



Journal Club
11 Giugno 2010
Curare e assistere il paziente anziano

Il punto sull'organizzazione della post-acuzie in geriatria

Marco Trabucchi

La continuità assistenziale come logica di qualsiasi sistema di cure.

Non è un'invenzione di oggi: sono solo cambiate le circostanze e il quadro di riferimento è molto più complesso.

Table Life Expectancy for Older Persons by Age, Race, and Sex^a

Age, y	White		Black	
	Men	Women	Men	Women
65	17.2	20.0	15.2	18.6
70	13.7	16.2	12.4	15.3
75	10.7	12.8	9.9	12.2
80	8.1	9.7	8.0	9.6
85	6.0	7.1	6.3	7.5
90	4.3	5.1	4.9	5.7
95	3.1	3.6	3.8	4.3
100	2.2	2.5	2.9	3.2

^aData adapted from National Vital Statistics Reports.¹⁵

David B. Reuben

JAMA. 2009;302(24):2686-2694

Domande senza risposta.

- Saranno mai attuate sperimentazioni serie?**
- Si deciderà con razionalità o sotto la pressione economica?**
- La medicina (i medici) è in grado di costruire una vera modellistica?**

Perchè il problema della postacuzie è diventato così importante negli ultimi tempi?

- riduzione della durata delle degenze**
- maggiore complessità delle patologie (sopravvivenza)**
- progressiva marginalità del MMG**
- difficoltà organizzative delle famiglie**
- impoverimento delle reti naturali**

«La signora sarà dimessa nel giro di qualche giorno. Ci sono ampi margini di recupero, ma la signora, almeno per i primi tempi, avrà bisogno di assistenza continua».

Stefano era sorpreso e allibito. «Come sarebbe a dire fra qualche giorno? A casa?».

«Sì, non è contento?».

«Ma come, fino a ieri era moribonda e ora la rimandate a casa?».

«Sua madre sta recuperando molto bene, in fondo l'episodio non è stato così grave quanto avrebbe potuto essere, vedrà...».

Stefano balbettava: «Ma non esiste un centro di recupero dove mia madre possa essere trasferita? Non può mica stare a casa da sola. Almeno passare qualche mese, qualche settimana? Ho sentito che c'è l'istituto di Villa... come si chiama?».

«Siamo contrari a questa scelta», replicò il dottore, «il recupero sarà molto più rapido in un ambiente conosciuto, a casa... Per un primo periodo seguirà un breve programma riabilitativo presso un centro ambulatoriale, che poi continuerà a domicilio. L'importante è che la famiglia sia cosciente e disponibile ad aiutare la signora in questo programma di esercizi che presto diventeranno autogestiti...».

«Ma io come faccio?» chiese Stefano più a se stesso che al dottore.

«Lei è lavoratore dipendente?».

«Insomma... sì, più o meno».

«Allora col certificato di dimissioni della sua mamma si può far dare quindici giorni. Tenga presente che esistono molte cooperative che le possono dare una mano. Noi pensiamo che la terapia riabilitativa vada fatta a casa. Avrò tutti i riferimenti e le indicazioni che le serviranno. E poi le do un consiglio, faccia subito la richiesta per l'accompagnamento. La signora ha la fortuna di avere un figlio che si può occupare di lei, e questa è la cosa più importante».

Stefano era sotto shock.

«E se uno non avesse figli?».

Oggi la postacuzie è liberamente interpretata dai diversi programmatori sanitari: lungodegenza riabilitativa ospedaliera, riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, ospedale di comunità, RSA (di vario tipo), ecc. Il demone della “regionalizzazione egoistico-ignorante”.

Quali dovrebbero essere le competenze necessarie per un servizio di postacuzie?

- geriatra**
- internista**
- fisiatra**
- consulenze specialistiche**
- una forte gestione infermieristica**

Chi ha la responsabilità?

Se all'interno dell'ospedale, la guida del reparto di postacuzie deve essere lasciata al geriatra (nel caso esista) o all'internista o è più opportuno separare le competenze?

Quale spazio per il fisiatra?

Quale spazio per una guida infermieristica?

