



68° CONGRESSO
NAZIONALE **SIGG**

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



PRONTO SOCCORSO E INTENSIVITA' GERIATRICA

Take home messages

Dott.ssa Elena Pinaridi
Università degli studi di
Milano-Bicocca

Dott. Gianluigi Cuomo
Università degli studi di
Napoli «Federico II»



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



JOURNAL OF GERIATRIC EMERGENCY MEDICINE

Spring 2023 | Volume 4 | Issue 1

Article 2 | Review Article

JGEM | The Journal of Geriatric
Emergency Medicine

 Advocate Aurora Health[®]

 **GEDC**

The History of Geriatric Emergency Medicine

Teresita M. Hogan, MD, Lowell W. Gerson, PhD, Arthur B. Sanders, MD

“Excellent emergency care does not happen by chance. The standard emergency approach that excels in the young, fails in older patients. Older adults experience unnecessary morbidity and excess mortality in our emergency departments”



Situazione epidemiologica generale

La popolazione ultra 80enne cresce con una rapidità 3 volte superiore della popolazione generale

I ricoveri dei pazienti anziani rappresentano circa il 40% dei ricoveri

Hanno un tempo di permanenza più lungo (20% in più)

Utilizzano il 50% in più di risorse imaging/lab

Quattro volte maggiore necessità dei servizi sociali alla dimissione



L'anziano in Pronto Soccorso: quali rischi e quali sfide?

- Delirium
- Cadute
- Infezioni nosocomiali
- Complicanze iatrogene
- Declino funzionale

JAMA Intern Med. 2023;183(12):1378-1385. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961
Published online November 6, 2023.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation

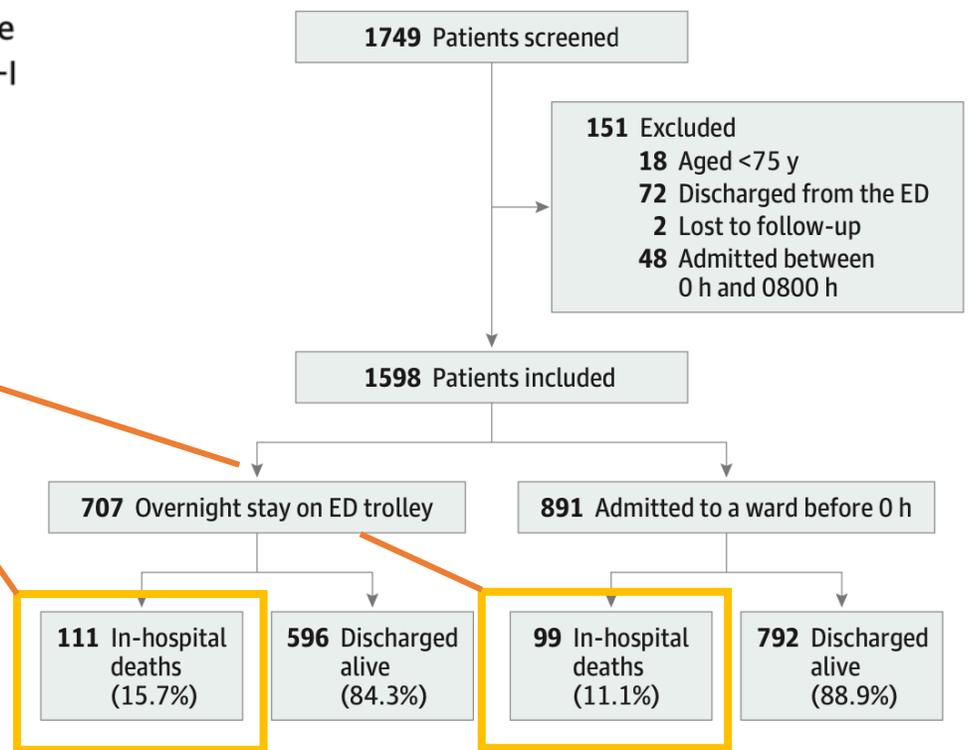
Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients

Melanie Roussel, MD; Dorian Teissandier, MD; Yuri Yordanov, MD, PhD; Frederic Balen, MD; Marc N Karim Tazarourte, MD, PhD; Ben Bloom, MD, PhD; Pierre Catoire, MD; Laurence Berard, MD; Marine Tabassome Simon, MD, PhD; Said Laribi, MD, PhD; Yonathan Freund, MD, PhD; for the FHU IMPEC-I

