

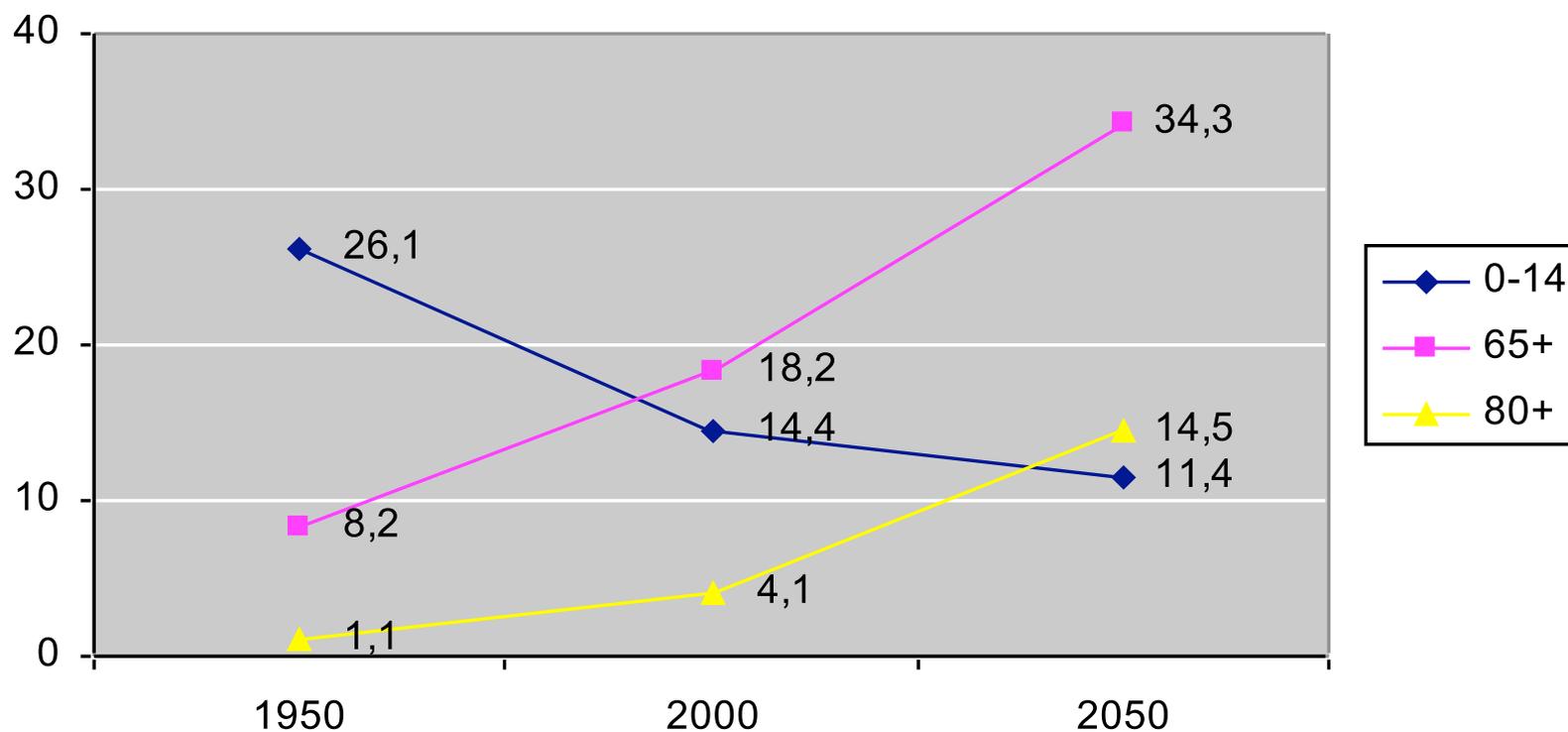
**Il percorso dell'assistito con patologie ad elevata  
complessità assistenziale:**

**IL PUNTO DI VISTA DEL GERIATRA**

**Angelo Bianchetti**

Gruppo di Ricerca Geriatrica  
Istituto Clinico "S. Anna", Brescia

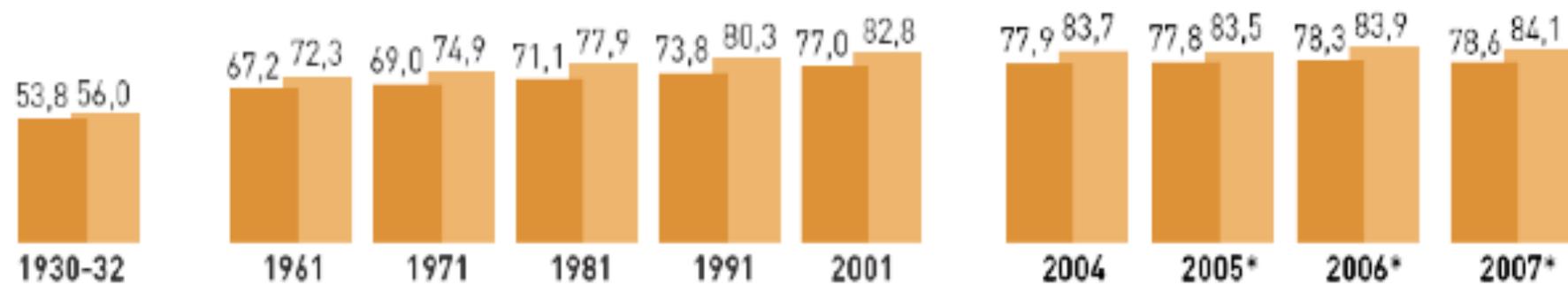
# Evoluzione della struttura della popolazione italiana



## SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO

Anni 1930-2007

Maschi  
Femmine



\* stima

## Il contributo delle varie età all'aumento della speranza di vita nella popolazione generale dal 1850 al 2007

	1850-1900	1900-25	1925-50	1950-75	1975-90	1990-2007
0-14 years	62.13%	54.75%	30.99%	29.72%	11.20%	5.93%
15-49 years	29.09%	31.55%	37.64%	17.70%	6.47%	4.67%
50-64 years	5.34%	9.32%	18.67%	16.27%	24.29%	10.67%
65-79 years	3.17%	4.44%	12.72%	28.24%	40.57%	37.22%
>80 years	0.27%	-0.06%	-0.03%	8.07%	17.47%	41.51%

**Negli ultimi anni l'aumento della speranza di vita nella popolazione è determinata per gran parte dall'aumento della vita media della popolazione anziana.**

speranza di vita  
alla nascita

speranza di vita a  
65 anni

	speranza di vita alla nascita		speranza di vita a 65 anni	
	m	f	m	f
2007	78,6	84,1	17,9	21,7
2020	80,7	86,1	19,4	23,3
2050	84,5	89,5	22,2	26

- L'età mediana alla morte nel 2005 è di 81 anni per gli uomini e 86,5 anni per le donne (era di 67 e 70 anni nel 1970)

