

SALA POLISSENA A

FRAGILITA' E CRONICITA'

Moderatori: Luciano D'Angelo - Vincenzo Menditto

Filippo Luca Fimognari (SIGOT)

Position paper SIGOT-SIMEU



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Position paper SIGOT-SIMEU

Approccio al paziente anziano in ospedale

Filippo Fimognari

Direttore UOC di Geriatria e Dipartimento Medico Polispecialistico
Azienda Ospedaliera Annunziata-Mariano Santo-S. Barbara -
Cosenza

Past-President Nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e
Territorio (SIGOT)

Al primo gennaio 2020 i residenti in Italia sono 60.359.546, gli over 65enni sono 13,8 milioni e rappresentano il 22,8% della popolazione totale. 2.2 milioni sono gli ultra 85enni e 14.500 gli ultracentenari

Anno 1° gennaio2	<i>0-14 anni</i>	<i>15-64 anni</i>	<i>65+ anni</i>	<i>Totale residenti</i>	<i>Età media</i>
2002	8.109.389	38.229.704	10.654.649	56.993.742	41,4
2003	8.148.138	38.271.603	10.901.329	57.321.070	41,7
2004	8.190.349	38.569.415	11.128.481	57.888.245	41,8
2005	8.255.712	38.827.322	11.379.341	58.462.375	42,0
2006	8.283.936	38.875.440	11.592.335	58.751.711	42,1
2007	8.321.900	39.016.635	11.792.752	59.131.287	42,3
2008	8.367.043	39.306.261	11.945.986	59.619.290	42,5
2009	8.428.708	39.531.202	12.085.158	60.045.068	42,6
2010	8.477.937	39.655.921	12.206.470	60.340.328	42,8
2011	8.513.222	39.811.683	12.301.537	60.626.442	43,0
2012	8.325.217	38.698.168	12.370.822	59.394.207	43,3
2013	8.348.338	38.697.060	12.639.829	59.685.227	43,5
2014	8.448.133	39.319.593	13.014.942	60.782.668	43,7
2015	8.383.122	39.193.416	13.219.074	60.795.612	43,9
2016	8.281.859	39.013.938	13.369.754	60.665.551	44,2
2017	8.182.584	38.878.311	13.528.550	60.589.445	44,4
2018	8.080.176	38.759.434	13.644.363	60.483.973	44,7
2019	7.962.215	38.613.751	13.783.580		

The Hospital-Dependent Patient

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

The phenomenon of the hospital-dependent patient has not been studied systematically.

Little is known about the prevalence of hospital-dependent patients, the percentage of readmissions that they account for, and whether they cluster at specific types of hospitals.

Hospital-dependent patient (pazienti fragili che migliorano solo in ospedale, indipendentemente dalla qualità delle cure territoriali e della transizione ospedale-territorio)

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.



La comune opinione che l'anziano sia solo «cronico» è completamente fuori dalla realtà. La maggior parte delle urgenze gravi di Pronto Soccorso è costituita da *anziani fragili con patologie croniche riacutizzate*, per i quali il ricovero è quasi sempre giustificato.

Delirium onset and ED length of stay

ED length of stay > 10 hours

was a significant predictor of

delirium onset (by 4AT; OR 2.23, 95% CI 1.13-

4.41), together with cognitive impairment and

older age.



ANZIANO IN OSPEDALE

Il Position Paper SIGOT/SIMEU per la corretta gestione del paziente anziano in ospedale.

Alberto Ferrari

Past President SIGOT

Lorenzo Palleschi

Vice Presidente SIGOT

Francesco Rocco Pugliese

Past President SIMEU

Giuseppina Fera

Tesoriere SIMEU

UN PROBLEMA DIFFUSO

La problematicità nella gestione del paziente anziano in ospedale non è tanto in entrata (i casi di inappropriatelyzza di accesso al Pronto Soccorso sono infatti limitati), quanto in uscita. Infatti, dopo il ricovero e la stabilizzazione clinica, molti over 65 hanno ancora bisogno di cure qualificate e quindi spesso non è possibile dimmetterli perché nel territorio vi sono poche strutture (Rsa comprese) in grado di garantire tale assistenza. "Per questo motivo, servirebbero più geriatri non solo in ospedale, ma anche nei servizi territoriali (Rsa, altre strutture di degenza a lungo termine, assistenza domiciliare). Nelle Rsa il geriatra dovrebbe avere una posizione di direzione: nessuno come questo specialista è infatti in possesso delle competenze necessarie per curare gli anziani nel migliore dei modi", afferma il dottor Fimognari.

NON BASTA UNA CONSULENZA

La presenza di geriatri e di strutture e percorsi geriatrici è importante sia all'esterno che all'interno degli ospedali. Tuttavia, sembra che le istituzioni sanitarie comprendano più facilmente il ruolo dei geriatri fuori dagli ospedali. "Il geriatra ricopre però un ruolo fondamentale anche nel cuore dell'emergenza ospedaliera, che ormai riguarda quasi esclusivamente pazienti anziani complessi. Alla luce dell'elevato numero di fratture del femore, per esempio, oggi molti dei reparti di Ortopedia si sono quasi trasformati in reparti di Ortogeriatría. In questi reparti, è necessaria una cogestione del paziente fra Ortopedico e Geriatra: è infatti dimostrato che un approccio del genere garantisce esiti migliori nella prognosi di tali pazienti", sottolinea il dottor Fimognari.

Cinque raccomandazioni

1. Partecipazione del *caregiver* al piano di assistenza individuale in Pronto Soccorso
 2. Limitare la permanenza a letto
 3. Limitare l' utilizzo del catetere vescicale
 4. Identificazione precoce della fragilità e fast track verso setting dedicati
 5. Comprehensive Geriatric Assessment nel DEU
-

1. Coinvolgimento del care-giver nel piano di assistenza individualizzato (PAI)

- Riconoscimento formale della figura del care-giver fin dall' ingresso in Pronto Soccorso. Il care-giver è la persona che, nell' ambito del PAI, si prende cura di un paziente che si trova in condizioni di non autosufficienza o comunque che necessita di ausilio di lunga durata. Il care-giver può essere un familiare o anche un care-giver «formale» retribuito (badanti).
- Individuare in modo chiaro il possibile contributo del care-giver nel PAI, cioè identificare quelle attività assistenziali delle quali può farsi carico senza rischi per l' assistito e per se stesso.
- Fornire al care-giver puntali ed esaurienti informazioni sulle problematiche relative al processo di assistenza, sugli obiettivi realistici del PAI e sulla prognosi.
- Durante il processo di dimissione, o comunque in ogni fase di «transizione» (esempio: passaggio Pronto Soccorso-reparto), fornire al care-giver informazioni verbali per spiegare quelle scritte (lettera di dimissione), assicurandosi che le abbia ben comprese e che le disposizioni assistenziali siano realizzabili.
- Educare il care giver all' esecuzione delle azioni assistenziali di sua competenza.
- Fornire al care-giver tutte le informazioni sulle diverse opportunità e risorse fornite dal Territorio e che possano essere di sostegno nell' assistenza e cura.