Overnight stay vs admission before midnight

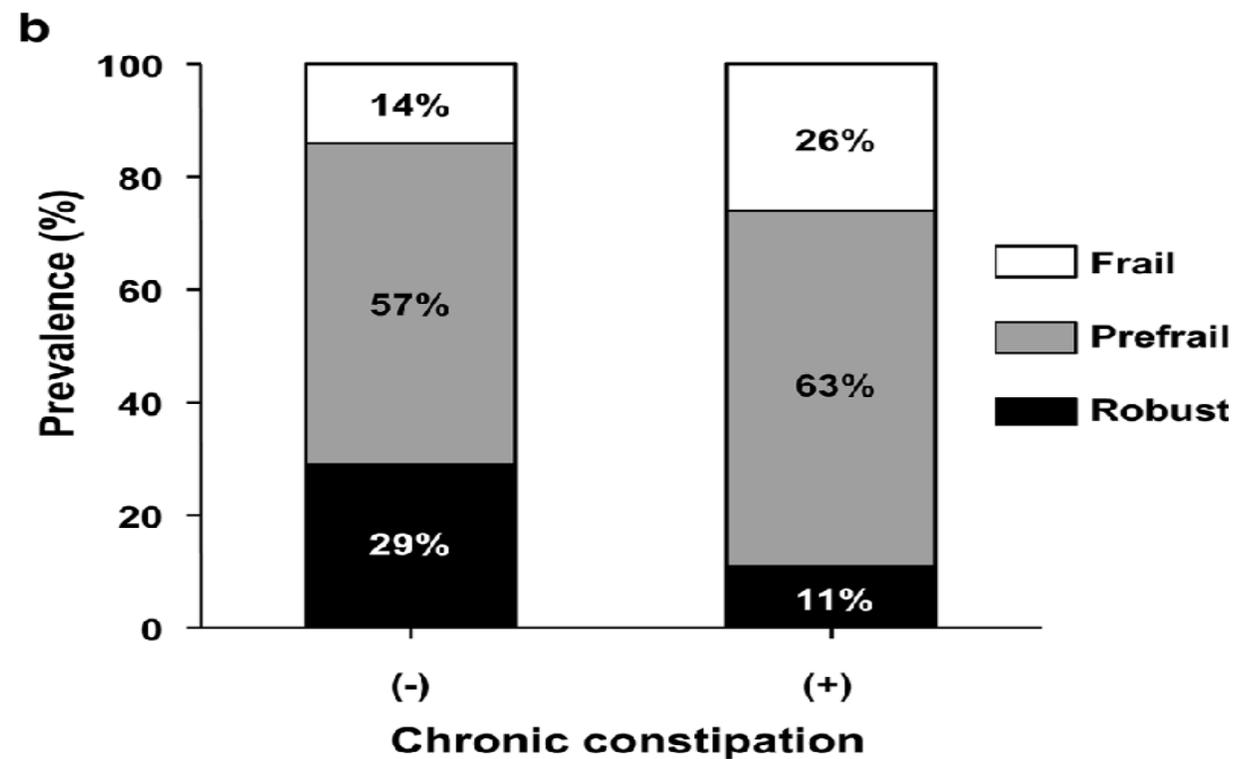
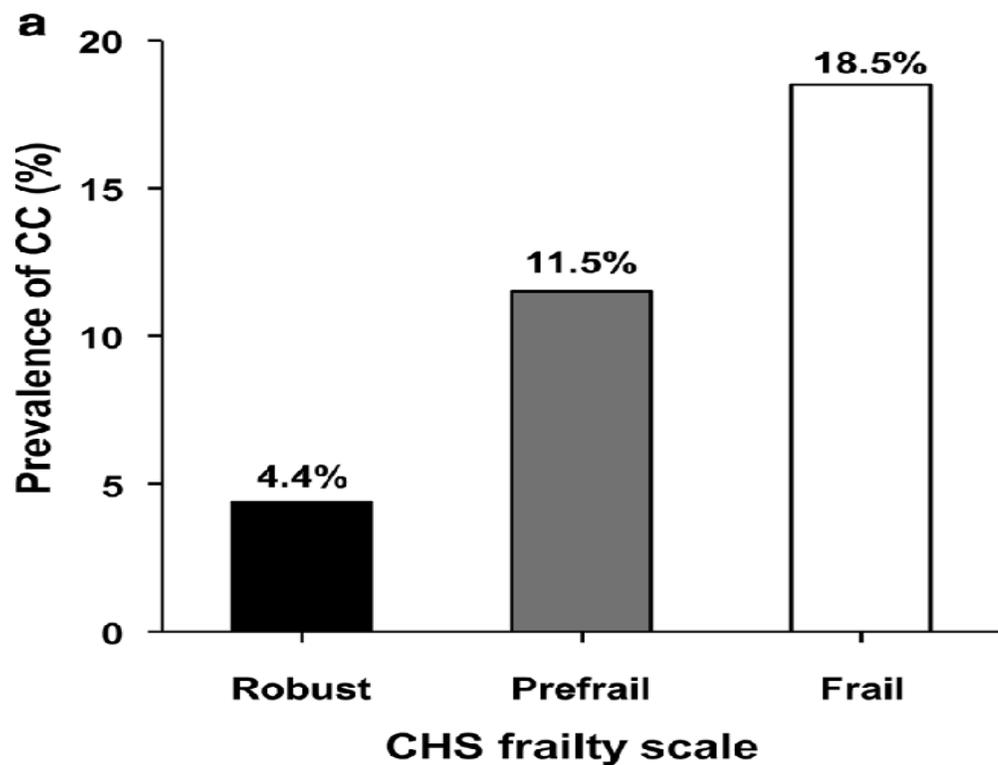
All cause in-hospital mortality	aRR 1.39 (1.07-1.81)
Nosocomial infections aRR	aRR 1.42 (1.09-1.85)
Fall	aRR 2.23 (1.28-3.59)