## Età mediana alla morte (età alla quale muore il 50% della popolazione)

	maschi	femmine
● 1970	67 anni	70 anni
● 2005	81 anni	86,5 anni

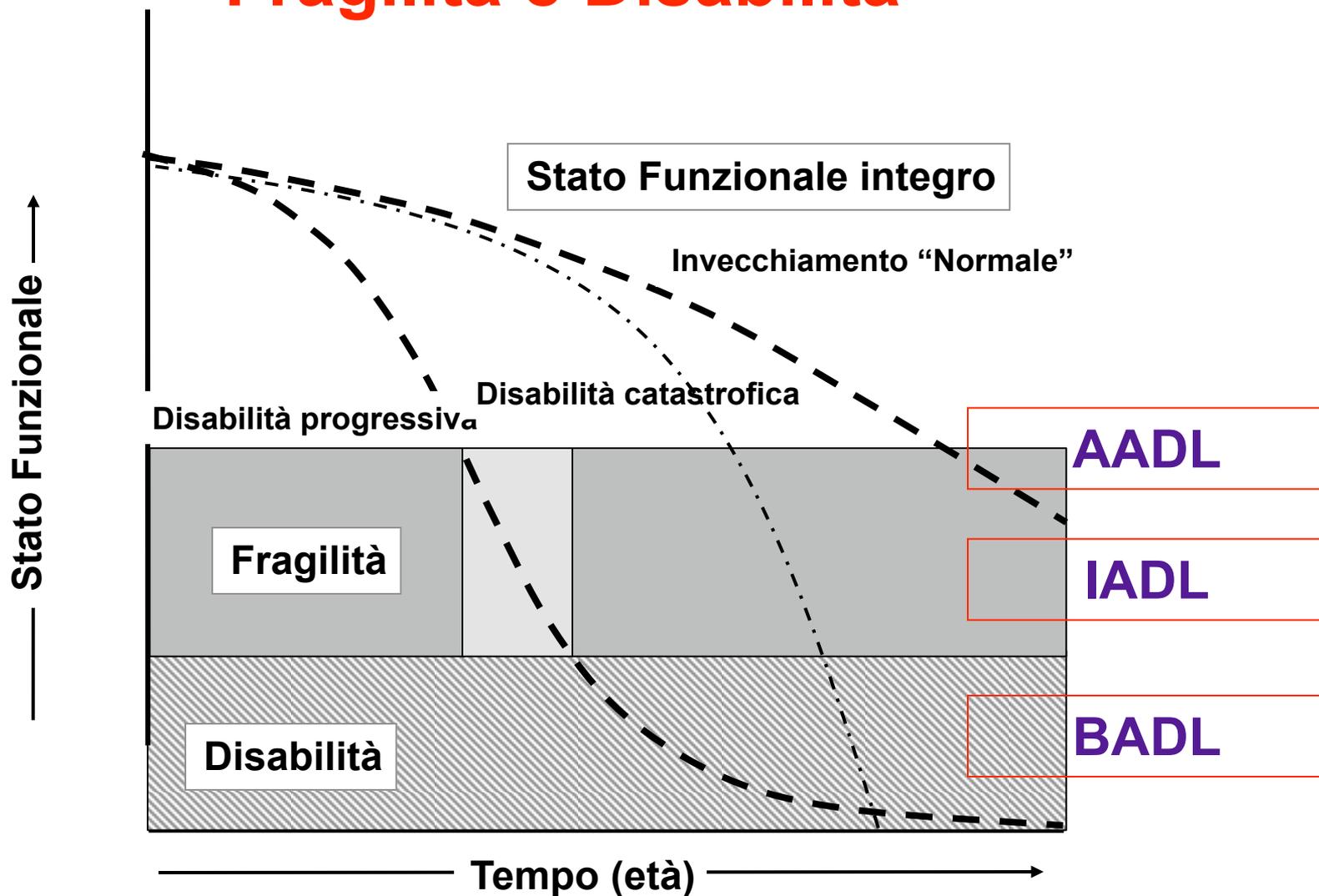
**OGGI LA META' DELLE PERSONE DI UNA DATA  
COORTE RAGGIUNGE GLI 86 ANNI SE E'  
DONNA E GLI 81 SE E' UOMO**

# La SALUTE NELL'ANZIANO E' DEFINIBILE IN TERMINI DI STATO FUNZIONALE

la risultate di un complesso equilibrio fra SALUTE SOMATICA, FUNZIONI COGNITIVE E AFFETTIVE, AMBIENTE



# Fragilità e Disabilità



Modificato da Ferrucci L et al, 2001

## Speranza di vita libera da disabilità e complessiva alle varie età secondo il sesso. Anni 1999-2000.

Maschi	alla nascita	Speranza di vita complessiva	<b>76,0</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>72,8</b>
Maschi	a 65 anni	Speranza di vita complessiva	<b>16,2</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>13,5</b>
Maschi	a 75 anni	Speranza di vita complessiva	<b>9,7</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>7,0</b>
Femmine	alla nascita	Speranza di vita complessiva	<b>82,1</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>76,0</b>
Femmine	a 65 anni	Speranza di vita complessiva	<b>20,2</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>14,7</b>
Femmine	a 75 anni	Speranza di vita complessiva	<b>12,3</b>	Speranza di vita libera da disabilità	<b>7,1</b>

# Life expectancy in older persons

## Years still to live

	Men						Women					
Age	70	75	80	85	90	95	70	75	80	85	90	95
Healthy	18.0	14.2	10.8	7.9	5.8	4.3	21.3	17.0	13.0	9.6	6.8	4.8
Average	12.4	9.3	6.7	4.7	3.2	2.3	15.7	11.9	8.6	5.9	3.9	2.7
Frail	6.7	4.9	3.3	2.2	1.5	1.0	9.5	6.8	4.6	2.9	1.8	1.7

Based on NCMS Life Tables of the United States 1997,  
Adapted from Walter LC and Covinsky KE . JAMA 2001;285; 2750-6