2. Limitare la permanenza a letto

- La prolungata permanenza a letto è uno dei maggiori determinanti di cattivo esito del ricovero ospedaliero nel paziente anziano. Causa perdita della massa magra e sarcopenia, ulcere da decubito, trombosi venose profonde, atelettasia polmonare e depressione, così favorendo declino funzionale, istituzionalizzazione e aumento della mortalità (sindrome da allettamento).
- Durante il ricovero occorre promuovere la mobilità: consumo dei pasti al tavolo, adopero di poltrona-carrozzino, deambulazione precoce e controllata, coinvolgendo anche i care-giver e i fisioterapisti.

Hospitalization-Associated Disability

“She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”

Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

Edgar Pierluissi, MD

C. Bree Johnston, MD, MPH

CLINICIAN'S CORNER

Il 50% delle disabilità permanenti negli anziani è dovuto a un evento acuto seguito da ospedalizzazione.

Gill TM. JAMA 2004

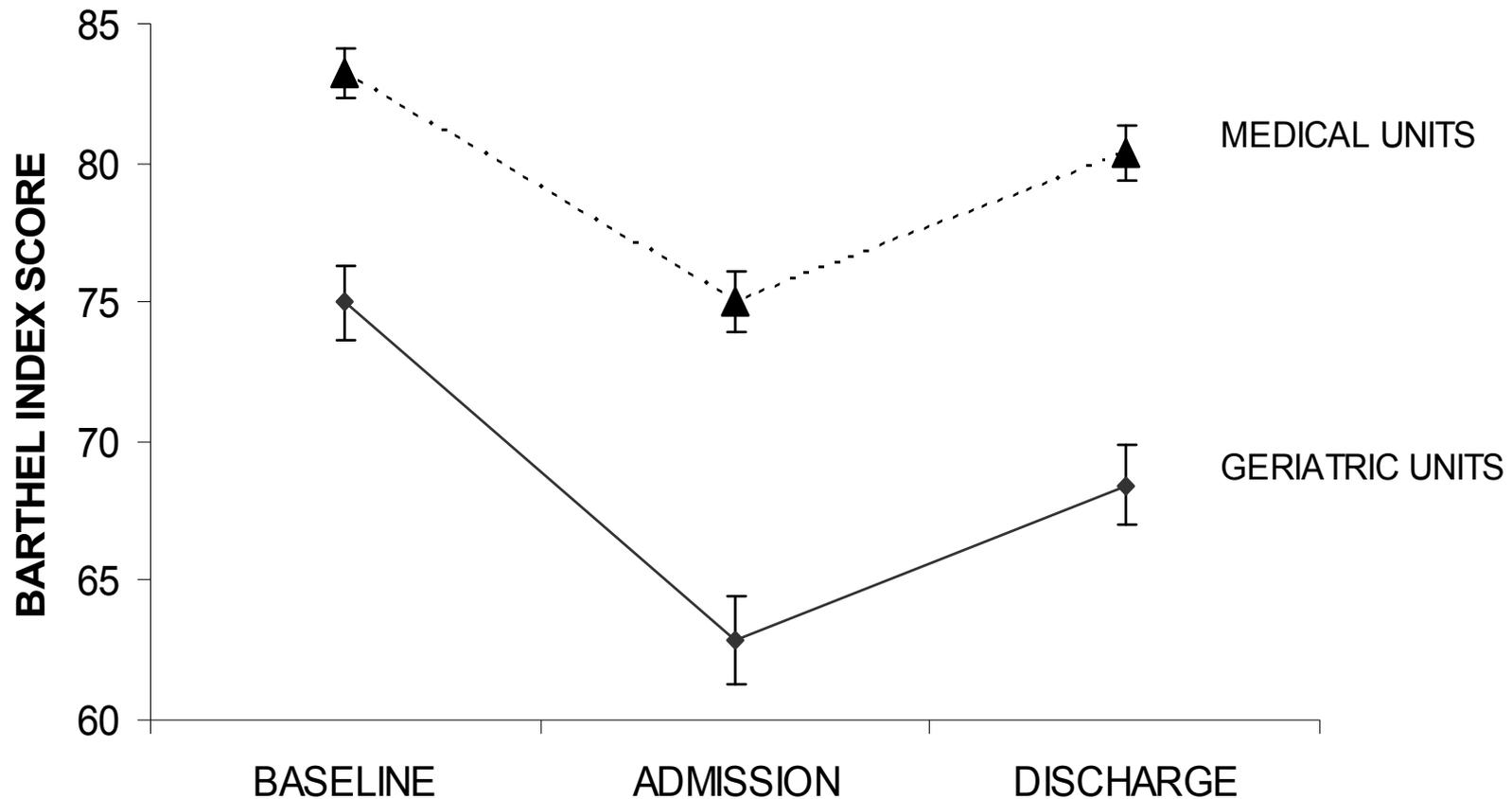
In older patients, acute medical illness that requires hospitalization is a sentinel event that often precipitates disability. This results in the subsequent inability to live independently and complete basic activities of daily living (ADLs). This hospitalization-associated disability occurs in approximately one-third of patients older than 70 years of age and may be triggered even when the illness that necessitated the hospitalization is successfully treated. In this article, we describe risk factors and risk stratification tools that identify older adults at highest risk of hospitalization-associated disability. We describe hospital processes that may promote hospitalization-associated disability and models of care that have been developed to prevent it. Since recognition of functional status problems is an essential prerequisite to preventing and managing disability, we also describe a pragmatic approach toward functional status assessment in the hospital focused on evaluation of ADLs, mobility, and cognition. Based on studies of acute geriatric units, we describe interventions hospitals and clinicians can consider to prevent hospitalization-associated disability in patients. Finally, we describe approaches clinicians can implement to improve the quality of life of older adults who develop hospitalization-associated disability and that of their caregivers.

