



CONVEGNO
**LA GERIATRIA
IN EMILIA ROMAGNA 2016**
Convegno Congiunto SIGG-SIGOT-AGE Regione Emilia Romagna



Il problema dei ricoveri da C.R.A. - Nursing Home

Ferrara 29 aprile 2016

Franco Romagnoni
AzUSL di Ferrara



Un problema “complesso” per un paziente complesso

Evoluzione dell'utenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale lombarda dal 2005 al 2007

Changes in residents of a nursing home in the Lombardy region from 2005 to 2007

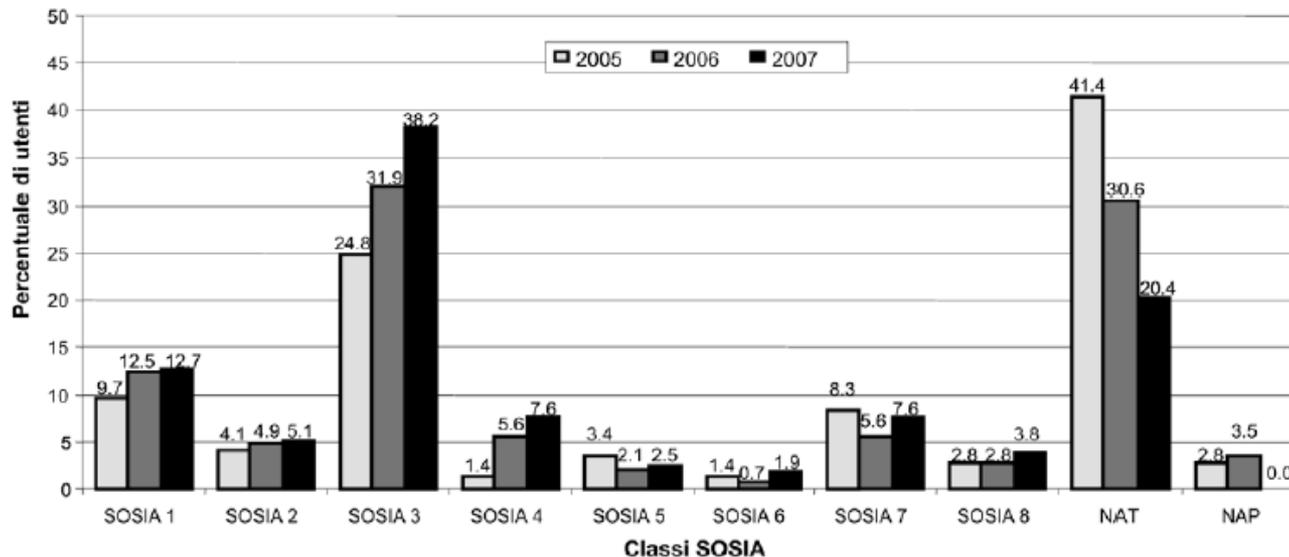
S. DOMENIGHINI, J.P. RAMPONI*, G. ORIZIO, U. GELATTI

Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università di Brescia; * Residenza Sanitaria Assistenziale “Tilde e Luigi Colosio”, Rodengo Saiano (BS)

G GERONTOL 2008;56:597-604

aumento degli utenti classificati nelle prime quattro classi SOSIA (classi a più elevata complessità assistenziale) che rappresentano, nel 2007, il 63,7% della popolazione residente e, sommati agli utenti NAT, raggiungono l'84,1%. Questo andamento può indicare la tendenza a ricoverare in RSA i pazienti più gravi, che hanno bisogno di una maggiore assistenza non solo socio-assistenziale ma anche sanitaria;

Fig. 2. Distribuzione degli utenti nelle classi SOSIA nel triennio 2005-2007.





