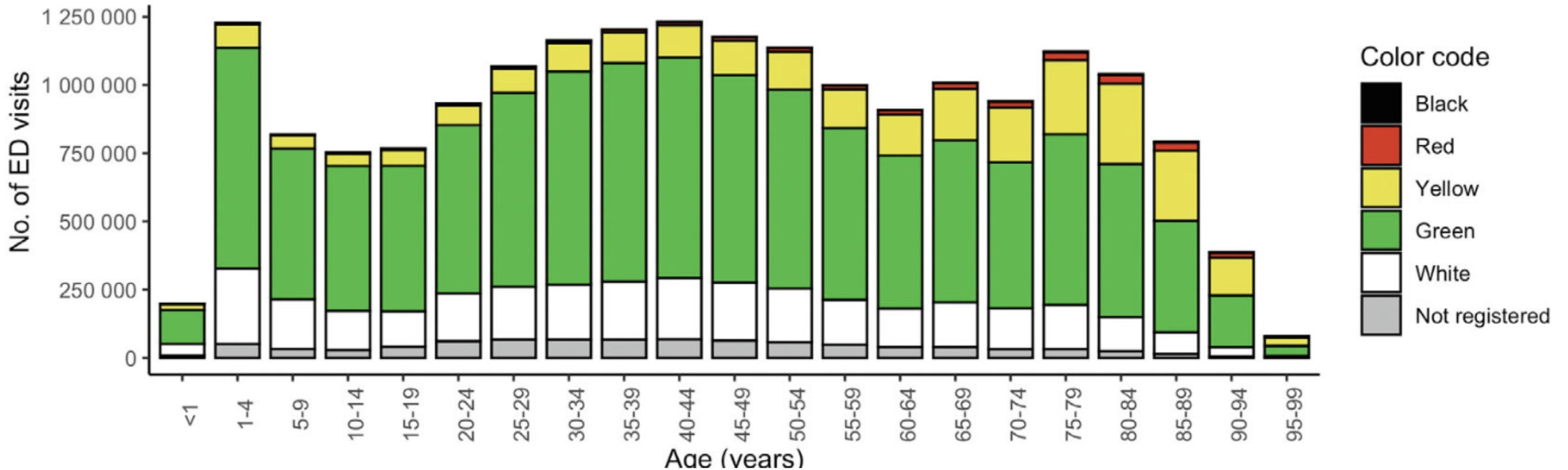
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MILANO  
**25**  
BICOCCA

1998 | 2023



# Association of age with emergency department visits and hospital admissions: A nationwide study

Filippo Luca Fimognari,<sup>1</sup>  Diana Lelli,<sup>2</sup>  Francesco Landi<sup>3</sup> and Raffaele Antonelli Incalzi<sup>2</sup>

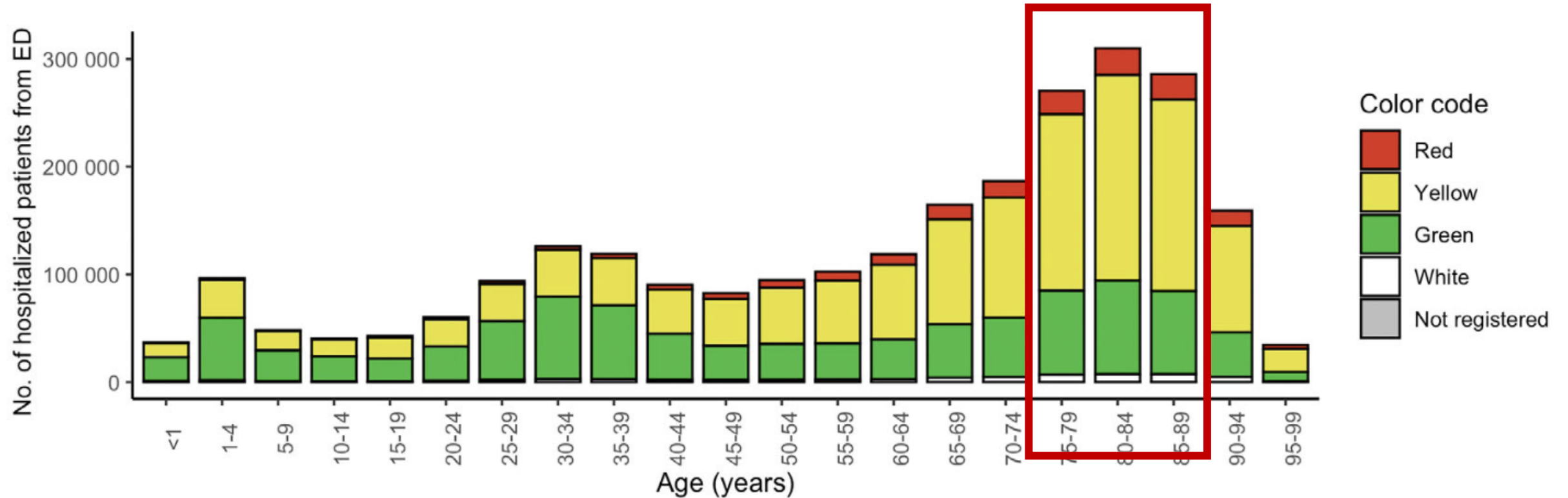
18.984.090 visite di PS nell'anno 2015 in Italia;