JAMA. 2011;306(16):1782-1793

www.jama.com

Functional Recovery of Elderly Patients Hospitalized in Geriatric and General Medicine Units. The PROgetto DImissioni in GERiatria Study

Lorenzo Palleschi, MD,* Walter De Alfieri, MD,† Bernardo Salani, MD,‡ Filippo Luca Fimognari, MD,§
Alberto Marsili, MD,|| Andrea Pierantozzi, PhD,# Luigi Di Cioccio, MD,** and
Stefano Maria Zuccaro, MD#



The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients

Filippo Luca Fimognari,¹ Andrea Pierantozzi,² Walter De Alfieri,³ Bernardo Salani,⁴ Stefano Maria Zuccaro,⁵ Andrea Arone,¹ Giacomo Palleschi,⁶ and Lorenzo Palleschi⁷

Table 2. Logistic Regression Analysis of Variables Associated With Functional Decline in the Transition From Preadmission Baseline to Hospital Admission (prehospital functional decline)

Variables	OR (95% CI)	<i>p</i> Value
Age	1.05 (1.02–1.07)	<.0001
Baseline Barthel Index	0.99 (0.98–1)	.08
Emergency admission*	6.1 (3.6–10)	<.0001
Admission from other hospital units*	3.7 (2.1–6.5)	<.0001
Dementia	2 (0.7–5)	.1
GIC 3–4 versus 1–2	2.2 (1.5–3.3)	<.0001

3. Limitare l'uso del catetere vescicale vescicale a permanenza (CVP)

- Il Pronto Soccorso è un setting ad alto rischio di posizionamento inappropriato del CVP, a volte anche senza indicazione medica.
- Il posizionamento inappropriato del CVP si associa ad aumento della morbilità (batteriuria asintomatica, infezioni del tratto urinario e sepsi, trauma uretrale, cadute da intralcio, delirium, immobilità).
- La scelta di posizionare il CVP è una decisione collaborativa che comprende un'analisi costo/beneficio, dovrebbe essere basata su criteri di appropriatezza e documentata in cartella clinica.
- Il paziente e il care-giver dovrebbero essere informati sulla indicazione al posizionamento del CVP.
- Se il posizionamento del CVP nel contesto difficile del Pronto Soccorso può essere accettabile, in reparto si impone una stretta rivalutazione dell'appropriatezza, assicurando una rimozione tempestiva se l'indicazione iniziale viene meno, soprattutto nella fase della dimissione ospedaliera.

4. Identificazione precoce della fragilità e fast-track verso setting dedicati

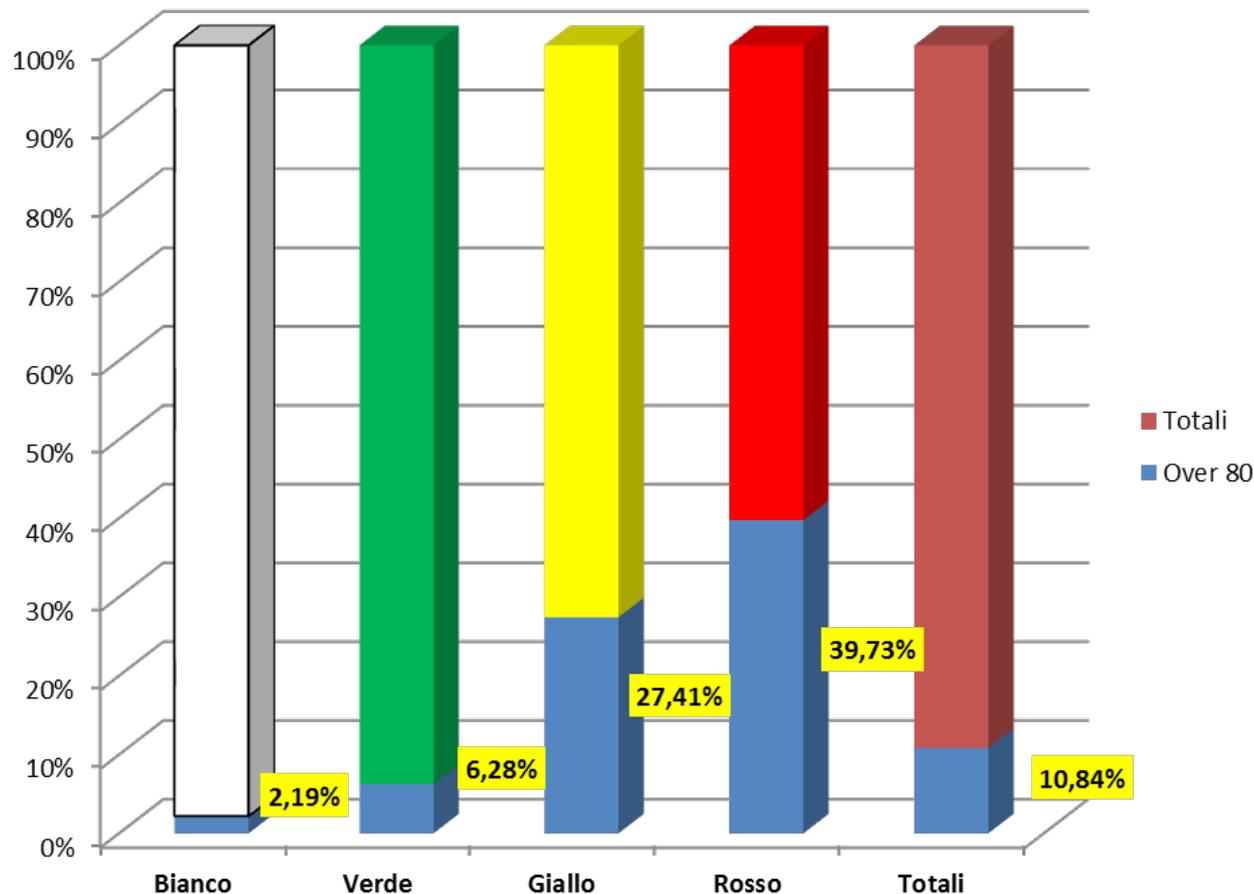
- Le principali problematiche dell' accettazione in emergenza geriatrica sono la difficoltà nel raccogliere i dati, la carenza di percorsi dedicati per i pazienti geriatrici e il conseguente stazionamento dei pazienti in Pronto Soccorso.
- Sarebbe quindi utile poter identificare facilmente in Pronto Soccorso i pazienti fragili, cui assicurare percorsi dedicati.
- Il fast track è un percorso veloce di risposta assistenziale alle urgenze minori. Tale modello dovrebbe essere applicato ai pazienti identificati come fragili già in fase di triage, *che in verità accedono al Pronto Soccorso più spesso per patologie gravi che necessitano di ricovero*. In un mondo ideale, quando clinicamente indicato, questi pazienti dovrebbero essere rapidamente indirizzati verso adeguati setting di ricovero (Unità Operative di Geriatria per acuti), *essendo stato dimostrato che i pazienti anziani che in emergenza-urgenza vengono ricoverati in reparti dove si applica il metodo geriatrico (Comprehensive Geriatric Assessment) hanno outcomes migliori rispetto a quelli ricoverati in altri reparti medici*.