Il reparto di postacuzie riceve pazienti selezionati da una qualche “Unità di Valutazione”?

L’accesso è libero su indicazione di un reparto ospedaliero?

L’accesso è libero anche dal territorio?

Alcuni esempi

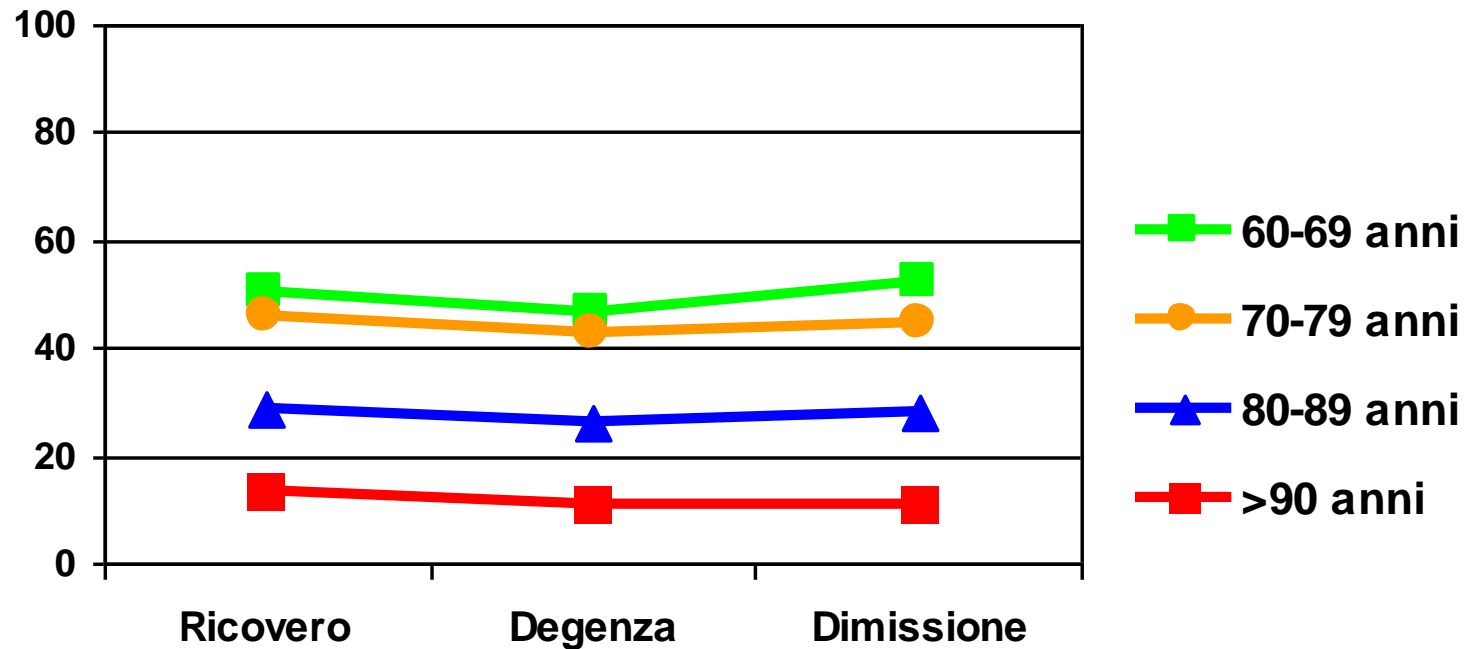
Gender differences in 4228 hospitalized elderly patients

(Rozzini R. et al, 2007)

