



**SOCIETA' ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA**

Sezione Veneto e Trentino Alto Adige

**CONGRESSO ANNUALE
LO SCOMPENSO CARDIACO
NELL'ANZIANO**

**Palazzo Festari
Valdagno**

Sabato 11 ottobre 2014



**COMUNE DI
VALDAGNO**

Prevenire le riospedalizzazioni: il punto fatto dall'epidemiologo

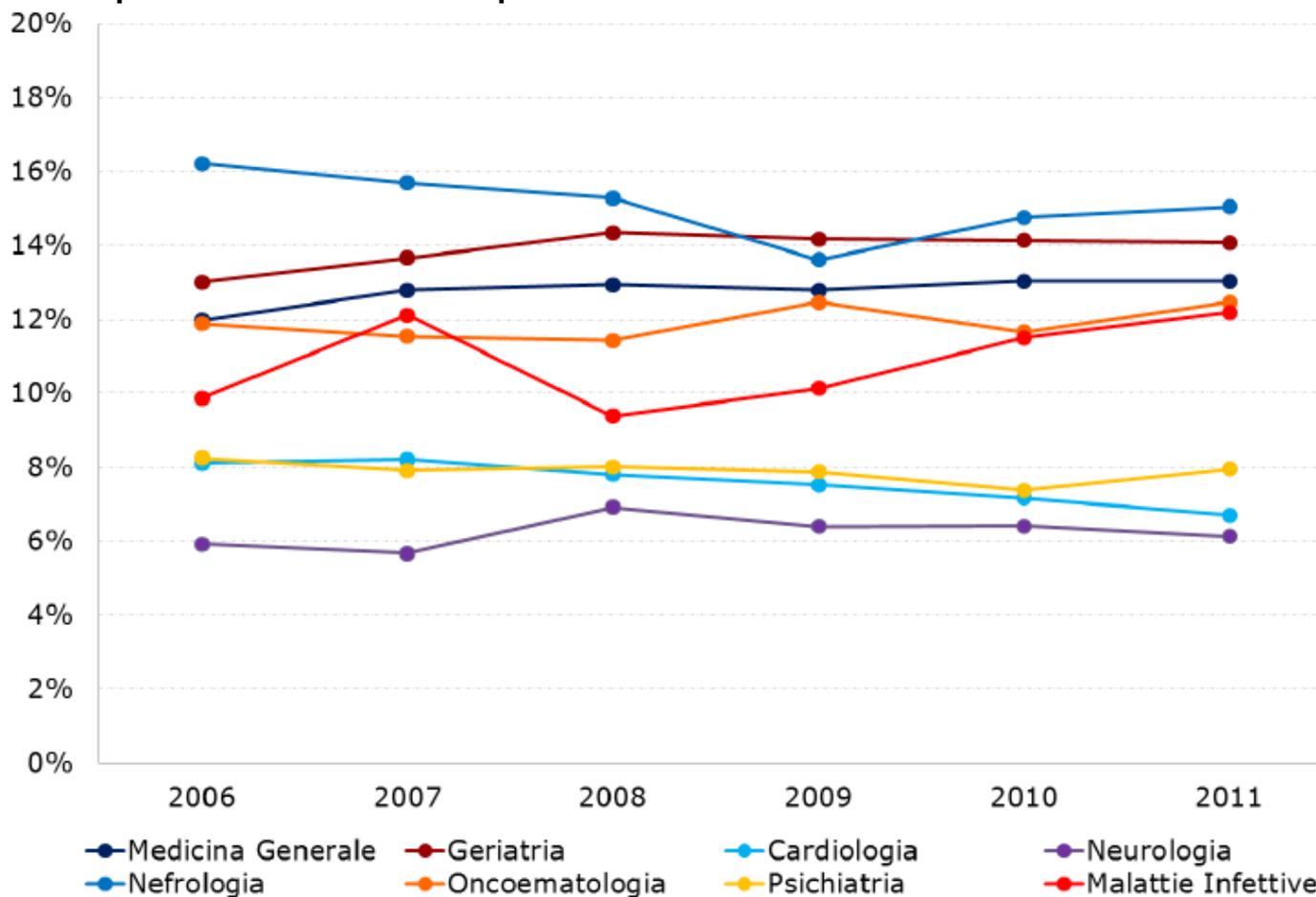
**Mario Saugo*, Michele Pellizzari*, Nicola Gennaro*, Elisabetta Pinato*
Chiara Corti**