PRONTO SOCCORSO E OSPEDALI SOTTO ASSEDIO: LA CARICA DEGLI OVER 80. L'OSPEDALE SAN GIOVANNI-ADDOLORATA DI ROMA

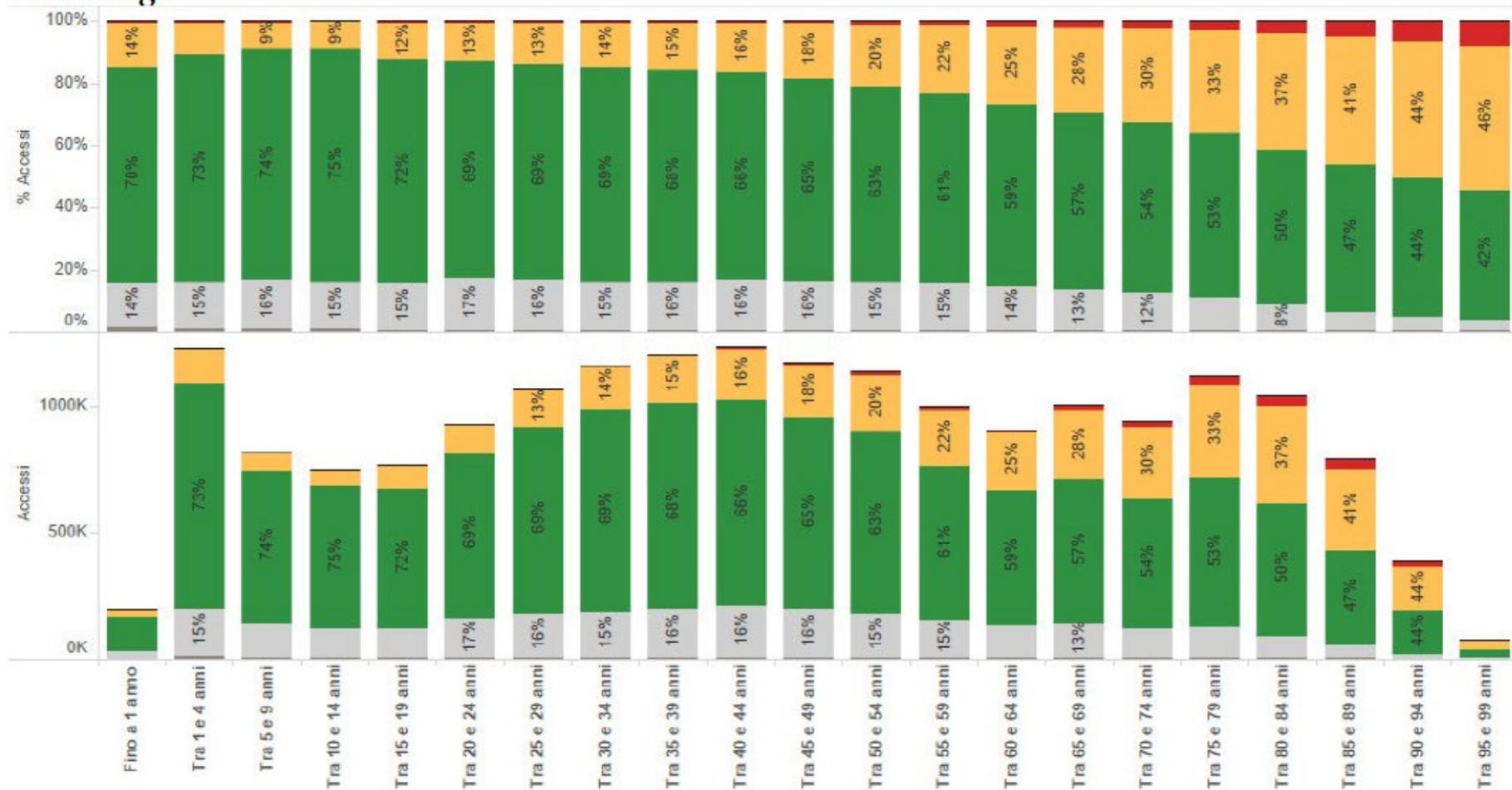
% accessi in Pronto Soccorso di over80 stratificati per codice di TRIAGE



Codice	Over 80	Totali
	35	1.598
Verde	2.709	43.166
Giallo	3.134	11.433
Rosso	596	1.500
Totali	6.579	60.670

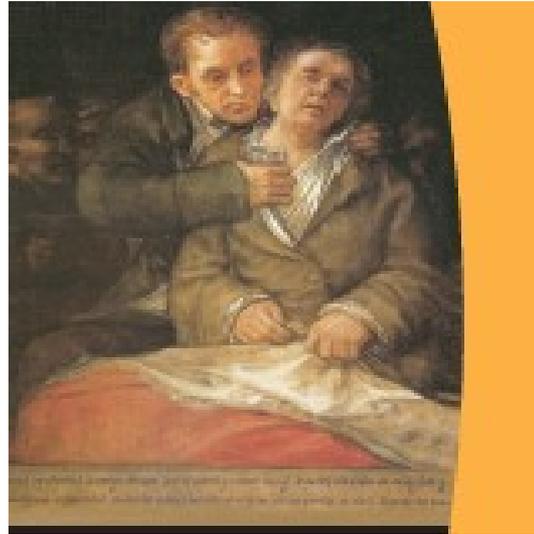


Distribuzione degli accessi – Vista nazionale I volumi erogati nell'anno 2015 per fascia di età e triage



