

XVIII CONVEGNO NAZIONALE GERIATRICO

“Dottore Angelico”

11-12-13 giugno 2015 - Cassino

Il recupero funzionale del cardiopatico

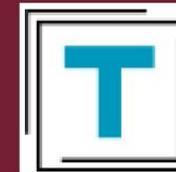


Matteo Grezzana

Marina Lugarà

Elisa Maya Boldo

UOC Geriatria



**San Raffaele
Cassino**

XVIII Convegno Nazionale Geriatrico

“Dottore Angelico” - “ San Raffaele Cassino”

**L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO:
Per il recupero e il mantenimento dell'autonomia**

Presidente
Luigi Di Cioccio

**Attuale mission delle aziende
sanitarie: mettere il paziente
al centro e ridurre gli sprechi**



**per essere ricoverati
bisogna essere ragionevolmente certi
che il ricovero sia utile per il paziente
e possa migliorarne il decorso**

Appropriatezza e Sostenibilità



Slow Medicine

la medicina sobria, rispettosa, giusta



fare di più

non significa fare meglio 

Slow Medicine

la medicina sobria, rispettosa, giusta

etica medica

- autonomia e centralità del paziente
- non-maleficinalità
- beneficalità
- giustizia distributiva



Piano Socio-Sanitario 2011- 14

Restano, peraltro, ampi margini di miglioramento in termini di appropriatezza, accessibilità ai trattamenti ed uniformità di prestazioni nelle diverse Aziende ULSS per quanto concerne alcuni eventi morbosi molto frequenti nella popolazione anziana, come le fratture di femore e lo scompenso di cuore.



REGIONE DEL VENETO

Il tasso di reingresso in ospedale è elevato ed indipendente dall'età

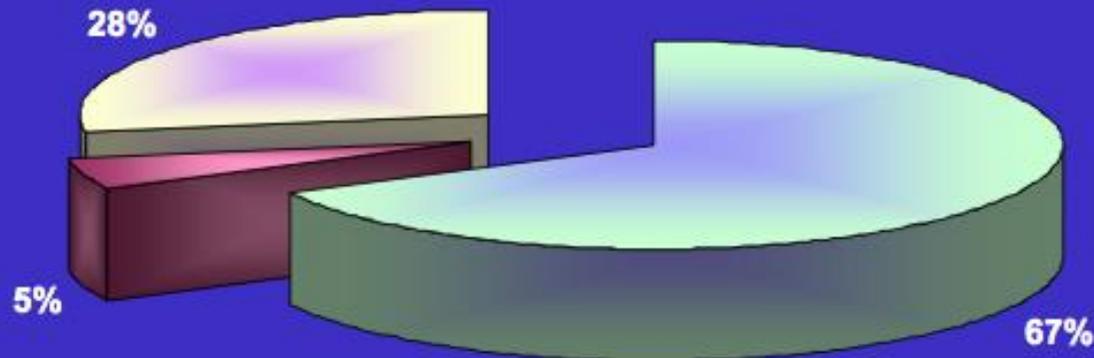
	<i>Maschi</i>			<i>Femmine</i>			<i>Totale</i>		<i>Ricoveri/ soggetti</i>
	<i>Soggetti</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>Ricoveri/ soggetti</i>	<i>Soggetti</i>	<i>Ricoveri</i>	<i>Ricoveri/ soggetti</i>	<i>Soggetti</i>	<i>Ricoveri</i>	
<i>Fino a 44 anni</i>	167	196	1,17	145	181	1,25	312	377	1,21
<i>45-64 anni</i>	973	1.186	1,22	438	491	1,12	1.411	1.677	1,19
<i>65-74 anni</i>	2.056	2.580	1,25	1.183	1.391	1,18	3.239	3.971	1,23
<i>75-84 anni</i>	3.671	4.546	1,24	3.862	4.607	1,19	7.533	9.153	1,22
<i>85 anni e oltre</i>	1.859	2.272	1,22	4.344	5.262	1,21	6.203	7.534	1,21
<i>Totale</i>	8.726	10.780	1,24	9.972	11.932	1,20	18.698	22.712	1,21

La mortalità è elevatissima per tutte le età e superiore alle malattie neoplastiche

	<i>Mortalità a un anno</i>	<i>Mortalità a due anni</i>	<i>Mortalità a 3 anni</i>
<i>Tutti i soggetti</i>	41,3%	51,9%	60,7%
<i>0-64 anni</i>	27,3%	31,5%	35,8%
<i>65-74 anni</i>	28,1%	38,2%	46,5%
<i>75-84 anni</i>	41,9%	52,1%	60,3%
<i>85 anni +</i>	52,1%	65,0%	76,1%