*** Sistema Epidemiologico Regionale**

Trend riospedalizzazioni dopo ricovero medico acuto ordinario. Residenti ultra65enni. Veneto 2006-2011



Percentuale di riospedalizzazioni mediche urgenti a 30 giorni dopo la dimissione per ricovero medico acuto ordinario



Frequenza e rischio di riospedalizzazione nei residenti ultra65enni, per grandi gruppi di patologia medica, 2011



Il 25% delle degenza ed il 35% delle riospedalizzazioni sono per 'Insufficienza cardiaca, respiratoria, polmonite e BPCO'

Gruppo di patologia	N	N° riosped entro 30 gg	% riosped entro 30 gg	% su riosped.
Insufficienza cardiaca e respiratoria, polmonite e BPCO	31.788	4.953	15,6%	34,7%
Tumori in trattamento medico	8.483	1.256	14,8%	8,8%
Markers di fragilità	11.385	1.557	13,7%	10,9%
Cardiopatia ischemica sintomatica	2.524	335	13,3%	2,3%
Problemi maggiori renali e delle vie urinarie	6.700	781	11,7%	5,5%
Problemi gastrointestinali maggiori	15.600	1.789	11,5%	12,5%
Tumori in trattamento oncologico	1.782	156	8,8%	1,1%
Altri problemi di salute medici	44.766	3.446	7,7%	24,1%
Totale ricoveri medici acuti	123.028	14.273	11,6%	100%

Se si escludono i tumori, questo gruppo di patologie assieme ai «marcatori di fragilità» è quello a più alto rischio di riospedalizzazione

STUDIO DI COORTE RETROSPETTIVO SU Dimessi per scompenso cardiaco 65+ anni nel 2011-2012 Barthel alla dimissione <50

PER VALUTARE

Riospedalizzazione e giorni di ricovero entro 30 gg. dalla dimissione



SENZA CD ENTRO 2 GIORNI
DALLA DIMISSIONE

CON CD ENTRO 2 GIORNI
DALLA DIMISSIONE

CONSIDERANDO

Durata del ricovero indice

Ospedalizzazione pregressa per cardiopatia ischemica e/o BPCO

Numero ricoveri medici nell'anno precedente

Prossimità al decesso (morti entro 3 mesi)

Popolazione in studio: ultra65enni con Barthel alla dimissione <50



	Dimessi per scompenso cardiaco SENZA accesso di CD nei 2 giorni successivi (N=4.341)	Dimessi per scompenso cardiaco CON accesso di CD nei 2 giorni successivi (N=753)	Chi-Quadro p-value
GENERE	%	%	
M	33,1	33,3	0,901
CLASSE D'ETA'			
65-74	8,1	6,5	0,339
75-84	32,7	33,1	
≥85	59,2	60,4	
N° RICOVERI NELL'ANNO PRECEDENTE			
0	54,1	45,7	0,0001
1	27,4	27,0	
≥2	18,6	27,4	
GIORNI DEGENZA ULTIMO RICOVERO			
0-10	54,4	44,8	0,0001
11-20	34,1	40,4	
>20	11,4	14,9	
PROSSIMITA' AL DECESSO			
Vivo nei 90 gg successivi	79,6	72,5	0,0001
Deceduto nei 30 gg successivi	9,7	14,5	
Deceduto nei 31-60 gg successivi	6,2	8,0	
Deceduto nei 61-90 gg successivi	4,4	5,1	
OSPEDALIZZAZIONE PREGRESSA PER			
BPCO	5,8	9,0	0,001
IMA e/o RIVASCOLARIZZAZIONE	10,0	11,4	0,218
RIOSPEDALIZZAZIONE ENTRO 30 GG			
Riospedalizzati	18,0	20,0	0,182