TriageIngresso

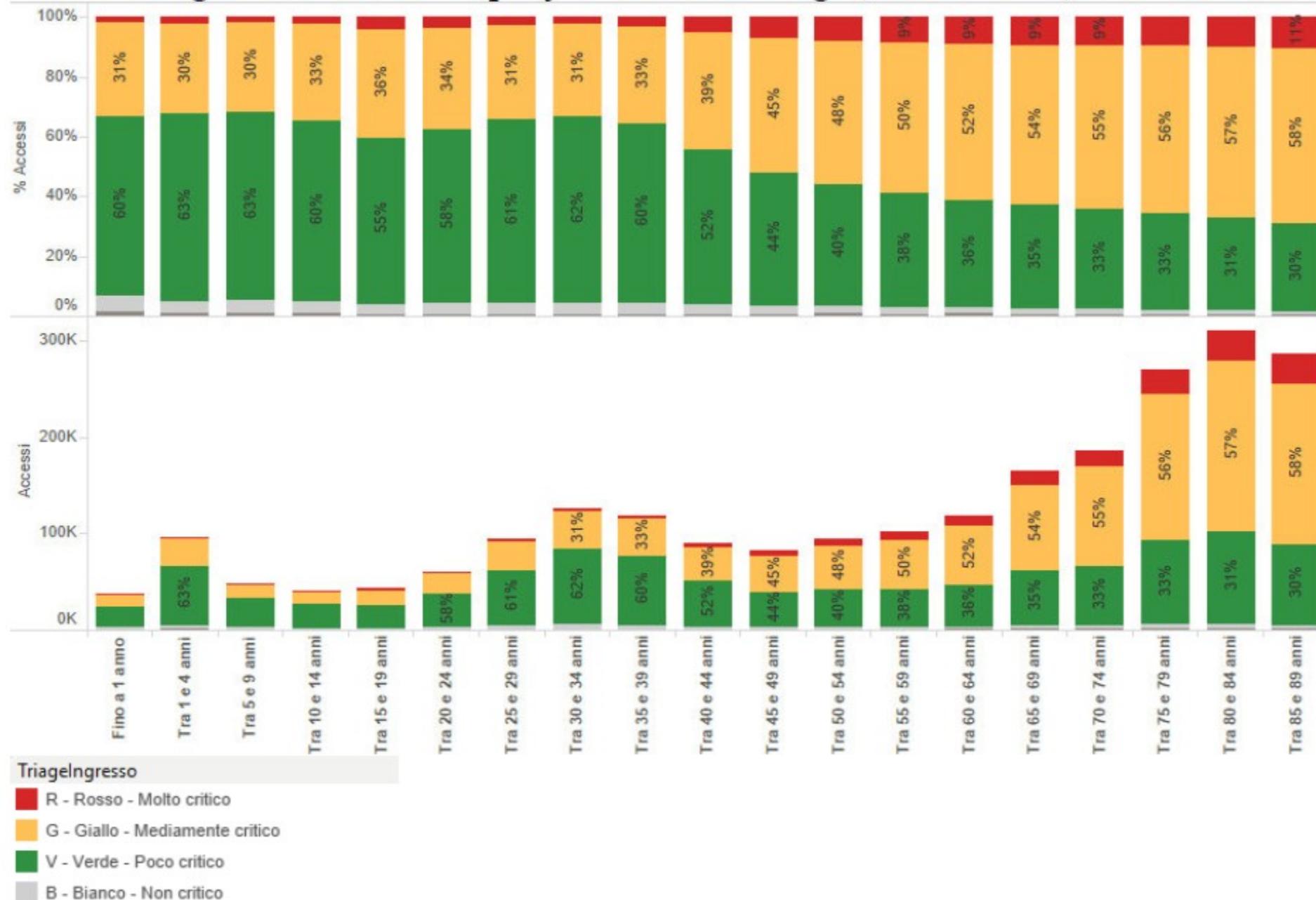
- N - Nero - Deceduto
- R - Rosso - Molto critico
- G - Giallo - Mediamento critico
- V - Verde - Poco critico
- B - Bianco - Non critico
- X - Non eseguito (strutture < 25.000 accessi)



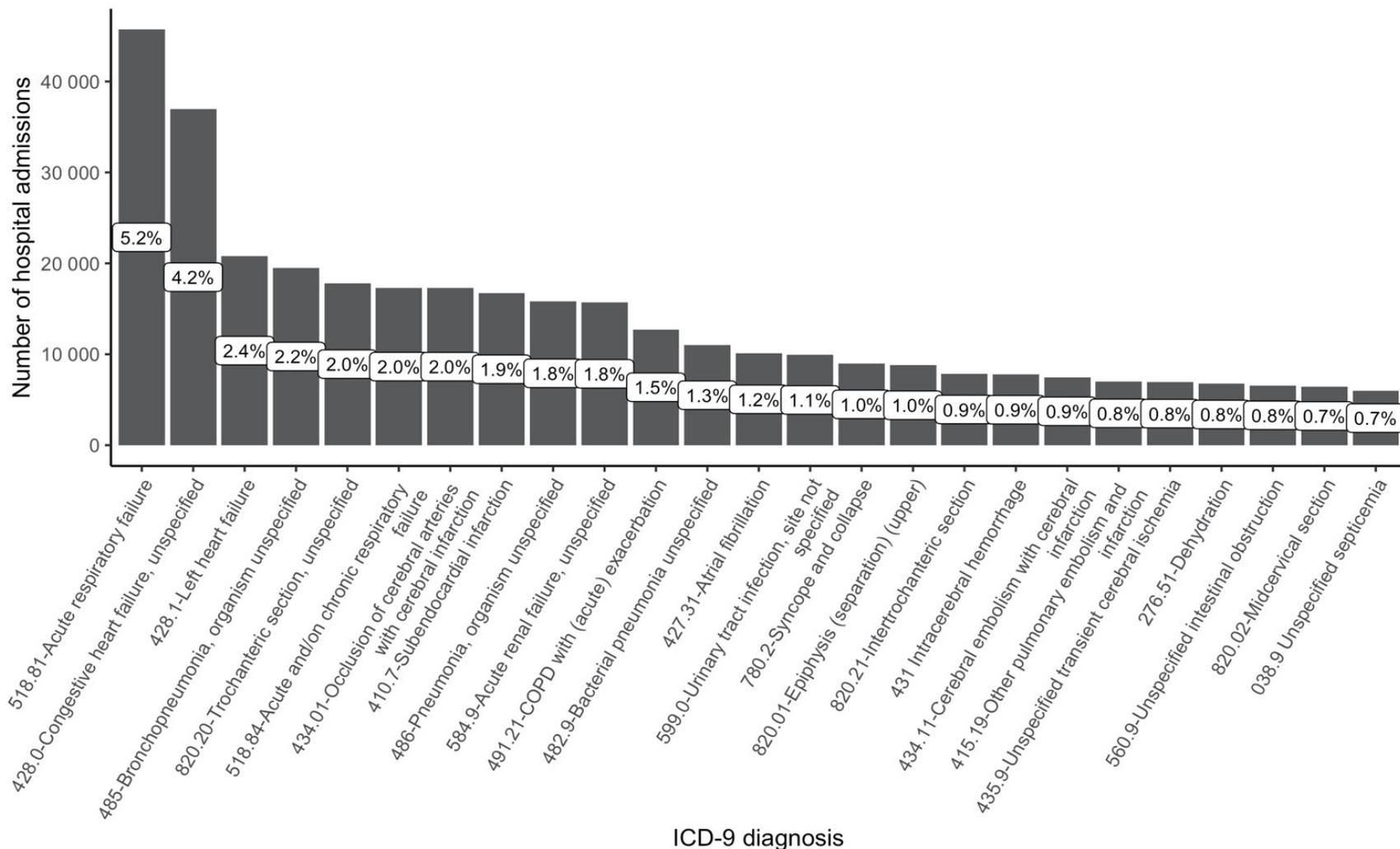
**I ricoveri degli anziani sono
inappropriati?**