ISTITUTO CLINICO S. ANNA



GRUPPO OSPEDALIERO  
SAN DONATO

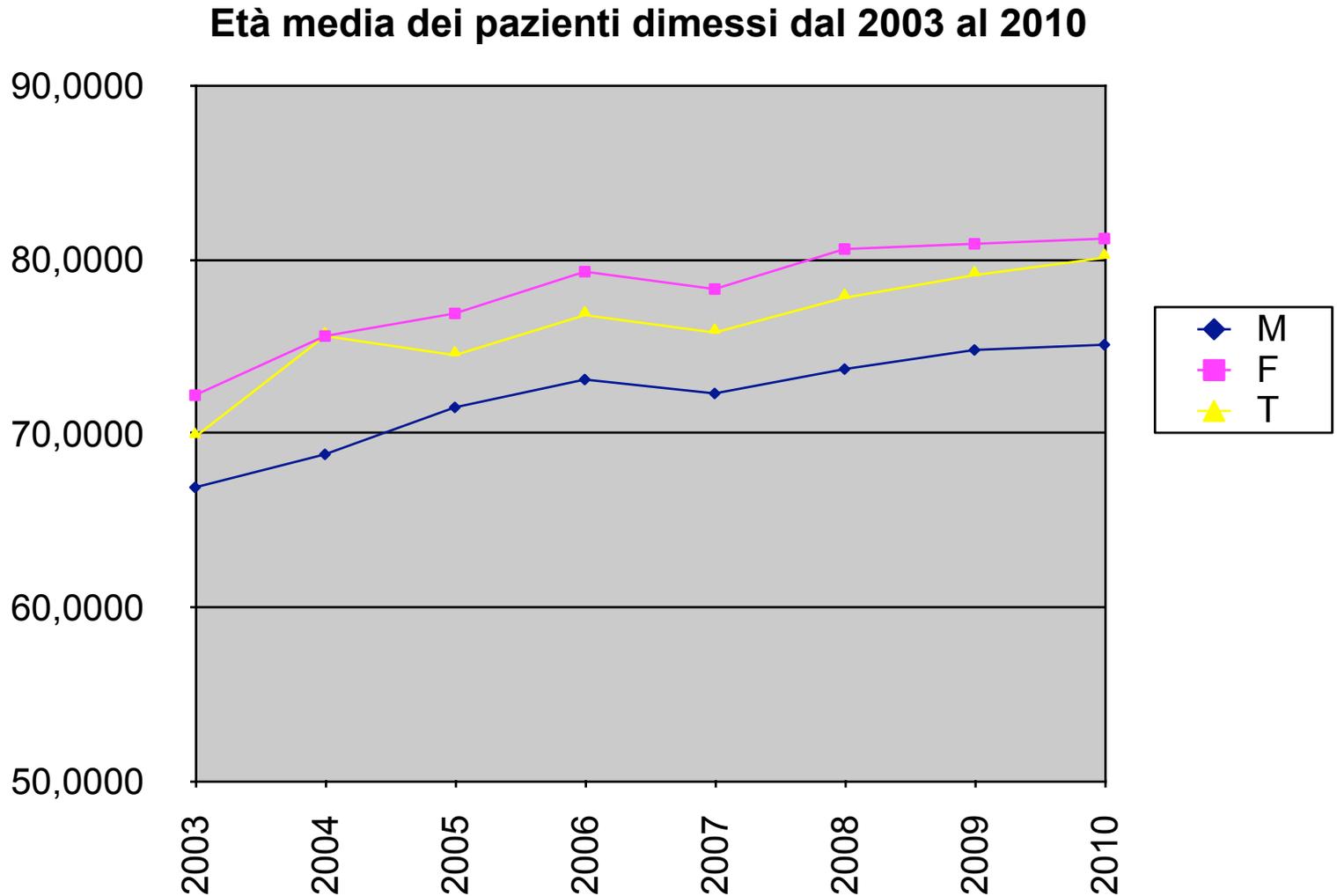


ISTITUTO CLINICO S. ANNA

---

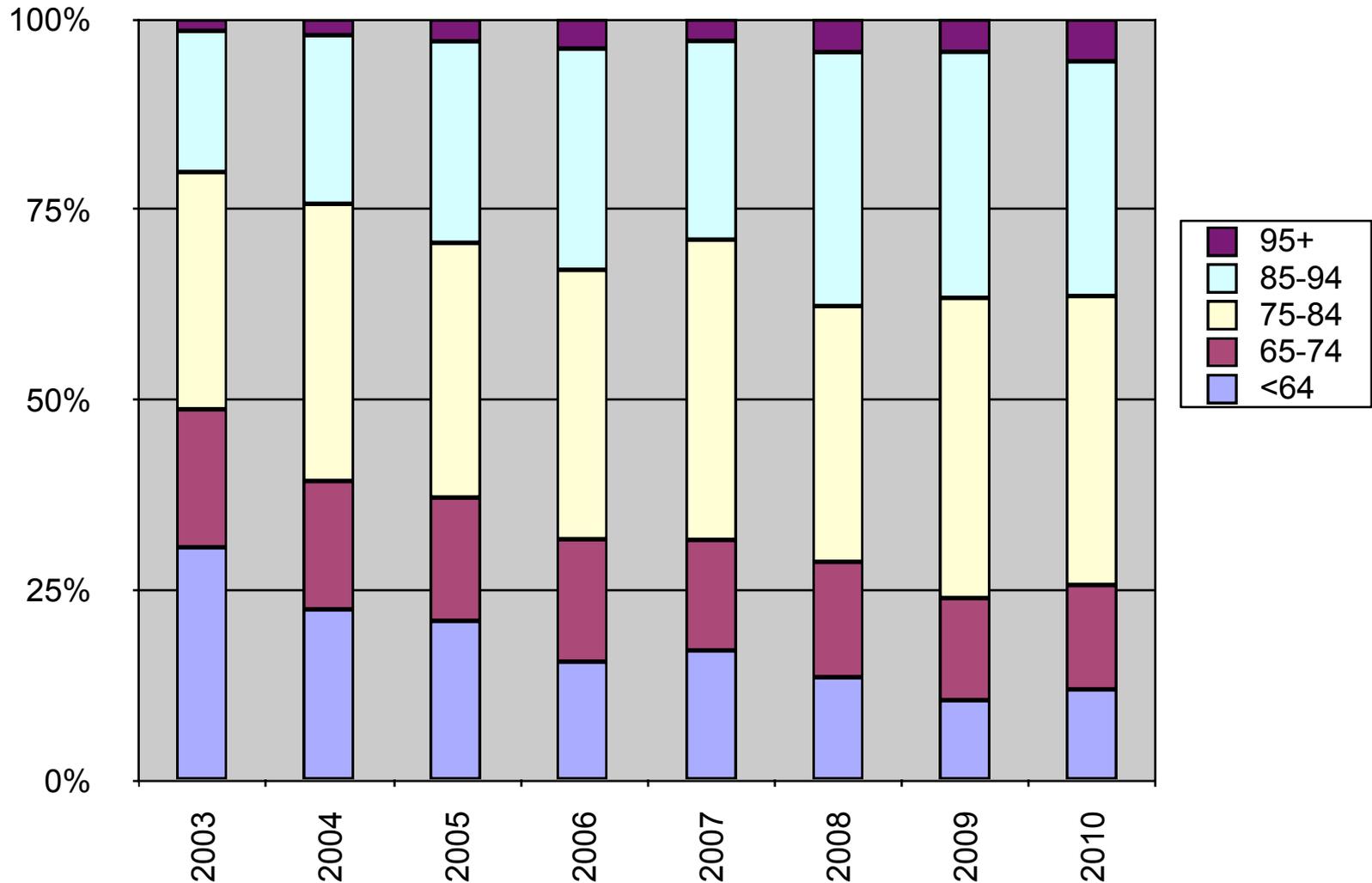
L'esperienza dell'UO di  
Medicina ICSA

## L'età media dei ricoverati aumenta di oltre 10 anni dal 2003 al 2010, sia nei maschi che nelle femmine

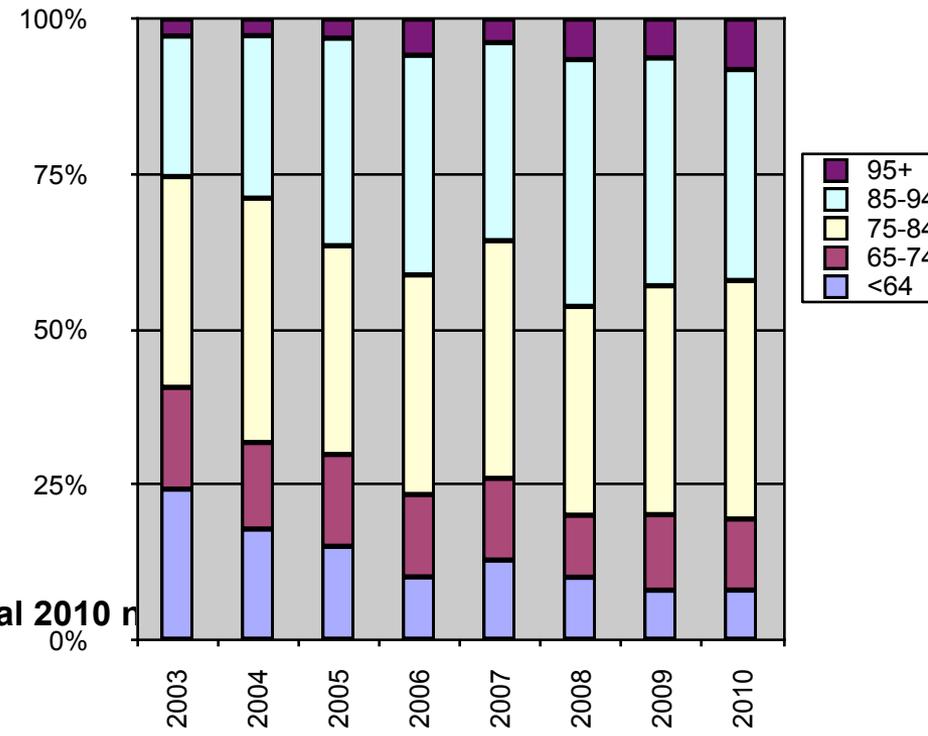


Dal 2003 al 2010 si assiste ad una riduzione dei soggetti con meno di 65 anni e con età fra 65-74 e con un parallelo incremento della quota dei molto vecchi (coloro che hanno più di 85 anni passano dal 20,1% al 36,3%)

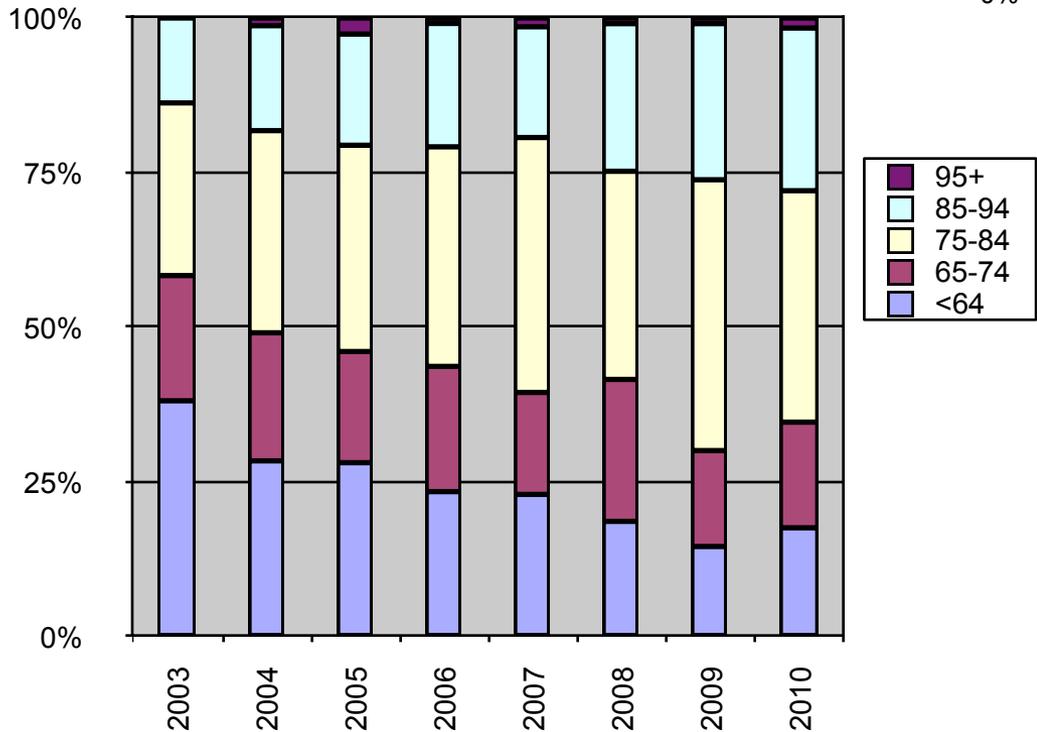
### Modificazione della composizione per classi di età dei dimessi dal 2003 al 2010



