

GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI (S.I.G.Os.)

BIMESTRALE - Suppl. al Vol. XIX n. 4 - Luglio/Agosto 2007 - Sped. in Abb. Post. 45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 - Filiale di Roma

Società Italiana Geriatri Ospedalieri

XXI Seminario Nazionale

ATTI

Alessandria 13-14-15 Settembre 2007



ISSN: 1122-5807

L'UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI (UGA)

Ferrari A.

Unità Operativa Complessa di Geriatria – Dipartimento Neuro-Motorio - Arcispedale S. Maria Nuova, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Già nel 1988 la Conferenza di Consenso sull'Assesment del Paziente Anziano identificava alcuni elementi caratterizzanti il lavoro in Geriatria, tra questi:

- la Valutazione Multidimensionale definita come una analisi multidisciplinare del paziente che abbraccia numerosi domini (più comunemente fisico, mentale, sociale, economico e funzionale) allo scopo di indirizzare il piano di cura, le risorse assistenziali e gli interventi, focalizzandoli sui problemi del paziente e sulla prevenzione della disabilità;
- il Targeting del paziente che influisce sui risultati del lavoro specifico Geriatrico;
- la necessità di lavorare in rete con i servizi territoriali allo scopo di monitorare e di riaggiustare il piano di cura (1-2).

Questi elementi cardine applicati nella pratica clinica, nel corso degli anni, in diversi trial effettuati nei confronti di un "usual care" hanno prodotto evidenze di riduzione di mortalità, prevenzione di disabilità, diminuzione dell'istituzionalizzazione, ed hanno determinato una migliore percezione di salute da parte dei pazienti e dei loro caregiver senza aggravio di costi (3-8).

Descriverò brevemente in che modo abbiamo cercato di applicare alla nostra Unità Operativa per Acuti, nel contesto legislativo-organizzativo dell'Emilia-Romagna, questi elementi cardine. Dalla descrizione emergeranno anche alcune criticità che potranno essere prese a spunto per una discussione costruttiva.

Le Aziende sanitarie rappresentano l'articolazione territoriale del Servizio Sanitario Regionale. Le Aziende Usl dell'Emilia-Romagna sono 11.

Cinque sono le Aziende Ospedaliere: l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Bologna, Ferrara, Modena e Parma. Sono parte del Servizio Sanitario Regionale anche gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna (I.R.C.C.S.). (9)

La nostra Unità Operativa è inserita nel contesto di un'Azienda Ospedaliera Completamente Autonoma (L'Arcispedale Santa Maria Nuova-Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) i cui rapporti finanziari con l'Azienda USL di competenza territoriale sono regolati dal contratto di fornitura che viene negoziato annualmente.

In questo contesto è inserita la nostra Unità Operativa Complessa di Geriatria.

La Divisione Ospedaliera di Geriatria è stata istituita a Reggio Emilia nel 1969. Ha sempre operato in ospedale senza soluzioni di continuità, dapprima

in alcune sedi decentrate e dal 1998 è pienamente inserita nel corpo centrale dell'Azienda Ospedaliera. Attualmente dispone di 43 letti di degenza ordinaria tutti per acuti e di un letto di Day-Hospital. L'attività in degenza ordinaria è effettuata al 99% per il Pronto Soccorso (L'ASMN è sede di D.E.A). Le attività ambulatoriali possono essere aggregate in tre principali gruppi: vascolare (attività strumentale di ultrasonografia e attività ambulatoriale di consulenza) osteometabolico-cadute (attività strumentale di refertazione MOC - metodica Dexa-vertebrale-femorale; ed attività di consulenza) valutazione dell'autonomia prevalentemente ai fini certificativi.

I principali indicatori sanitari riferiti alla degenza ordinaria relativi al primo trimestre 2007 sono elencati nella sottostante tabella.