	Total (N=4228)	Females (N=2599)	Males (N=1629)	p
	N (%) / M ± sd	N (%) / M ± sd	N (%) / M ± sd	
Age	79.1 ± 7.9	80.2 ± 7.6	77.2 ± 8.1	.000
Living alone	1045 (24.8)	807 (31.2)	238 (14.6)	.000
Geriatric Depression Scale-GDS*	4.6 ± 3.5	5.1 ± 3.6	3.6 ± 3.2	.000
Depressed (GDS 5+)	1112 (34.8)	807 (40.5)	305 (25.4)	.000
Mini Mental State Examination-MMSE	21.8 ± 8.4	21.4 ± 8.4	22.6 ± 8.4	.000
Severe Dementia (MMSE < 18)	998 (24.3)	673 (26.4)	315 (20.7)	.000
Cumulative Delirium	633 (15.0)	360 (13.9)	273 (16.8)	.016
IADL functions lost (2 wks pre adm.)	3.2 ± 2.9	3.7 ± 2.1	2.3 ± 2.4	.000
IADL functions lost (2+)	3050 (72.2)	2041 (78.6)	1009 (62.1)	.000
Barthel Index (2 wks before adm.)	79.0 ± 27.7	78.2 ± 27.7	80.2 ± 27.8	.024
Barthel Index (on admission)	60.3 ± 37.8	61.1 ± 36.1	59.1 ± 39.2	.098
Funct. status change (before and on adm.)				
Loss of 5+ points in Barthel index score	1907 (45.2)	1132 (43.6)	775 (47.7)	.005
Barthel Index (on discharge)	68.2 ± 35.1	68.2 ± 34.3	68.2 ± 36.3	.987
Charlson score	5.2 ± 1.8	5.1 ± 1.7	5.5 ± 1.9	.000
Charlson score (4+)	1619 (38.3)	895 (34.4)	724 (44.5)	.000
APACHE II score	10.5 ± 5.8	9.1 ± 5.6	11.3 ± 6.0	.000
Acute Physiology Score-APS	4.3 ± 5.0	3.8 ± 4.8	5.0 ± 5.3	.000
APS (4+)	1817 (43.1)	999 (38.5)	818 (50.3)	.000
Serum albumin	3.7 ± 0.7	3.7 ± 0.6	3.6 ± 0.7	.001
Serum albumin (< 3.5g/dl)	1552 (37.3)	912 (35.7)	640 (40.0)	.005
Drugs (n)	5.6 ± 2.9	5.4 ± 2.7	6.3 ± 3.1	.002
Drugs (7+)	985 (33.0)	492 (27.7)	493 (40.8)	.000
Respiratory (pneumonia, COPD)	(21.8)	(18.4)	(27.3)	.000
Diabetes Mellitus	(21.5)	(22.2)	(20.4)	.087
Cardiovascular	(16.3)	(14.1)	(19.9)	.000
Major Stroke	(12.5)	(12.1)	(13.1)	.181
Cancer (with metastasis)	(6.3)	(5.0)	(8.5)	.000
Cancer (without metastasis)	(3.3)	(3.7)	(5.3)	.013
Liver Cirrhosis	(4.5)	(4.3)	(4.6)	.321
Length of stay (days)	6.5 ± 4.1	6.5 ± 3.9	6.6 ± 4.3	.451
DRG Weight	1.29 ± 1.3	1.20 ± 1.1	1.45 ± 1.6	.000
In hospital mortality	271 (6.4)	141 (5.4)	130 (8.0)	.001

**Dove vanno questi pazienti molto vecchi
e con gravi compromissioni cliniche e
funzionali?**

Indice di Barthel per fasce di età (2008-2009) Geriatria - Ospedale San Bonifacio



Progetto ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano dell'est veronese),
Azienda ULSS 20 Verona, 2010.

Dimissioni dal reparto di Geriatria Ospedale San Bonifacio (2009)

Modalità di dimissione	Numero	Percent.
Domicilio	879	64,2%
Post-acuzie in regime ospedaliero	242	17,68%
RSA	30	2,19%
Decesso	192	14,02%
Trasferimento in altre U.O.	15	1,10%
Volontaria	11	0,80%

Progetto ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano dell'est veronese),
Azienda ULSS 20 Verona, 2010.

Il filtro di un OBI facilita i percorsi del paziente?

