



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



RITORNO IN PRONTO SOCCORSO: UN PROBLEMA APERTO

Lorenzo Palleschi

Presidente Nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio - SIGOT

Direttore Dipartimento Internistico con area Onco-Ematologica

Direttore UOC Geriatria

Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata, Roma

SISTEMA SANITARIO REGIONALE





68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Cosa intendiamo per riaccesso in PS?

Pazienti riammessi in PS entro

30 giorni dalla dimissione



Emergency readmissions

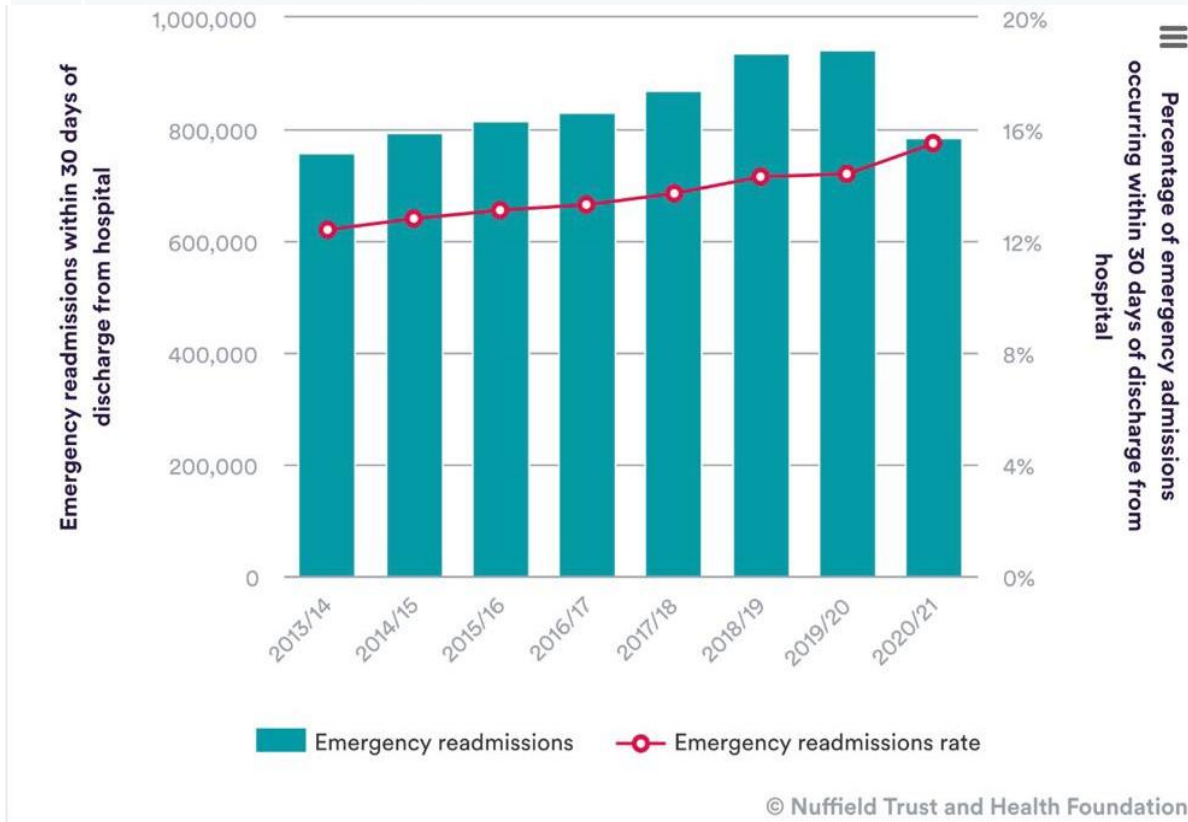


Tavola 4.9 - Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina di ammissione- Ricoveri in Regime ordinario - Anno 2020

DISCIPLINA DI AMMISSIONE	Ricoveri ripetuti	Totale ricoveri	% Ricoveri ripetuti	N. medio ricoveri ripetuti
01 - Allergologia	-	54	-	-
05 - Angiologia	233	1.013	23,0	1,8
06 - Cardiocirurgia pediatrica	240	1.895	12,7	1,2
07 - Cardiocirurgia	2.592	35.679	7,3	1,1
08 - Cardiologia	29.964	282.880	10,6	1,2
09 - Chirurgia generale	61.829	589.862	10,5	1,2
10 - Chirurgia maxillo facciale	1.037	17.400	6,0	1,1
11 - Chirurgia pediatrica	2.324	24.421	9,5	1,3
12 - Chirurgia plastica	2.221	28.048	7,9	1,2
13 - Chirurgia toracica	3.154	30.523	10,3	1,2
14 - Chirurgia vascolare	8.866	59.775	14,8	1,3
18 - Ematologia	12.492	28.084	44,5	2,2
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	814	9.842	8,3	1,3
20 - Immunologia	130	5.717	2,3	1,1
21 - Geriatria	8.062	90.889	8,9	1,2
24 - Malattie infettive e tropicali	6.184	115.514	5,4	1,1
25 - Medicina del lavoro	35	855	4,1	1,1
26 - Medicina generale	137.372	843.486	16,3	1,3

TOTALE	590.529	5.248.255	11,3	1,3
---------------	----------------	------------------	-------------	------------

Source: NHS Digital, NHS Outcomes Framework Indicators - 3b Emergency readmissions within 30 days of discharge from hospital



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2020

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Tavola 4.9 - Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina di ammissione- Ricoveri in Regime ordinario - Anno 2020