Distribuzione degli accessi – Vista nazionale

I volumi erogati nell'anno 2015 per fascia di età e triage (esito ricovero)



Diagnosi di dimissione > 75 anni



Posti letto ospedalieri per 1000 abitanti in Europa

Paese	Posti letto × 1000 abitanti
Italia	3.4
Francia	6.4
Germania	8.2
Giappone	13.7
Svizzera	5
Grecia	4.8
Paesi Bassi	4.7
Finlandia	4.5
Danimarca	3.5
Gran Bretagna	2.9
Canada	2.7
Spagna	3.1
Austria	7.6
Portogallo	3.4

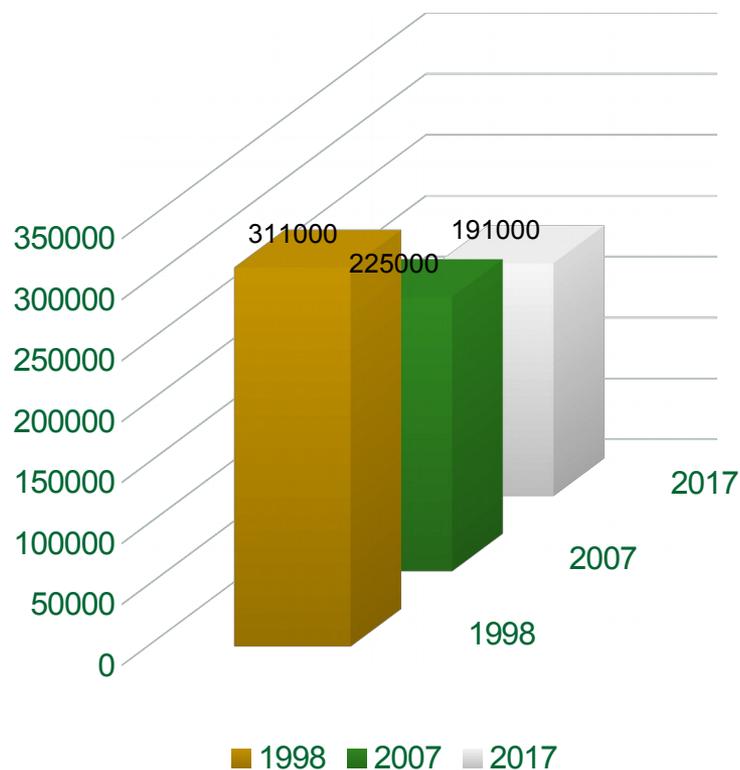


Fonte: CIA World Factbook
Aggiornato 1/1/2018

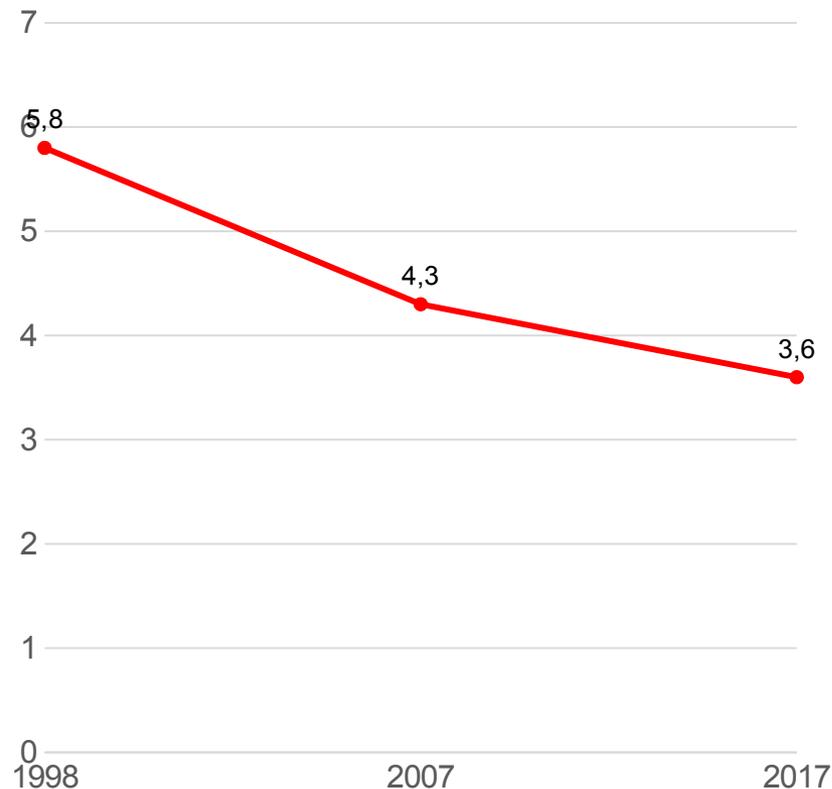
Diminuzione posti letto ospedalieri pubblici in Italia