Presentazione clinica

Sintomatologia prevalente



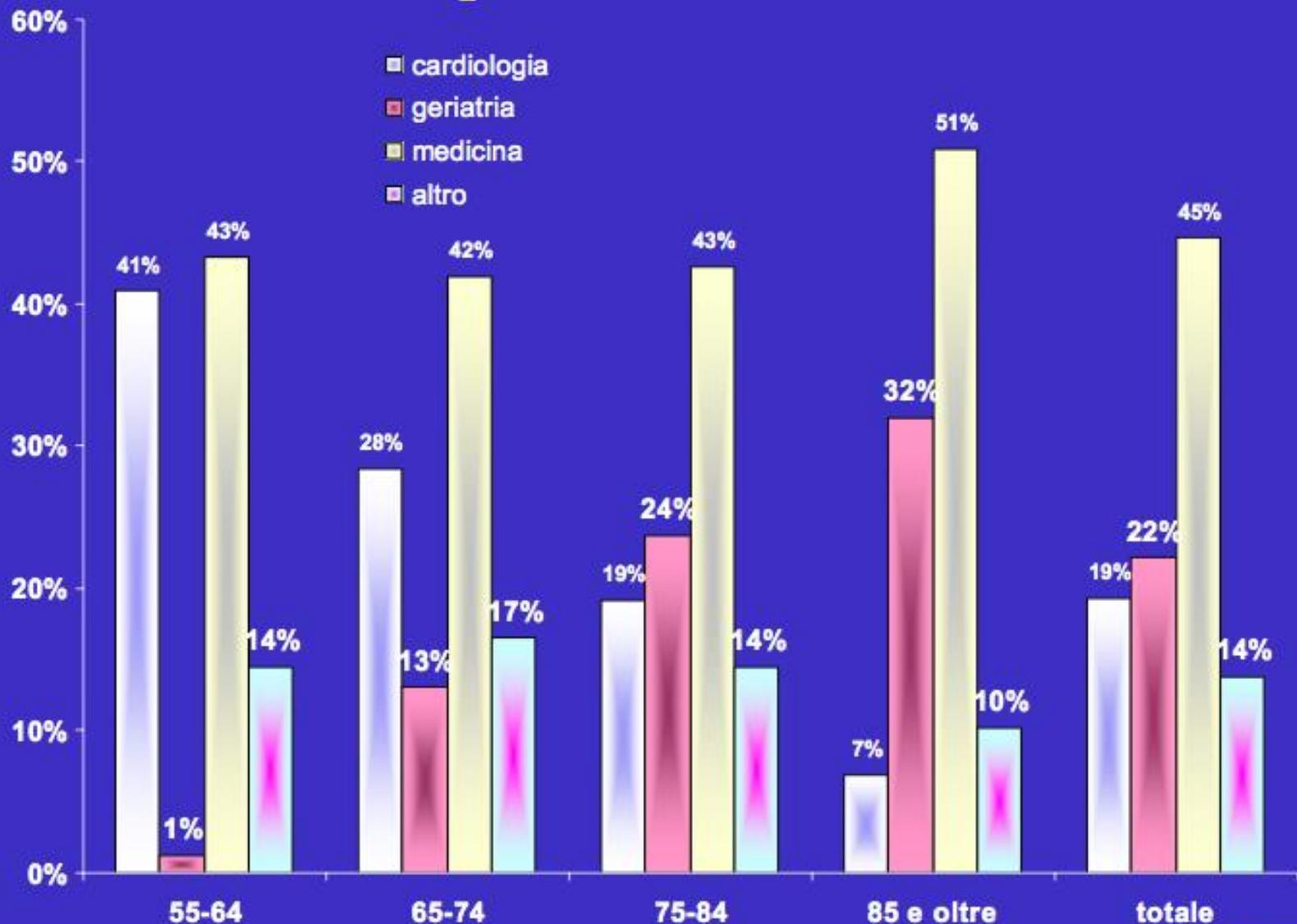
- da stasi polmonare
- da stasi periferica
- misti

Classe NYHA

Non riportata o non attribuibile
con sicurezza nel 85% dei casi



Reparto di dimissione



Conclusioni

Pur in presenza di dati preliminari...

- I criteri usuali di utilizzo delle SDO (DRG 127) sottostimano in modo importante l'occorrenza di eventi di scompenso cardiaco..
- ...che pertanto appare superiore rispetto a quanto noto e questo rafforza la rilevanza di sanità pubblica dello scompenso cardiaco
- Il profilo clinico osservato nei soggetti con scompenso corrisponde all'atteso
- L'analisi del pattern assistenziale evidenzia possibili problemi di appropriatezza ed individua ambiti di miglioramento della qualità dell'assistenza

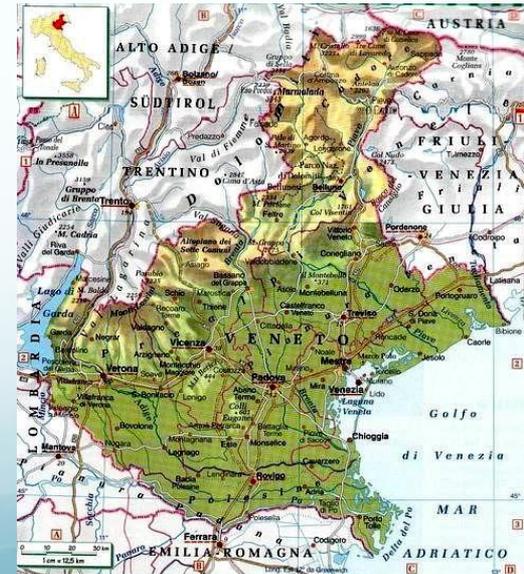


Regione Veneto
Assessorato alle Sanità
Direzione Programmazione Socio Sanitaria



Regione Veneto

- Circa 19000 posti letto totali ospedalieri
- Di cui circa 2800 di riabilitazione/lungodegenza
- In calo i ricoveri in lungodegenza
- In crescita i ricoveri in riabilitazione