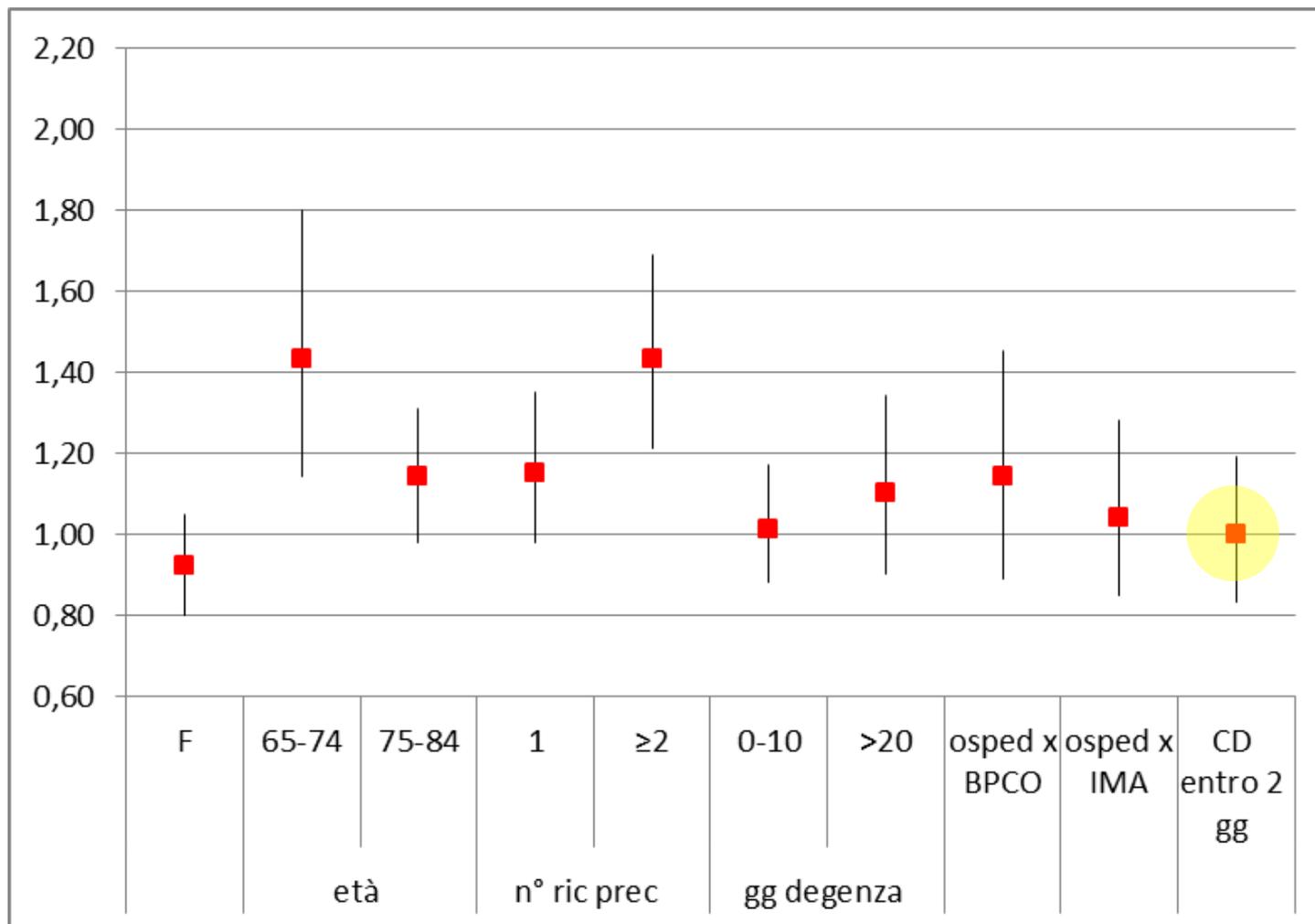
Soltanto il 15% riceve entro 2 giorni una visita domiciliare (55% MMG, 43% Infermiere del Distretto)

I pazienti che vengono visti a casa entro 2 giorni sono più impegnativi

Fattori di rischio per la riospedalizzazione a 30 gg. dalla dimissione per scompenso cardiaco *