DISCIPLINA DI AMMISSIONE	Ricoveri ripetuti	Totale ricoveri	% Ricoveri ripetuti	N. medio ricoveri ripetuti	DISCIPLINA	Ricoveri ripetuti	Totale ricoveri	% Ricoveri ripetuti	N. medio ricoveri ripetuti
01 - Allergologia	-	54	-	-	46 - Grandi ustioni pediatriche	1	45	2,2	1,0
05 - Angiologia	233	1.013	23,0	1,8	47 - Grandi ustionati	8	1.121	0,7	1,1
06 - Cardiocirurgia pediatrica	240	1.895	12,7	1,2	48 - Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)	2.350	9.700	24,2	1,5
07 - Cardiocirurgia	2.592	35.679	7,3	1,1	49 - Terapia intensiva	6.553	74.878	8,8	1,2
08 - Cardiologia	29.964	282.880	10,6	1,2	50 - Unità coronarica	8.753	130.399	6,7	1,1
09 - Chirurgia generale	61.829	589.862	10,5	1,2	51 - Astanteria	5.664	94.376	6,0	1,1
10 - Chirurgia maxillo facciale	1.037	17.400	6,0	1,1	52 - Dermatologia	522	4.896	10,7	1,3
11 - Chirurgia pediatrica	2.324	24.421	9,5	1,3	54 - Emodialisi	59	170	34,7	1,6
12 - Chirurgia plastica	2.221	28.048	7,9	1,2	56 - Recupero e riabilitazione funzionale	15.872	216.340	7,3	1,1
13 - Chirurgia toracica	3.154	30.523	10,3	1,2	57 - Fisiopatologia della riproduzione umana	73	1.331	5,5	1,1
14 - Chirurgia vascolare	8.866	59.775	14,8	1,3	58 - Gastroenterologia	7.301	52.547	13,9	1,4
18 - Ematologia	12.492	28.084	44,5	2,2	60 - Lungodegenti	6.231	74.249	8,4	1,1
19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	814	9.842	8,3	1,3	61 - Medicina nucleare	707	4.304	16,4	1,8
20 - Immunologia	130	5.717	2,3	1,1	62 - Neonatologia	852	25.195	3,4	1,1
21 - Geriatria	8.062	90.889	8,9	1,2	64 - Oncologia	31.725	86.588	36,6	2,2
24 - Malattie infettive e tropicali	6.184	115.514	5,4	1,1	65 - Oncoematologia pediatrica	6.283	8.714	72,1	4,6
25 - Medicina del lavoro	35	855	4,1	1,1	66 - Oncoematologia	2.124	4.054	52,4	2,6
26 - Medicina generale	137.372	843.486	16,3	1,3	67 - Pensionanti	1.744	9.940	17,5	2,6
28 - Unità spinale	642	2.702	23,8	1,5	68 - Pneumologia	5.305	72.391	7,3	1,2
29 - Nefrologia	9.605	46.994	20,4	1,4	69 - Radiologia	133	632	21,0	1,3
30 - Neurochirurgia	6.028	73.603	8,2	1,1	70 - Radioterapia	388	2.242	17,3	2,3
31 - Nido	175	197.407	0,1	1,0	71 - Reumatologia	628	5.763	10,9	1,5
32 - Neurologia	8.727	135.405	6,4	1,2	73 - Terapia intensiva neonatale	440	10.219	4,3	1,1
33 - Neuropsichiatria infantile	1.194	8.989	13,3	1,5	74 - Radioterapia oncologica	126	723	17,4	2,0
34 - Oculistica	4.556	34.502	13,2	1,2	75 - Neuro-riabilitazione	1.396	9.919	14,1	1,2
35 - Odontoiatria e stomatologia	23	734	3,1	1,1	76 - Neurochirurgia pediatrica	444	2.862	15,5	1,3
36 - Ortopedia e traumatologia	31.635	523.948	6,0	1,1	77 - Nefrologia pediatrica	432	2.081	20,8	1,6
37 - Ostetricia e ginecologia	52.208	595.147	8,8	1,2	78 - Urologia pediatrica	440	2.456	17,9	1,3
38 - Otorinolaringoiatria	7.078	95.225	7,4	1,2	94 - Terapia semintensiva	34	2.679	1,3	1,1
39 - Pediatria	16.077	142.151	11,3	1,4	96 - Terapia del dolore	161	1.190	13,5	1,3
40 - Psichiatria	25.543	83.823	30,5	1,7					
43 - Urologia	42.740	229.684	18,6	1,3					
					TOTALE	590.529	5.248.255	11,3	1,3



