

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

**PERCORSO CODICE ARGENTO
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO
CHE ACCEDE IN PRONTO SOCCORSO**



dicembre 2016

Composizione Gruppo di Lavoro

Coordinatore Tavolo:

Dr.ssa Annamaria Indelicato Direttore Sociosanitario ATS Brescia

COMPONENTI ATS:

**Dr. Michele Magoni Responsabile U.O. Osservatorio
Territoriale**

COMPONENTI ALTRI ENTI:

Prof. Giuseppe Romanelli ASST Spedali Civili di Brescia
Dr. Gianfranco Campagnari ASST Franciacorta
Dr. Francesco Nardin ASST Garda
Dr. Renzo Rozzini Fondazione Poliambulanza
Dr.ssa Paola Pigozzi Casa di Cura San Camillo
**Dr. Bianchetti Angelo I.C. S. Anna, I.C. S. Rocco, I.C. Città di
Brescia**
Dr. Marco Trabucchi Gruppo di Ricerca Geriatrica

Premessa - quadro epidemiologico

Il problema del ricovero in ospedale del paziente anziano affetto da malattia acuta è divenuto uno degli aspetti più rilevanti dell'utilizzo dei servizi sanitari. L'ospedale rappresenta la risposta più adatta ai bisogni di salute del paziente anziano in caso di eventi acuti; va precisato che, a fronte dell'evidenza degli effetti negativi della ospedalizzazione sugli anziani, negli ultimi anni si è osservato un maggiore ricorso all'ospedale, in particolare ai servizi specialistici ad alta intensità tecnologica.

Nel 2015, nel territorio dell'ex ASL di Brescia ora ATS, il numero dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni è stato del 44.9% del totale (77.420 su 172.420), per 740.000 giornate di degenza (61.7% del totale) con un corrispettivo utilizzo del 56.4% delle risorse.

I dati disponibili evidenziano un'elevata progressiva afferenza dei pazienti anziani al PS, con necessità di interventi medici o chirurgici acuti, spesso ad elevata tecnologia, quali il ricovero in terapia intensiva polifunzionale (TIP). Il tasso di ricovero aumenta in modo direttamente proporzionale con l'aumentare dell'età superando il 60% nei maschi ed il 40% nelle femmine ultraottantenni.

Secondo le rilevazioni di ATS Brescia, negli ultimi 5 anni si è osservato un incremento del ricorso al pronto soccorso sia per numero di persone che di accessi totali, passando da 61.468 persone nel 2011 a 68.206 nel 2015; da 99.602 accessi nel 2011 a 111.911 nel 2015 (con prevalenza del sesso femminile). Anche la modalità di accesso mediante ambulanza rispetto ai mezzi propri aumenta con l'aumentare dell'età, come pure la gravità del codice di triage e la relativa appropriatezza.

Da uno studio effettuato in Italia emerge che il 21% delle persone che afferiscono al PS presenta un'età superiore ai 65 anni. Tra i pazienti afferiti, la percentuale di coloro che vengono ricoverati aumenta con l'età: va dall'11% di chi ha meno di 65 anni, al 56% degli ultranovantenni.

Un altro studio, effettuato nel Nord Italia, ha evidenziato che negli ultraottantenni che giungono in PS più dell'80% è rappresentato da malati di demenza, dei quali il 30% da demenza severa, ed il 20% da forme moderate di malattia (pazienti seguiti al domicilio da un supporto informale). Per il 43% i pazienti vengono valutati per una patologia somatica acuta, mentre il 33% per una malattia somatica cronica scompensata.

I dati sono confermati anche in ATS Brescia: con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale dei pazienti che viene ricoverata in ospedale dopo l'accesso in PS, percentuale che dopo i novant'anni supera il 50%.

La maggior parte dei pazienti ricoverati dal PS nei reparti medici è ultrasessantacinquenne (60%), mentre rappresenta il 25% nei reparti chirurgici; inoltre il 6% dei pazienti afferiti al PS e ricoverati è affetto da demenza di grado severo.

Va precisato che il malato anziano fragile che arriva al PS viene spesso ricoverato in quanto la gravità della sua patologia somatica acuta necessita di un trattamento ospedaliero, come è dimostrato dal valore più elevato del DRG medio degli anziani rispetto ai giovani. Inoltre, per la gravità di patologia, anche la durata della degenza si protrae maggiormente rispetto al giovane; sono gli ultraottantenni che rimangono più a lungo ricoverati, per la necessità di maggiore intensità di cura rispetto ai giovani; inoltre, in ragione delle maggior gravità e dalla complessità clinica è maggiore la durata della degenza dei maschi rispetto a quella delle femmine.

