



Service de gériatrie et réadaptation gériatrique

Buona pratica e modello innovativo di organizzazione di percorsi in geriatria acuta

SUPSI, 11 dicembre 2014, Lugano-Trevano

Andreina D'Onofrio

*In collaborazione con M. Laouadi Mehdi
(infermiere) e M. Marc Humbert (medico)*



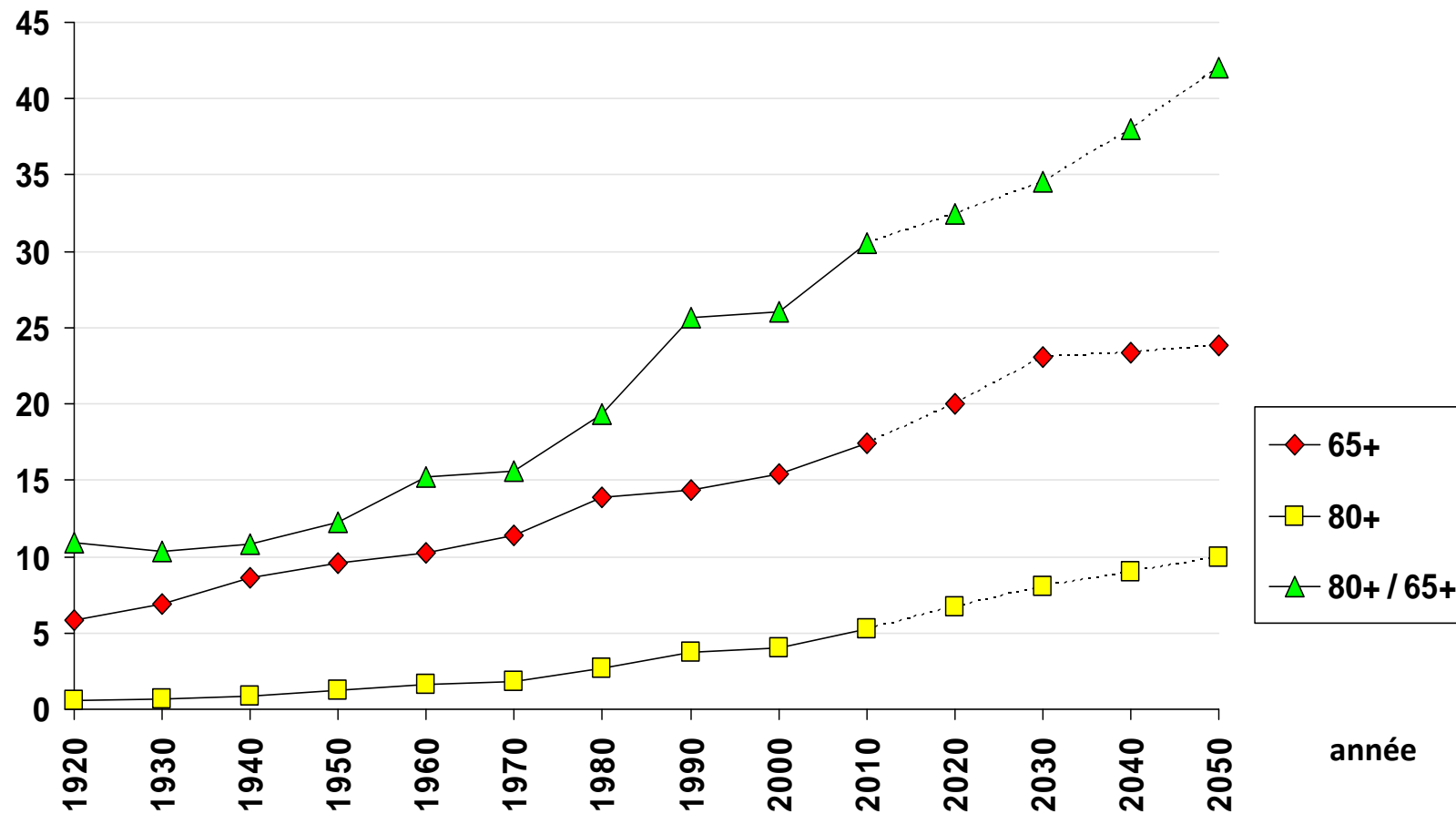
- **Problematica e contesto**
 - *Demografia socio-sanitaria*
 - *Autonomia funzionale degli anziani*
- **Modelli di transizione ospedale - domicilio**
- **Programma REAGER-READOM**
- **Le sfide**

Problematica e contesto



Demografia: Evoluzione della popolazione anziana in Svizzera

(% population)



ETEROGENEITÀ DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

DIPENDENTE

Bisogni complessi
(15-20% popolazione anziana)

FRAGILE/VULNERABILE

Alto rischio di dipendenza
2 e + malattie croniche
(20-40% popolazione anziana)

ROBUSTO

Buona salute/ \approx 1 malattia cronica
(50-60% popolazione anziana)

L'autonomia funzionale delle persone anziane

30% al 55% ha un declino nelle AVQ tra il domicilio e la dimissione dall'ospedale

Domicilio → **Entrata** → **Dimissione**

7 al 17% ha un declino nelle AVQ tra l'ammissione e la dimissione dall'ospedale.

(Hirsch et al. 1990; Sager et al. 1996; Covinsky et al. 2003; Wakefield et Holman, 2007; Boyd et al. 2008; Mudge et al. 2010)

12 mesi dopo la dimissione, < 50% dei séniors ritrovano il livello di autonomia funzionale (AVQ) precedente l'ospedalizzazione (Covinsky, 2011)

La perdita di autonomia é spesso la causa prima di incapacità funzionali irreversibili associate a :

- un rischio **mortalità** a un anno del 19% fino al 34% o maggiore (Covinsky, 2011, citant Walter)
- un rischio aumentato **istituzionalizzazione** (OR 3.19, CI=1.46-6.96) (Fortinsky et al. 1999)
- Un rischio di **ri-ospedalizzazione** nel primo mese tra il 9% e il 50% (Tierney et al. 1995; Pichot-Duclos et al. 2002, 2004)

Politica Cantonale Invecchiamento & Salute (2012)

Asse 3 « Adattare l'ospedale per preservare l'indipendenza degli anziani »

Obiettivo principale

Preservare/recuperare l'indipendenza funzionale e promuovere l'autonomia delle persone anziane ospedalizzate.

Obiettivi specifici

1. Fare evolvere le **pratiche professionali** e adottare, dall'ammissione in contesto **acuto**, dei processi di cura specifici ai bisogni dei pazienti anziani.
2. Assicurare **l'inserimento adeguato all'ammissione** e durante l'ospedalizzazione al fine di evitare il declino funzionale iatrogeno.
3. Migliorare l'accesso alle prestazioni di riabilitazione adattando e diversificando l'offerta ai bisogni.