Modificazione della composizione per classi di età dei dimessi dal 2003 al 2010

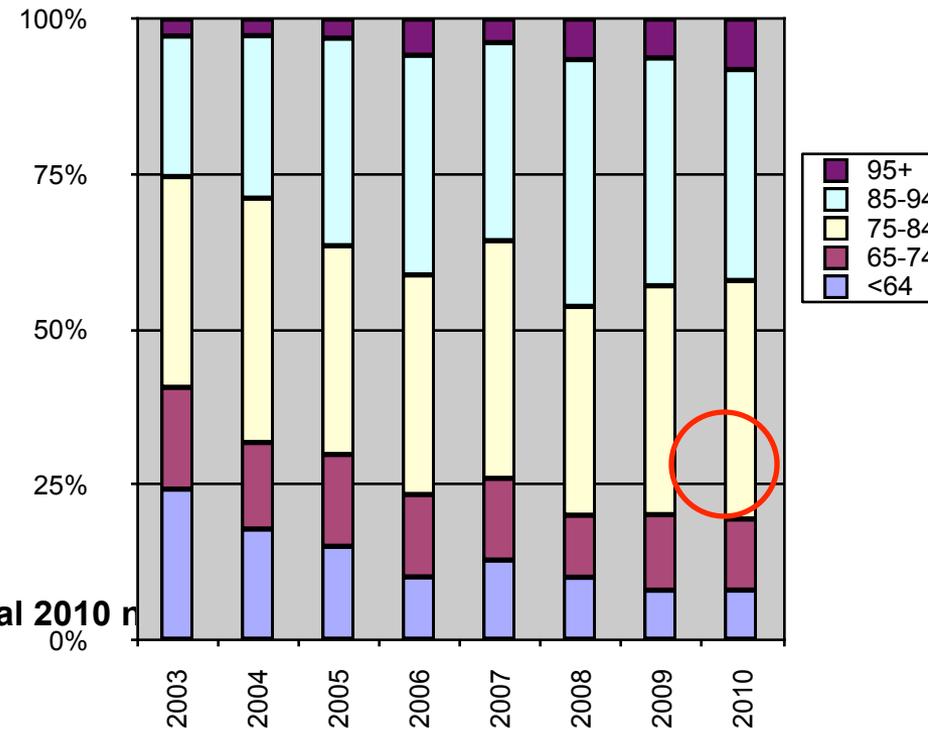


Evolutione della composizione per classi di età dei dimessi dal 2003 al 2010

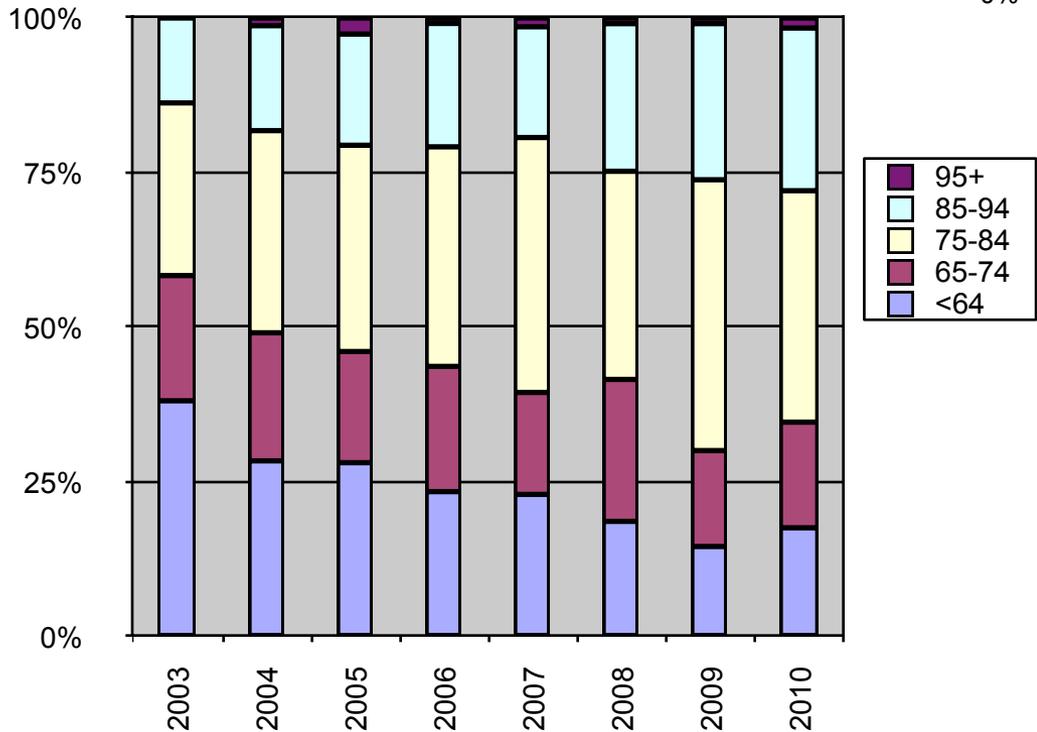


Questi fenomeni sono più marcati nel sesso femminile, dove le ultra85enni rappresentano il 42% dei ricoverati.