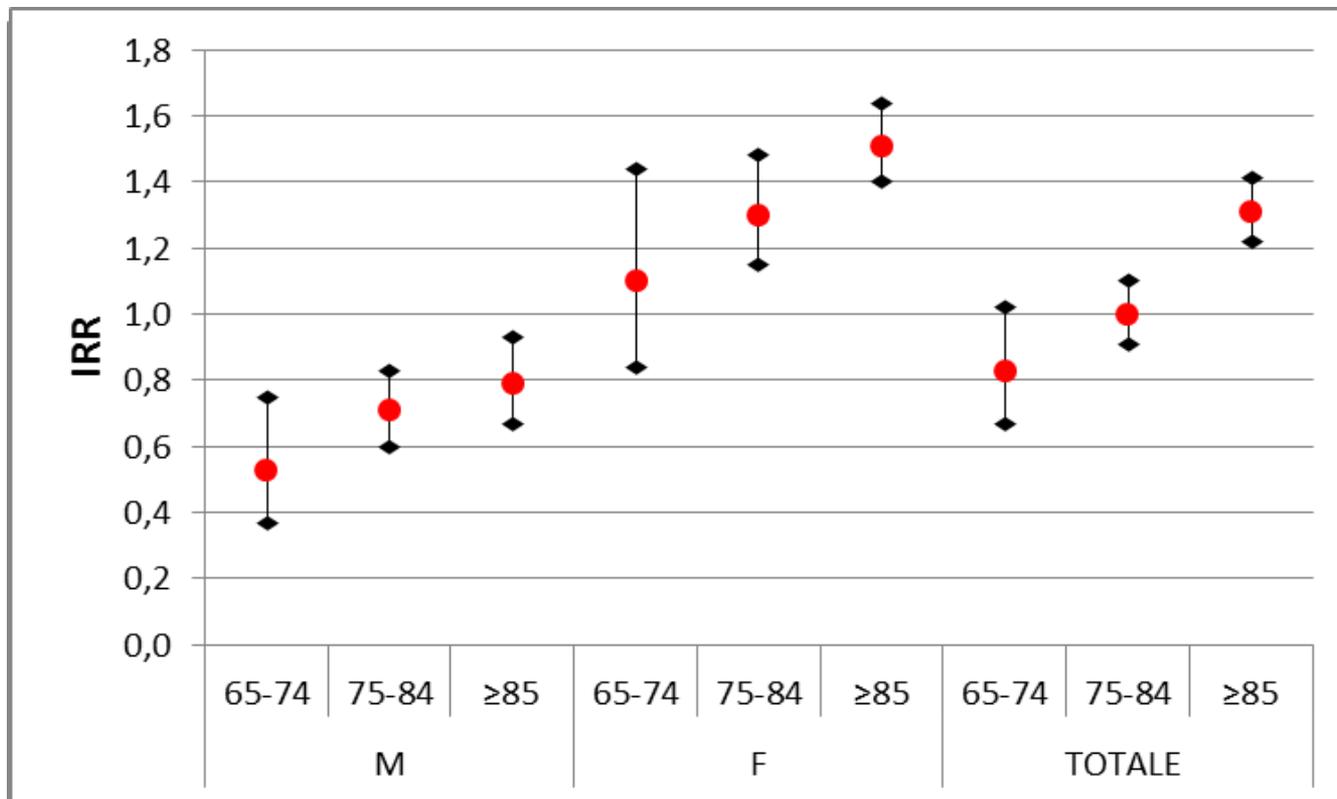
Analisi multivariata



Rischio di riospedalizzazione a 30 gg. dalla dimissione per scompenso cardiaco, stratificato per sesso ed età