Figure. Flow Diagram of Study Patients





STIPSI & FRAILTY





Cartello a Honolulu che invita a prestare attenzione alla caduta di noci di cocco dalle piante

L'incidenza di emorragia intracranica tardiva dopo TCM in pazienti scoagulati è decisamente bassa (0.6-6%) e minima a 24 h.

I casi mortali o di interesse neurochirurgico sono solo 0.1-1 %

La pratica dell'osservazione di 24 h e la TAC ripetuta sono aneddotiche. Ampi studi supportano la dimissione immediata dei pazienti con TAC normale e INR < 3

Stabilisci un profilo di rischio del paziente : fragilità (età avanzata, comorbilità, condizioni sociali), dinamica del trauma, livello di anticoagulazione, valutazione clinica



Cause dei riaccessi in Pronto Soccorso

CARENZA DI:

VULNERABILITA'
DEL PAZIENTE
ANZIANO

A. Assistenza
domiciliare

B. Strutture
residenziali e
semiresidenziali

C. Continuità dell'iter
terapeutico ospedale-
domicilio

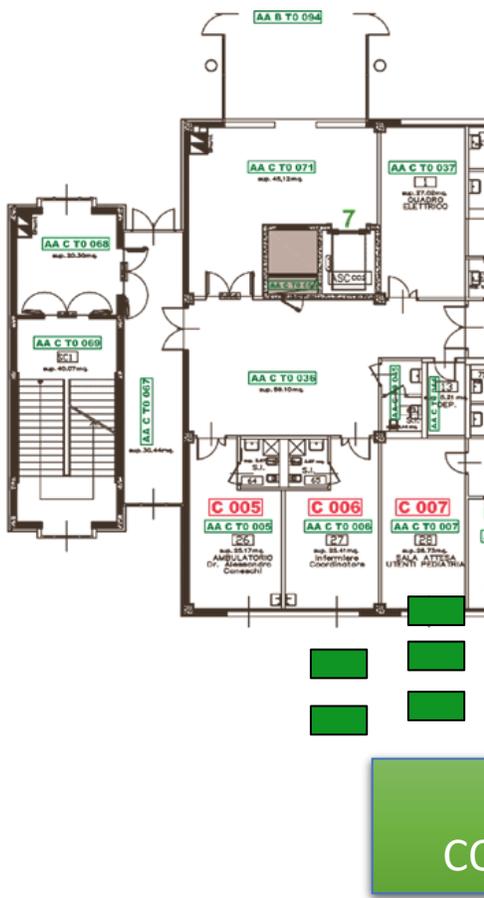


MOTIVAZIONI DELL'OSPEDALIZZAZIONE DA RSA

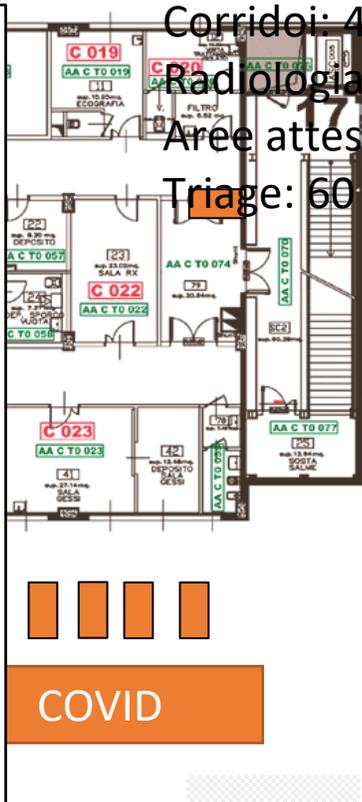
- **COMPLESSITA' CLINICA**
- **CARENZA E/O COMPETENZA DEL PERSONALE SANITARIO CHE VALUTA IL CASO**
- **SOLLECITAZIONI DA PARTE DEI FAMILIARI**
- **L'ATTEGGIAMENTO "DIFENSIVO" DELLE ORGANIZZAZIONI**



Necessità strutturali: il PS di Empoli: 1400 mq di cui



Aree trattamento: 460 mq
Posti barellati: 34 pz
Deambulanti: 20 pz
Totale: **54 pazienti/460 mq**
= 9 mq/paz
Ma se 80-90?
= 5-6 mq/paz

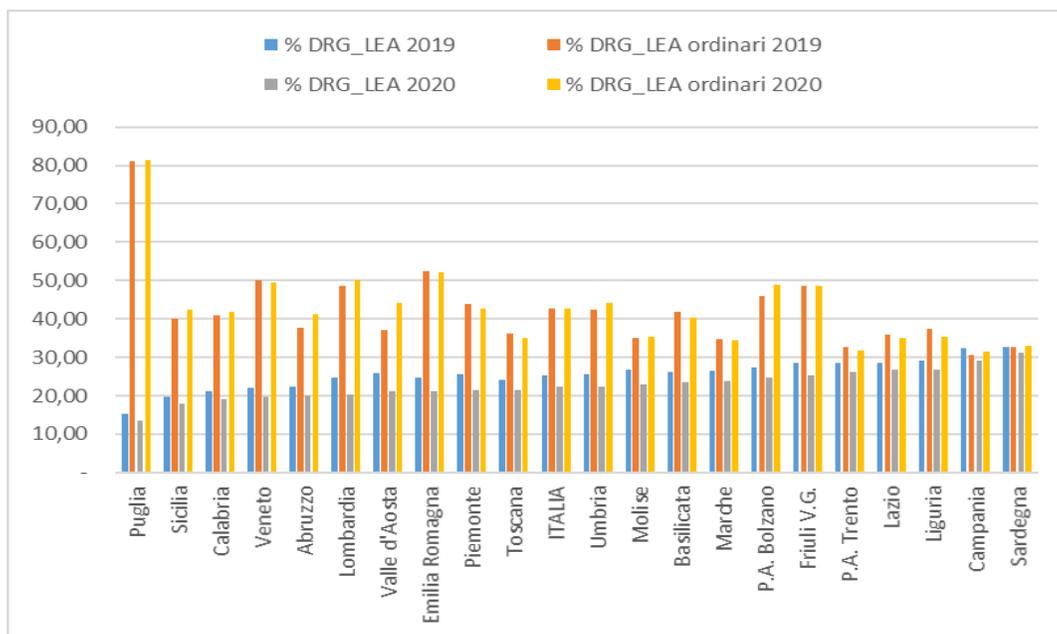


Aree trattamento: 460
Corridoi: 400
Radiologia: 220
Aree attesa: 180
Triage: 60



Occorre un PS 3 volte più grande!

L'indicatore di appropriatezza del ricovero basata su DRG è valido?