La caratterizzazione in senso geriatrico dell'Unità Operativa per acuti è avvenuta utilizzando i seguenti strumenti:

Valutazione multidimensionale

È stata elaborata una cartella medico-infermieristica integrata che consente la presa in carico complessiva del paziente da parte dell'Equipe multiprofessionale. Gli strumenti di valutazione utilizzati per l'analisi dei singoli domini sono i seguenti: Indice di Braden; B.A.D.L (Katz Index); I.A.D.L (Lawton 1969); Indice di Conley (Conley 1999) ad opera dell'equipe infermieristica. GDS; Mini Mental State Examination; I.D.S; Apache II-APS; Glasgow Coma Scale (G.C.S) ad opera dell'equipe medica.

La cartella integrata contiene una scheda riassuntiva finale nella quale vengono trascritti i principali indicatori da trasferire su supporto informatico.

Targeting del paziente

Già da oltre 10 anni (1996) ci siamo dotati, come Azienda, di uno strumento condiviso: "Linee guida per l'accesso in ospedale". Questo protocollo è stato elaborato attraverso un lavoro di gruppo che ha visto la partecipazione delle Unità Operative e della

ASMN – Geriatria – Degenza ordinaria – Indicatori sanitari PRIMO TRIMESTRE 2007	
Durata Media Degenza gg.	11,21
Occupazione Media Posti Letto	101,14%
Indice di Rotazione	8,12
Peso medio DRG	0,90
Totale ricoveri da Pronto Soccorso	299
Età Media Pazienti Ricoverati da P.S. € Uomini	85,73
Età Media Pazienti Ricoverati da P.S. € Donne	87,63

Direzione di Presidio. Il protocollo è stato approvato in una riunione generale di consenso ed infine formalizzato come procedura da un atto ufficiale della Direzione Sanitaria Aziendale.

La procedura indirizza i pazienti alle Unità Operative con una logica orientata sulla patologia elencando, per ogni situazione, l'unità operativa di prima, di seconda e di terza scelta. Senza entrare troppo nel dettaglio delle patologie, a parità di posizionamento sul versante patologico, il criterio che guida la scelta per la Geriatria verso la Medicina Interna è un Cut-Off d'età, che deve essere uguale o maggiore di 75 anni, ed un criterio più elastico descrittivo: "polipatologia e rischio di perdita dell'autonomia".

Continuità di cura e rapporti con la rete dei servizi per la popolazione anziana

Questo aspetto appare, nella nostra realtà territoriale ed organizzativa, il più delicato in quanto vede la presenza di due Aziende (Azienda USL di RE ed Azienda Ospedaliera ASMN) ben distinte, con bilanci completamente autonomi e con rapporti economici reciproci regolati da un contratto di fornitura che si negozia annualmente; inoltre nella Rete dei Servizi per la Popolazione Anziana entrano a pieno titolo e con risorse proprie le autonomie locali che, mentre intrattengono rapporti ben consolidati e regolati da norme legislative con l'Azienda Usl, altrettanto non avviene, almeno automaticamente, con le Aziende Ospedaliere.

Nel periodo 1999-2004, avevamo individuato una buona soluzione organizzativa (10-11) realizzata attraverso la sottoscrizione di "accordi di programma" sulla base della legge regionale n. 5/94. Questo assetto organizzativo tuttavia si è rivelato non più compatibile con l'impianto della legge Regionale 23 Dicembre 2004 n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale". (12)

Le novità introdotte dallo strumento legislativo sopra riportato possono essere, arbitrariamente e sinteticamente, riassunte nei seguenti principali punti:

- Ruolo centrale del Distretto nella pianificazione e organizzazione dei percorsi di cura socio-sanitari integrati.
- Individuazione nel Dipartimento delle cure Primarie quale titolare della organizzazione e realizzazione dei percorsi di cura socio sanitari integrati in tutte le classi d'età (infanzia, handicap adulto, anziani) con superamento, nell'erogazione dei servizi, di una logica orientata per classi d'età.
- L'Interfaccia ufficiale attraverso cui l'Azienda Ospedaliera può relazionarsi col Distretto, titola-

re dell'allocazione delle risorse e della responsabilità di controllo della qualità dei servizi socio-sanitari integrati compresa la rete dei servizi per la popolazione anziana, è il Comitato di Distretto. In questa sede vengono affrontati i bisogni socio sanitari globali della popolazione di riferimento territoriale.