Ministero della Salute

Direzione generale della programmazione sanitaria

Ufficio 6

Rapporto annuale
sull'attività di ricovero
ospedaliero

DATI SDO 2020

Luglio 2022



Tassi di riammissione ospedaliera per classi d'età

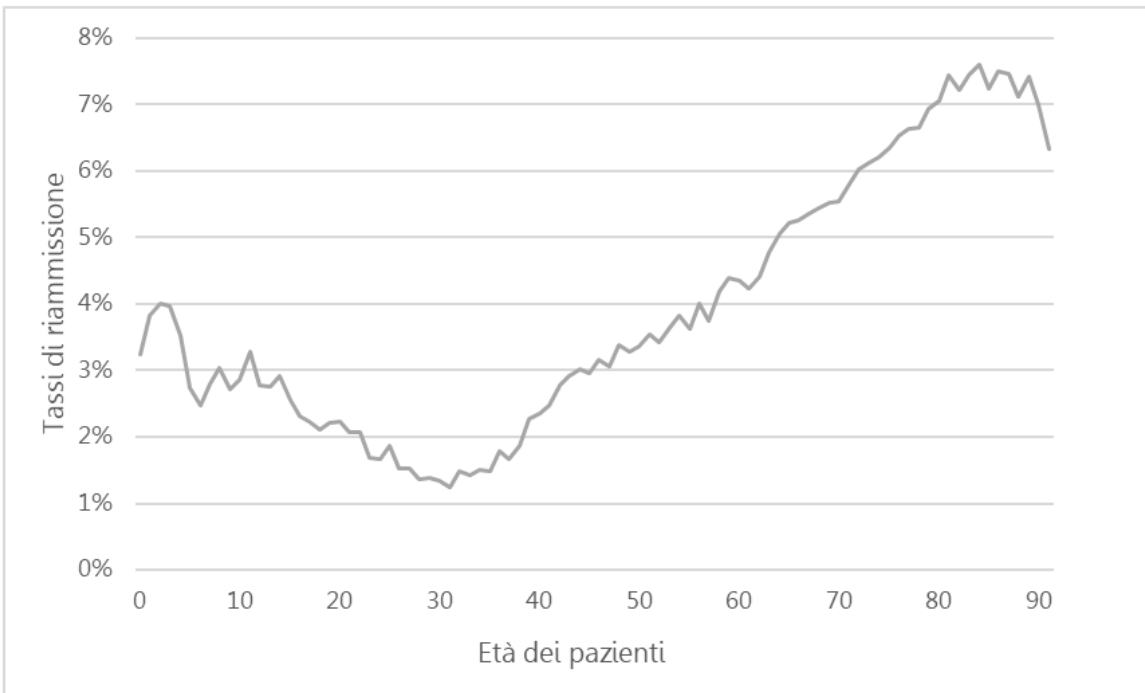
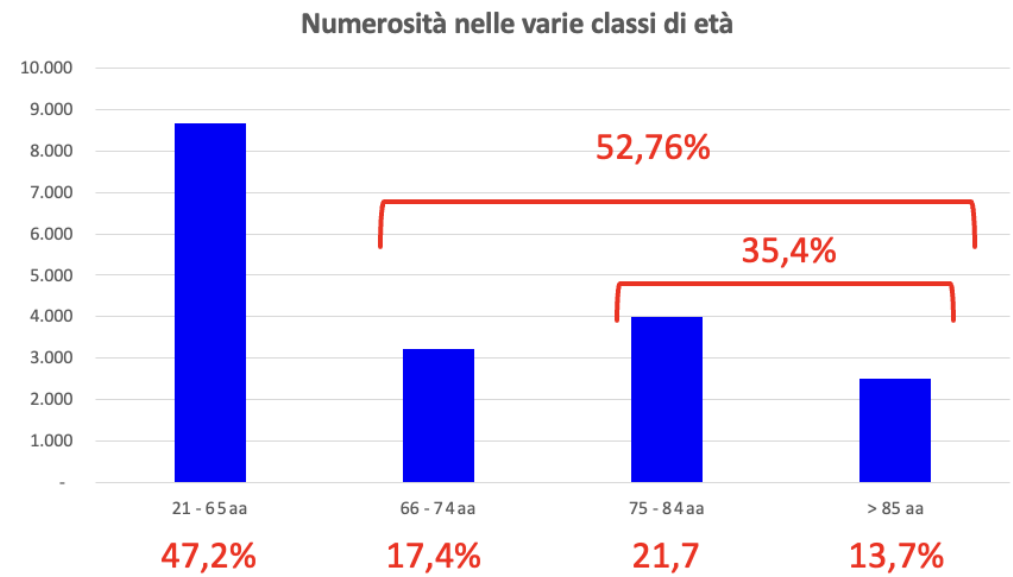
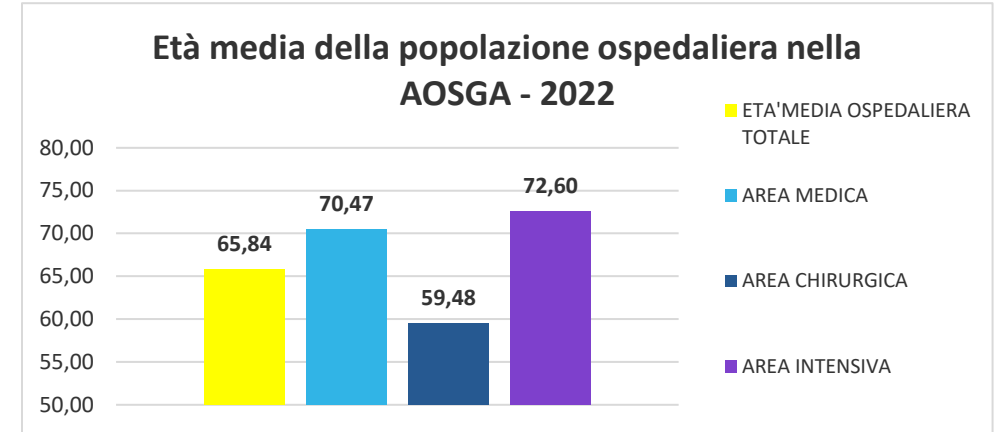


Figura 2: tasso di riammissione osservato secondo l'età (UST 2017)



Il tasso di riammissione in ospedale incrementa nelle classi di età più avanzate





Volume 22, Issue 11
November 2022
Pages 917-923

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

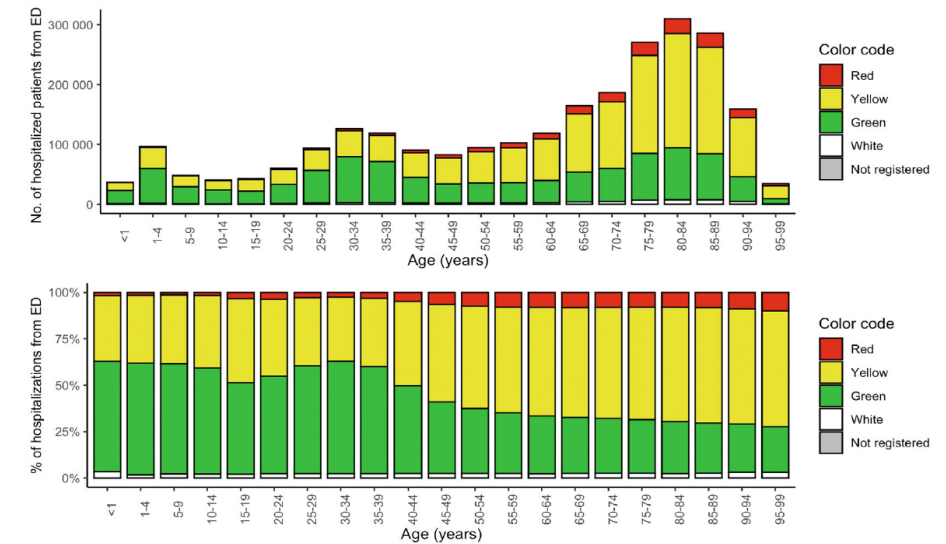
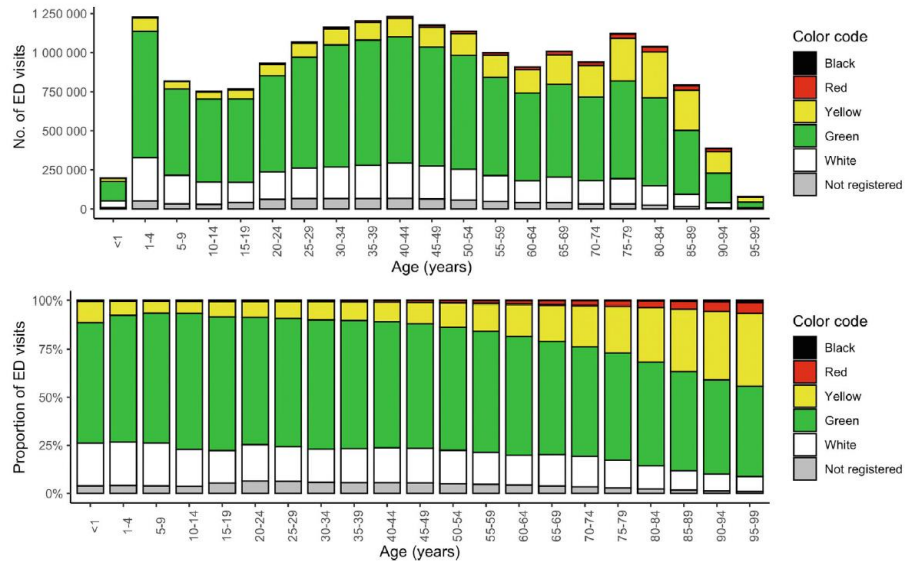