Scompenso cardiaco in Veneto

- **Seconda causa di ricovero (dopo il parto): 23000 nel 2014, con trend in costante aumento**
- **Su 24 aziende pubbliche, solo 5 hanno destinato posti letto specializzati per la riabilitazione cardiovascolare**



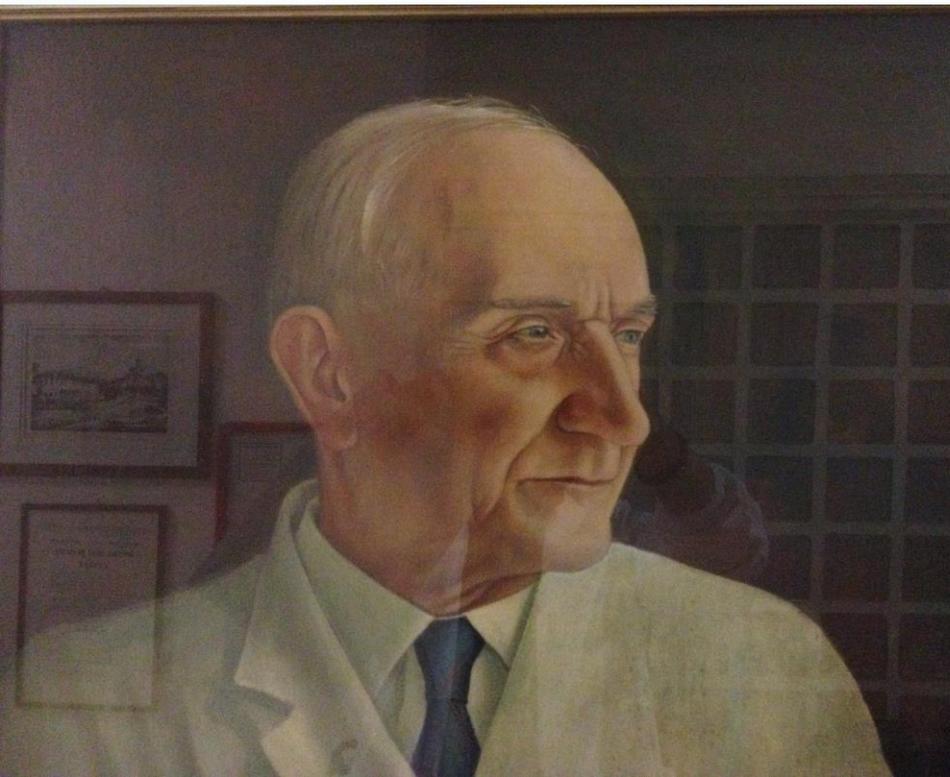
Dove andiamo



Quali prospettive



Evoluzione delle professioni: dal “luminare” alla valutazione multidimensionale



Evoluzione delle professioni: *Infermiere case-manager*



Geriatría Feltre (ultimi 15 mesi)

- 1400 pazienti dimessi (DM 7.2 gg)
- 85% ultrasettantacinquenni
- Insufficienza cardiaca diagnosi più frequente (230 casi escluso edema polmonare) DM 7 gg

Medicina Feltre (ultimi 15 mesi)

- 950 pazienti dimessi (DM 12.1 gg)
- 34% ultrasettantacinquenni
- Insufficienza cardiaca terza diagnosi più frequente (40 casi escluso edema polmonare) DM 12.1 gg

Lungodegenza Feltre (ultimi 15 mesi)

- 473 pazienti dimessi (DM 22.4 gg)
- 83% ultrasettantacinquenni
- Insufficienza cardiaca diagnosi più frequente (80 casi escluso edema polmonare) DM 22 gg