Sistema assicurativo: finanziamento delle cure

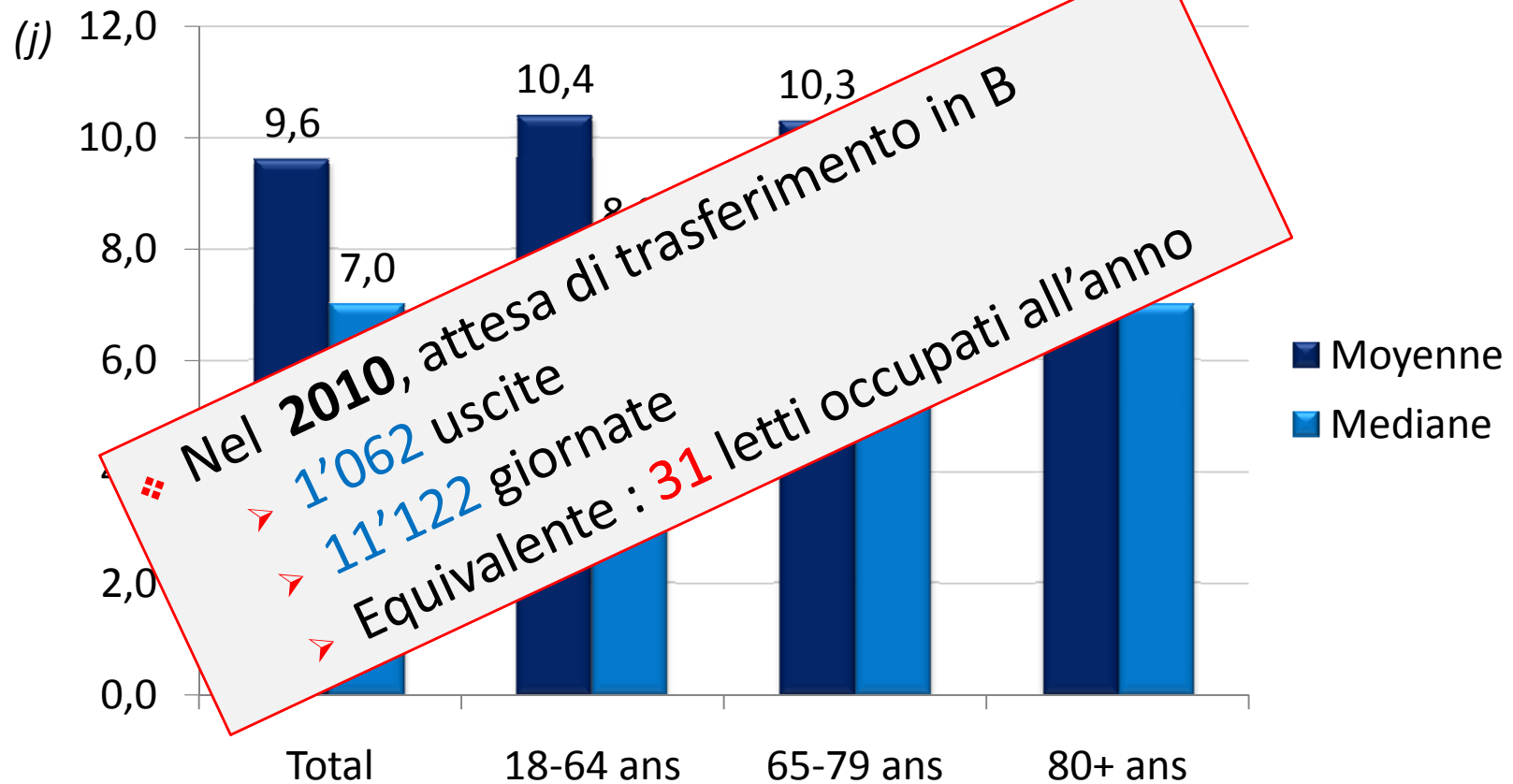
- ❖ **Fino al 31.12.2011**
 - **Soggiorno di «*attesa di trasferimento B*»** finanziato dall'assicurazione
 - Garanzia dagli assicuratori: Contatore rimesso a zero al momento dell'ammissione reale in riabilitazione stazionaria (CUTR, CTR).

- ❖ **Dal 01.01.2012**
 - **Le assicurazioni non finanziano più l'«*attesa di trasferimento B*»**
 - Garanzia dagli assicuratori: finanziamento unicamente se ci sono prestazioni di riabilitazione.

CUTR : Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation

CTR: Centre de Traitement et de Réadaptation

Durata media e mediana di attesa di trasferimento B (2008)



Source: Rapport COAV, Séjours hospitaliers au CHUV
Quelle part attribuable aux personnes âgées
Seematter L et al, Raisons de Santé #178, 2011

Modelli di transizione : riferimenti



Assistenza di transizione

L'assistenza di transizione è un vocabolo ampio per descrivere le attività d'assistenza per un trasferimento di qualità dei pazienti nei diversi sistemi sanitari.

Includere delle attività d'assistenza prima dell'uscita dall'ospedale e delle attività di continuità immediatamente dopo l'uscita dall'ospedale

(Allen et al. 2014)

Gli effetti di un'assistenza di transizione

- ↘ reammissioni (Shepperd et al. 2012, Cochrane Review, gruppo anziani)
- ↘ durata del soggiorno in ospedale (Shepperd et al. 2012, Cochrane Review, gruppo anziani)
- ↘ effetti negativi per esempio: sull'alimentazione, sugli effetti iatrogeni dei farmaci, ai sintomi di allerta (Popejoy, 2009, review)

Modelli di transizione ospedale - domicilio

GRACE, Guided Care, PACE, CTI ou TCM

- Valutazione geriatrica interdisciplinare
- Cure centrate sui seniors e familiari e assistenza professionale
 - *protocolli, comunicazioni, educazione*
- Monitoraggio proattivo dello stato di salute del paziente (pre-post)
- Monitoraggio proattivo dell'aderenza al piano di cura
- Coordinazione tra le strutture del sistema sanitario
 - *Facilitare le transizioni del paziente dall'ospedale verso il contesto post-ospedalizzazione*
 - *Facilitare l'accesso alle risorse di comunità (pasti a domicilio, trasporti disabili, centri diurni, ginnastica seniors, gruppi parola, ecc.)*

TCM:	Transition Care Model (Naylor)
GRACE:	Geriatrics Resources for Assessment and Care of Elders (Counsell)
Guided Care:	Guided Care (Boult)
PACE:	Program of All-inclusive Care for the Elderly (Medicaid)
CTI:	Care transitions Program (Coleman)

PROGRAMMA

REA**GER** – REA**DOM**



REAGER-READOM

- Mandante:
 - Servizio di Salute Pubblica VD
 - Mandato dato a:
 - AVASAD => **APROMAD**
 - CHUV => **Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique**
- Per mettere in piedi una ***filiera di riabilitazione geriatrica*** ospedaliera (REAGER) e extraospedaliera (READOM)

(AVASAD : Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile)

(APROMAD : Association pour la PROMotion de la santé et Maintien à Domicile)

Obiettivi del REAGER-READOM

➤ Riabilitazione dei pazienti anziani

- Diminuire il declino funzionale
- Diminuire il rischio di istituzionalizzazione
- Diminuire il rischio di riospedalizzazione.