Un ambito specifico di postacuzie: la riabilitazione

Clinical features of all patients discharged from hospitals (n=556)

	Mean±SD	n (%)
Age, years	80.9±6.9	
Sex, female		363 (65.5)
Impairment category		
Stroke		102 (18.4)
Non-traumatic / traumatic brain and spinal cord		25 (4.5)
Other neurological		25 (4.5)
Lower extremity fracture		152 (27.4)
Joint replacement		50 (9.0)
Other orthopedic		43 (7.7)
Cardiac		22 (4.0)
Pulmonary		25 (4.5)
Miscellaneous (incl. hypokinetic syndrome)		82 (14.8)
MMSE	20.5±8.4	0-30
Barthel Index admission	33.9±25.5	0-99
Barthel Index walking sub-item	3.2±4.7	0-15
Length of rehabilitation, days	43.6±29.1	0-186

Clinical, nursing and physiotherapeutic needs of all patients discharged from hospitals (n=556)

	Admission n (%)	Discharge n (%)
Clinical and nursing needs		
Impaired alertness/delirium	79 (14.2)	16 (2.9)
Dysphagia	71 (12.9)	29 (5.2)
NGT / PEG	24 (4.3)	5 (0.9)
Pressure sores	121 (22.0)	47 (9.9)
Indwelling catheter	229 (41.6)	49 (10.3)
Urinary incontinence	255 (46.8)	184 (38.7)
Central venous catheter	9 (1.7)	2 (0.4)
Tracheostomy	8 (1.5)	3 (0.6)
Physiotherapy needs		
Body control	180 (32.5)	52 (10.9)
Sitting up from lying-down	392 (70.5)	135 (28.3)
Transferring from bed on a chair	459 (83.0)	178 (37.3)
Sit to stand	441 (79.3)	164 (29.5)
Maintaining upright position	420 (76.1)	151 (31.6)
Walking	471 (85.3)	202 (42.3)

Gennaio 2009 - dicembre 2009

Voci	Numero ricoverati	Provenienti dall'ospedale	Provenienti da casa	Ospedalieri morti	Ospedalieri dimessi in RSA	Ospedalieri ritrasferiti in ospedale	Ospedalieri dimessi a casa
Dati	373	245 (65.7%)	128 (34.3%)	16 (6.5%)	13 (5.3%)	38 (15.5%)	178 (72.6%)

Gennaio 2010 - aprile 2010

Voci	Numero ricoverati	Provenienti dall'ospedale	Provenienti da casa	Ospedalieri morti	Ospedalieri dimessi in RSA	Ospedalieri ritrasferiti in ospedale	Ospedalieri dimessi a casa
dati	121	92 (76%)	29 (31.5%)	0 (0%)	8 (8.6%)	14 (15.2%)	70 (76.1%)

(Spassini, 2010)

Vi sono anziani che ricorrono ai servizi per la postacuzie senza avere uno specifico motivo per un ricovero riabilitativo?

I dati delle Ancelle di Cremona

Bisogni infermieristici e fisioterapici considerati (ingresso)

- Vigilanza, delirium, disfagia, instabilità clinica (criteri Halm), infezione o terapia antibiotica in atto, sondino nasogastrico o PEG, ulcera da decubito, catetere vescicale, incontinenza urinaria, catetere venoso centrale, malnutrizione, tracheostomia.
- Autonomia nei passaggi posturali, autonomia nel mantenimento del tronco, autonomia nei trasferimenti letto-sedia/poltrona, sit to stand, autonomia nel mantenere la stazione eretta, autonomia nel cammino (anche con ausili).

(Bellelli, 2010)

Caratteristiche cliniche di 428 pazienti stratificati in base alla presenza di bisogni medico-infermieristici e fisioterapici