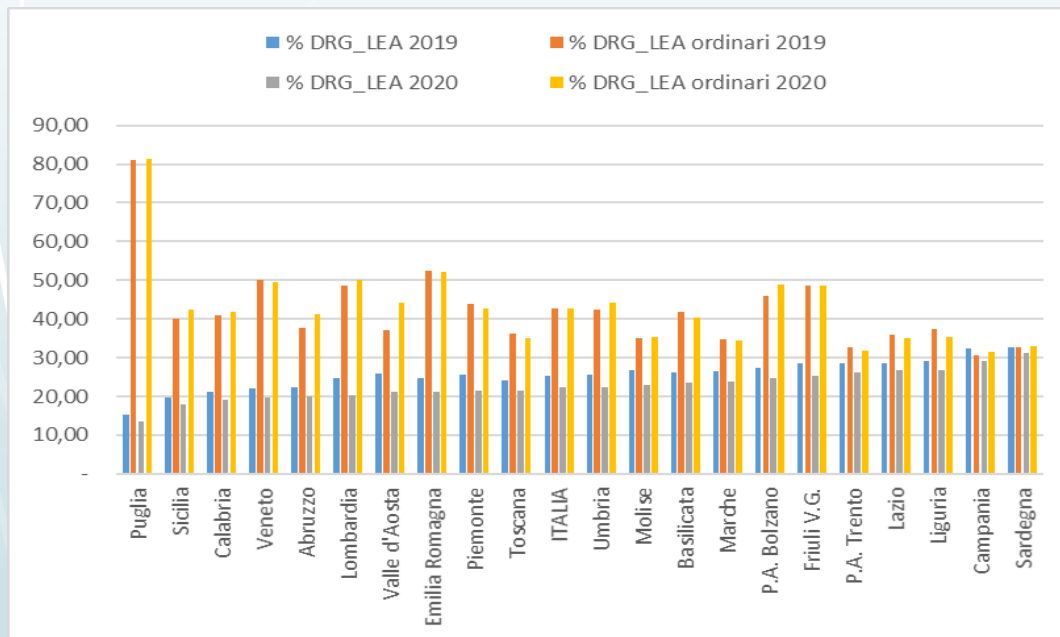
Figure 2 Emergency department (ED) visits according to age and color code.

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

L'appropriatezza delle visite al PS aumentava con l'età, dal 6,3% nel gruppo di età 5-9 anni al 44,2% nel gruppo di età 95-99 anni.

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

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

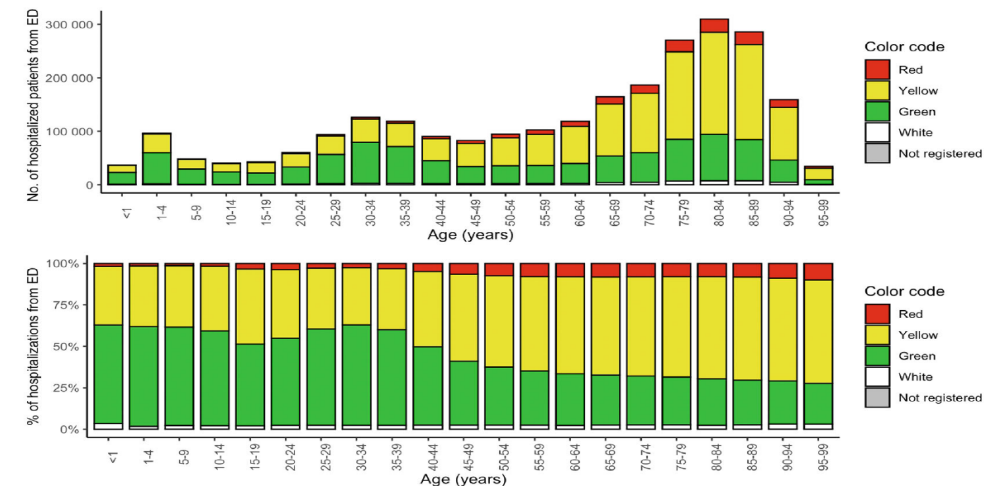
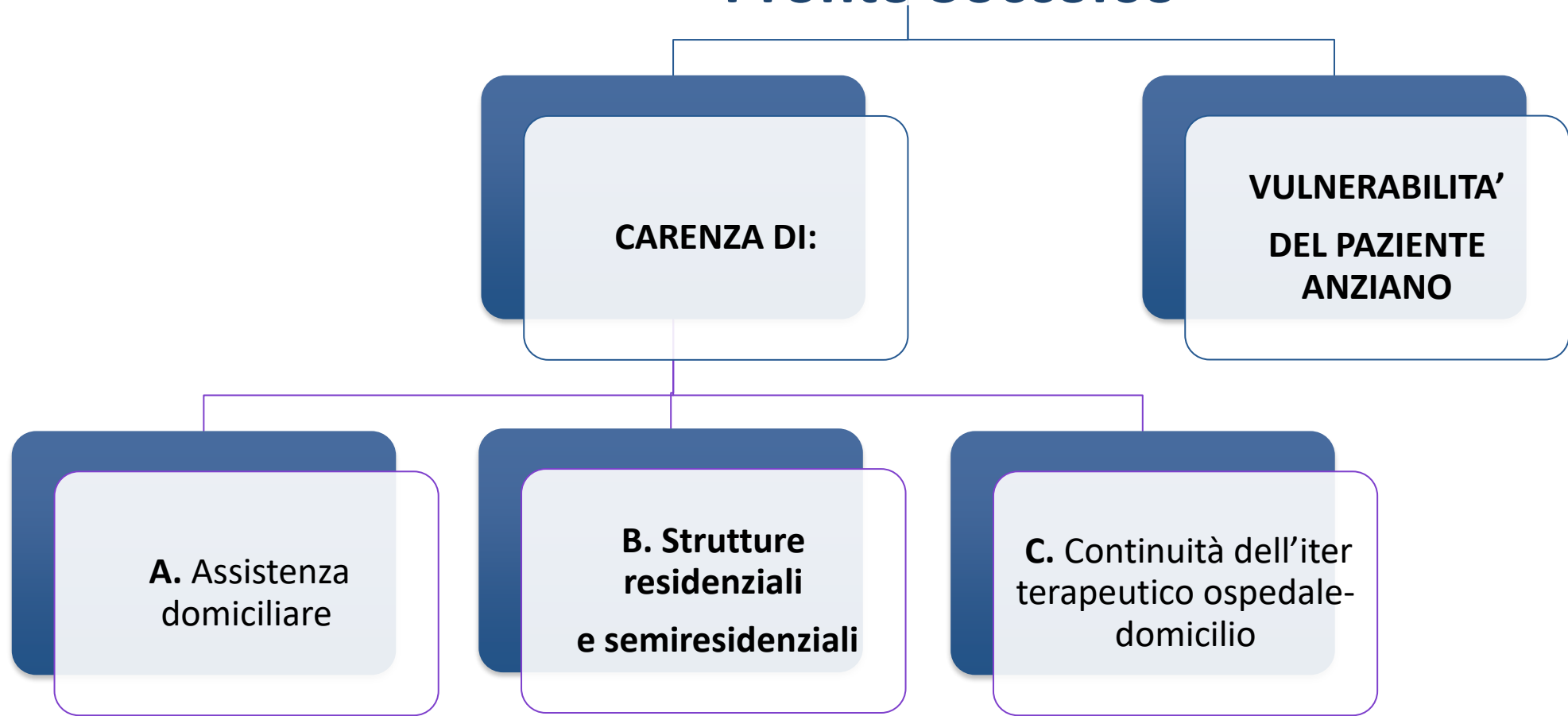