➤ Facilitare i flussi di supporto degli ospedali acuti

- **Identificare** precocemente i pazienti e i loro bisogni riabilitativi.
- Facilitare la dimissione dall'ospedale dei pazienti con bisogni riabilitativi da leggeri a moderati proseguendo, appena possibile, le prestazioni riabilitative a domicilio.

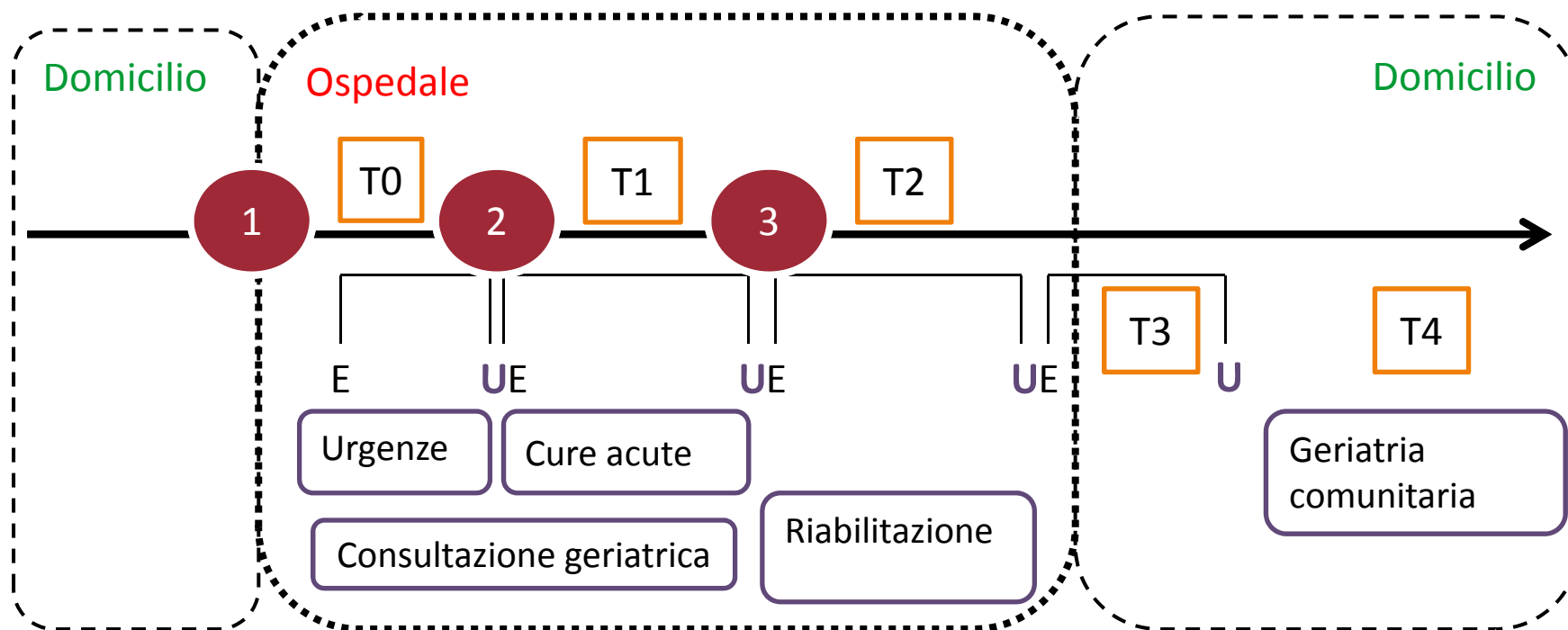
➤ Migliorare i trasferimenti

- **Trasferimento** Ospedale-Comunità

➤ Riabilitazione comunitaria a monte

- consultazione geriatrica ambulatoriale

Percorso tipo dei pazienti anziani

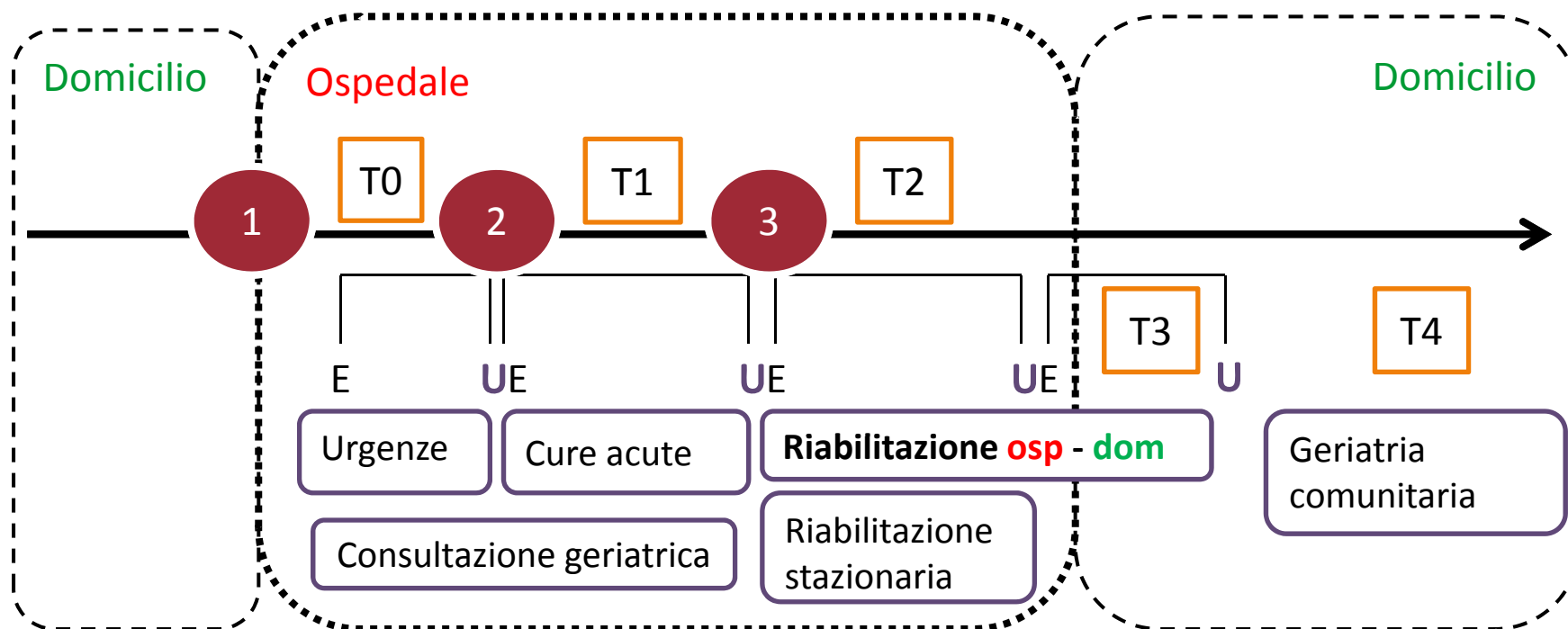


Leggenda

E: Entrata U: Uscita => le cifre indicano le transizioni nel sistema sanitario

T: tempo e cifre indicano i luoghi

Percorso tipo dei pazienti anziani

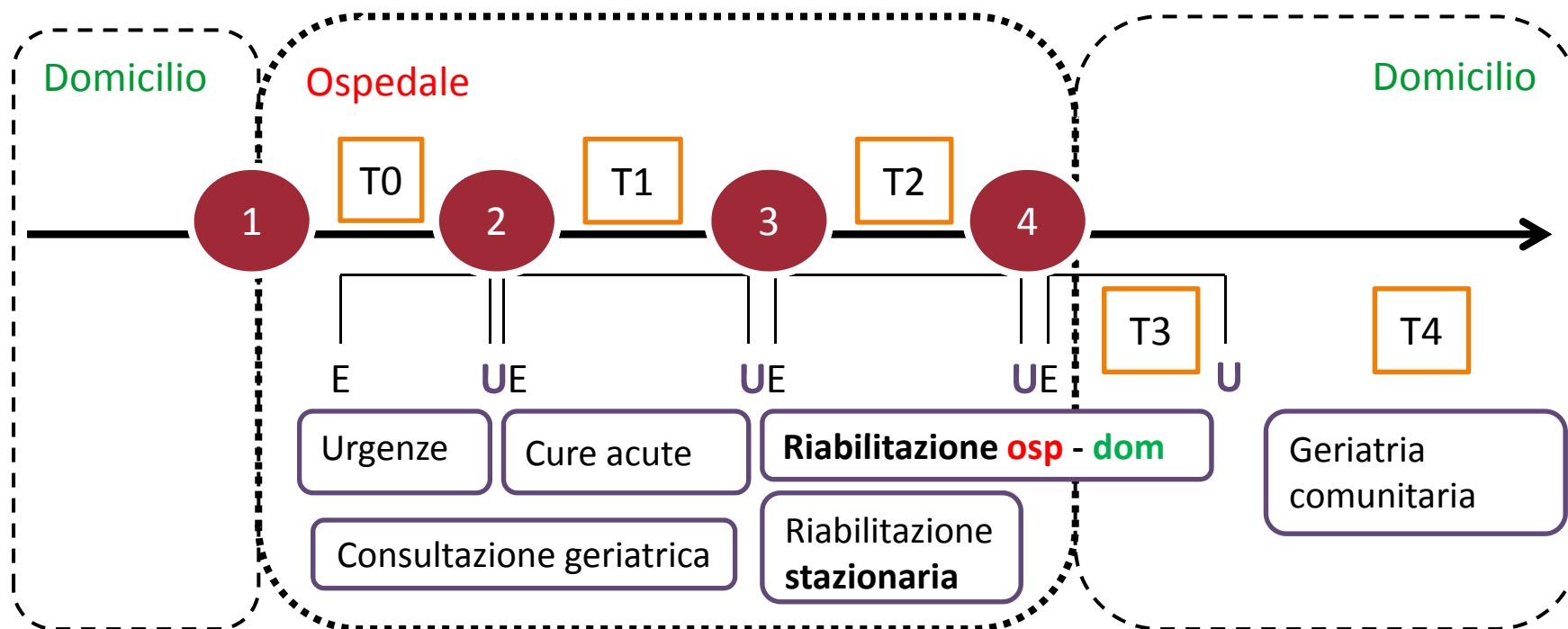


Leggenda

E: Entrata U: Uscita => le cifre indicano le transizioni nel sistema sanitario

T: tempo e cifre indicano i luoghi

Percorso tipo dei pazienti anziani



Leggenda

E: Entrata U: Uscita => le cifre indicano le transizioni nel sistema sanitario

T: tempo e cifre indicano i luoghi

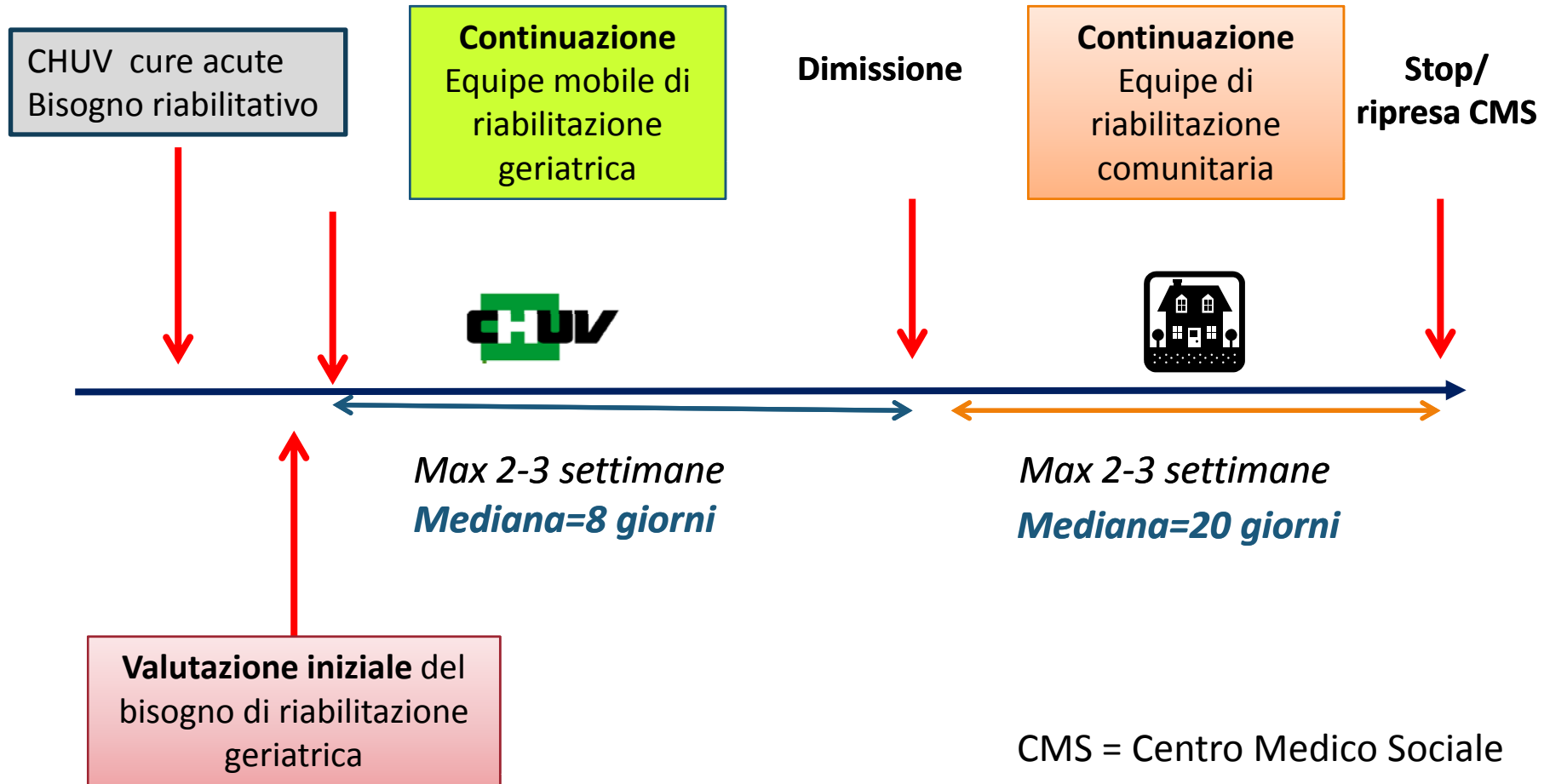
REAGER-READOM