Percentuale DRG ad alto rischio di inappropriatenza sui ricoveri per acuti ("DRG_LEA") e percentuale di quelli erogati in ricovero ordinario, anni 2019 e 2020 (fonte: Ministero della Salute, Rapporti sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2019 e 2020)

O dovremmo utilizzare un indicatore basato sui dati clinici come i codici di gravità (Triage) di P.S. ?



Volume 22, Issue 11
November 2022

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

Filippo Luca Fimognari,¹ Diana Lelli,² Francesco Landi³ and Raffaele Antonelli Incalzi²

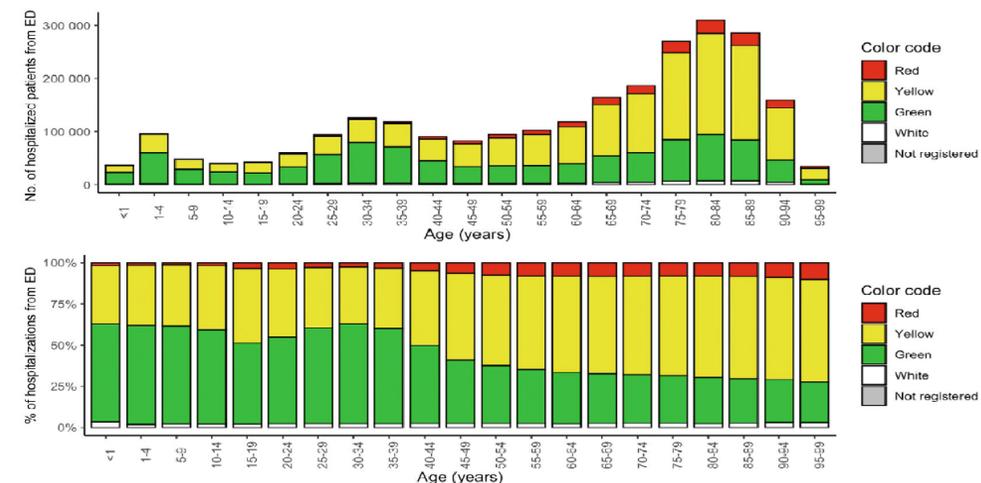


Figure 3 Hospitalized patients from the emergency department (ED) according to age and color code.

Il disallineamento gravità clinica/ricovero diminuisce con l'età, dal 62,9% nel gruppo di età 30-34 anni al 27,7% nel gruppo di età 95-99 anni



Published in final edited form as:

Ann Emerg Med. 2020 February ; 75(2): 162–170. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.08.430.

Concepts in Practice: Geriatric Emergency Departments

Elements to consider when choosing a Geriatric ED model of care.

	GED Unit	Geriatrics Practitioner Model	Geriatrics Champion	Geriatric-Focused Observation Unit Program
Additional staff required:	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics Practitioner • Case Manager • Pharmacy support • Physical therapists • Social worker 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics Practitioner • Case Manager • Pharmacy support • Physical therapists • Social worker 	<ul style="list-style-type: none"> • Case Manager • Pharmacy support • Physical therapists • Social worker 	<ul style="list-style-type: none"> • Inpatient Geriatrics consult service • Case Manager • Pharmacy support • Inpatient Physical Therapists • Social worker
Initial training costs:	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics training for unit nurses and providers 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics training for all ED nurses and providers • Geriatrics training for practitioner 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics training for all ED nurses and providers 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrics training for all ED nurses and providers
Physical space restraints	Yes	No	No	No
Effect on ED length of stay	unknown	increased	unknown	none or decreased
Effect on hospitalization rates	decreased ^{21, 22}	decreased ^{26, 29, 54}	unknown ⁴⁰	decreased ⁴²⁻⁴⁴



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



IL MEDICO DI PS CHE MI
ASPETTO



IL GERIATRA CHE MI
ASPETTO





SNLG “La Valutazione Multidimensionale della persona anziana”

Roma, 16 novembre 2023



#	Raccomandazione	FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE
R4a.1	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale <u>per ridurre il tasso di ospedalizzazione in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso.</u>	POSITIVA DEBOLE
R4a.2	Si suggerisce di usare la valutazione multidimensionale <u>per ridurre la compromissione funzionale, in un arco temporale compreso tra 4 e 12 mesi, in persone anziane afferenti al Pronto Soccorso</u>	POSITIVA DEBOLE
R5a.1	Si raccomanda di usare la valutazione multidimensionale <u>al fine di ridurre il tasso di ricovero in strutture residenziali nei pazienti anziani che afferiscono a reparti di area medica.</u>	POSITIVA FORTE