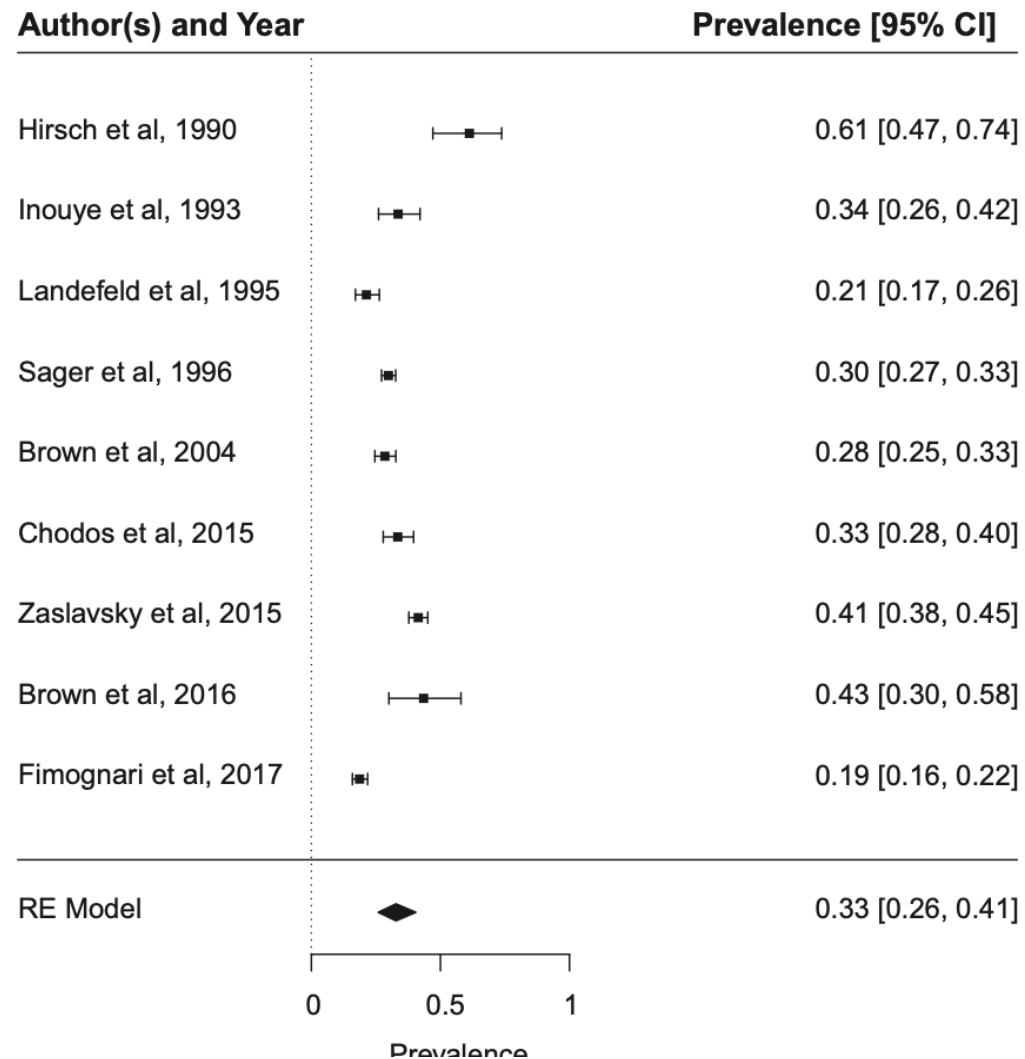
# Association of age with emergency department visits and hospital admissions: A nationwide study