	No bisogni (n=88)	Solo FKT (n=97)	Solo clinici (n=45)	Clinici-fkt (n=198)
Età	71.1±10.9	73.9±13.8	78.9±7.8	80.7±11.4
Sesso	46 (52.3)	72 (74.2)	29 (64.4)	133 (67.2)
Malattia oncologica att.	5 (5.7)	8 (8.2)	9 (20.0)	20 (10.1)
MMSE	24.7±5.4	24.0±4.7	23.3±4.8	18.5±6.7
GDS	4.6±5.1	4.7±5.2	4.7±3.8	5.2±3.3
Barthel premorbo	93.8±13.0	91.1±12.6	89.2±12.2	76.2±21.6
Barthel ammissione	72.7±15.9	57.3±16.6	61.2±20.2	29.3±19.2
Barthel dimissione	93.2±15.6	85.0±14.5	85.1±16.9	53.9±29.2
PCR	4.4±5.0	5.3±7.9	4.3±8.4	6.5±9.5
Albuminemia	3.2±0.4	3.1±0.4	3.1±0.4	2.9±0.4
APS	0.5±1.0	0.7±1.2	1.7±1.6	2.7±3.1
1 ACE	11 (12.9)	25 (25.8)	15 (34.9)	69 (34.8)
≥2 ACE	1 (1.2)	--	2 (4.7)	50 (25.3)
Dimessi domicilio	85 (93.7)	70 (92.7)	41 (82.2)	127 (64.1)
Durata degenza	22.7±7.9	25.0±8.7	28.3±14.4	28.9±16.2

Considerando i pazienti con bisogni rilevanti, il 58% ha la necessità di interventi clinici e fisioterapici, mentre il 13% ha solo bisogni clinici.

I dati “gloriosi” di Steve e la sua fedele scudiera

Caratteristiche di 24 pazienti ricoverati e dimessi dalla UO di Geriatria Riabilitativa - Ospedale S. Orsola (3 maggio – 8 giugno 2010)

- **21 posti letto:**
- **10 classificati come riabilitazione specialistica**
- **10 classificati come riabilitazione generale geriatrica**
- **1 letto solvente (jolly)**

- **Criteri di ammissione per il ricovero:**
- **Recente evento acuto (o cronico riacutizzato) con conseguente disabilità**

- **Provenienza:**
- **Ospedale o domicilio**

- **Obiettivi del ricovero:**
- **Stabilizzazione clinica**
- **Ripristino dello stato funzionale premorboso**

- **Dal 3 maggio al 8 giugno: ricoverati e dimessi 24 pazienti, ora ricoverati altri 20.**

Tabella 1. Caratteristiche generali della popolazione

M (%)

Caratteristiche anagrafiche

Età (anni) 77.5_±8.0

Sesso femminile (54)

Scolarità 5.7_±2.3

Condizioni di convivenza pre - ricovero

Vive solo (29)

Vive col coniuge (46)

Vive con altri parenti (12)

Vive con badante (08)

Tabella 2. Stato funzionale

	M (ds)
Autosufficienza	
Barthel premorbo	81.2 _± 18.8
Barthel ingresso	35.8 _± 21.4
Barthel dimissione	64.7 _± 27.8
IADL (f. perse-premorbo)	3.7 _± 2.5
IADL (f. perse - ingresso)	4.7 _± 2.2
Tinetti premorbo	18.1 _± 10.7
Tinetti ingresso	06.3 _± 5.9
Tinetti dimissione	15.6 _± 9.5

Tabella 3. Caratteristiche cliniche

	M (ds)
Condizioni cliniche	
Numero di malattie somatiche	8.1 _± 2.2
Numero di farmaci (dimissione)	7.0 _± 2.6
Albumina (g/dl)	2.9 _± 0.6
Colesterolo (mg/dl)	145.5 _± 34.1
Stato mentale	
Cognitività (MMSE)	21.8 _± 9.1
Clinical Dementia Rating	0.6 _± 1.7
Depressione (GDS)	1.7 _± 2.8

Tabella 4. Caratteristiche cliniche

	(%)
Proveniente da:	
Reparto Ortopedia	(41)
Reparto Medicina	(04)
Reparto Geriatria	(37)
Reparto Neurologia	(12)
Casa	(04)
Diagnosi ingresso:	
intervento ortopedico	(41)
Malattia cardiovascolare	(04)
Malattia respiratoria	(08)
Malattia gastro-intestinale	(04)
Malattia neurologica	(25)
Altro	(16)

Tabella 5. Procedure ed eventi

	M (%)
<i>Procedure</i>	
Numero procedure (esami, ecg, RX)	3.4 _± 1.1
Outcome	
Durata della degenza	14.5 _± 5.9
Catetere vescicale ingresso	(n.7;29%)
Catetere vescicale dimissione	(n.2;8%)
Eventi acuti intercorrenti	(25%)
Decesso	(n.1)
Alla dimissione:	
Domicilio	(88)
RSA	(04)
Ospedale per acuti	(08)
Attivazione ADI	(08)
Badante al domicilio	(16)

I primi dati ottenuti permettono di affermare che in un reparto “misto” di Geriatria Riabilitativa e Specialistica è possibile ottenere, con una durata della degenza contenuta, risultati positivi in termini di stabilizzazione clinica, recupero funzionale, e conseguente ritorno al domicilio.