Le evidenze a favore dell'utilizzo del **Comprehensive Geriatric Assessment** sia in ambito DEU-PS sia in degenza ordinaria-area medica, sono ora contenute nelle raccomandazioni delle LG sulla valutazione multidimensionale della persona anziana promosse da SIGOT e SIMG e recentemente pubblicate e acquisite sul SNLG



“Mini CGA” come base per la stratificazione prognostica dell’anziano in DEA

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

McCusker J, et al. *JAGS* 1999

È possibile stratificare la prognosi con soli dati amministrativi?

Potenziati vantaggi:

- Metodo rapido, potenzialmente pre-ospedaliero, a basso costo, oggettivo, disponibile anche in pazienti non in grado di comunicare
- *Risk-adjustment* in confronti orizzontali (tra ospedali o reparti) e verticali (nel tempo)



“Mini CGA” come base per la stratificazione prognostica dell’anziano in DEA

ISAR	Yes	No
1) Before the illness, did you take more than three different medications every day on a regular basis?		
2) Since the illness, have you taken more than usual to take care of yourself?		
3) Have you been hospitalized more than 3 nights during the last 12 months stay in the Emergency Department?		
4) In general, is your memory good?		
5) In general, do you have any difficulty in understanding what people say to you?		
6) Do you take more than three different medications every day?	1	0

McCusker J, et al. JAGS 1999

È possibile stratificare la

- Nuovo algoritmo, sulla base del database “Silver Code National Project” – SCNP), n=206430 record di Toscana e Lazio

- Score ricalcolato ad ogni accesso in DEA
- Disponibile in tempo reale in FirstAid

Dynamic Silver Code (DSC)

- *Risk-adjustment* in confronti orizzontali (tra ospedali o reparti) e verticali (nel tempo)