Filippo Luca Fimognari,<sup>1</sup>  Diana Lelli,<sup>2</sup>  Francesco Landi<sup>3</sup> and Raffaele Antonelli Incalzi<sup>2</sup>

18.984.090 visite di PS nell'anno 2015 in Italia;  
2.565.249 ricoveri (41.3%  $\geq 75$  anni)



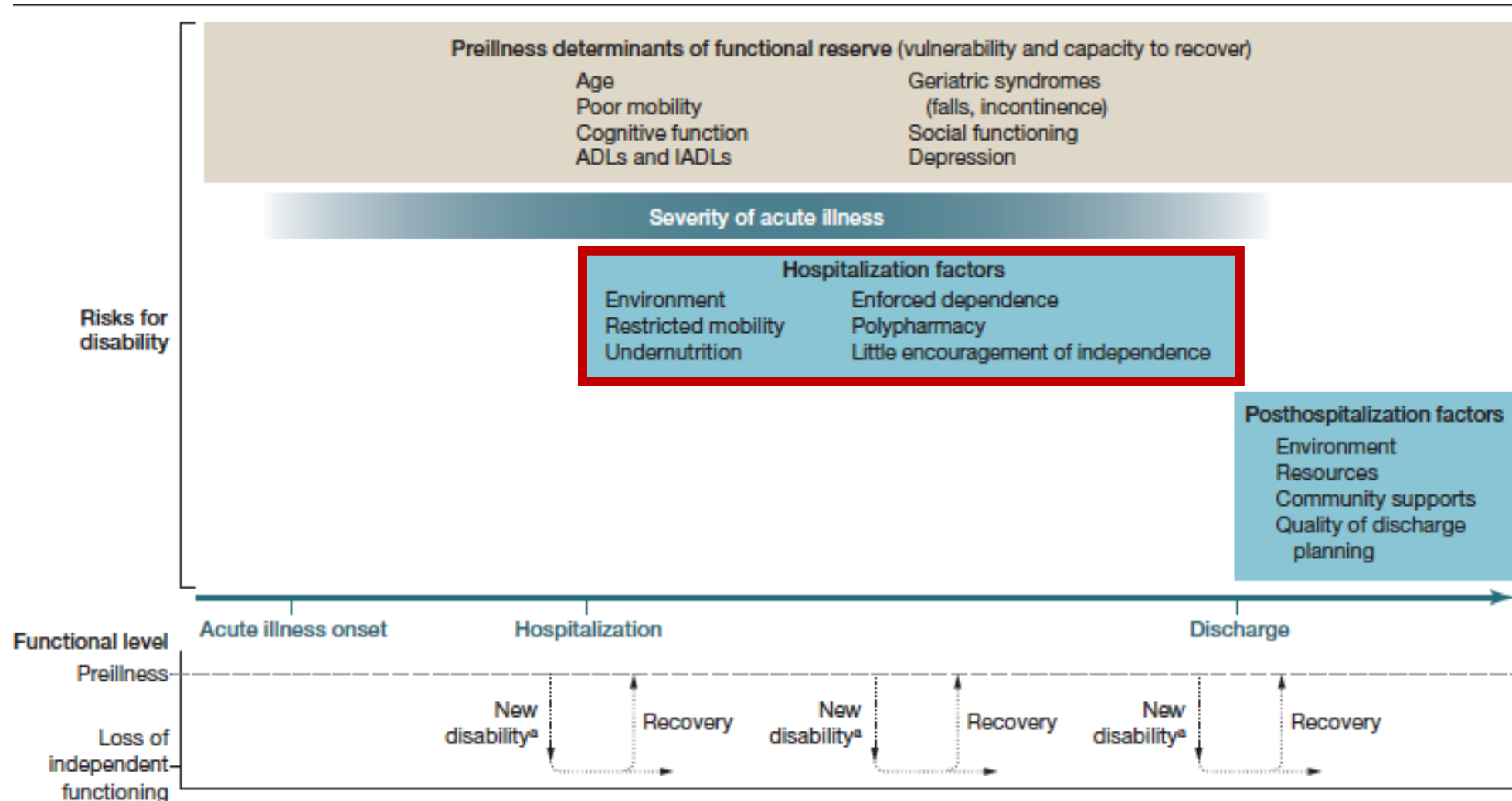
# Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis



Prevalence among all hospital-based studies ranged from 17% to 61%. Random effects meta-analysis showed that the combined prevalence across studies was 30% (95% CI: 24%, 36%;  $P < .001$ ).

**Sensitivity analysis of only studies assessing ADL decline from 2 weeks before admission to discharge or within a month of discharge showed a combined prevalence of 33%**

# Fattori condizionanti l'insorgenza della «disabilità acquisita in ospedale» nelle persone anziane



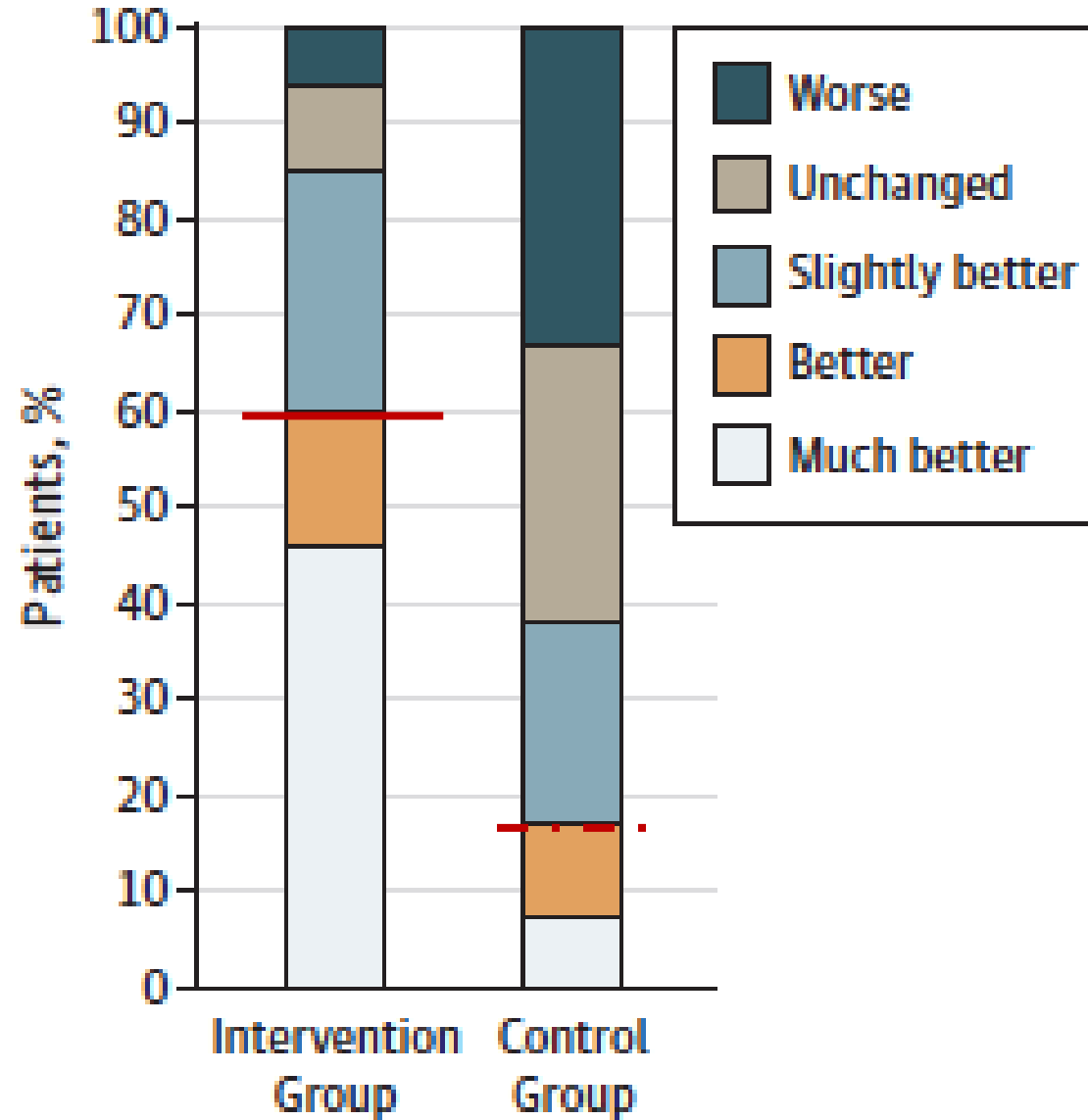
# Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization

## A Randomized Clinical Trial

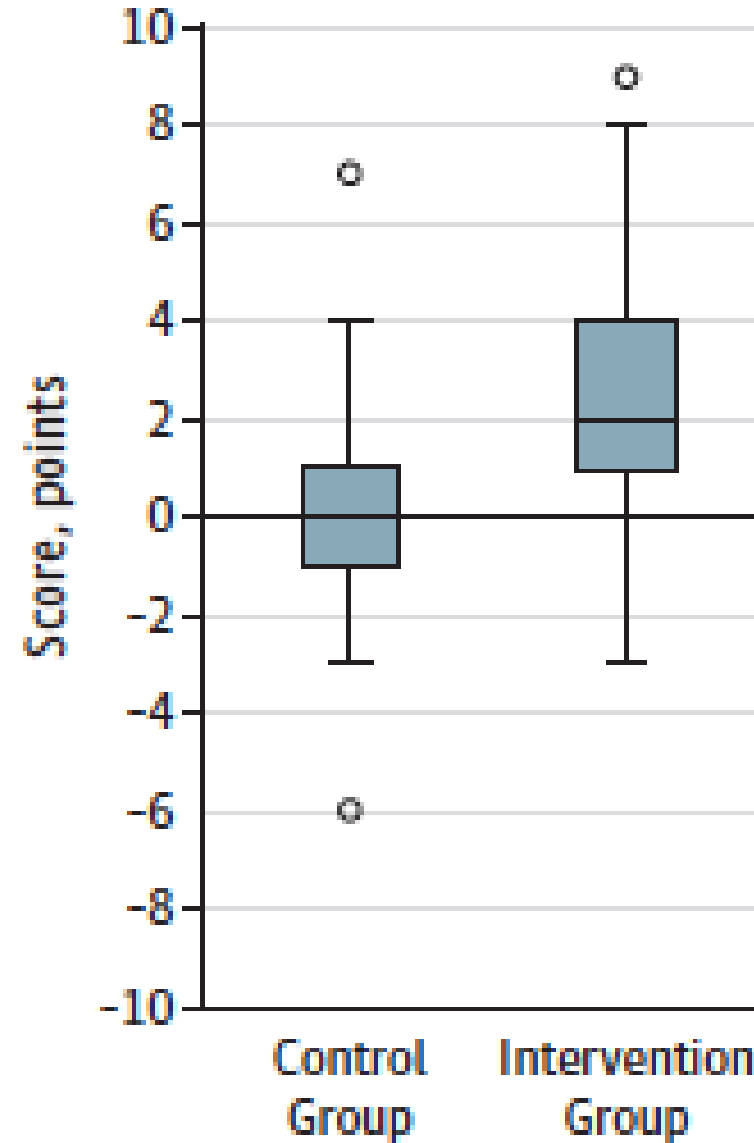
Nicolás Martínez-Velilla, PhD, MD; Alvaro Casas-Herrero, PhD, MD; Fabricio Zambom-Ferraresi, PhD; Mikel López Sáez de Asteasu, MSc; Alejandro Lucia, PhD, MD; Arkaitz Galbete, PhD; Agurne García-Baztán, MD; Javier Alonso-Renedo, MD; Belen González-Glaría, PhD, MD; María Gonzalo-Lázaro, MD; Itziar Apezteguía Iraizoz, PhD, MD; Marta Gutiérrez-Valencia, PharmD; Leocadio Rodríguez-Mañas, PhD, MD; Mikel Izquierdo, PhD