Lungodegenza Feltre

2012

Degenza
media

34.6 gg

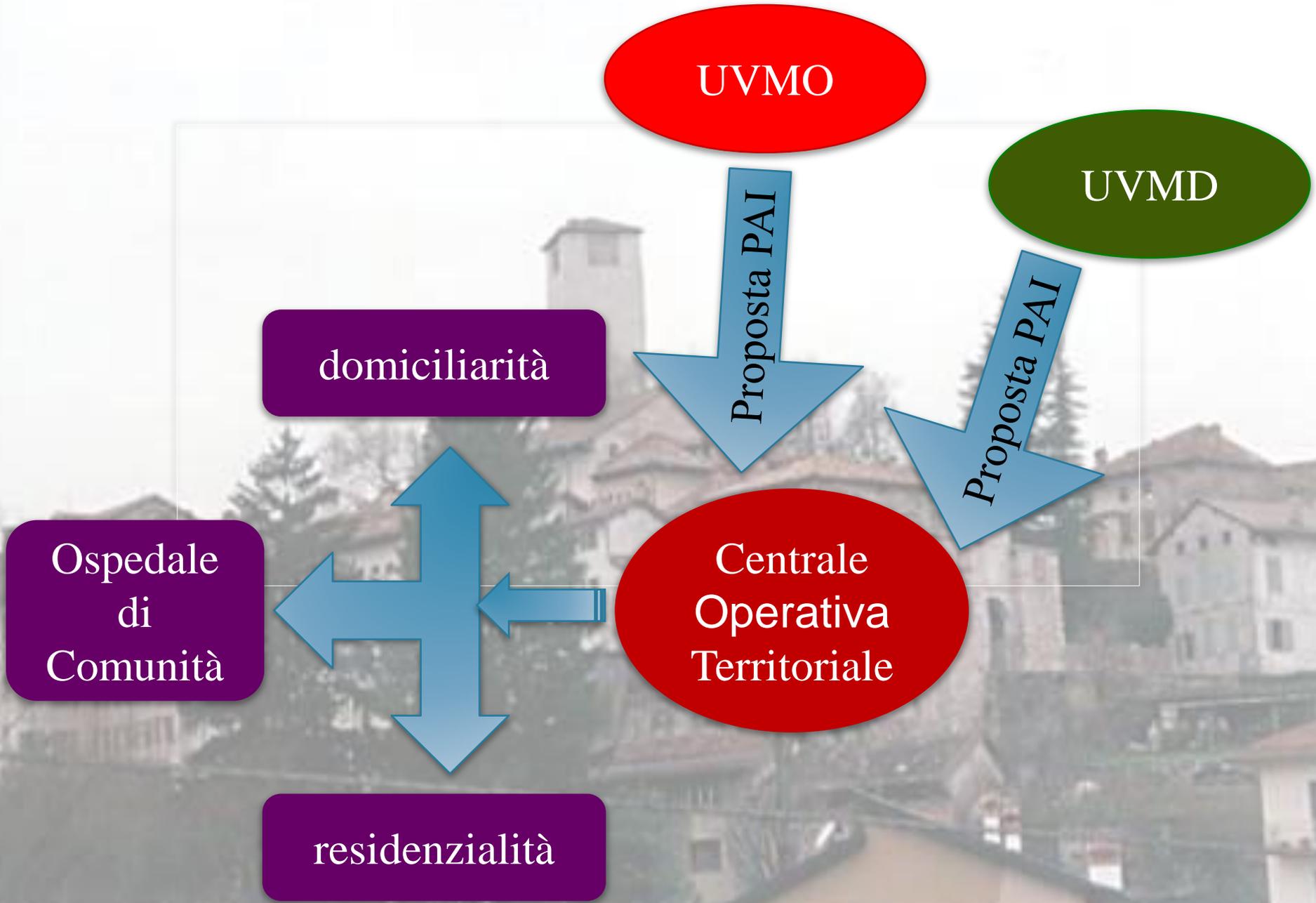
Bassa intensità di cura
(4° livello)
sul territorio