Prima

Ospedale

Dopo

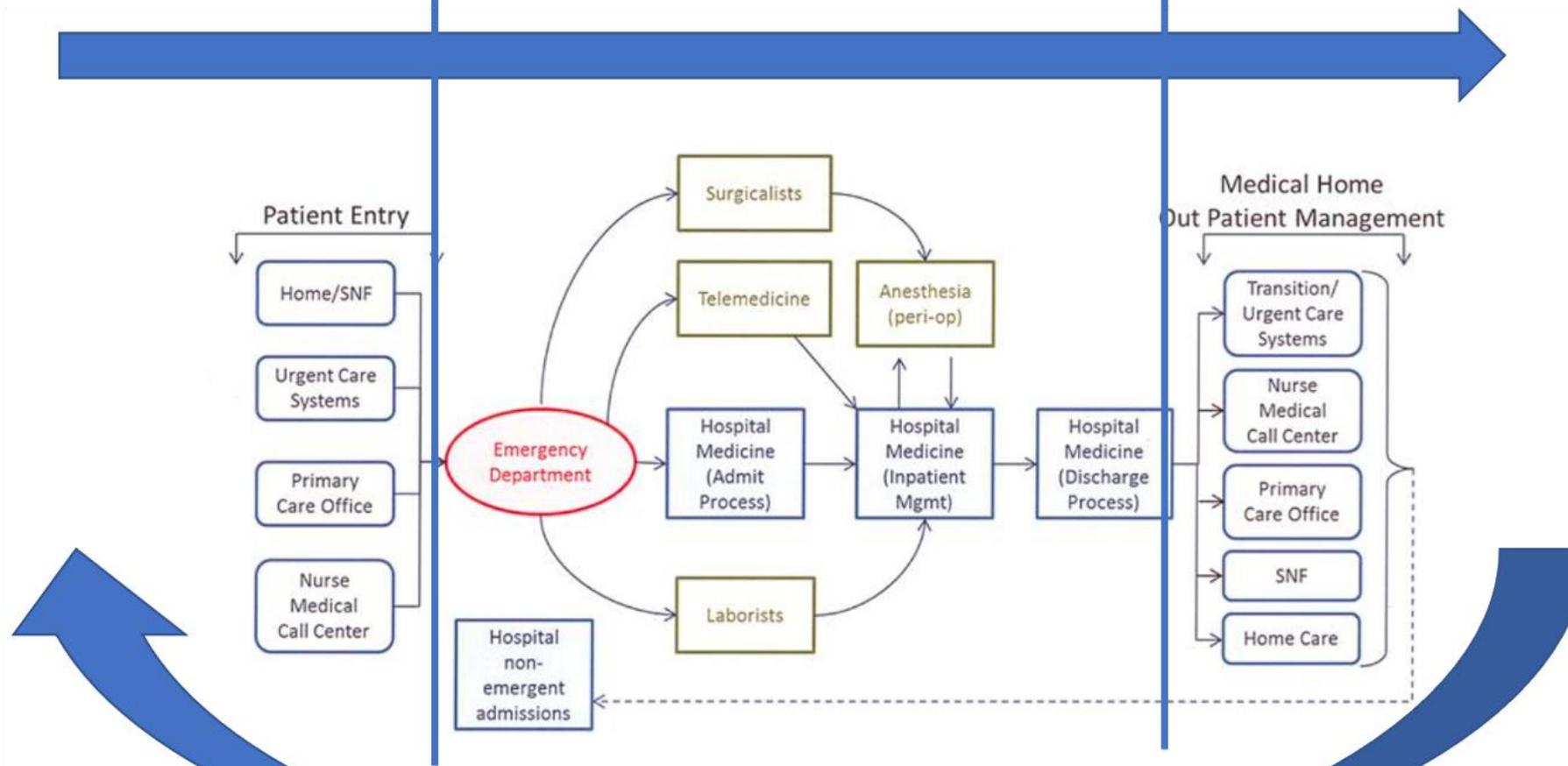


Figure 1. The central role of the ED in geriatric health care in contemporary medicine (reproduced with permission from TeamHealth's Patient Care Continuum Model.)

GERIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT GUIDELINES

American College of
Emergency Physicians®
ADVANCING EMERGENCY CARE

AGS THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY
Geriatrics Health Professionals.
Leading change. Improving care for older adults.

EN A
EMERGENCY NURSES ASSOCIATION
SAFE PRACTICE, SAFE CARE

SAEM Society for Academic
Emergency Medicine



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



“Ci vorrebbe il Geriatra di libera scelta!”



Infermiere di Famiglia e Comunità

Aumento dell'aderenza terapeutica / visite ed esami (programmazione di visite specialistiche)