Figure 3 Hospitalized patients from the emergency department (ED) according to age and color code.

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



Cause dei riaccessi in Pronto Soccorso





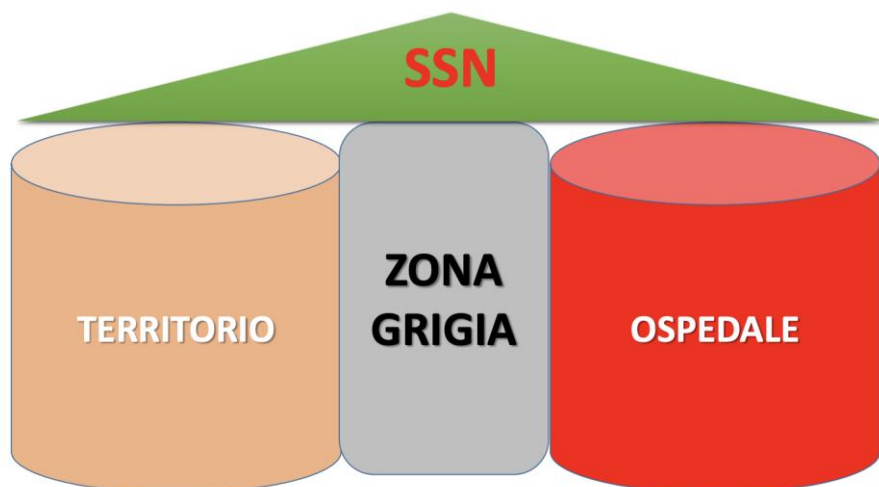
A. Carenza di assistenza domiciliare

- Incremento degli anziani che vivono soli e mancanza di supporto socio-familiare



La metà delle persone sole in Italia ha più di 65 anni, nel 2041 rappresenteranno il 60% di chi vive solo

C. Carenza di continuità dell'iter terapeutico



B. Carenza di strutture residenziali/semiresidenziali

Sanità24 | 24 ORE

Italia ultima per posti in Rsa, solo 19 per mille anziani over 65

Confronto con i numeri di Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia

3 luglio 2023

quotidianosanità.it

«In Italia ci sono circa 3 milioni di anziani non autosufficienti, oltre un milione sono assistiti dalle famiglie, 1,3 milioni di anziani non autosufficienti vivono invece soli e solamente 280mila di loro sono assistiti in RSA pesando per 12 miliardi l'anno sulle casse dello Stato...

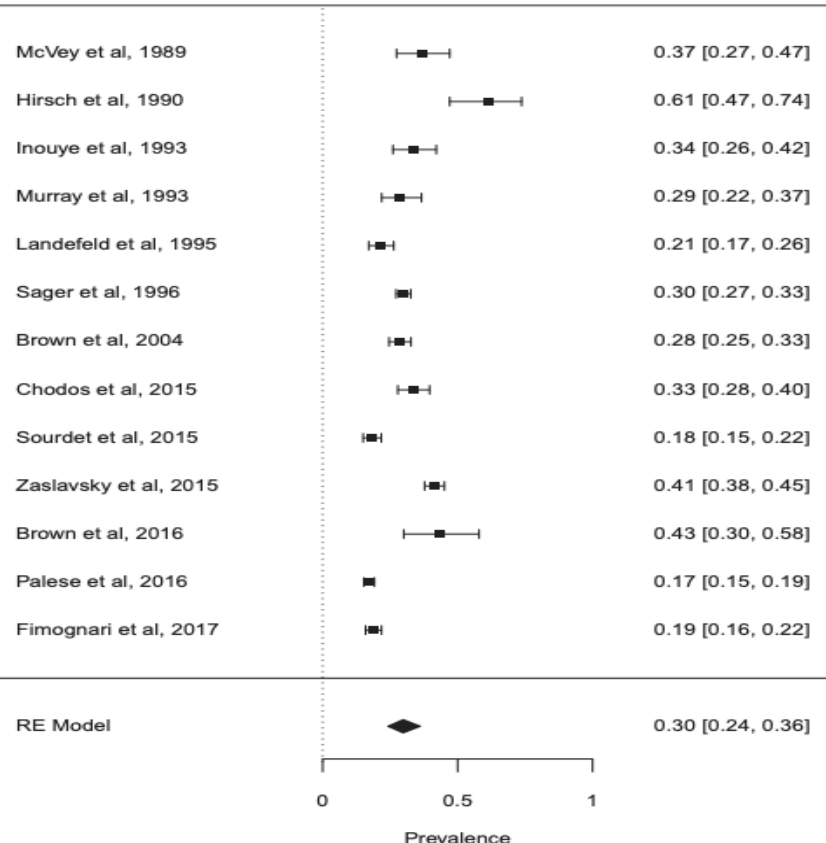


VULNERABILITA' DEL PAZIENTE ANZIANO

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

Author(s) and Year

Prevalence [95% CI]



Published online 2019 Nov 14. doi: [10.1016/j.jamda.2019.09.015](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.09.015)



PREVALENZA DISABILITA' OSPEDALE-CORRELATA (HAD): 30%

Quasi 1/3 degli anziani ospedalizzati viene dimesso in condizioni di autonomia ridotta rispetto alla condizione premorbose

Functional trajectories associated with acute illness and hospitalization in oldest old patients: Impact on mortality

> [Front Physiol. 2022 Sep 14;13:937115. doi: 10.3389/fphys.2022.937115. eCollection 2022.](https://doi.org/10.3389/fphys.2022.937115)

82%: funzionalità ADL instabile (significativo declino pre-ospedaliero e un minore declino durante il ricovero).