Modificazione della composizione per classi di età dei dimessi dal 2003 al 2010

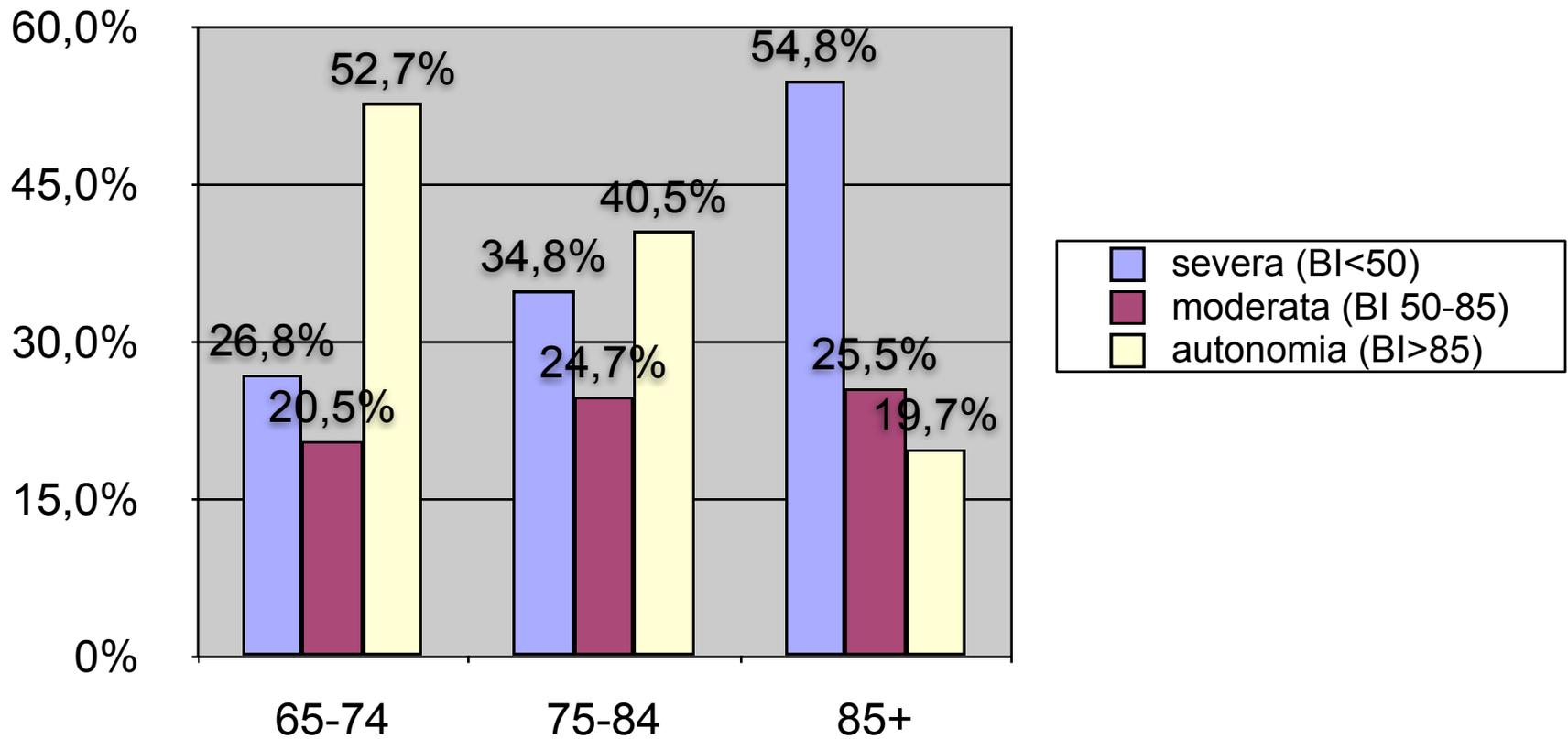


Modificazione della composizione per classi di età dei dimessi dal 2003 al 2010

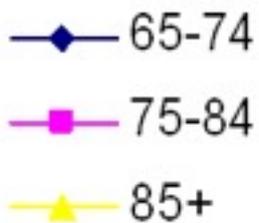
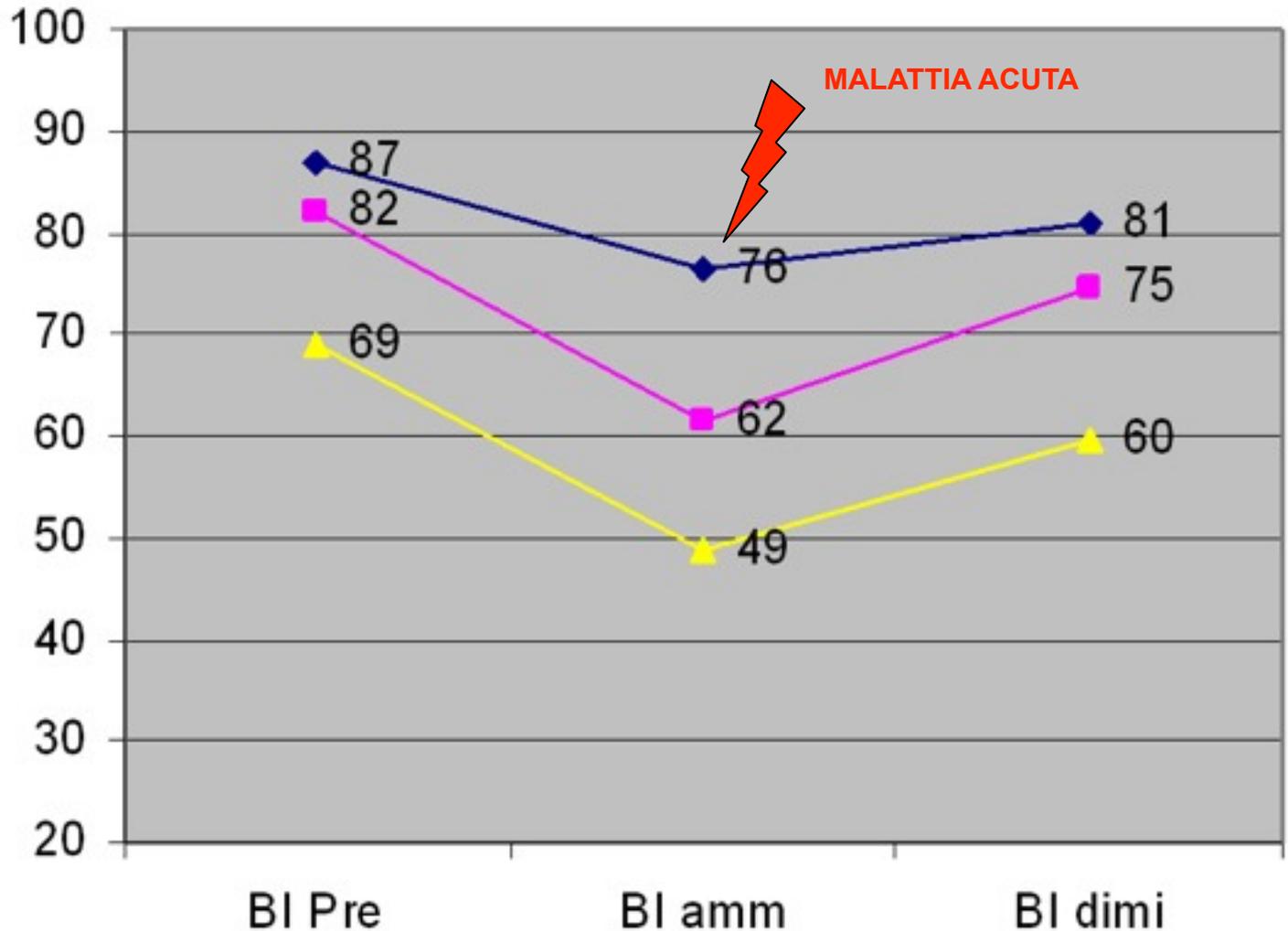


Questi fenomeni sono più marcati nel sesso femminile, dove le ultra85enni rappresentano il 42% dei ricoverati.