- **REAGER**: È *équipe mobile* di riabilitazione geriatrica al **CHUV** per prendere in carico **20 pazienti** anziani ospedalizzati con bisogni riabilitativi da leggeri a moderati.
- READOM Équipe di riabilitazione **comunitaria** per continuare la riabilitazione a domicilio di **20 pazienti** ammessi in REAGER
 - **CMS READOM** (*équipe specializzata in riabilitazione con Infermieri, Ausiliari e Ergoterapisti*)
 - **Fisioterapisti** servizio GER

REAGER-READOM

- **REAGER** : Equipe *mobile* di riabilitazione geriatrica al **CHUV** per prendere in carico **20 pazienti** anziani ospedalizzati con bisogni riabilitativi da leggeri a moderati.
- **READOM** Équipe di riabilitazione **comunitaria** per continuare la riabilitazione a domicilio di **20 pazienti** ammessi in REAGER
 - **CMS READOM** (*équipes specializzate in riabilitazione con Infermieri, Ausiliari e Ergoterapisti*)
 - **Fisioterapisti** servizio di geriatria e riabilitazione geriatrica.

Strutture REAGER - READOM



Valutazione di ammissione **REAGER**

Valutazione geriatrica globale breve :

- **Medico** (motivo dell'ospedalizzazione, problemi attuali, trattamenti, ecc.)