Ospedale di Comunità

2014

Degenza
media

22.4 gg



UVMO

UVMD

domiciliarità

Ospedale di Comunità

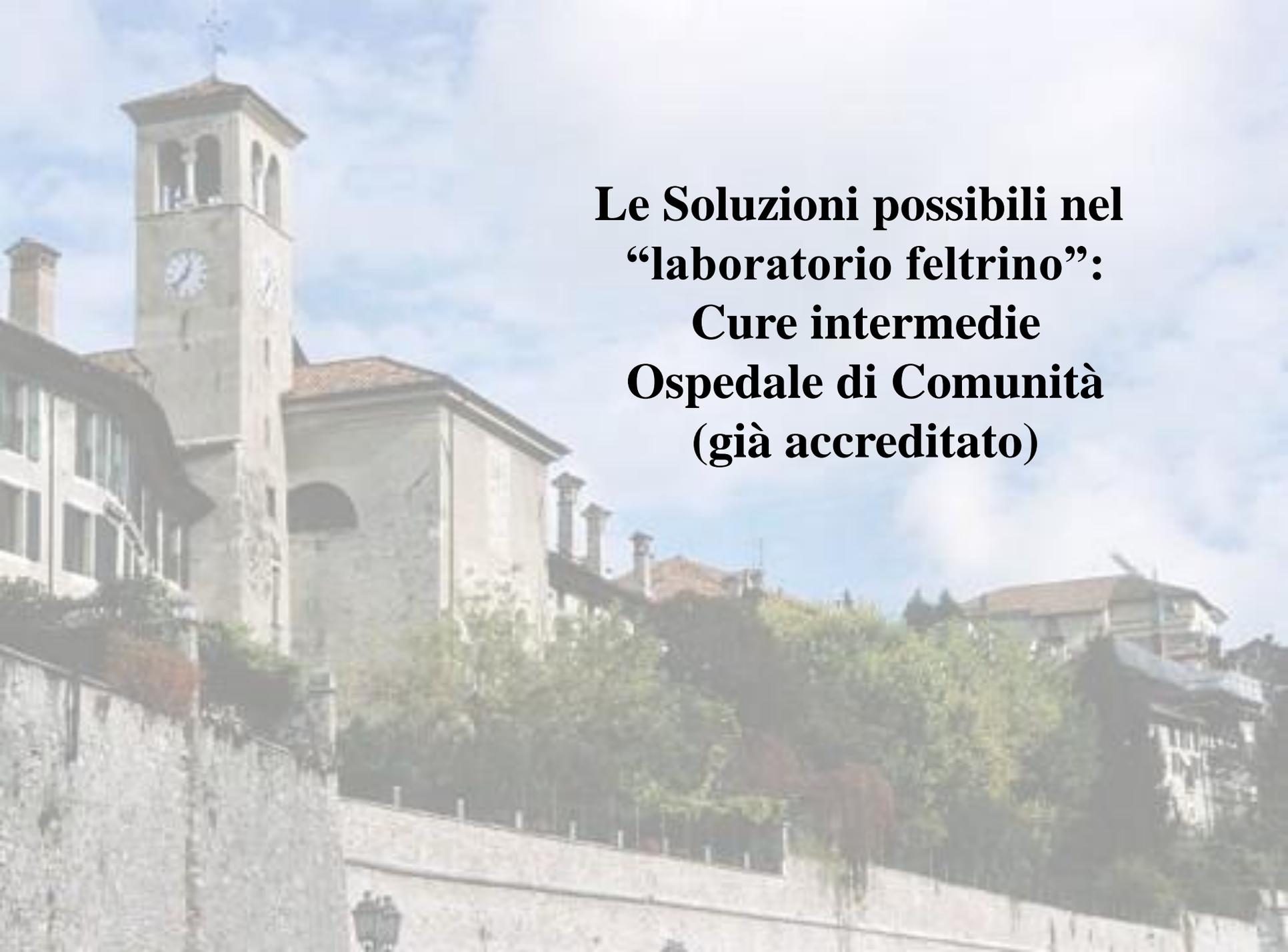
Centrale Operativa Territoriale

residenzialità

Proposta PAI

Proposta PAI





**Le Soluzioni possibili nel
“laboratorio feltrino”:
Cure intermedie
Ospedale di Comunità
(già accreditato)**

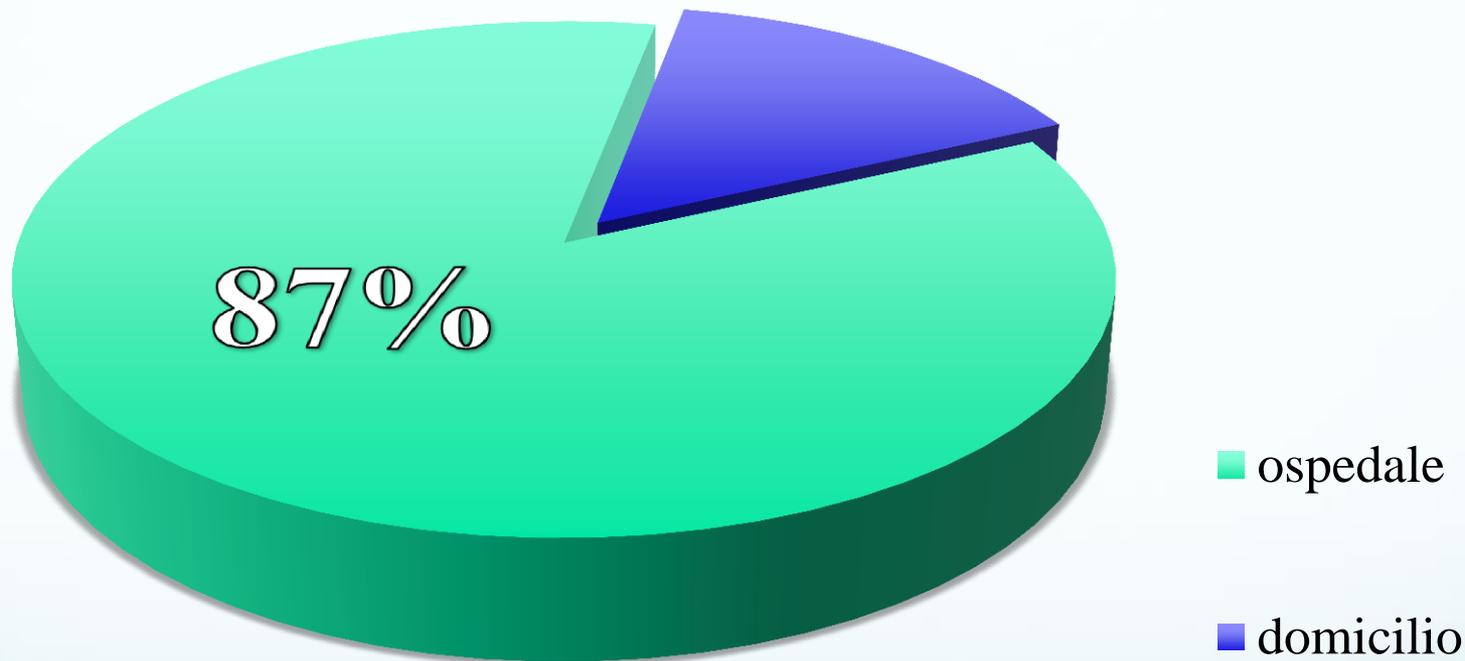


**Dipartimento di
Area medica