- ACE unit
- Inclusion criteria: age  $\geq 75$  years, Barthel Index  $\geq 60$ , ability to ambulate (with or without assistance) and to communicate.
- Exclusion criteria: expected LOS  $< 6$  days, severe cognitive decline, or extremity bone fracture in the past 3 months
- Control group: usual hospital care, including physical rehabilitation when needed.
- In-hospital intervention: individualized moderate-intensity resistance, balance, and walking exercises (2 daily sessions of 20' duration with experienced fitness specialist).

**B** Change in SPPB from admission to discharge



**D** Change in SPPB





# Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals

*McHugh M et al., Lancet 2021; 397: 1905–13*

	30-day mortality*		7-day readmissions†		Length of stay‡	
	OR (95% CI)	p value	OR (95% CI)	p value	IRR (95% CI)	p value
Intervention vs comparison at baseline	1.34 (1.09–1.64)	0.0052	1.15 (0.98–1.34)	0.090	0.78 (0.72–0.84)	<0.0001
Post-implementation vs baseline in comparison hospitals	1.07 (0.97–1.17)	0.18	1.06 (1.01–1.12)	0.015	0.95 (0.93–0.98)	0.0001
Post-implementation vs baseline in intervention hospitals	0.89 (0.84–0.95)	0.0003	1.00 (0.95–1.04)	0.92	0.91 (0.89–0.94)	<0.0001
Interaction of intervention* post-implementation	0.84 (0.75–0.93)	0.0016	0.94 (0.88–0.99)	0.049	0.95 (0.92–0.99)	0.010

**Table 3: Adjusted ORs and IRRs indicating the differences in mortality, readmissions, and length of stay between intervention and comparison hospitals (total n=55) and differential changes in those outcomes across timepoints**



**Oggetto: "Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie". (A seguito di parere della Commissione Consiliare competente)**

<b>Reparti</b>	<b>Min/paziente/die</b>
<b>Specialità di base</b>	120
<b>Specialità di media assistenza</b>	180
<b>Riabilitazione</b>	160
<b>Lungodegenza</b>	140
<b>Specialità di elevata assistenza</b>	240
<b>Specialità dell'area sub-intensiva</b>	300
<b>Specialità dell'area intensiva</b>	600

**Oggetto: "Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie". (A seguito di parere della Commissione Consiliare competente)**

<b>Reparti</b>	<b>Min/paziente/die</b>
<b>Specialità di base (UO Geriatria, Medicina Interna)</b>	<b>120</b>
<b>Specialità di media assistenza</b>	180
<b>Riabilitazione</b>	160
<b>Lungodegenza</b>	140
<b>Specialità di elevata assistenza</b>	240
<b>Specialità dell'area sub-intensiva</b>	300
<b>Specialità dell'area intensiva</b>	600

La figura del fisioterapista o del terapeuta occupazionale previsti solo nelle UO Riabilitazione «in alternativa» all'infermiere

# COME DOVREBBERO ESSERE STRUTTURATI I REPARTI OSPEDALIERI

## Proposta operativa: re-ingegnerizzare l'ospedale

- Ripensare l'ospedale per gli anziani (principali fruitori)
- Ripensare le procedure (il focus è lo stato funzionale e la prevenzione della disabilità)
- Rivedere gli standard e i requisiti di accreditamento
  - Geriatria come specialità di elevata assistenza
  - Figure professionali non mediche
- Nuovi modelli di cura (formazione e lavoro in team)