- **Sociale** (vive solo, familiari che aiutano, ambiente fisico, occupazione, ecc.)
- **Funzionale** :
 - AVQ di base a domicilio – AVQ di base in ospedale
 - AVQ intermedie a domicilio (gestire i pranzi, i pagamenti, trattamenti, ecc.)
 - Aiuti formali del CMS a domicilio o informali (familiari)
- **Indagini diagnostiche delle principali sindromi geriatriche:**
 - Disturbi cognitivi (Mini-Cog, CAM-Delirium)
 - Disturbi depressivi (mini-GDS)
 - Disturbi alla marcia e dell'equilibrio (Tinetti, antecedenti di cadute, mezzi ausiliari)
 - Stato nutrizionale (NRS, peso attuale, ecc.)
 - Disturbi del sonno
 - Trattamenti
 - Ecc.

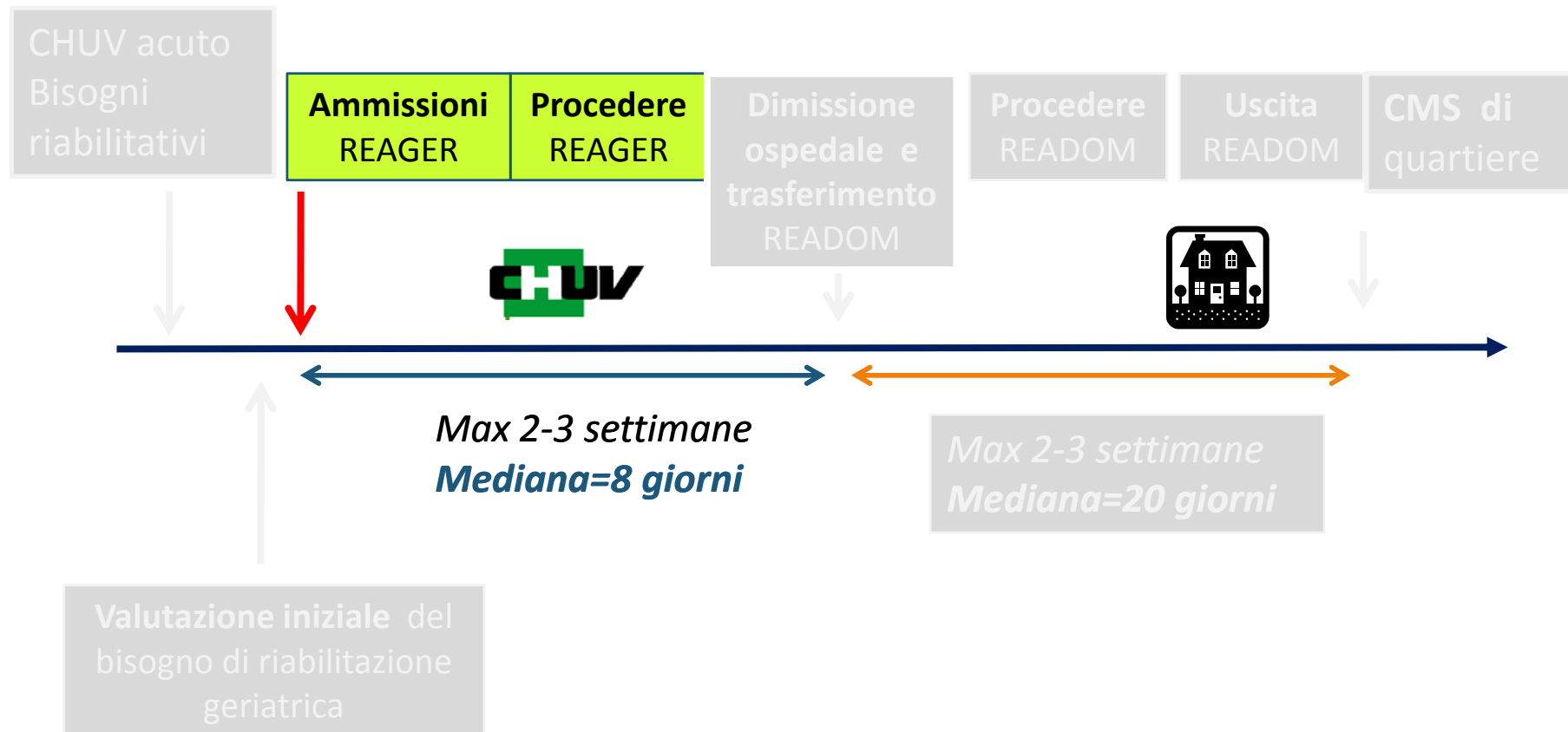
Valutazione di ammissione **REAGER**

Valutazione geriatrica globale breve :

- **Medico** (motivo dell'ospedalizzazione...)
- **Sociale** (vive solo, familiari...)
- **Funzionale** :
 - AVQ di base
 - AVQ in ospedale
 - A...
- **Screening di disturbi geriatriche:**
 - CAM-Delirium)
 - mini-GDS)
 - Disturbi della marcia e dell'equilibrio (Tinetti, antecedenti di cadute, mezzi ausiliari)
 - Stato nutrizionale (NRS, peso attuale, ecc.)
 - Disturbi del sonno
 - Ecc.