per intensità di cura
in Ospedale**

**Bassa intensità sul
territorio
in Ospedale di Comunità**



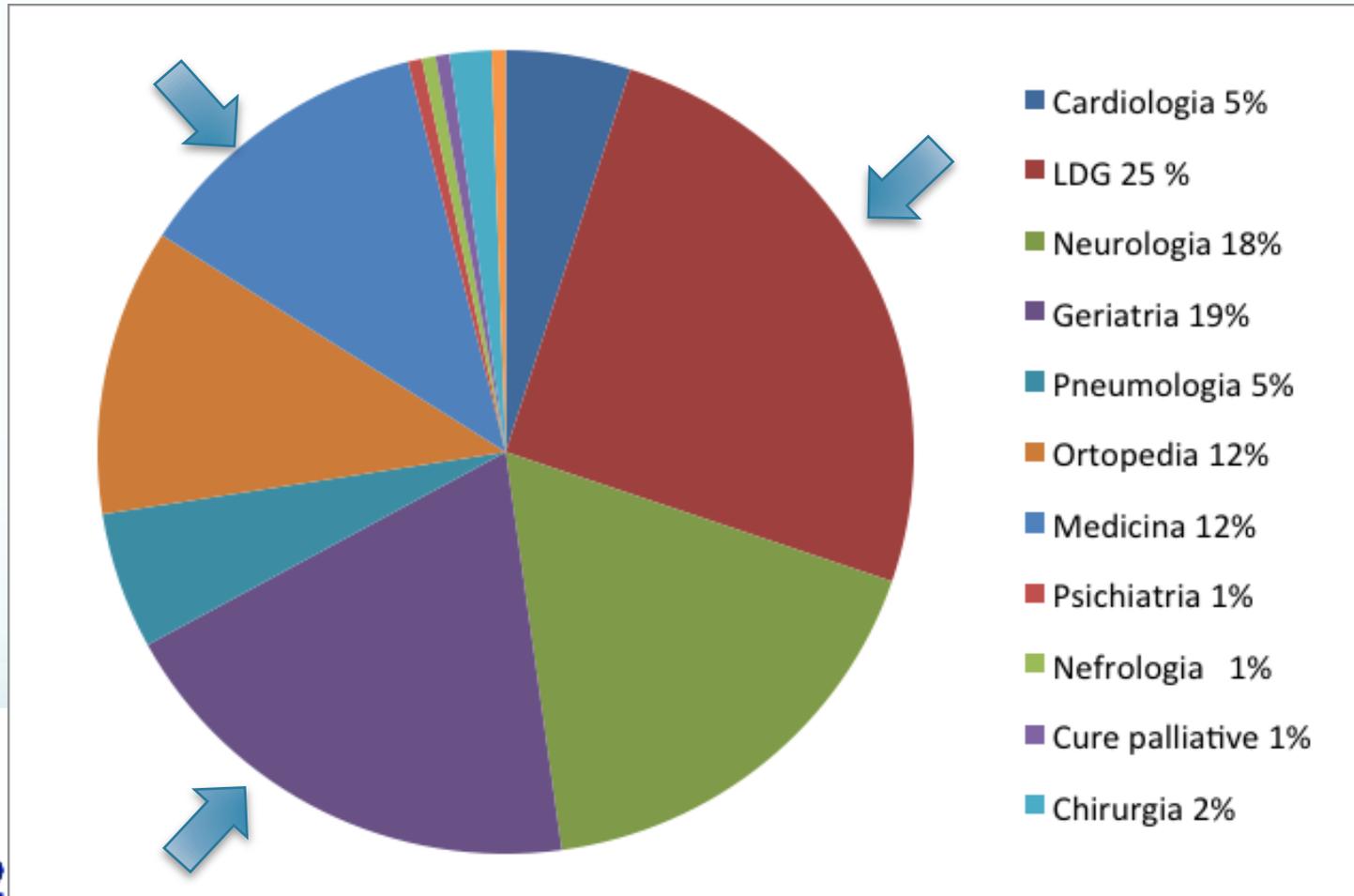
Ospedale di Comunità provenienza pazienti



Ospedale di Comunità

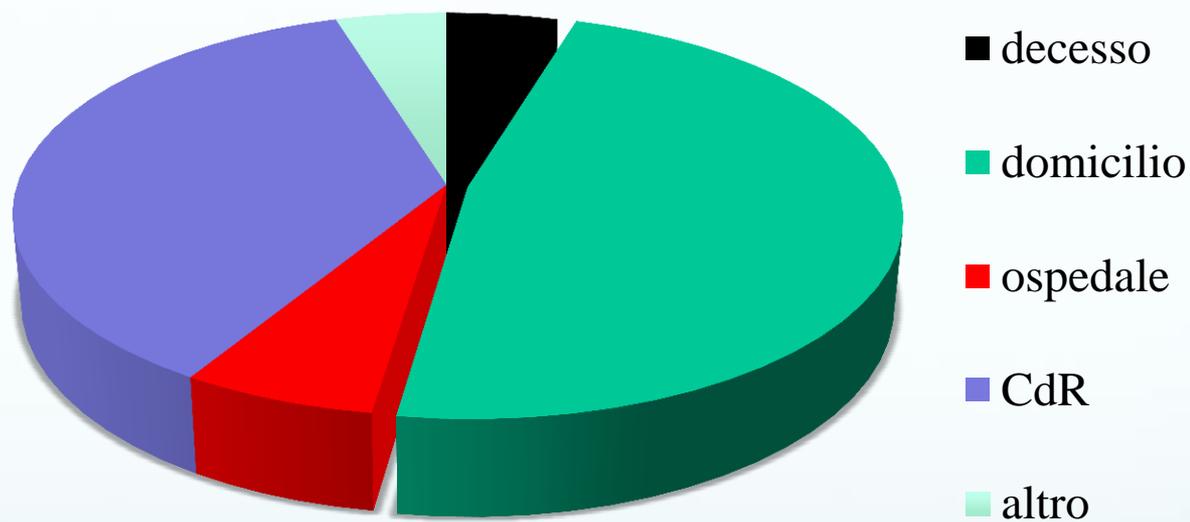
56 % provenienza

da Dipartimento Medico per intensità di cura



Ospedale di Comunità

esito del ricovero



Ospedale di Comunità Feltre (ultimi 15 mesi)