Un problema “complesso” per un setting complesso



Gestione clinica di evento acuto incidente in RSA

Clinical handling of accident acute event in nursing homes

G. GELMINI

Fondazione “Ospedale Giuseppe Aragona”, Onlus, Istituto Geriatrico e Riabilitativo, San Giovanni in Croce (CR)

G GERONTOL 2005;53:318-323

Alcuni dati in percentuale provenienti da una casa protetta che adotta tale “scheda ricovero in ospedale” e riferiti a 3 anni di osservazione (dati non pubblicati), evidenziano, nei soggetti dimessi, quanto segue:

- rientro con il catetere vescicale 47,3%;
- rientro con lesioni da decubito 39,4%;
- rientro con necessità di supporto all'alimentazione 65,8%;
- rientro col SNG 5,2%;
- rientro in condizioni di allettamento 73,7%;
- rientro in stato confusionale 57,9%;
- rientro con ematomi, ecchimosi, ferite 2,6%.

- strutture con il medico e l'infermiere 24 ore al giorno, soprattutto se queste sono collegate, come ad esempio all'Istituto “Aragona” dove lavoro, con reparti di riabilitazione geriatrica;
- strutture con presenza medica solo diurna piena (12 ore) o limitata (orari i più svariati, anche poche ore!) e reperibilità medica notturna;
- strutture con la sola presenza notturna dell'infermiere, senza reperibilità medica (eventuale necessità collegata all'attività di guardia medica territoriale);
- struttura senza infermiere di notte e sola reperibilità dello stesso;
- strutture con solo Operatore Socio Assistenziale di notte, senza reperibilità medica e infermieristica.



Le **DIMENSIONI** del problema



- ❑ l'ospedalizzazione degli ospiti di Nursing Homes/CRA è un evento relativamente **comune**,
- ❑ la frequenza descritta nella più completa review internazionale varia tra il **9 e il 59%** (Grabowski DC et al, 2008)
- ❑ I più recenti dati **USA** stimano un valore medio attorno al **35%** degli ospiti, per un totale di 958.837 osp/a su 1.571.920 ospiti (EG Walsh, Medicaid, 2010)
- ❑ In **Emilia Romagna** il valore medio è pari al **23 % (18 – 32 %)** (Dossier 237, RER 2014)
- ❑ questa grande **variabilità** viene giustificata da:
 - differenze geografiche,
 - tipologia della residenza,
 - caratteristiche della popolazione studiata



Fattori di rischio: l'OSPITE



SOCIO-DEMOGRAFICI

Sesso, età, tempo di permanenza nella NH,
modalità di rimborso.

CLINICO-ASSISTENZIALI

Livello di non **autosufficienza**, presenza di deficit **cognitivo** o di alcune patologie croniche (es scompenso cardiaco **congestizio/lesioni** da pressione), pregressa **ospedalizzazione**

L'utilizzo di mezzi di **contenzione** fisica, la presenza di **cateteri** vescicali o **sonde** nutrizionali

Il tasso di ospedalizzazione per **brucopolmonite** e per **frattura** di femore è risultato più elevato



Fattori di rischio: l'ASSISTENZA



❑ PRESENZA DEL MEDICO

Risultati **contraddittori** (minor disponibilità, minor H)

Presenza del **medico titolare** (notte/festivi)

❑ CARATTERISTICHE dello STAFF INFERMIERISTICO

La formazione dello staff su **specifici problemi** e la definizione di protocolli di trattamento può ridurre l'ospedalizzazione (Loeb, 2006)

Livello di copertura **diurna/notturna**, tipologia delle figure professionali presenti in residenza.

❑ SERVIZI

La possibilità di gestire terapie di **supporto** nutrizionale o respiratorio

la disponibilità di strumenti **diagnostici** (RX, EEC)

NON sono univocamente correlati con un minor ospedalizzazione



Il “punto di vista dell’ospite”



PRESENZA di DIRETTIVE ANTICIPATE

- ❑ Oggetto di studio in modo esclusivo e diretto o come variabile di controllo.
- ❑ Sembra esistere una **moderata associazione** inversa tra presenza di direttive e tasso di ospedalizzazione.
- ❑ La maggior parte degli studi sono osservazionali e vengono messi a confronto **ospiti/NH molto diversi** tra loro.
- ❑ Il tema appare importante, ma richiede ulteriore **approfondimento**, tuttora non è possibile confermare un nesso causale certo
- ❑ In un’indagine condotta su 420 NH in 25 stati USA, il parere del paziente è stato indicato come **il più importante determinante** per la scelta sia dalla direzione medica che da quella infermieristica (Buchanan 2006)