Aumento dell'empowerment

Attivazione precoce di assiste sociale

Collaborazione diretta e immediata con MMG di paziente dimesso da PS

Collaborazione con specialisti di CDC



**PRESA IN
CARICO
GLOBALE
DELLA
FAMIGLIA**



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



GIROT

GRUPPO INTERVENTO RAPIDO OSPEDALE TERRITORIO

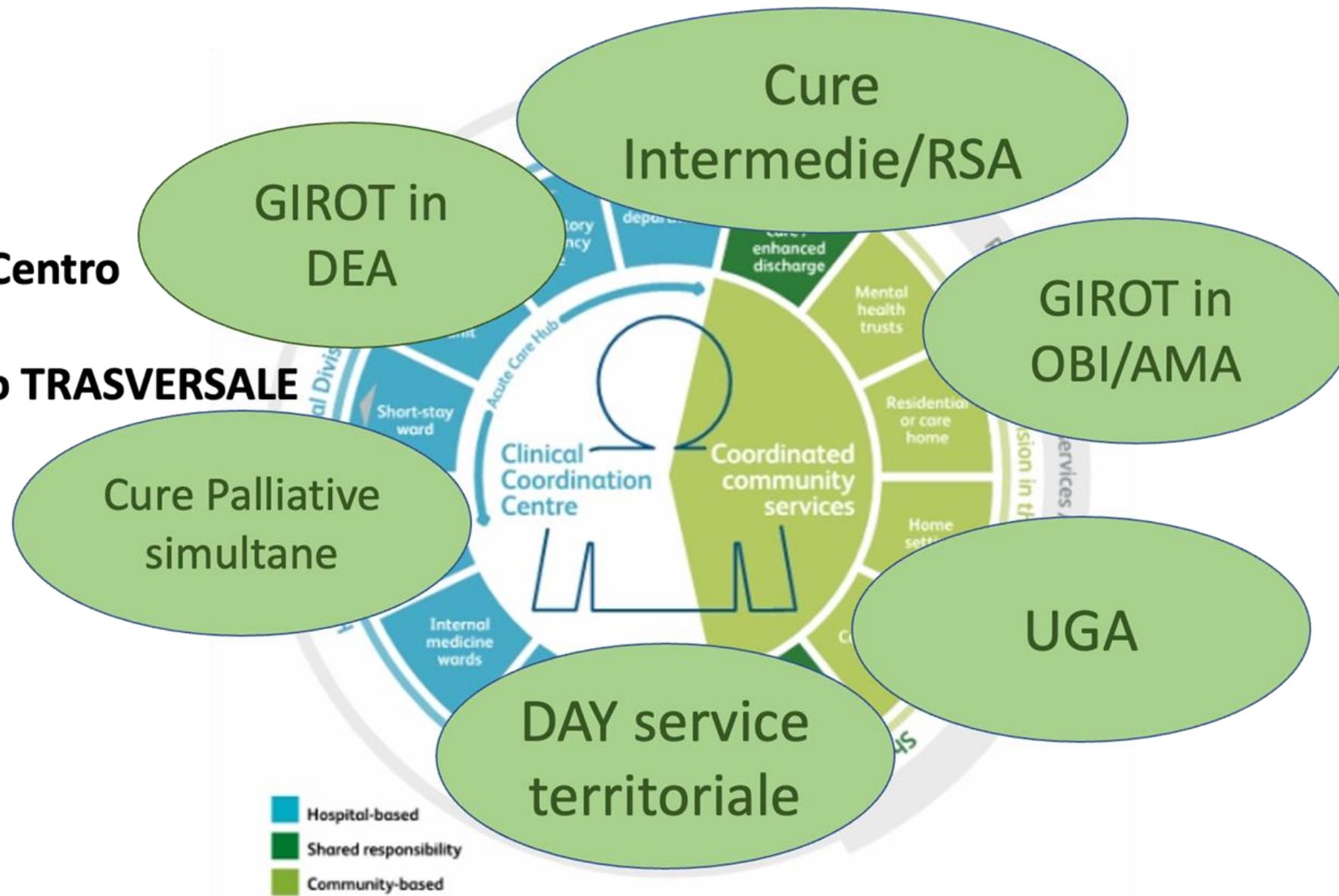
- Il Girot è una equipe multiprofessionale (USL TOSCANA CENTRO e AOU Careggi) composta da geriatri, internisti, palliativisti, che prende in carico il paziente insieme agli infermieri di famiglia e comunità. L'attività del GIROT può iniziare già in DEA, dove è presente un geriatra per la presa in carico precoce del paziente.
- Si rivolge a **persone di solito anziane con disabilità motoria e cognitiva, in corso di scompenso clinico**, per i quali l'ospedalizzazione può essere addirittura dannosa.
- Può essere attivato dal: **MMG**, dal medico in dimissione ospedaliera/DEA o dalle cure intermedie/ospedale di comunità, ACOT, Medico emergenza urgenza (118)

**OGNI PERCORSO E' CONDIVISO E GESTITO IN COMANAGEMENT
CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**



Il Paziente al Centro

Presa in carico TRASVERSALE





68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Pazienti totali (n°)	5884
Età media (anni)	88,05
Min (anni)	43,00
Max (anni)	103,00
Mediana (anni)	89,00
Interventi totali (visite + televisite) - (n°)	5656
Televisite (n°)	2584
Visite (n°)	2942
Degenza media	8

Delirium_durante	
n. 19	5,0 %
Contenzione_farmacologica	
n. 10	3,1 %
Contenzione_fisica	
n. 4	1,3 %
Difficoltà_assistenza	
n. 16	18,0 %
BPCO	
n. 56	17,6 %
Scompenso_cardiaco	
n. 95	29,9 %
Disfagia severa	
n. 26	8,2 %

Delirium nei reparti ospedalieri
20-30%

Diagnosi di Demenza		
Demenza con disturbo comportamentale	71	22,3 %
Demenza senza disturbo comportamentale	82	25,8 %

Setting	Decessi a 30 giorni	tot	%
Geriatrica OSMA	98	402	24,4
GIROT	41	244	16,8

Dati GIROT 2022 -- no covid

TERRITORIO

READMISSION

FRAGILITA'

COGESTIONE

PS

95.000

CONTINUITA'
DI CURA