64%: dimesso con una funzionalità ADL peggiore rispetto al basale.

< 1/4 : recupero della funzionalità basale al momento della dimissione.



VULNERABILITA' DEL PAZIENTE ANZIANO

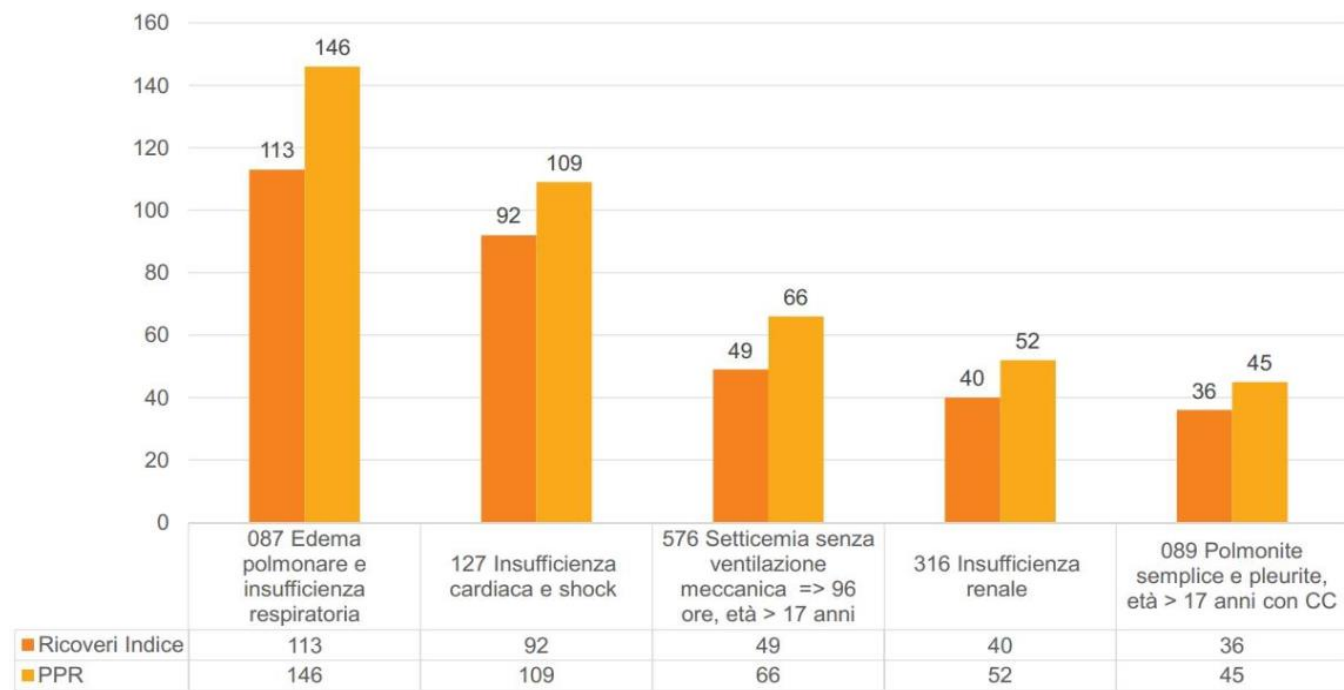
The Hospital-Dependent Patient

David B. Reuben, M.D., and Mary E. Tinetti, M.D.

In many ways, the existence of hospital-dependent patients is a direct product of the successes and advances of medicine. During our training in the 1970s and 1980s, such patients died quickly. There was little we could offer once their conditions progressed to end-stage. With the advance of technology and new medications, such patients now survive longer; acute decompensations can be corrected with acute care interventions.

Hospital-dependent patient
pazienti fragili che migliorano solo in ospedale, indipendentemente dalla qualità delle cure territoriali

Primi 5 DRG a maggior rischio (30 giorni – finestra di riammissione)





68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Quali soluzioni?



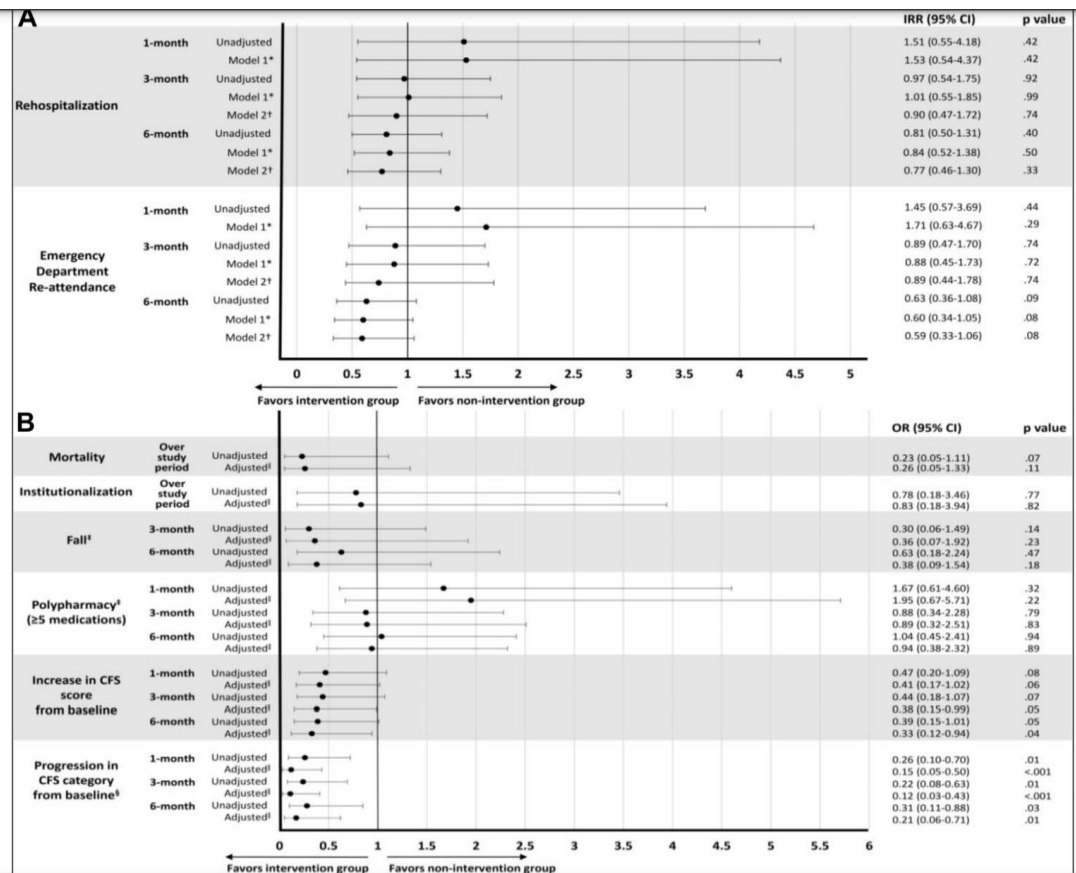
1. Presenza diurna del geriatra/ambulatorio fragilità-complessità con applicazione del CGA in Pronto Soccorso