Il problema dei ricoveri da C.R.A. - Nursing Home



LE OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI

(ALLO "STATO DEI FATTI")

e/o

POTENZIALMENTE EVITABILI

(... IN CONDIZIONI ORGANIZZATIVE RAGIONEVOLMENTE
DIVERSE DA QUELLE ATTUALI)

**Cost Drivers for Dually Eligible Beneficiaries:
Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled Nursing Facility, and Home and Community-Based Services Waiver Programs**



**Potentially avoidable hospitalizations by condition—dually eligible beneficiaries in Medicaid-covered nursing facility stays, 2005
Race/ethnicity: All**

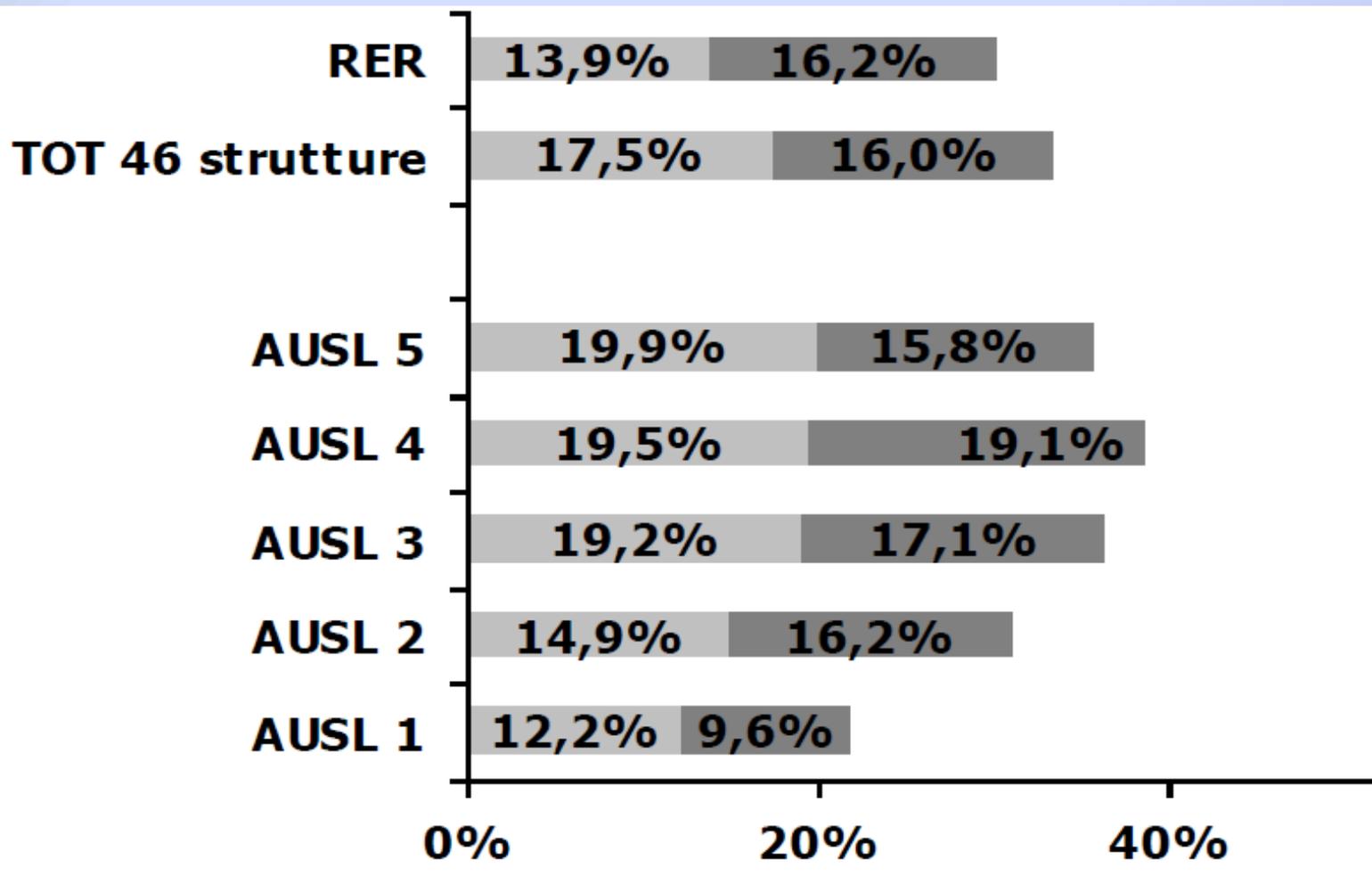
Condition	Number of enrollees in relevant population	Potentially avoidable hospitalizations	Percentage distribution	Hospitalization rate (per 1,000 person-years)	Average length of stay
All	1,087,037	240,753	100.0	338	6.6
Altered mental status, acute confusion, delirium	—	1,351	0.6	2	9.3
Anemia	—	5,224	2.2	7	4.2
COPD, asthma	—	14,382	6.0	20	5.6
Congestive heart failure	—	27,847	11.6	39	6.0
Constipation, impaction	—	2,574	1.1	4	5.5
Dehydration	—	24,900	10.3	35	6.3
Diarrhea, gastroenteritis, <i>C. Difficile</i>	—	3,958	1.6	6	6.3
Falls/trauma	—	22,657	9.4	32	5.8
Hypertension	—	553	0.2	1	5.2
Pneumonia	—	78,975	32.8	111	7.2
Poor glycemic control	—	1,688	0.7	2	6.2
Psychosis, agitation, organic brain syndrome	—	3,296	1.4	5	12.6
Seizures	—	6,282	2.6	9	5.2
Skin ulcers, cellulitis	—	11,786	4.9	17	10.6
Urinary tract infection	—	34,220	14.2	48	5.6
Weight loss and malnutrition	—	1,060	0.4	1	7.5