- I Dipartimenti Interaziendali (coinvolgenti più aziende) di norma sono limitati al Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Queste novità legislative hanno di fatto superato la normativa introdotta dalla legge Regionale 5/94 che dettava indirizzi organizzativi "dedicati esclusivamente alla popolazione anziana".

Le problematiche che abbiamo dovuto affrontare dopo l'uscita della legge regionale 29/2004 possono essere schematicamente riassunte nelle seguenti:

- La necessità di individuare, a breve termine, una interfaccia operativa che ci consentisse comunque di continuare a rapportarci, nell'ambito della continuità di cura, con quanto rimasto della rete dei servizi per la popolazione anziana.
- La necessità di individuare, nel medio e lungo termine, una strategia che ci consentisse di riportare l'Azienda Ospedaliera ad avere un peso di rilievo nella programmazione e nella gestione delle risorse territoriali prevalentemente dedicate alla popolazione anziana.

La prima problematica è stata risolta utilizzando l'interfaccia del Servizio Sociale Ospedaliero (composto da personale dipendente dell'Azienda AUSL) che a sua volta ha gli strumenti operativi per relazionarsi con i Poli Sociali di riferimento territoriale (dipendenze delle autonomie locali) che gestiscono le risorse sociali. Lo strumento operativo standardizzato di interfaccia tra le Unità Operative Ospedaliere e il Servizio Sociale Ospedaliero è rappresentato da una scheda di segnalazione informatizzata on line da noi elaborata ed in uso alle Unità Operative con letti fin dal 2001.

Sempre a proposito della problematica di cui al punto n°1 si sta lavorando alla realizzazione di due percorsi di prodotto: uno in ambito ortogeriatrico ed uno in ambito stroke. Questi percorsi si svilupperanno dall'arrivo in PS al rientro al domicilio e vedranno declinati i vari passaggi di presa in carico di tutte le figure professionali (ospedaliere e territoriali) coinvolte nel processo di cura.

Per quanto concerne la problematica di cui al punto 2, l'obiettivo per il medio-lungo termine è quello di sensibilizzare le Aziende circa l'opportunità di istituire un "Programma Interaziendale Anziani" che possa fungere da elemento unificante di indirizzo delle risorse afferenti ai diversi ambiti organizzativi attivi in questo settore.

BIBLIOGRAFIA

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making: *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 342-347.
2. FRETWELL M.: The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 377-379.
3. RUBENSTEIN et al.: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-1670.
4. LANDEFELD C.S., PALMER R.M.: A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-1344.
5. SALTVEDT I., MO E.S.: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-798.
6. COUNSELL S.R., HOLDER C.M.: Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000 Dec; 48 (12): 1572-1581.
7. COHEN H.J., FEUSSNER J.R.: A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*, Vol. 346, No. 12 March 21, 2002.
8. COVINSKY K.E., KING J.T.: Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997 Jun; 45 (6): 729-734.
9. http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/servizio_sanitario_regionale.htm.
10. DAVOLI D., FERRARI A., L'unità Operativa per cauti dell'Azienda Ospedaliera e la rete dei Servizi Territoriali per la Popolazione Anziana: Il modello del Distretto di Reggio Emilia. *Giornale di Gerontologia* Ottobre 2002 Volume L Numero S-5.
11. FERRARI A., BELLESIA G.: La divisione di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera e la Rete dei Servizi per la Popolazione Anziana: Un percorso organizzativo volto a migliorare la continuità Assistenziale. 4° conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute Reggio Emilia 16-17 Novembre 2000-Atti.
12. http://demetra.regione.emiliaromagna.it/nxtphp/monitor.php?vi=all&vi=all&urn=urn:nir:regione.emilia.romagna:legge:2004;29&urn_tl=d&urn_t=text/xml&urn_a=y&urn_d=v&urn_dv=n.