Emergency Department Interventions for Frailty (EDIFY): Front-Door Geriatric Care Can Reduce Acute Admissions



Age and Ageing 2014; 43: 109–114
doi: 10.1093/ageing/aft087
Published electronically 23 July 2013

JAMDA 22 (2021) 923–928



Interventi specialistici geriatrici precoci possono ridurre i ricoveri acuti potenzialmente evitabili

A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'

Conclusion

The methodological limitations of the study design used for this service evaluation, and the lack of detailed individual patient and service cost outcomes mean that it is too early to expect these findings to be generalisable; undoubtedly more robust evaluations are required. However, in the context of an ageing population and the shrinking health care budgets, services do need to re-examine how they operate and consider doing things differently. Early intervention for frail older people may offer benefits for patients and services alike, and is worthy of on-going study.



2. Implementazione delle Unità Geriatriche per Acuti

JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY



Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis

«Acute geriatric unit care, based on all or part of the ACE model and introduced during the acute phase of older adults' illness or injury, improves patient- and system-level outcomes».



ACUTE CARE for ELDERS

Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VMD)

Approccio multidisciplinare e personalizzato

Prevenzione e Gestione delle Sindromi Geriatriche

Mobilizzazione precoce e Riabilitazione

Coinvolgimento del paziente e dei caregivers nel programma di cura

Pianificazione precoce della dimissione per la transizione delle cure



Cochrane Database of Systematic Reviews

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S

More older patients are likely to survive and return home if they receive comprehensive geriatric assessment (CGA) whilst an in-patient. Fewer will suffer death or deterioration. These effects are consistently demonstrated from trials of geriatric wards, but not replicated from trials of mobile peripatetic geriatric consultation teams on general wards although trial and participant numbers are much lower for this subgroup. CGA also appears to result in improved cognitive functioning.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 9. Art. No.: CD006211.

le Geriatriche per acuti devono avere le seguenti caratteristiche :

-tipo di utenza

PAZIENTI FRAGILI MA CON STATO FUNZIONALE ANCORA PARZIALMENTE PRESERVATO

-metodologia di lavoro

INCENTRATA E GUIDATA DAL CGA



Documento SIGG - SIGOT
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio
RUOLO DELLA GERIATRIA OSPEDALIERA
NELL'ATTUALE CONTESTO SANITARIO IN ITALIA

Aumentare i posti letto di Geriatria per acuti negli ospedali italiani

Una recente indagine (Tabella 1) condotta nei primi mesi 2020 dalle sezioni regionali di SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) dimostra tuttavia una importante eterogeneità regionale con una carenza in alcune regioni (come ad esempio Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte) con una media nazionale di posti letto pari a 0.059×1000 abitanti, cioè meno del 2% dei posti letto ospedalieri italiani. Ciò in netto contrasto con l'andamento epidemiologico e clinico che vede soggetti anziani con eventi acuti e/o riacutizzazioni di patologie croniche rappresentare la quota prevalente delle richieste di assistenza medica in urgenza (4).

Tabella 1. Unità Operative di Geriatria per acuti in Italia (2020 pre Covid-19)

	Regione	N. PL	N. UO	Indice di vecchiaia 2019, %	Numero di abitanti 2019	PL $\times 1000$ abitanti
1	Liguria	85	3	255,8	1.550.640	0.054
2	Abruzzo	151	6	191,8	1.311.580	0.11
3	Molise	0	0	217,5	305.617	0
4	Calabria	115	6	163,3	1.947.131	0.059
5	Marche ¹	145	6	196,2	1.525.271	0.095
6	Umbria	53	2	204,2	882.015	0.060
7	Emilia Romagna	524	15	182,6	4.459.477	0.11
8	Lombardia	202	7	165,5	10.060.574	0.020
9	Veneto	903	25	172,1	4.905.854	0.18
10	Trento e Bolzano	194	4	138,5	1.072.276	0.18
11	Toscana ²	156	8	204,6	3.729.641	0.041
12	Lazio	263	10	162,6	5.879.082	0.044
13	Campania	84	5	129,8	5.801.692	0.014
14	Sardegna	78	3	212,0	1.639.591	0.047
15	Puglia	182	9	168,6	4.029.053	0.045
16	Basilicata	62	3	193,2	562.869	0.11
17	Sicilia	169	14	153,7	4.999.891	0.033
18	Valle d'Aosta	19	1	181,6	125.666	0.15
19	Piemonte ³	211	8	205,9	4.356.406	0.048
20	Friuli Venezia G.	25	1	217,2	1.215.220	0.020
	Italia	3.621	136	173,1	60.393.583	0.059

¹Marche: sono inclusi anche i 36 della UO di "posti letto indistinti" dell'Ospedale di Macerata, diretta da una Geriatra.

²Toscana: includendo anche gli 8 posti letto a prevalente indirizzo riabilitativo dell'Ospedale di Castel del Piano.

³Piemonte: includendo 20 posti letto di ospedalizzazione domiciliare dell'AO Città della Salute e della Scienza (Molinetto) di Torino.