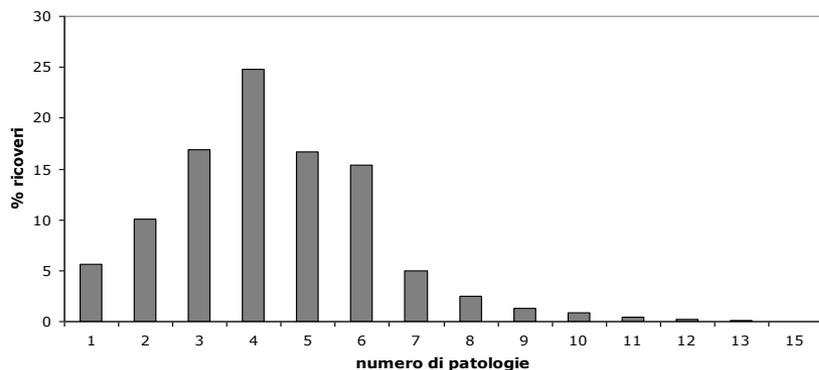
Fattori di rischio di ospedalizzazione inappropriata



- Numero di patologie croniche (+20% HR/+ 1 patologia cronica)
- Case Mix (classificazione di ingresso di rilevanza sanitaria)
- Età (+75enni vs 65-74 aa)
- Sesso (M) Razza (HR + 10-20% per neri, ispanici, “altre razze”)
- Sistema di pagamento “pubblico” (+80 % letti Medicaid)
- NH di proprietà statale (HR 0.82) o non-profit (0.92)
- Catene di NH (0.95) vs NH indipendenti



Categoria diagnostica principale	N ricoveri	% sul totale ricoveri	Decessi in Ospedale	% decessi	% D'URGENZA
APP. RESPIRATORIO	2.564	29,0	▲	26,0	89,5
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO	1.486	16,8		26,2	85,5
01-SISTEMA NERVOSO	803	9,1		19,1	81,4
APP. INFETTIVE E PARASSITARIE	756	8,6	▲	49,6	93,1
11-RENE E VIE URINARIE	733	8,3	▲	14,9	85,5
06-APP. DIGERENTE	648	7,3		17,4	83,0
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR.. TESS. CONNETTIVO	422	4,8		4,3	83,9
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	305	3,5		16,1	84,3
07-FEGATO. VIE BILIARI E PANCREAS	231	2,6		15,6	84,4
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	220	2,5		6,8	74,5