- 328 pazienti dimessi (DM 19 gg)
- Insufficienza cardiaca diagnosi più frequente (92 casi)
- 23 da Ger, 26 da LD, 5 da Med
- Solo 3 da Cardiologia
- 47 (51%) dimessi a domicilio

Research

Original Investigation

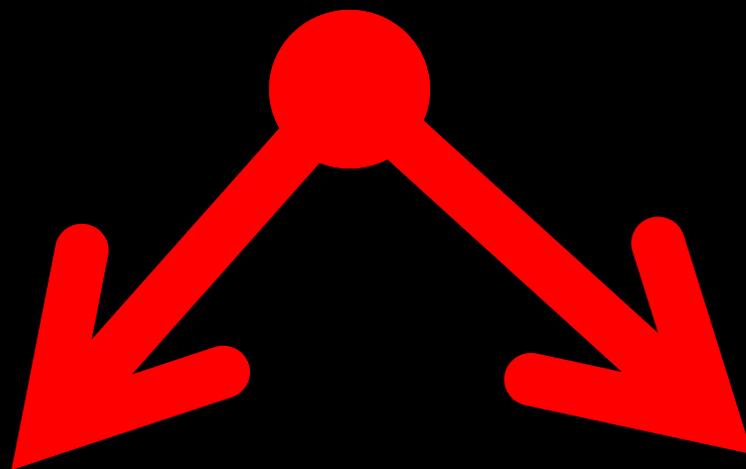
The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures

Max J. Romano, MPH; Jodi B. Segal, MD, MPH; Craig Evan Pollack, MD, MHS

Continuity is a multifaceted concept that includes informational, longitudinal, and interpersonal components.¹⁸

JAMA Internal Medicine Published online May 18, 2015

geriatria di continuità sistema dinamico e reattivo



flessibilità
dei luoghi

mobilità
del personale

Evoluzione delle professioni:

Infermiere case-manager

Infermiere di famiglia e di

comunità





**Le Soluzioni possibili nel
“laboratorio feltrino”:
Infermiere di Famiglia e di Comunità
(progetto sperimentale)**

HEALTH21
VENTUNO OBIETTIVI DI SALUTE PER IL
VENTUNESIMO SECOLO

*Introduzione alla strategia
della Salute per tutti nella Regione
Europea
dell'Organizzazione Mondiale della
Sanità*

OBTV 15 Integrazione del settore sanitario

Introduce per la prima volta la figura
dell' Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC)

“... Al centro dovrebbe collocarsi un'infermiera di famiglia adeguatamente formata, in grado di fornire **consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare** per un numero limitato di famiglie...”

L' OBTV N 15 DI HEALTH 21

“...l’infermiere di famiglia, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. [...] queste [...] figure dovrebbero occuparsi del sostegno attivo all’ autocura.”

COMPETENZE IFC

- **Conduce analisi epidemiologiche e ricerche per modificare l'organizzazione e l'assistenza infermieristica in base ai mutamenti sociali e i bisogni di salute che caratterizzano la comunità in cui opera**
- **Progetta, attua, valuta e coordina progetti di prevenzione, promozione, educazione e formazione coinvolgendo la persona, la famiglia e la comunità**
- **Attiva le strategie necessarie a ridurre eventuali ostacoli al rientro a domicilio**
- **Favorisce le dimissioni precoci**
- **Collabora con i MMG e si sostituisce agli stessi quando i bisogni sono di carattere infermieristico/assistenziale**
- **Promuove il ruolo del care giver, della famiglia e della comunità**

MISSION IFC

- Gestire il processo assistenziale
- Analizzare i bisogni di salute della famiglia e della comunità
- Identificare fattori socio-economici che influenzano la salute
- Garantire la continuità assistenziale
- Promuovere la salute
- Ricerca e consulenza

**L'infermiere di famiglia e
comunità:
una risorsa per il paziente
cardiopatico a domicilio**

Progetto sperimentale

Identificare il campione :

- Utenti dimessi dall' U.O. geriatria con diagnosi di scompenso cardiaco > 65 aa
- Setting user PS ≥ 3 accessi/anno per tutte le cause

Presenza in carico degli utenti :

- Accesso a domicilio entro 24h dalla dimissione identificando i bisogni assistenziali e l'assetto familiare
- Formulazione del piano assistenziale ed educativo

Fase operativa

- L' IFC effettua il **primo accesso** a domicilio del paziente **entro 24 ore** dalla dimissione ospedaliera
- Raccoglie i dati clinici nella scheda **informatizzata** dell'assistito (con MPI calcolato durante il ricovero scala di Morisky)
 - Raccoglie dati relativi all'assetto familiare e/0 eventuali care giver e concorda con l'utente e il care giver il secondo incontro.
 - Educa l'utente e il care giver a riconoscere i segni/sintomi di esacerbazione della patologia
 - Fornisce i propri recapiti e gli orari per essere contattato al bisogno