Decisione di ammissione nel programma

Programma **REAGER-READOM**



Presa in carico e procedere REAGER

- **Valutazione e definizione degli obiettivi **riabilitativi**:**
 - Medici, Inf. specialisti clinici in geriatria, Ergo, Fisio, Inf. di contatto
- **Monitoraggio degli **obiettivi****
- **Rivalutazione multidimensionale al 2° **colloquio** (LU e GIO)**
- **Adattamento del piano riabilitativo**
- **Valutazione di trasferimento su READOM**



Documento « continuité colloquio »

Identité:	Age :	Service:	Chambre :	
Entrée à l'hôpital le		Entrée REAGER le		
Evaluation d'admission REAGER				
MH				
Δ principal				
ATCD				
Score gériatriques éval. initiale	BAVQ: IAVQ: Mini cog: Mini GDS: TNT:			
PeC et suivi médical				
Pbs	Obj. examens	Date	Suivi, évolution	Délai

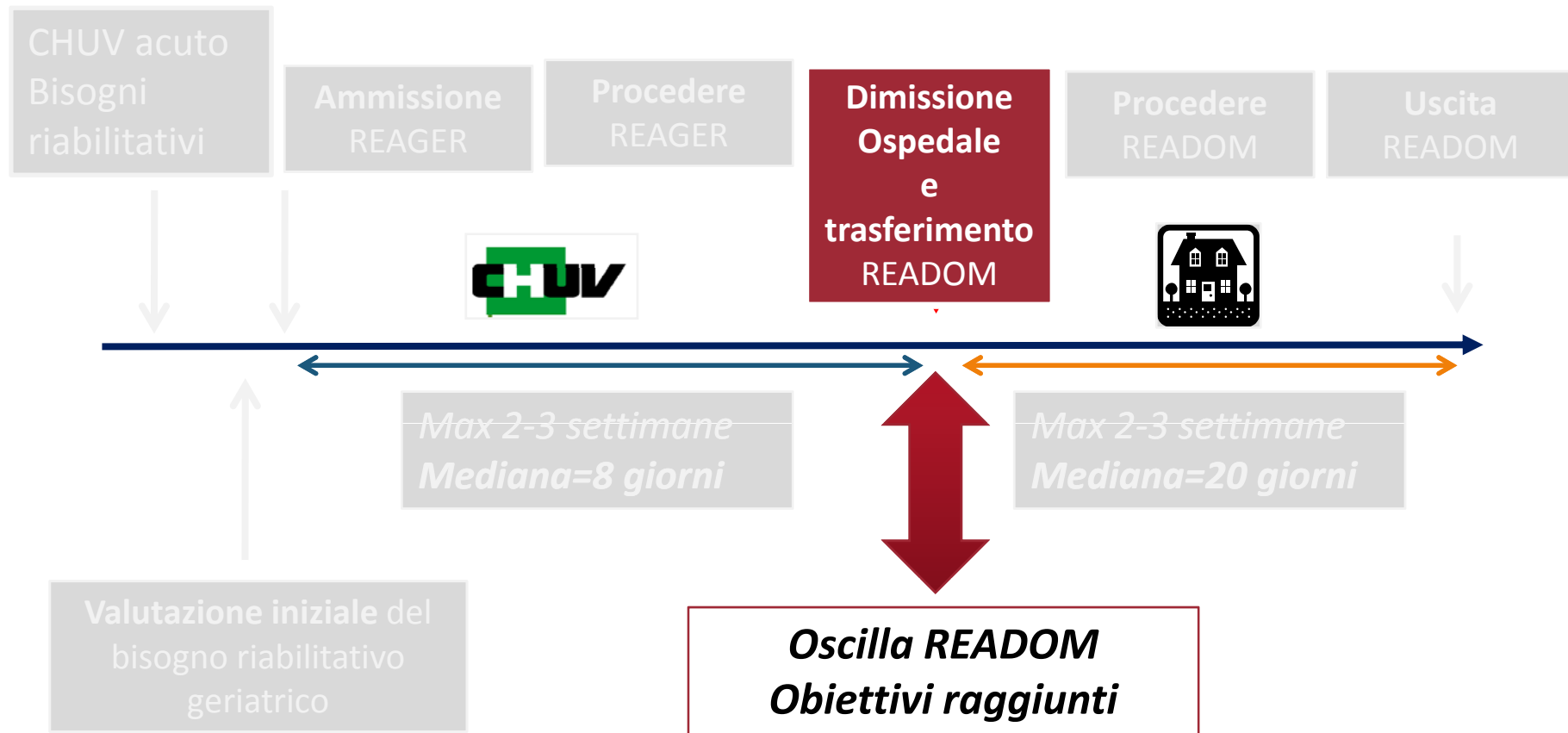
Date / colloquio			
Décision colloquio			

Prestations de sorties envisagées

PeC et suivi Physio				
Status	Obj.	Date	Suivi, évolution	Délai
Fct mentale:				
.....				
Fct sens, dir:				
.....				
Fct voix, parole:				
.....				
Fct cardio resp:				
.....				
Fct dig et deglutition:				
.....				
Fct genito ur:				
.....				
Fct app loco-mot+mvt:				
-tfs:				
-Marche:				
-TNT:				
-Esc				
-Mob				
-Force				
.....				
Fct peau:				
.....				
Autre:				

PeC et suivi Ergo				
Status	Obj.	Date	Suivi, évolution	Délai

Programma **REAGER-READOM**





SINTESI DELLA PRESA A CARICO REAGER

RAPPEL ANAMNESTIQUE

Motif d'hospitalisation

Diagnostic principal

EVALUATION CLINIQUE

Status fonctionnel

*Evaluation physio**

*Evaluation ergo***

Elimination/transit

Alimentation/hydratation

Status cutané

Sommeil

Douleur

Humeur/comportement

Cognition

Plaintes somatiques

Cardio-resp

Deficit sensoriel

Médicaments/ Traitements

Allergies

ELEMENTS PSYCHO-SOCIAUX

Status fonctionnel

*Anamnèse****

PROBLEMATIQUES ID IDENTIFIEES

.....