Azienda	N. di ricoveri	Tasso ricovero ospedaliero/100 persone-anno	N. ricoveri/100 residenti	% ricoveri	
				ripetuti a 7 giorni	ripetuti a 30 giorni
USL 1	197	44,6	29,9	2,0	10,7
USL 2	469	55,1	30,5	2,8	10,2
USL 3	474	48,1	24,9	3,8	10,8
USL 4	220	74,4	45,0	5,0	13,6
USL 5	448	76,4	33,0	3,1	10,5
<i>Totale 46 strutture</i>	<i>1.808</i>	<i>57,2</i>	<i>30,4</i>	<i>3,3</i>	<i>10,9</i>
<i>Regione Emilia-Romagna</i>	<i>8.719</i>	<i>55,0</i>	<i>33,5</i>	<i>4,0</i>	<i>11,9</i>

Che fare? PREVENZIONE 1

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

N ENGL J MED 372;12 NEJM.ORG MARCH 19, 2015

ORIGINAL ARTICLE

Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults

M.J.M. Bonten, S.M. Huijts, M. Bolkenbaas, C. Webber, S. Patterson, S. Gault, C.H. van Werkhoven, A.M.M. van Deursen, E.A.M. Sanders, T.J.M. Verheij, M. Patton, A. McDonough, A. Moradoghli-Haftvani, H. Smith, T. Mellelieu, M.W. Pride, G. Crowther, B. Schmoele-Thoma, D.A. Scott, K.U. Jansen, R. Lobatto, B. Oosterman, N. Visser, E. Caspers, A. Smorenburg, E.A. Emini, W.C. Gruber, and D.E. Grobbee

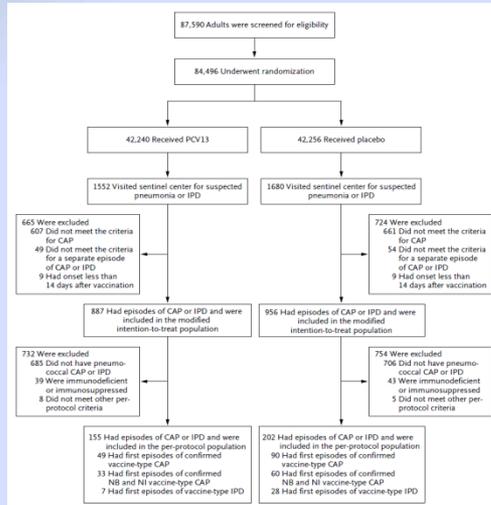
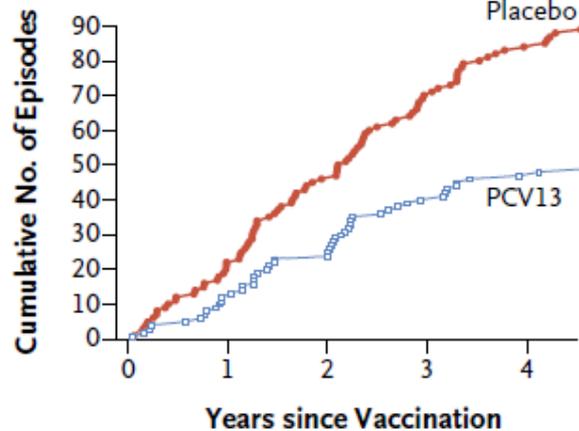
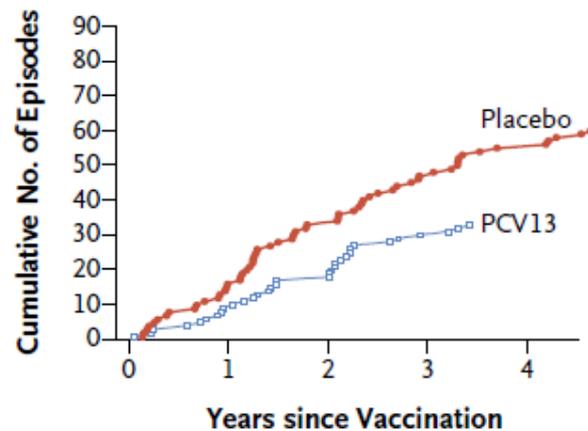