Fonte: Corte dei Conti-Centro Studi Unimpresa

Posti letto pubblici



Posti letto per 1000 abitanti



Sono però aumentati i posti letto privati e di Rianimazione

Monitoraggio Posti Letto - Posti Letto al 31/12
Posti letto per Azienda di erogazione e Anno
Disciplina: 021 - GERIATRIA

Azienda di erogazione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (provvisorio)
PIACENZA	58	48	48	48	75	80	79	74	67	67	67	67	67	67	65	65	65	65	65	65	65
REGGIO EMILIA	69	69	69	69	69	69	69	69	68	68	68	68	70	41	41	41	42	42	42	42	42
MODENA	54	54	54	54	54	52	53	52	52	52	52	52	32	31	31	37	36	.	.	.	.
BOLOGNA	88	80	86	75	75	65	65	64	72	72	72	72	72	59	55	53	53	47	47	40	40
IMOLA	36	36	36	36	36	36	36	36	36	35	35	32	32	26	24	24	24	24	24	24	24
FERRARA	48	45	45	45	43	38	22	22	29	29	28	29	25	25	25	28	28	28	28	28	28
ROMAGNA	221	162	165	165	165	161	168	163	168	168	158	158	158	147	147	147	147	145	145	145	145
AOSPU PARMA	88	88	70	71	71	65	65	65	66	56	56	48	48	48	48	48	34	34	34	34	34
AOSPU MODENA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	36	33	44	44
AOSPU BOLOGNA	168	164	120	96	96	96	92	87	98	94	96	96	77	77	79	79	79	79	79	79	79
AOSPU FERRARA	27	34	34	27	27	27	32	32	34	34	34	34	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTALE	857	780	727	686	711	689	681	664	690	675	666	656	611	551	547	552	538	530	527	531	531

Considerazioni ...

*Negli ultimi 20 anni
dismessi 346 pl di
Geriatrics nella Regione
Emilia Romagna...
Il 40% dei posti letto di
Geriatrics per acuti
dell'anno 2000 sarebbe
stato soppresso...*

Fino a quanto potremo tagliare i posti letto ospedalieri ?

Nel 2013 sul **British Medical Journal** un editoriale sosteneva che nelle ultime decenni vi è stata un'importante riduzione dei posti letto per acuti. *“Un'ulteriore riduzione dei posti letto nella vana speranza che aumentando i servizi territoriali si riducano i ricoveri potrebbe rivelarsi pericolosa per la cura dei pazienti”*.

BMJ (12 March 2013)

The hospital bed: on its way out? John Appleby examines trends in the number of hospital beds and wonders how low we can go....

Corriere Salute
Domenica 27 maggio 2018

di **Filippo Luca Fimognari***

IL POSTO (LETTO) PER GLI ANZIANI FRAGILI

La crescita del numero di anziani rappresenta un'indubbia conquista del nostro Paese. Resiste la falsa credenza che identifica l'anziano con la cronicità, da gestire fuori dall'ospedale, contrapposta alla vera acuzie ospedaliera del paziente giovane-adulto. In realtà, sono proprio le malattie croniche e la ridotta resistenza agli stress (fragilità) a conferire agli anziani un rischio più elevato di improvvisi e spesso drammatici deterioramenti dello stato di salute (instabilità clinica), generando quadri acuti che possono essere affrontati solo in ospedali ben attrezzati. È per questo che le visite di Pronto soccorso agli anziani sono in continuo aumento (è pari al 26% l'incremento negli Usa, dal 1993 al 2003). Mentre qualcuno ancora ritiene che gli anziani occupino «abusivamente» gli ospedali, dati reali affermano che per i vecchi il ricorso al Pronto soccorso (spesso seguito da ricovero) sia quasi sempre appropriato, come dimostrato dal fatto che, su 100 pazienti in codice rosso, oltre 60 sono anziani. È evidente che un'adeguata assistenza extraospedaliera possa migliorare la gestione delle patologie croniche e della fragilità, oltre che facilitare la dimissione ospedaliera di pazienti stabilizzati ma ancora bisognosi di cure. Così, negli ultimi anni le istituzioni hanno puntato sul potenziamento del «territorio», ottenendo un'indubbia, ma ancora insufficiente, crescita delle cure extraospedaliere. Contemporaneamente si è però assistito a un netto taglio di letti ospedalieri, proprio mentre aumentavano gli anziani fragili, più bisognosi di cure in ospedale. Lo standard italiano di 3.7 posti letto per mille abitanti è tra i più bassi d'Europa (la media europea è di 5.2). È bene chiedersi se il solo potenziamento del territorio a scapito dell'ospedale possa risolvere l'affollamento del Pronto Soccorso da parte di un crescente numero di anziani con quadri clinici complessi, gravi ed urgenti, oppure se «ulteriori riduzioni dei posti letto nella vana speranza che aumentando i servizi territoriali si riducano i ricoveri possa rivelarsi pericoloso per la cura dei pazienti» (*British Medical Journal*, 2013). Chi cura gli anziani sa bene che è necessaria anche una profonda riorganizzazione degli ospedali per offrire cure adeguate e dignitose in contesti dedicati come i reparti di Geriatria, le osservazioni brevi geriatriche e le Ortogeriatriche, garantendo continuità assistenziale con efficienti servizi territoriali.

*Presidente della Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot)

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials

Graham Ellis *consultant geriatrician and honorary senior clinical lecturer*¹, Martin A Whitehead *consultant geriatrician*², David Robinson *consultant geriatrician*³, Desmond O'Neill *associate professor of gerontology*⁴, Peter Langhorne *professor of stroke care*⁵

Participants were adults aged 65 or older who were admitted to hospital care as an emergency, including all unplanned, unscheduled, or acute presentations.