# Disabilità funzionale all'ammissione ed età



## Modificazioni funzionali premorbo → ammissione → dimissione ed età



# “Funzione” come “stato dinamico”

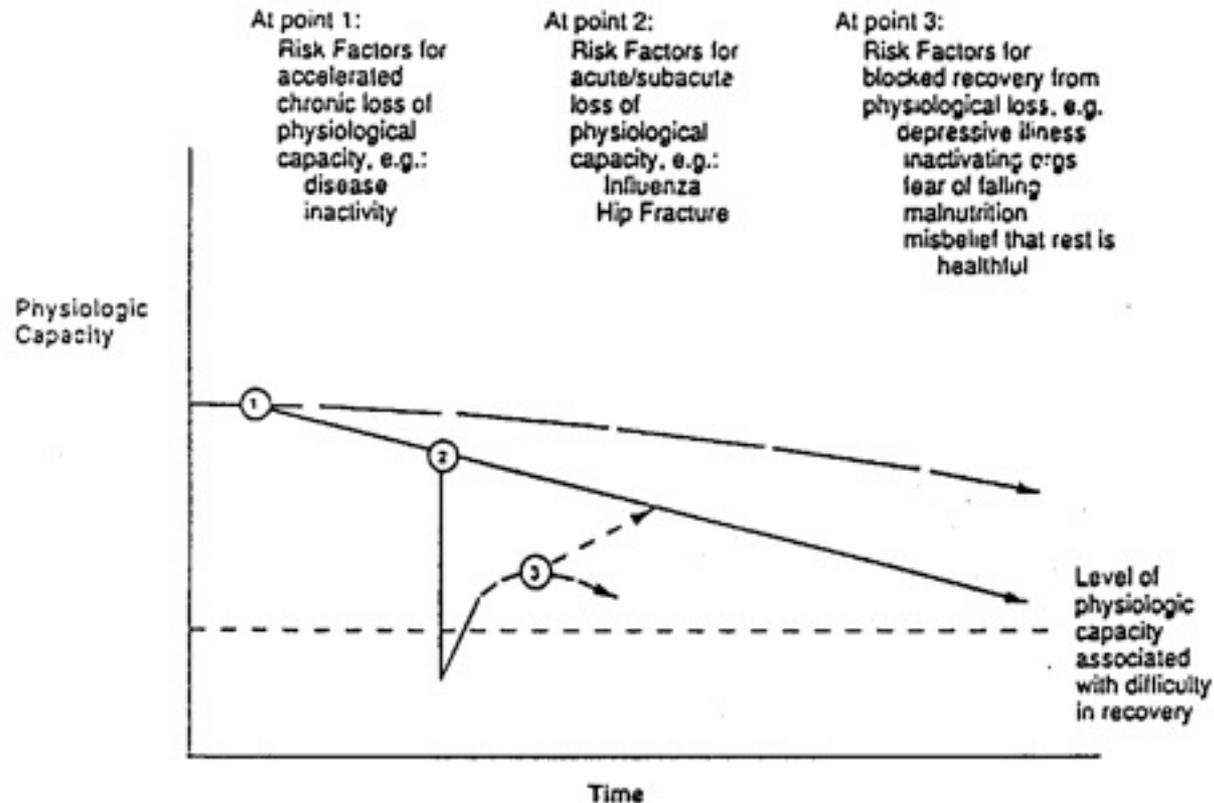
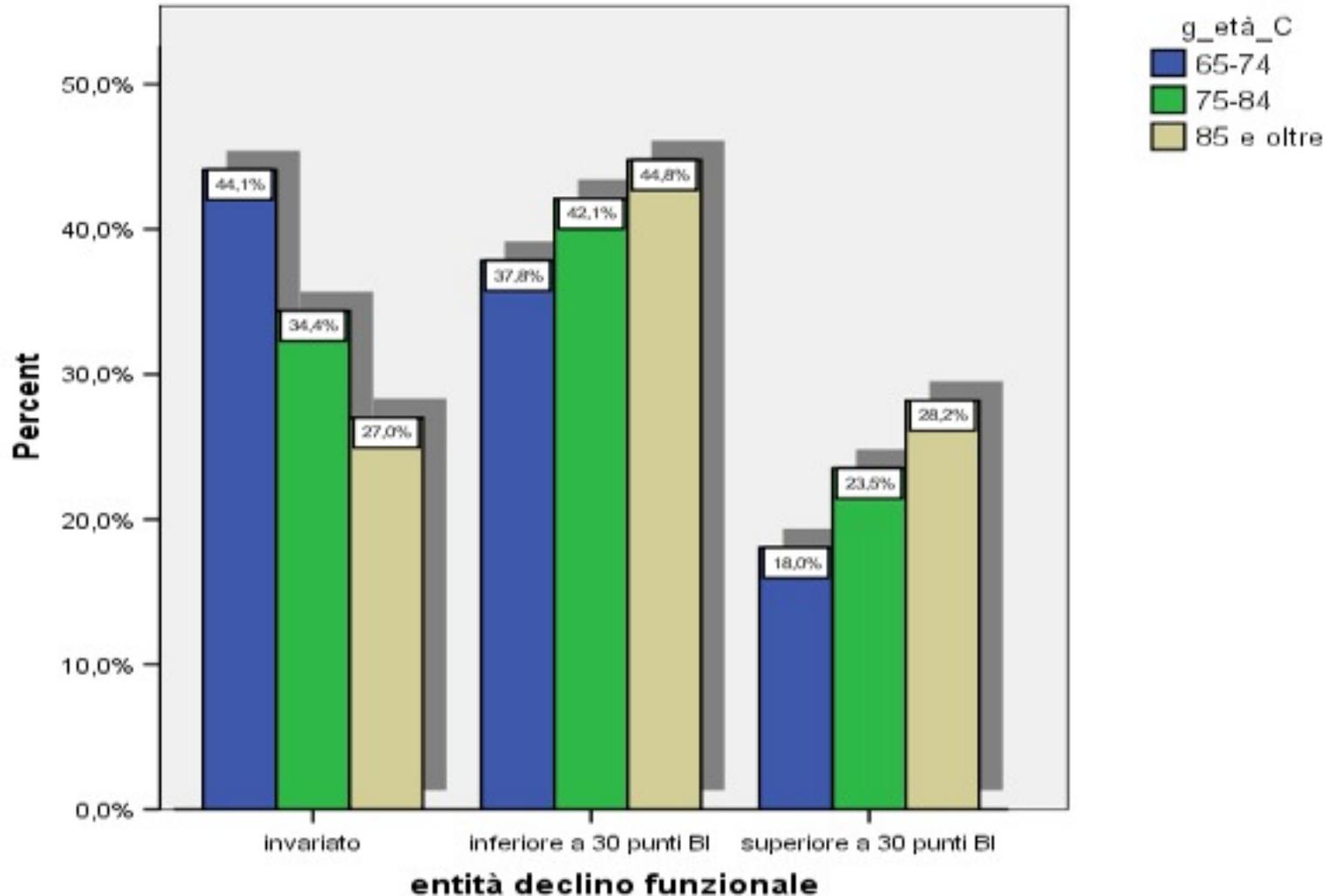
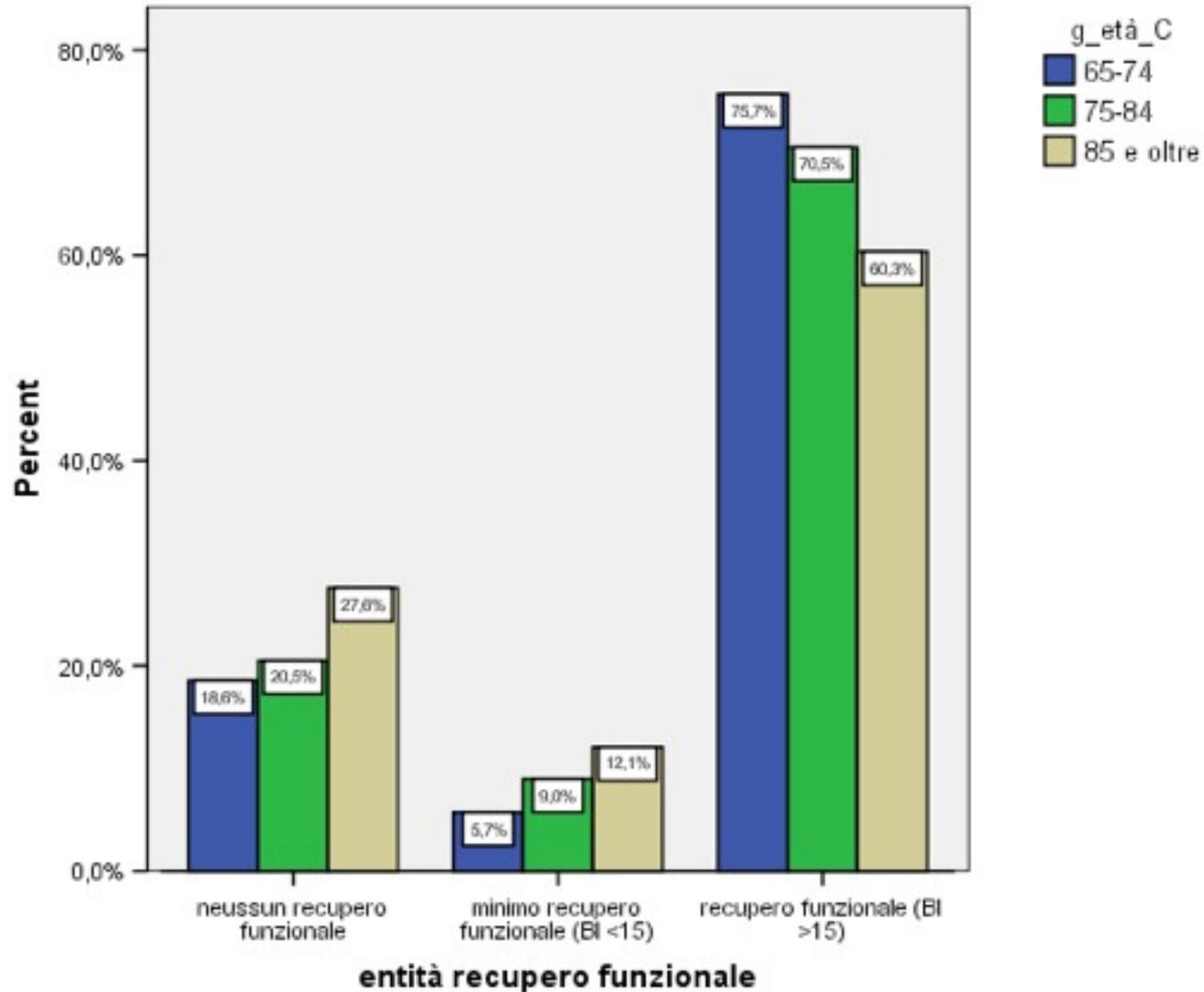


Figure 2. Conceptual model of how risk factors cause frailty.