Figure 1. Enrollment and Outcomes in the Per-Protocol Population. CAP denotes community-acquired pneumonia, IPD invasive pneumococcal disease, NB and NI nonbacteremic and noninvasive, and PCV13 13-valent pneumococcal conjugate vaccine.

A Vaccine-Type CAP



B NB and NI CAP



C Vaccine-Type IPD

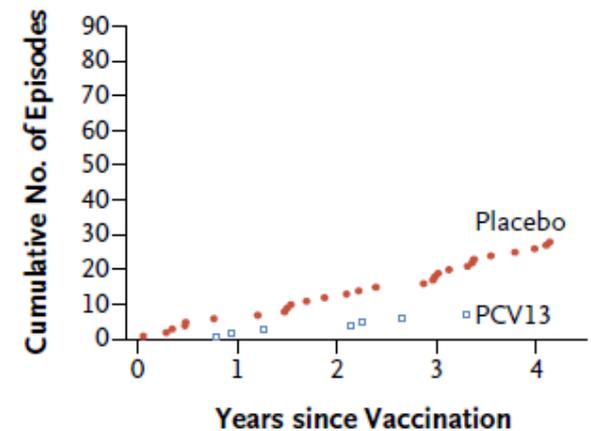


Figure 2. Post Hoc Analysis of the Cumulative Episodes of the Primary and Secondary Efficacy End Points in the Per-Protocol Population.



PREVENZIONE 2 & 3

- **Prescrizione Inappropriata di FARMACI** : USA (15-55%), Canada (16-25%),
- **EU sfiora il 70%** in alcuni gruppi (> 9 farmaci)
- **R.A. gravi: ospedalizzazione e morte (+85aa)**

SPECIAL ARTICLES

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel



Aging Research Center (ARC)
Department of Neurobiology, Care Sciences and Society,
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

DRUG USE IN INSTITUTIONALIZED
AND HOME-DWELLING ELDERLY
PERSONS

Yiva Haasum



**Karolinska
Institutet**

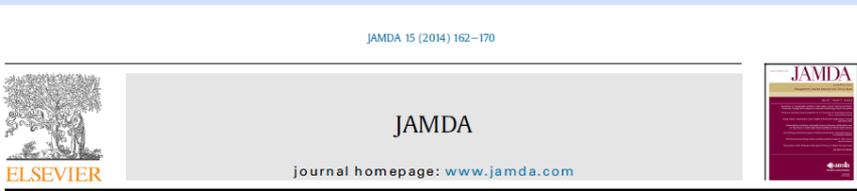
Stockholm 2012

- **Piano Regionale di Prevenzione (DGR 771/2015): Prg.6.12 Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza**
 - Definizione di un piano di formazione CRA condiviso
 - analisi dei bisogni, mappatura CRA
 - supporto in caso di cluster epidemici