Fase operativa

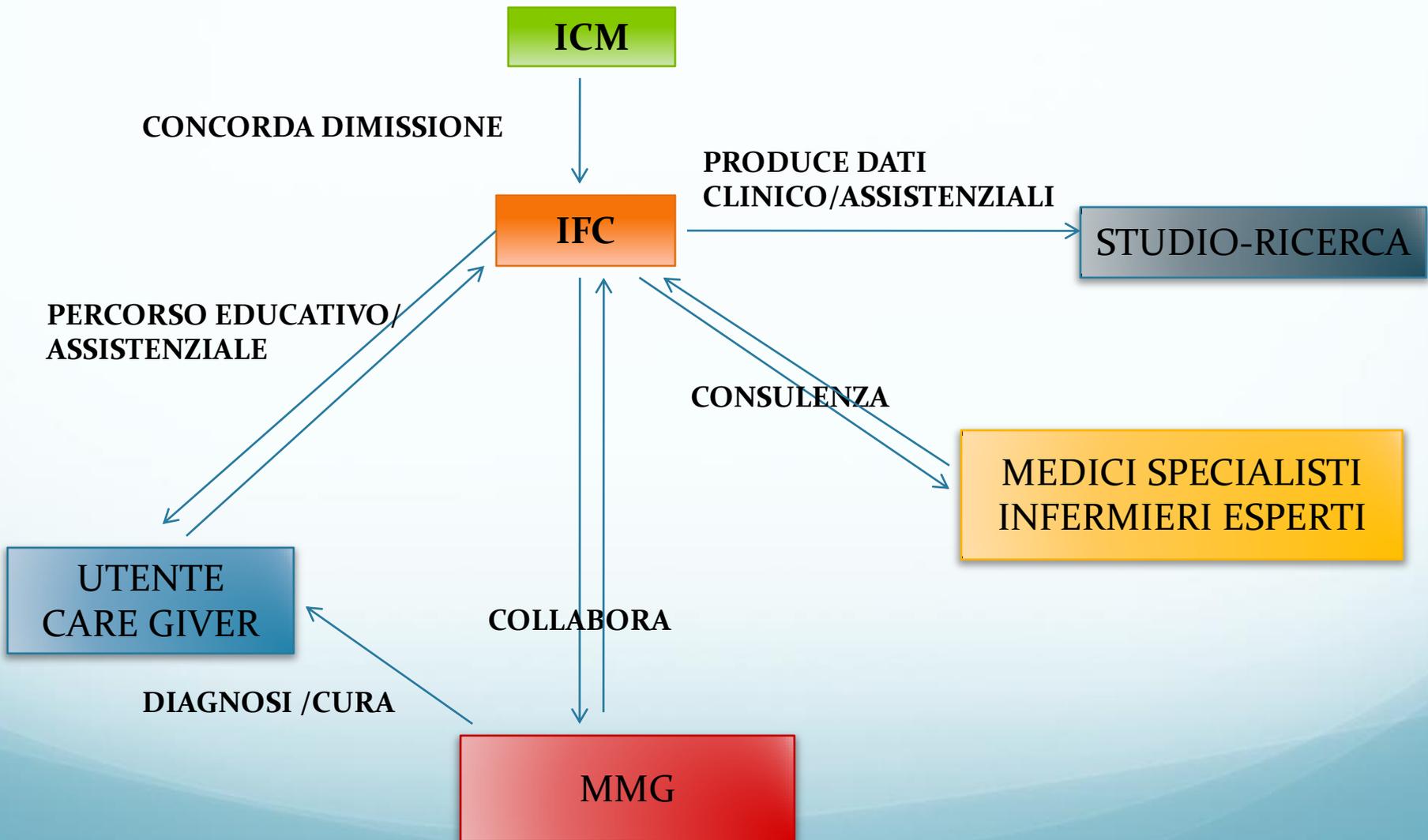
IFC effettua il **secondo accesso entro il 4° giorno**

- **Educa l'utente :**
 - ✓ Controllo del peso corporeo
 - ✓ Misure dietetiche
 - ✓ Attività fisica
 - ✓ Automonitoraggio dei parametri vitali e dei segni/ sintomi di peggioramento del quadro clinico
 - ✓ Importanza dell'aderenza alla terapia
- Fornisce **materiale informativo** e predispone un **diario di monitoraggio** a cura dell'utente

Fase operativa

IFC effettua il **terzo accesso entro il 15° giorno**

- Verifica l'aderenza al piano educativo–assistenziale
- Verifica l'aderenza alla terapia
- Verifica il grado di autogestione della malattia
- Verifica la necessità di rinforzo educativo
- Concorda i follow up telefonici



Verifica del progetto

Durata del progetto: 6 mesi

Analisi dei dati clinico/assistenziali

(andamento parametri vitali, aderenza alla terapia...)

Analisi degli indicatori di qualità

(qualità della vita, soddisfazione dell'utente..)

Analisi indicatori quali:

- N . accessi in PS durante la sperimentazione
- N. di ricoveri ospedalieri con diagnosi scompenso c.
- N. di accessi al MMG



**Vivi la tua vita e
dimentica la tua età.**