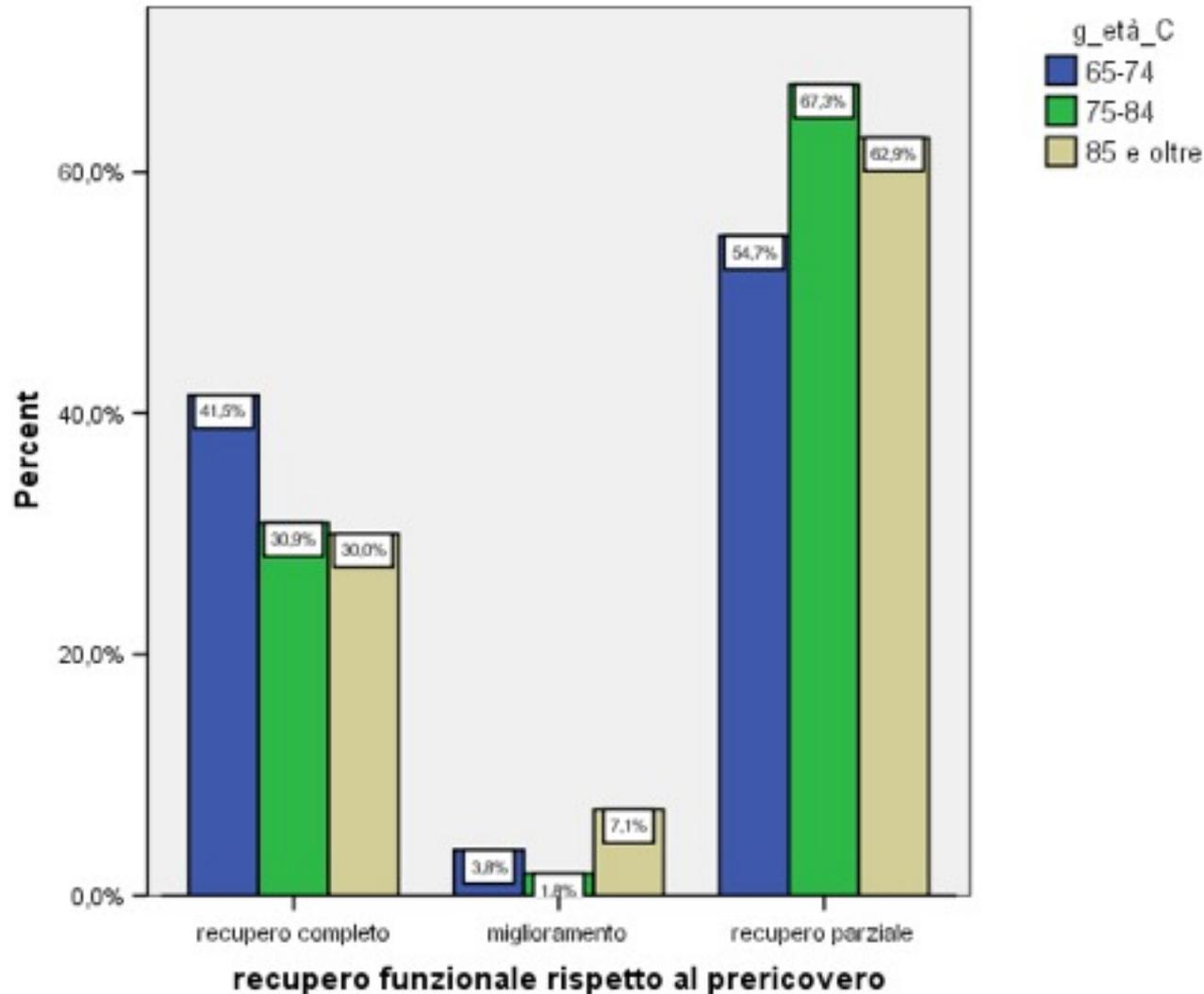
# Declino funzionale all'ammissione rispetto alla condizione precedente la fase acuta ed età



# Entità recupero funzionale alla dimissione rispetto all'ingresso



# Entità recupero funzionale alla dimissione rispetto alla condizione precedente la fase acuta



# Stato funzionale e dimissione ospedaliera dei soggetti anziani

# Stato funzionale e dimissione ospedaliera dei soggetti anziani

- Il **23%** degli anziani ricoverati in un reparto per acuti presenta una perdita funzionale significativa (>30 punti BI) rispetto allo stato pre ricovero

# Stato funzionale e dimissione ospedaliera dei soggetti anziani

- Il **23%** degli anziani ricoverati in un reparto per acuti presenta una perdita funzionale significativa (>30 punti BI) rispetto allo stato pre ricovero
- Il **38%** dei pazienti presenta un BI alla dimissione inferiore a quello dello stato antecedente il ricovero

# Stato funzionale e dimissione ospedaliera dei soggetti anziani

- Il **23%** degli anziani ricoverati in un reparto per acuti presenta una perdita funzionale significativa (>30 punti BI) rispetto allo stato pre ricovero
- Il **38%** dei pazienti presenta un BI alla dimissione inferiore a quello dello stato antecedente il ricovero
- Circa la **metà** di questi pazienti (quindi il **19%** del campione iniziale) mostra durante il ricovero “potenzialità” di recupero funzionale.

# Stato funzionale e dimissione ospedaliera dei soggetti anziani

- Il **23%** degli anziani ricoverati in un reparto per acuti presenta una perdita funzionale significativa (>30 punti BI) rispetto allo stato pre ricovero
- Il **38%** dei pazienti presenta un BI alla dimissione inferiore a quello dello stato antecedente il ricovero
- Circa la **metà** di questi pazienti (quindi il **19%** del campione iniziale) mostra durante il ricovero “potenzialità” di recupero funzionale.
- Questi soggetti sono **più fragili** (età più elevata, con maggiore compromissione cognitiva, maggiore comorbidity, patologia acuta più severa, peggiore stato nutrizionale).

# Pazienti anziani e “territorio”



# Pazienti anziani e “territorio”

- I pazienti trasferiti in RSA passano dallo 0.5% nel 2003 al 2.8% nel 2006 al 3.5% nel 2010

# Pazienti anziani e “territorio”

- I pazienti trasferiti in RSA passano dallo 0.5% nel 2003 al 2.8% nel 2006 al 3.5% nel 2010
- I pazienti per i quali viene attivata l'ADI passa dallo 0.2% nel 2003 al 1.2% nel 2006 al 2.5% nel 2010

# Quindi....



# Quindi....

- Una quota rilevante (20% circa) di soggetti anziani alla dimissione da un reparto medico per acuti permane in una condizione di disabilità e di permanente fragilità

# Quindi....

- Una quota rilevante (20% circa) di soggetti anziani alla dimissione da un reparto medico per acuti permane in una condizione di disabilità e di permanente fragilità
- I bisogni di questi pazienti sono sia “medici” che “riabilitativi”

# Chi è il paziente “candidato” alle cure post-acute?



# Chi è il paziente “candidato” alle cure post-acute?

- Molto vecchio

# Chi è il paziente “candidato” alle cure post-acute?

- Molto vecchio
- Con un livello di disabilità premorboza intermedia, che mostra durante la fase acuta una “capacità” di recupero, che non raggiunge il livello funzionale premorbozo

# Chi è il paziente “candidato” alle cure post-acute?

- Molto vecchio
- Con un livello di disabilità premorbosa intermedia, che mostra durante la fase acuta una “capacità” di recupero, che non raggiunge il livello funzionale premorboso
- Con elevata comorbidità e patologia acuta stabilizzata

# Chi è il paziente “candidato” alle cure post-acute?

- Molto vecchio
- Con un livello di disabilità premorbosa intermedia, che mostra durante la fase acuta una “capacità” di recupero, che non raggiunge il livello funzionale premorboso
- Con elevata comorbidità e patologia acuta stabilizzata
- Con situazione familiare che permetta il rientro al domicilio

Evaluating hospital care for individual with AD using inpatient quality indicator.  
 Laditka JN, Laditka SB, CB Cornan  
 American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 27  
 20:1, 2005

**Table 1. Inhospital quality indicators (patients with Alzheimer's disease and all other patients):  
 Sample sizes, and unadjusted inpatient mortality rates<sup>†</sup>**

	Non-AD (n)	Non-AD mortality (%)	AD (n)	AD mortality (%)	Percent difference AD mortality compared with non-AD mortality
Quality indicator, inpatient death					
Acute myocardial infarction	234,729	9.8	5,350	20.7	111.2
Congestive heart failure	387,692	6.3	12,596	11.3	79.4
Pneumonia	327,425	12.9	36,887	17.9	38.8
Hip fracture	88,824	4.1	13,517	4.8	17.1
Stroke	169,404	14.5	8,718	15.2	4.8
Gastrointestinal hemorrhage	137,015	5.0	8,181	7.6	52.0

<sup>†</sup>Data source: 1995-2000 New York Statewide Planning and Research Cooperative System data, all inpatient hospitalizations with age 50 and over. The AD definition excludes all other AD-related disorders (e.g., vascular dementias, dementias associated with chronic conditions such as Parkinson's disease). All other AD-related disorders are also excluded from the non-AD sample.