Che fare? ORGANIZZAZIONE 1

Il programma INTERACT

- COMMUNICATION tools
- **DECISION SUPPORT tools**
- **ADVANCE PLANNING**



Special Article

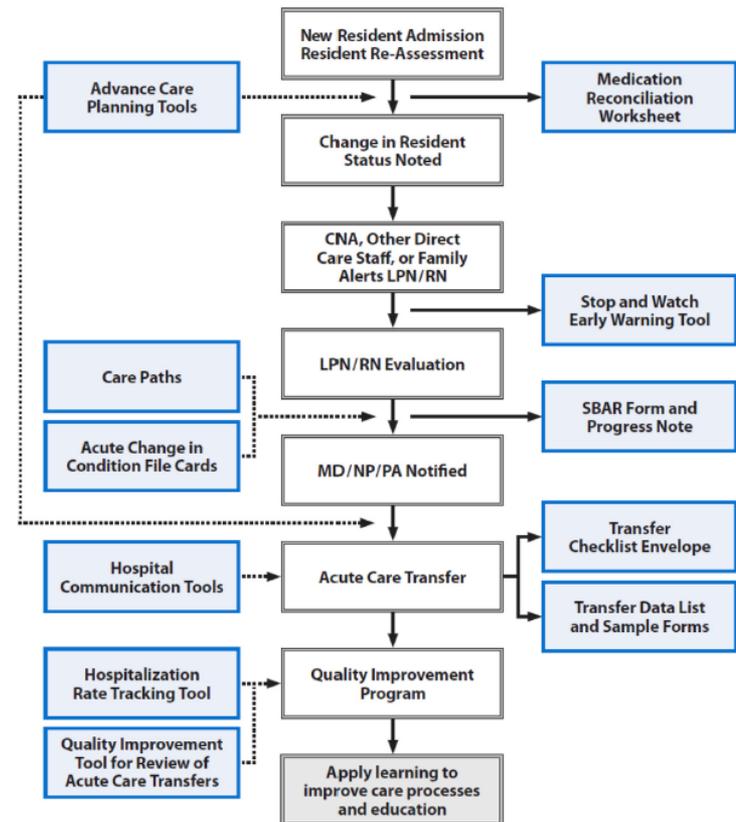
The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) Quality Improvement Program: An Overview for Medical Directors and Primary Care Clinicians in Long Term Care

Joseph G. Ouslander MD^{a,b,*}, Alice Bonner PhD, GNP^c, Laurie Herndon MSN, GNP^d, Jill Shutes GNP^a

A B S T R A C T

Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) is a publicly available quality improvement program that focuses on improving the identification, evaluation, and management of acute changes in condition of nursing home residents. Effective implementation has been associated with substantial reductions in hospitalization of nursing home residents. Familiarity with and support of program implementation by medical directors and primary care clinicians in the nursing home setting are essential to effectiveness and sustainability of the program over time. In addition to helping nursing homes prevent unnecessary hospitalizations and their related complications and costs, and thereby continuing to be or becoming attractive partners for hospitals, health care systems, managed care plans, and accountable care organizations, effective INTERACT implementation will assist nursing homes in meeting the new requirement for a robust quality assurance performance improvement program, which is being rolled out by the federal government over the next year.

Using the INTERACT Tools In Every Day Care



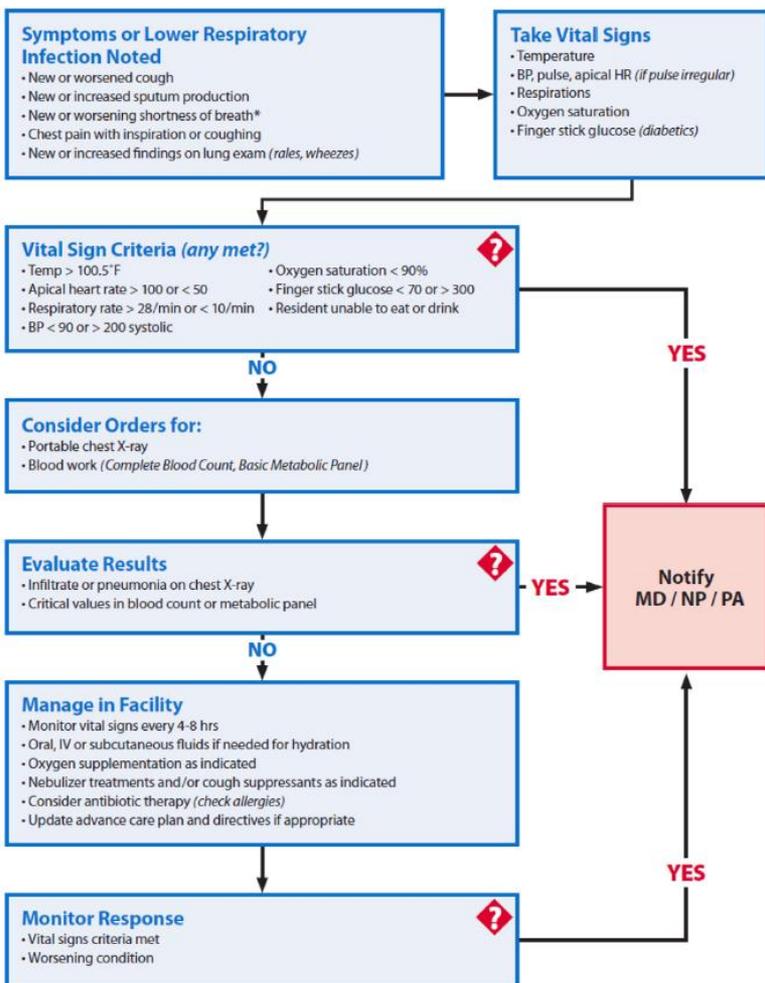
©2011 Florida Atlantic University, all rights reserved. This document is available for clinical use, but may not be resold or incorporated in software without permission of Florida Atlantic University.