BMJ 2011;343:d6553 |

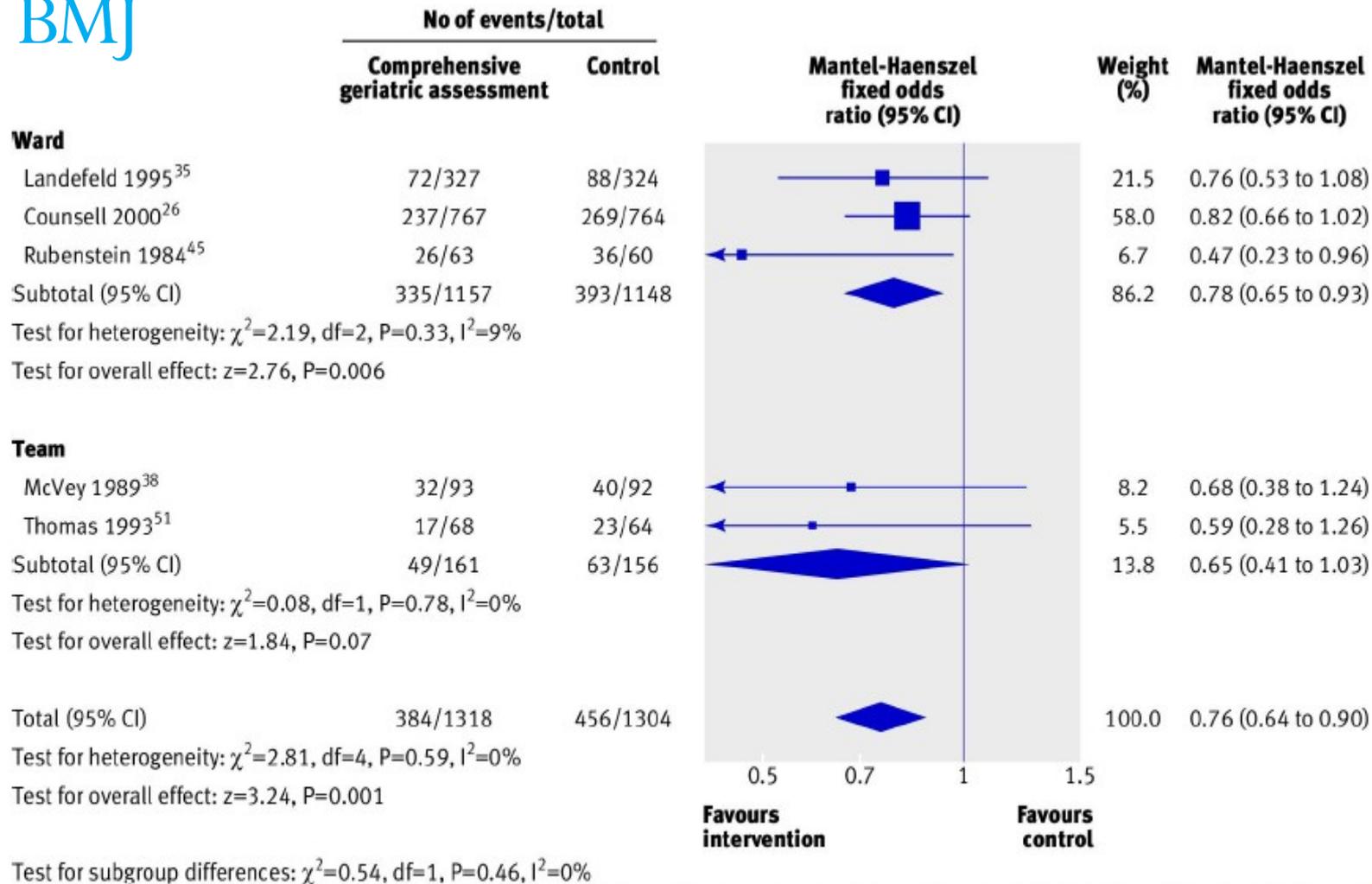


Fig 3 Odds ratios for death or deterioration at the end of follow-up (median 12 months) in elderly patients according to comprehensive geriatric assessment after emergency admission at baseline

5. Il comprehensive geriatric assessment (CGA) in Pronto Soccorso per l'identificazione precoce della fragilità

- Il modo migliore per identificare in Pronto Soccorso i pazienti anziani fragili e complessi è l'applicazione del CGA in modo approfondito.
 - Tuttavia, il contesto del Pronto Soccorso non consente l'esecuzione del CGA completo.
 - Una valida alternativa è l'applicazione di rapidi strumenti di screening della fragilità, in modo da selezionare agevolmente i pazienti più a rischio, candidati ad essere sottoposti a percorsi dedicati e ricoverati in Geriatria per acuti.
 - Tra gli altri, il position paper SIGOT-SIMEU ha identificato due strumenti: l'ISAR (*Identification of Senior at Risk scale*) ed il TRT (*Triage Risk Screening Tool*)
 - Il position paper propone anche che la somministrazione del CGA completo sia demandata ad un team geriatrico itinerante, specificatamente formato.
-

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

Triage Risk Screening Tool (TRST)

Instructions: Please make a check mark in the appropriate box to indicate **presence or suspicion of any of the following**

*** Please complete for all patients 75+ years of age***

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | History of cognitive impairment (poor recall or not oriented) |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Difficulty walking / transferring or recent falls |
| 3. | <input type="checkbox"/> | Five or more medications |
| 4. | <input type="checkbox"/> | ED use in previous 30 days or hospitalization in previous 90 days |
| 5. | <input type="checkbox"/> | Lives alone and/or no available caregiver |
| 6. | <input type="checkbox"/> | ED staff professional recommendations: |
| | <input type="checkbox"/> | Nutrition / weight loss |
| | <input type="checkbox"/> | Incontinence |
| | <input type="checkbox"/> | Failure to cope |
| | <input type="checkbox"/> | Medication issues |
| | <input type="checkbox"/> | Sensory deficits |
| | <input type="checkbox"/> | Depression / low mood |
| | <input type="checkbox"/> | Other _____ |

If 2 or more factors identified: Referral to GEM Nurse Referral to GEM Nurse not indicated
 Referral to Social Work when GEM nurse not available

Name / Signature: _____ Date (d/m/y): _____

Time: _____

Date GEM assessed: _____ Time GEM assessed: _____

For Office Use Only:

GEM Disposition: Home CCAC Admitted
 LTC Other _____

Please return to Jane Jennings Emergency Department.

Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool

Conclusions: Risk stratification of elderly ED patients with ISAR or TRST is substantially comparable for selecting elderly ED patients who could benefit from geriatric interventions. ISAR had slightly higher sensitivity and lower specificity than TRST.

Salvi F. Rejuvenation Res 2012



Grazie dell' attenzione...

Vaghis
viaggi & turismo Italia