OBJECTIFS ID

Objectifs de transition :

Objectifs de réadaptation :

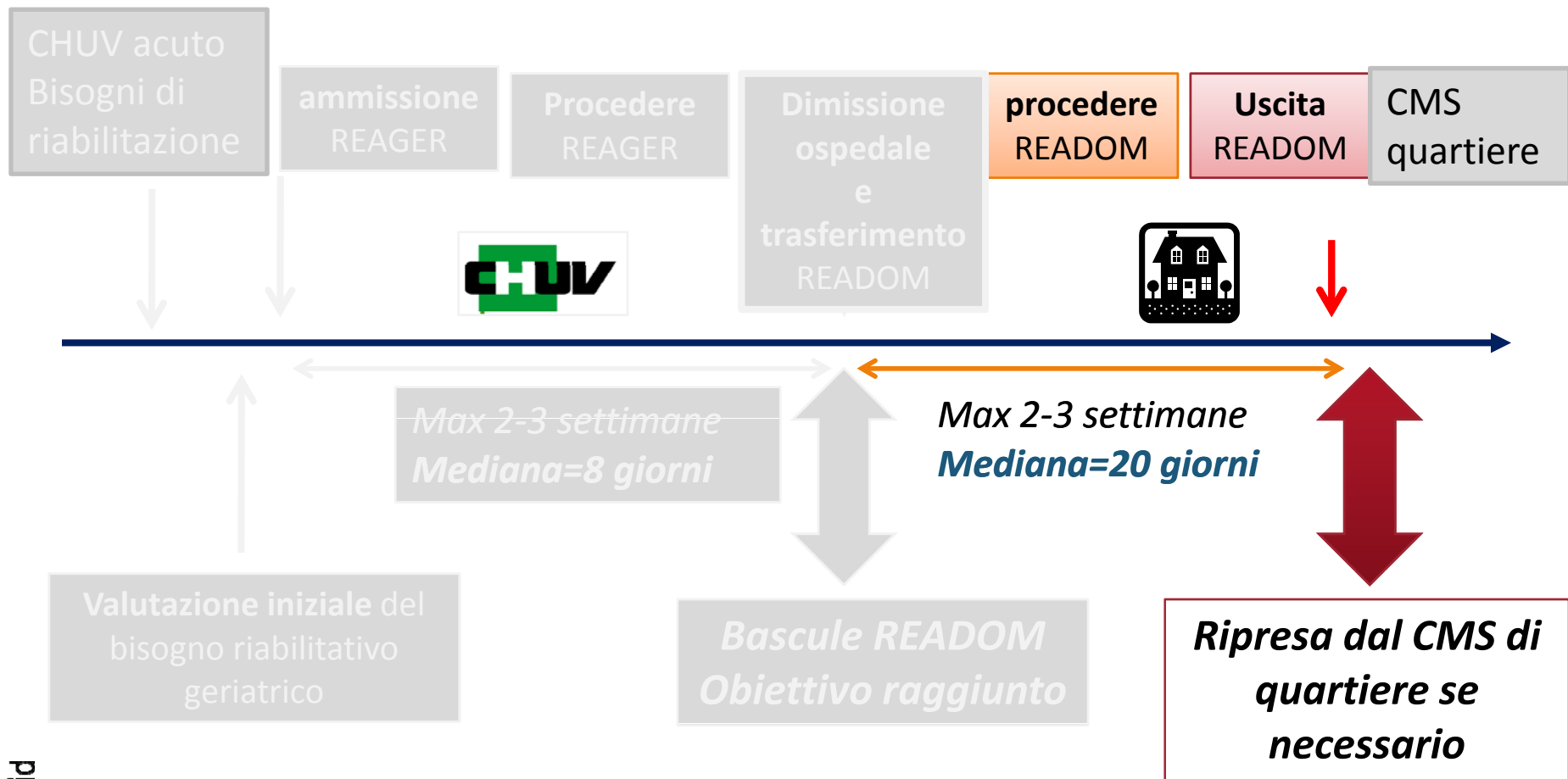
ENJEU DE LA PRISE EN CHARGE/DESIRS DE LA PERSONNE

PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE READOM

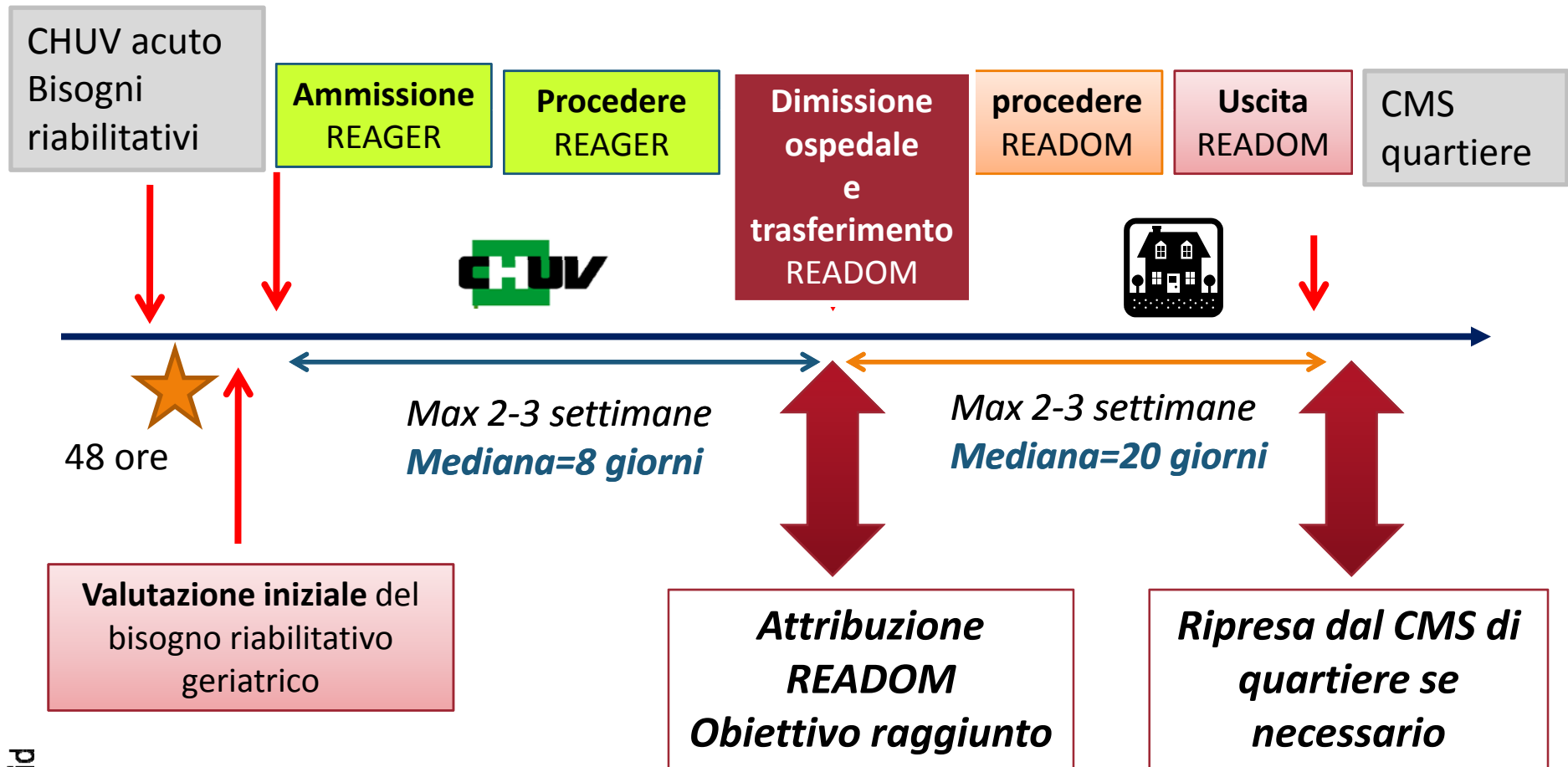
Presca in carico e procedere READOM

- **Seguito da**
 - Medici curanti, CMS READOM et fisio del servizio di geriatria e riabilitazione geriatrica
- **Valutazione Residenziale Assessment Strumenti (RAI-Home Care)**
 - Incontro « a trio » tra infermiere-fisio-referente la 2^e settimana: adattamento degli obiettivi del piano di cura
- **Colloquio interdisciplinare settimanale**
- **Adattamento** del piano di riabilitazione
- **Valutazione uscita READOM**
- Se necessario: **ripresa dal CMS *di quartiere***

Programma REAGER-READOM

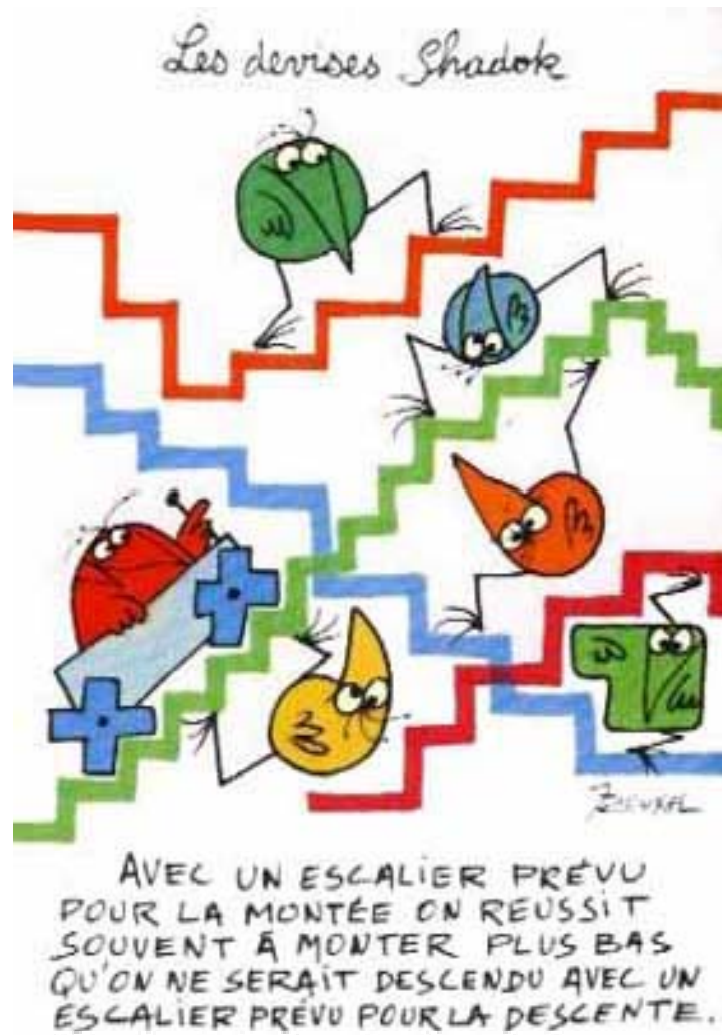


Programma **REAGER-READOM**



Le sfide





**CURE CENTRATE SUI PAZIENTI
D'ETÀ AVANZATA E IL LORO
CAREGIVER**

**RIABILITAZIONE IN CURE ACUTE →
! GESTIONE DEL FLUSSO ENTRATA-
USCITA**

**PRENDERE CURA ... Bilancia di
HIGH TECH e *HIGH TOUCH***

**INTER-PROFESSIONALITÀ E
INTERDISCIPLINARIETÀ**

**CONTINUITÀ DEL PROCESSO DI
ASSISTANZA NEL SISTEMA
SANITARIO**

Les devises Shadok



DOMANDE ?



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Documento « monitoraggio clinico infermiere »

Nom:		Age:		Service:		Ch:	
€ LIT A:		€ REAGER:		SCORES/€		PB MÉDICAUX	
M.H:		BAVQ:					
:		IAVQ:					
		Mini GDS:					
		Mini Cog:					
		CAM :					
		Tinetti : /28					
DOMAINES D'EVALUATION				COMMENTAIRES/DESCRIPTION			
STATUS FONCTIONNEL * BAVQ/6/6/6/6/6/6	Hygiene						
	Bain						
	Habillage ht						
	Habillage bas					Bandes:	Shellong:
	WC					Jours et nuits:	
	Continence						
	Transferts						
	Alimentation						
	Mob au lit						
Déplacements							
Pds de forme:	Suivi poids						
ALIMENTATION/ HYDRATATION	Alim.: Hydratation:						
ELIMINATION/TRANSIT	Protections: Transit:						
STATUS CUTANE	Braden:						
SOMMEIL							
DOULEUR	EVA:						
HUMEUR/COMP.	Mots du patient: Avis des soignants:						
COGNITION	CAM: Plaintes spontanées:						
PBS SOMATIQUES	Plaintes spontanées: Etat cardio-resp:						
DEFICIT SENSORIEL	Auditif :			visuel:			

Documento « monitoring clinique infirmiere »

PROBLEMES ID							OBJECTIFS							EVALUATIONS						
							Transition: Réadaptation:													
PROPOSITION READOM							ERGO							PHYSIO						
							Toilette: Habillage Transfert Essai thé							Dlrs: PM Transferts: TNT Dyspnée Escaliers MA:						
INFORMATIONS & PROBLEMATIQUES SOCIALES:							INTERVENTIONS MÉDICALES							Situation complexe						
Eléments anamnétiques: Entourage: BAVQ: AIVQ: Soutien à domicile: Aidant principal: MA: Problématiques identifiées:							Examens: Médication:							Changmt projet						
														Manqué clareté						
														Réseau en amont						
														Maintient à dom précaire						
														Ambivalence entourage						
							? face aux performances à dom													
							Risqué mise en danger													
							Instabilité médicale													
							Besoin suivi méd													
							Anxiété/RAD													
Délai fin de REAGER:							DECISION COLLOQUE:							Complexe:						
ENJEUX/PEC:																				