ORGANIZZAZIONE 2

DECISION SUPPORT TOOLS



CARE PATH *Symptoms of Lower Respiratory Infection*



SNLG Regioni **24** National Early Warning Score (NEWS)

Misurazione standardizzata della gravità della malattia

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato coma

LINEA GUIDA
Consiglio Sanitario Regionale





Che fare? **ORGANIZZAZIONE 3**

ADVANCE PLANNING = pianificare



La diffusione della pianificazione delle cure di fine vita può produrre risultati positivi Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: A randomized controlled trial (Molloy DW et al. JAMA 2000)

INTERACT ha definito e propone una varietà di **strumenti (in)formativi** per lo staff delle NH e per ospiti/ familiari. Il concetto cardine è che pianificare le cure è **compito di TUTTO lo staff** e non è esclusiva responsabilità del curante (Ouslander JG, JAMDA 2014)

N ENGL J MED 372;26 NEJM.ORG JUNE 25, 2015

CLINICAL PRACTICE

Caren G. Solomon, M.D., M.P.H., Editor

Advanced Dementia

Susan L. Mitchell, M.D., M.P.H.

This Journal feature begins with a case vignette highlighting a common clinical problem. Evidence supporting various strategies is then presented, followed by a review of formal guidelines, when they exist. The article ends with the author's clinical recommendations.

An 89-year-old male nursing home resident with a 10-year history of Alzheimer's disease presents with a temperature of 38.3°C, a productive cough, and a respiratory rate of 28 breaths per minute. Nurses report that for the past 6 months he has been coughing at breakfast and having trouble swallowing. He has profound memory deficits, no longer recognizes his daughter (who is his health care proxy), is bed-bound, is able to mumble a couple of words, and is unable to perform any activities of daily living. The nurse asks whether he should be hospitalized. How should this patient be evaluated and treated?

KEY CLINICAL POINTS

ADVANCED DEMENTIA

- Advanced dementia is a leading cause of death in the United States.
- Features include profound memory deficits (e.g., inability to recognize family), minimal verbal communication, loss of ambulatory abilities, the inability to perform activities of daily living, and urinary and fecal incontinence.
- The most common clinical complications are eating problems and infections, and these require management decisions.
- Advance care planning is a cornerstone of care. Treatment decisions should be guided by the goals of care; more than 90% of health care proxies state that patient comfort is the primary goal.
- Observational studies do not show any benefits of tube feeding in persons with advanced dementia, and tube feeding is not recommended.
- Observational studies show several benefits of hospice care. Patients with advanced dementia should be offered palliative and hospice care services if they are available.

Il problema dei ricoveri da C.R.A. - Nursing Home



TAKE HOME MESSAGE **FORMAZIONE**

- INFEZIONI
- FARMACOLOGIA
CLINICA

- Early Warning Score
Urgenze
- FINE VITA



GRAZIE per l'ATTENZIONE