Proposte per il futuro

- * **Fisioterapia in reparto (fisioterapiste e palestra “residenti”)**
- * **Protocolli FKT per persone con decadimento cognitivo (se il paziente non è collaborante...)**
- * **Procedure infermieristiche adattabili al malato (eventi acuti versus not)**
- * **Ambulatorio di geriatria riabilitativa per follow up**
- * **Area di post-acuzie in futuro (o lo è già adesso per il 50%)?**

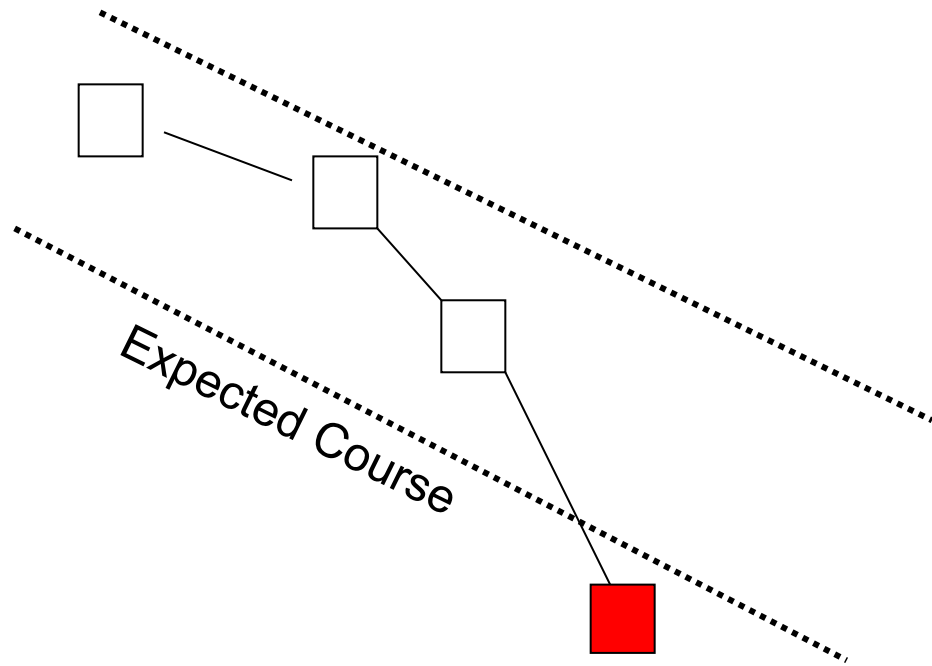
(Boffelli, 2010)

La postacuzie e gli outcome.

E' possibile selezionare a priori i pazienti che non potranno ritornare a casa, ma devono andare in una residenza?

Come definire a priori le glidepath?

Clinical Glidepath



**Il problema dei costi.
Non potrà continuare lo stretto controllo economico sull'attività per acuti e la "larghezza" sulle attività per postacuti.
L'esigenza di individuare modalità per un finanziamento unitario per caso trattato.
Ma come?**



Fondazione Smith Kline

I Drg in Italia: un successo o una occasione mancata?

a cura di

Nicola Falcitelli
Tommaso Langiano
e Marco Trabucchi

il Mulino

2010

La domanda critica: il futuro sarà meglio garantito da un controllo stretto dei servizi e delle transizioni dei pazienti o dalla libertà concessa agli uni e agli altri?

Realisticamente, chi governa i flussi?

Detto in modo più umano: chi aiuta il paziente a scegliere e a percorrere le diverse strade della cura?

Il radicale rifiuto di soluzioni burocratiche: la medicina dei vecchi è dei pazienti e di chi li cura, non di occhiuti impiegati.