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



3. Team multiprofessionali e modelli di cogestione



Fase 1: Accesso del paziente in PS
(presa in carico -Fast Track Geriatrico- ed
inquadramento diagnostico)

Fase 2: Ricovero in Ortogeriatría
(gestione della fase perioperatoria in Team
multiprofessionale a leadership geriatrica)

Fase 3: Trasferimento in ROG
(prosecuzione della fase riabilitativa in
reparto dedicato sempre in Team)

Dimissione in stretta continuità con il
Territorio e follow-up (ortopedico e
ambulatorio Osso Fragile)



4. «Geriatrizzare» rete territoriale e servizi.

a) Geriatra in RSA e nei Centri Diurni

The Presence of a Geriatrician in a Nursing Home Could Prevent Hospitalization

LETTER TO THE EDITOR | VOLUME 21, ISSUE 1, P139-140, JANUARY 2020



Table 1

Number of Events, With Incidence Rate and Incidence Rate Ratio (Statistical Unit: 100 Stay-Years)

Outcome	All (290 stays)		NoGER (141 stays)		GER (149 stays)		IRR	95% CI	P
	n	IR	n	IR	n	IR			
Hospitalization	57	0.08	37	0.13	20	0.05	0.34	0.19-0.60	<.001
Death	101	0.14	34	0.12	67	0.15	1.24	0.81-1.94	.30
Falls	565	0.78	233	0.83	332	0.74	0.90	0.76-1.07	.11

CI, confidence interval.

IRs are computed as follows: noGER: IR = N/(2 × 141); GER: IR = N/(3 × 149).

Incidence rate ratio (IRR) = IR_{GER}/IR_{noGER}.

Number Needed to Treat 12!!!

b) Potenziamento dei CDCD

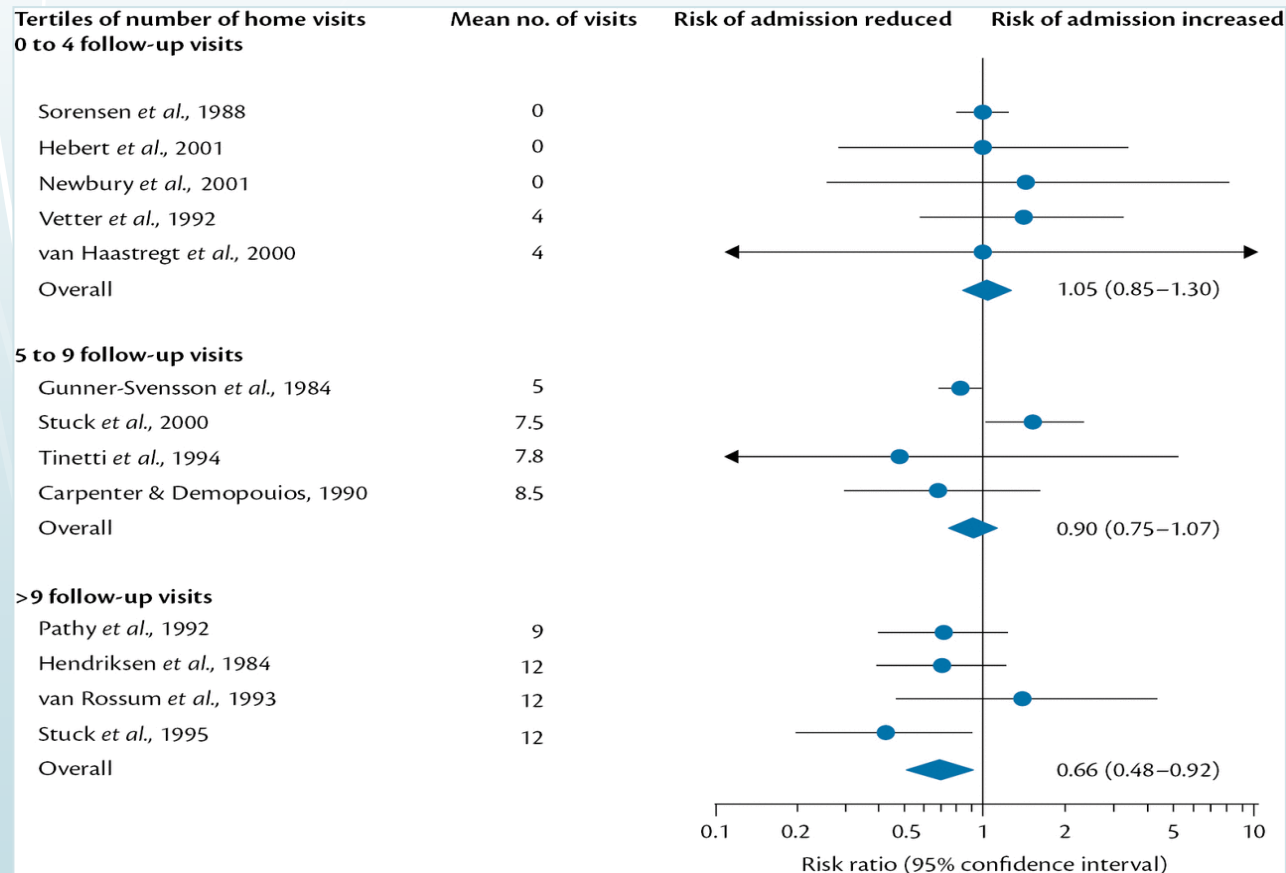
Presenza del geriatra nella **rete ospedaliera e territoriale dedicata alle demenze** (età avanzata principale fattore di rischio).

Importanza della gestione delle **urgenze comportamentali** e delle **comorbilità associate**.



4. «Geriatrizzare» rete territoriale e servizi.

Effect of multidimensional preventive home visit programmes on admission to hospital.



Review > JAMA. 2002 Feb 27;287(8):1022-8. doi: 10.1001/jama.287.8.1022.

Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis

Conclusion: Preventive home visitation programs appear to be effective, provided the interventions are based on multidimensional geriatric assessment and include multiple follow-up home visits and target persons at lower risk for death.



Conclusioni e Auspici

- Il frequente ritorno in PS è determinato dalla carenza di risorse, strutture e percorsi sul territorio e dalla tipologia prevalente di pazienti che si rivolge all'ospedale.
- L'auspicio è che la programmazione della rete dei servizi includa adeguatamente competenze geriatriche in tutti i setting dedicati alla gestione dell'anziano.
- Sarà necessario un monitoraggio efficace dei risultati dell'attuazione del DM77, attraverso indicatori clinici ed economici.