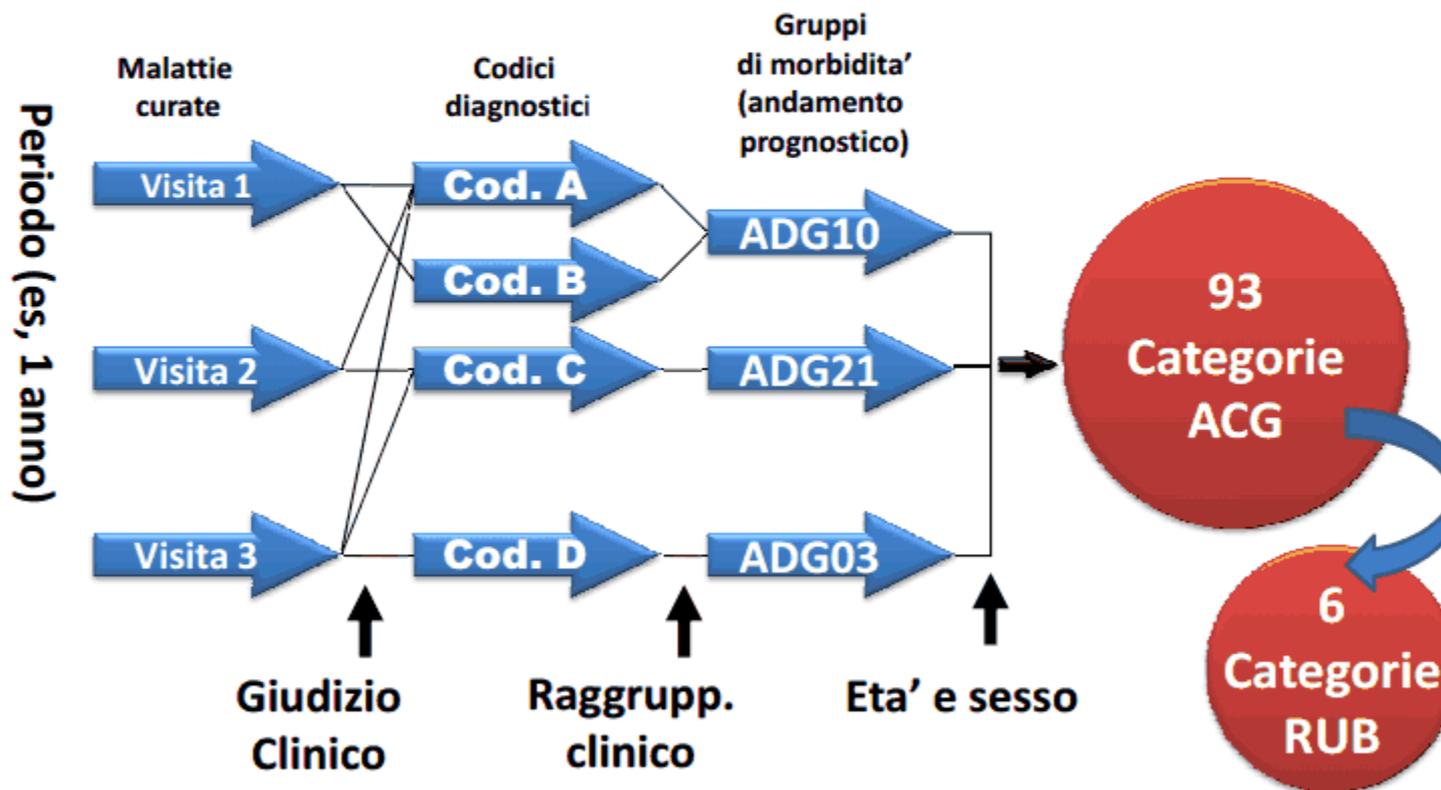
Giorni di ospedale a 30 gg.

ASSIST INFERM RIC 2014; 33: 67-73



Vivono a casa da soli (Censimento ISTAT, Veneto 2011):
 il 43.3% delle femmine ed il 13.8% dei maschi di 75-84 anni
 il 44.2% delle femmine ed il 23.2% dei maschi di 85 anni e più.

L'algoritmo di ACG riflette la costellazione di problemi di salute sperimentata dal paziente



Ridurre le riospedalizzazioni: il contributo di ACG



REGIONE DEL VENETO

OUTPUT: modelli predittivi del consumo di risorse

Il sistema ACG stima il futuro uso di risorse:

Per ogni assistito vengono stimati, sulla base di modelli statistici di regressione, indicatori di consumo atteso di risorse nel periodo successivo a quello di rilevazione.

- **Indice predittivo di costo**
Costo atteso nell'anno successivo all'anno di rilevazione espresso in rapporto al costo atteso medio dell'intera popolazione (= 1)
- **Probabilità di alto costo**
Probabilità di alto costo di assistenza nell'anno successivo all'anno di rilevazione
- **Probabilità di ospedalizzazione**
Probabilità di ricovero nei 6 o nei 12 mesi successivi al periodo di rilevazione