**Undercoding of AD and related dementias in hospitalized elderly patients in Italy.**

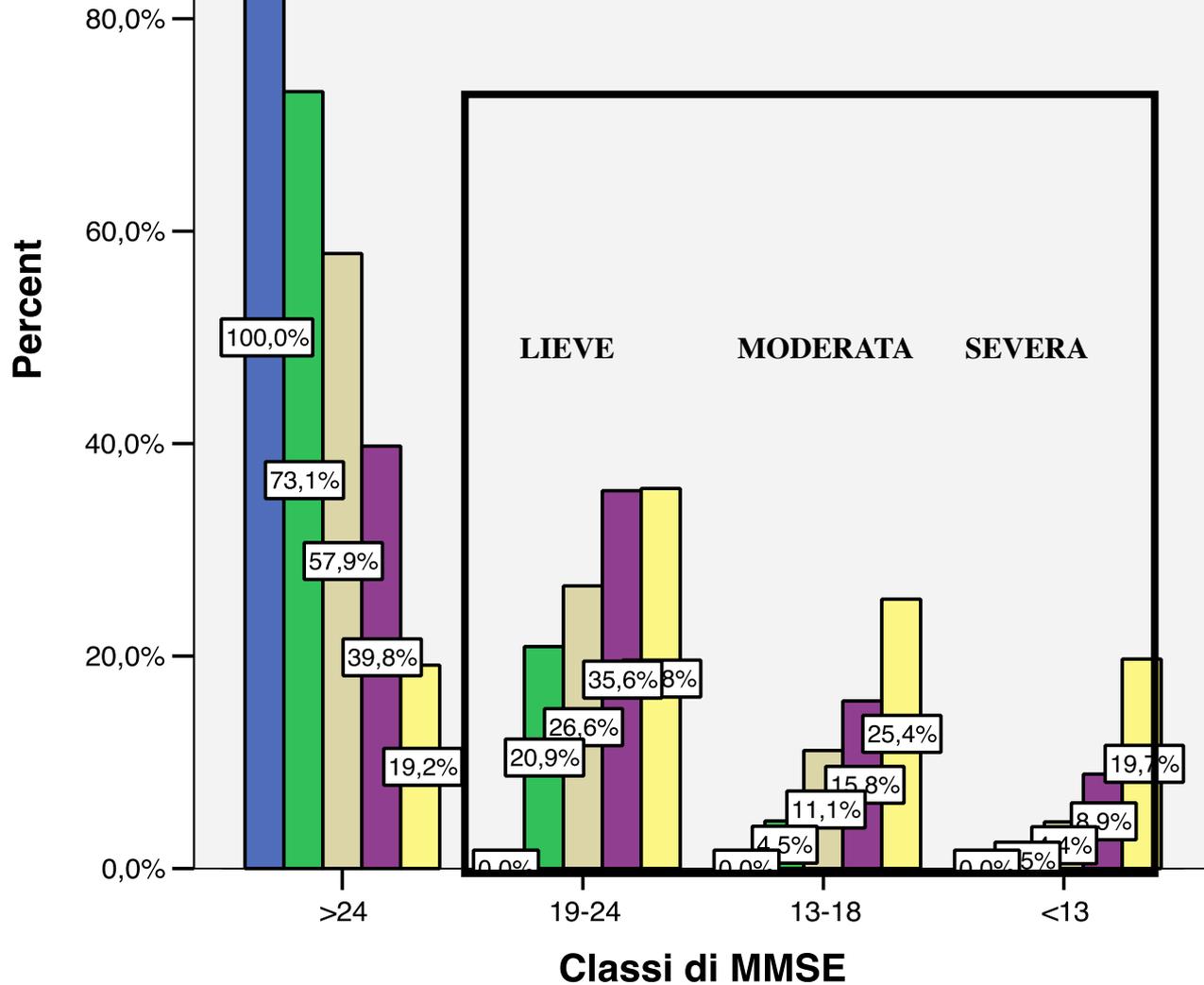
**Greco A, Cascavilla L, Errico M, Orsetto M, et al**

**American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias 167  
20; 3, 2005**

- From the inpatients DAF's of patients aged 65 years or over senile dementia was reported in **0.58%** of patients.

# DEMENZA

- gruppi di età
- 16-44
  - 45-64
  - 65-74
  - 75-84
  - 85 e oltre



Il 28% dei soggetti con età  $\geq 65$  anni ricoverati in una Medicina per acuti ha una demenza moderata o severa

# Caratteristiche dei pazienti con demenza ricoverati nell'ospedale per acuti

Variabile	no demenza/ demenza lieve	demenza moderata/ severa	Sig
età	78.8±7.1	83.2±6.9	P<0.001
durata degenza	8.9±4.3	8.6±4.5	ns
IADL (funz. perse)	2.5±2.7	5.5±2.7	P<0.001
Barthel Index premorboso	87.8±18.9	63.7±30.2	P<0.001
Barthel Index ammissione	72.5±29.2	41.1±33.8	P<0.001
Barthel Index dimissione	82.5±23.7	53.7±31.4	P<0.001
APS score	3.3±3.1	4.6±4.7	P<0.001
Charlson Index	3.6±1.9	4.2±2.1	P<0.001
Albumina totale	3.5±0.7	3.3±0.6	P<0.01
PCR	38.7±48.4	45.5±47.3	P<0.02

# Caratteristiche sociali

- Il 6% proviene da una casa di riposo (contro il 2%)
- Il 56% è vedovo (contro il 44%)
- L'80% riceve una assistenza al domicilio (contro il 20%)
- Il 6% riceve una assistenza dall'ADI (contro il 2%)
- Il 24% ha una "badante" al ricovero (contro il 10%)
- Nel 22% dei casi è assistito da una badante entro 6 mesi dalla dimissione (contro l'11%)

# Outcomes clinici a 6 mesi

- Nel 23% dei casi entra in casa di riposo entro 6 mesi dalla dimissione (contro il 3%)
- Ha un rischio doppio di morire in ospedale (3.2% versus 1.4%)
- Ha un rischio doppio di morire entro 6 mesi dalla dimissione (33.5% versus 18.2%)

# Il demente in ospedale

- Dal 20 al 30% dei pazienti ultra65enni ricoverati in reparti medici presenta un quadro di demenza clinicamente manifesta e nel 60% dei casi è possibile rilevare un declino cognitivo
- La demenza rappresenta per il paziente ospedalizzato un predittore indipendente di aumentata durata della degenza, di maggiore perdita funzionale, di maggior rischio di complicanze (infezioni, cadute, danni iatrogeni) e di mortalità e di più elevata frequenza di istituzionalizzazione.
- L'outcome ospedaliero di molte patologie acute (polmonite, infarto del miocardio, frattura di femore) è peggiore nel paziente demente, indipendentemente dalla gravità specifica della patologia di base, e questi pazienti alla dimissione con minore frequenza ricevono il trattamento ottimale .

# Gli ospedali dovrebbero essere in grado di

- di **riconoscere** il paziente FRAGILE/DEMENTE fin dall'accesso in **pronto soccorso**
- di **prevedere percorsi di assistenza specifici** per la gestione della fase acuta
- di **specializzare alcuni reparti per acuti** (geriatrie, medicine) prevedendo **collegamenti funzionali con le aree chirurgiche** (ortopedia, chirurgia) e con l'area critica
- di attivare prontamente percorsi di **dimissione protetta o strutture di trasferimento**

# Il territorio dovrebbe essere in grado di:

- Avere una «**anagrafe**» dei fragili e su questi concentrare gli interventi
- Assicurare **interventi proattivi domiciliare** di «prevenzione» (pronto riconoscimento e trattamento della fase acuta, supporto domiciliare clinico/diagnostico /infermieristico) della perdita funzionale
- Assicurare il **supporto della fase «post-acuta»** (anche con la rete delle strutture residenziali)
- Necessario maggiore **collegamento** fra rete ospedaliera e medicina del territorio