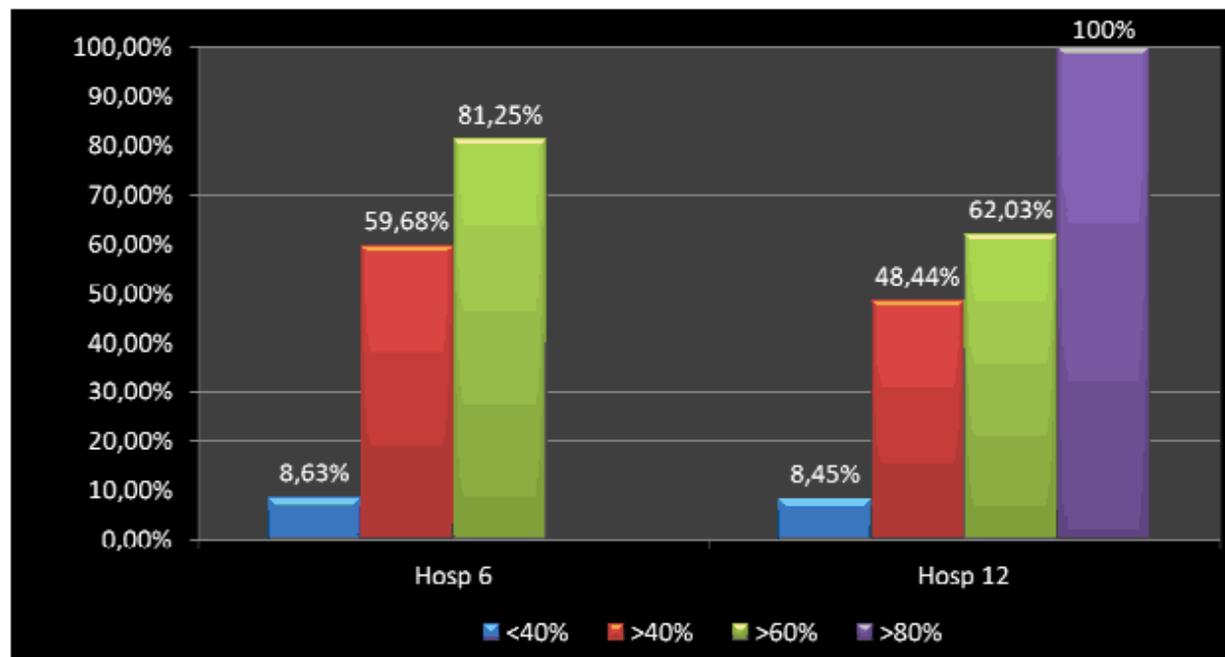
Dalla descrizione epidemiologica all'intervento



REGIONE DEL VENETO

PREVISIONE DI OSPEDALIZZAZIONE

La verifica sull'accuratezza della previsione di ospedalizzazione è stata condotta confrontando tale previsione calcolata dal sistema ACG con i dati relativi ai ricoveri nell'anno successivo (2013) a quello di osservazione (2012).



Produzione di liste nominative



Predittività ricoveri a 12 mesi

a	b	c	d	e
prob. ricovero anno succ. x 100	n° Assistiti Ulss4 - progetto ACG 2012	n° Assistiti Ricoverati nel 2013	n° ricoveri attesi da ACG	(d-c) / d
70 - 79	12	9	8,8	-2,5%
60 - 69	38	21	24,2	13,1%
50 - 59	125	69	68,3	-1,0%
40 - 49	315	165	140,2	-17,7%
30 - 39	750	301	256,5	-17,4%
20 - 29	2.442	745	584,8	-27,4%
10 - 19	11.489	2.131	1.563,8	-36,3%
05 - 09	20.162	2.237	1.436,0	-55,8%
02 - 04	37.543	2.419	1.196,7	-102,1%
00 - 01	116.346	3.189	1.089,3	-192,8%

Condivisione nel fascicolo elettronico di liste nominative

Scompenso cardiaco: migliorare la continuità assistenziale



Grazie per l'invito!

SDO per classe d'età e punteggio di Barthel al ricovero (%). Anno 2011.

Classe d'età	Punteggio Barthel al ricovero							N. totale SDO
	0	5-20	25-40	45-80	85-100	Errato	Non rilevato	
15-29	11,6	1,7	4,1	10,5	59,3	0,1	12,7	39.953
30-44	10,1	1,9	4,1	10,4	62,0	0,1	11,5	81.352
45-59	12,5	4,1	4,8	12,3	56,7	0,1	9,6	72.392
60-74	12,7	5,7	6,7	18,0	46,8	0,1	10,0	129.866
75-89	20,1	13,5	11,7	21,7	22,0	0,1	11,0	142.335
90+	37,2	22,0	12,2	12,6	4,1	0,0	11,8	20.143
Totale	15,3	7,4	7,4	16,1	42,8	0,1	10,8	486.041

Grado di dipendenza assistenziale alla dimissione. (esclusivamente per i ricoveri in regime ordinario). Il grado di dipendenza assistenziale del paziente, rilevato al momento dell'ammissione, intermedio e alla dimissione va valorizzato a partire dal 1° gennaio 2006, secondo la "Scala di Barthel" riportata nell'Allegato B.