Le patologie che più frequentemente spingono l'anziano a chiedere il ricovero sono cardiovascolari (scompenso cardiaco), dell'apparato respiratorio (infezione delle basse vie respiratorie, riacutizzazione di bronchite cronica), le neoplasie, le malattie neurologiche (vasculopatia cerebrali acute, alterazioni dello stato di coscienza). Per queste patologie, la cui terapia si fonda necessariamente sulla definizione strumentale di parametri specifici, è difficile immaginare un trattamento extra ospedaliero. Il ricovero rimane infatti indispensabile quando la criticità del paziente impone cure intensive non gestibili al domicilio, sia perché si richiedono interventi di diagnostica strumentale, sia perché è necessaria la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporta scelte terapeutiche immediate. La demenza complica la gestione delle patologie croniche, compromettendo l'abilità dei pazienti di percepire la presenza di un malfunzionamento incipiente, di rilevare la severità della malattia, di riportare accuratamente i sintomi, di seguire con attenzione le prescrizioni mediche.

Altre patologie che determinano l'arrivo al PS sono rappresentate da emergenze cliniche che richiedono un differente livello di intervento: talora meno tecnologico e più clinico (disidratazione, delirium, infezioni delle vie urinarie, subocclusione intestinale), altre volte più specifico (insufficienza respiratoria acuta da infezione delle vie aeree, infarto miocardio acuto). Infine, in alcuni casi il paziente affetto da demenza viene inviato al PS per problemi clinici legati ad una gestione domiciliare non

corretta: sedazione da eccesso di terapia psicofarmacologica, effetti collaterali da farmaci (ipotensione iatrogena, ipoglicemia iatrogena). In questi casi una attenta anamnesi clinica e farmacologica è lo strumento, a bassa tecnologia, ma legato ad una buona prassi clinica, che permette di giungere rapidamente alla diagnosi ed alla soluzione del problema.

Gli studi finora effettuati dipingono uno scenario che merita attenzione specifica: un elevato numero di pazienti anziani, e tra questi un'alta percentuale di malati di demenza, afferiscono ad una struttura storicamente preparata per la gestione dell'acuzie nel giovane; lo scenario futuro deve necessariamente modificarsi, poiché il numero di pazienti con queste caratteristiche storiche tende a diminuire nel tempo.

Il percorso dal PS al ricovero ospedaliero

Quando i pazienti anziani fragili afferiscono al pronto soccorso per problemi di salute fisica o per l'accentuazione dei disturbi cognitivi o comportamentali, l'aspetto fondamentale è rappresentato dal rilevare e comprendere la reale necessità ed utilità di un ricovero ospedaliero, ovvero, se il problema per cui si è presentato al PS è risolvibile nello stesso pronto soccorso, oppure se diventa necessario un ricovero in ospedale per diagnosi e cura. In alcuni casi sintomi aspecifici (confusione, agitazione, ansia, o al contrario apatia e sopore) possono rappresentare l'esordio di una patologia somatica acuta (infezione polmonare, scompenso cardiaco acuto, infarto miocardio acuto, fratture) che richiede l'ospedalizzazione. In questo caso la capacità diagnostica, clinica, strumentale e del personale del PS permette di giungere ad un orientamento di patologia che "deve essere trattata" in ospedale. Talora, al contrario, dalla valutazione clinica e strumentale effettuata in PS non emergono condizioni cliniche tali da richiedere l'ospedalizzazione, l'accentuazione dei disturbi del comportamento, infatti, può conseguire a problemi clinici risolvibili con adeguata terapia anche domiciliare, una volta giunti alla diagnosi.

Quando la valutazione clinica e strumentale, associata ad un accurato assessment cognitivo e funzionale, rilevano la presenza di problemi clinici "minori", questi possono venire risolti direttamente in PS, con trattamento del paziente in loco (terapia antidolorifica, antibiotico terapia orale, ecc.) e suo rientro al domicilio, oppure nella Residenza Sanitaria Assistenziale di provenienza.

La funzione di "filtro" del PS diventa pertanto fondamentale soprattutto quando viene effettuata nei confronti dei malati affetti da decadimento cognitivo.

Tale funzione, esercitata secondo criteri condivisi, favorisce un approccio adeguato al paziente, anche quando complesso e di difficile gestione, come nel caso delle demenze.

Anche i pazienti con patologie croniche sono degni della miglior attenzione possibile, per una valutazione globale che non trascuri il reale problema clinico.

All'interno del PS andrebbero individuati spazi dedicati alle persone anziane, in particolare a quelle affette da demenza che possono venire particolarmente disturbate e condizionate dagli elementi tipici di un luogo di emergenza: affollamento, comportamenti ansiogeni e di tensione, tempi di attesa, ecc.

La classificazione della fragilità

In questo contesto nasce il progetto "Codice argento"; la finalità è quella della precoce individuazione del paziente anziano fragile per favorire la riduzione dei tempi di attesa in PS, il suo rientro al domicilio, quando il ricovero non è necessario, od il suo accompagnamento durante il ricovero ospedaliero, per favorirne la successiva dimissione protetta.

Il "codice argento" infatti costituisce priorità d'accesso, a parità di codice, per il paziente fragile al fine di costruire un percorso di presa in cura dedicato.

Alcuni studi hanno identificato indicatori di fragilità rilevabili già al triage in PS: si tratta di dati clinici e demografici attraverso i quali si individuano i pazienti più vulnerabili classificandoli con un codice specifico, che li accompagnerà per l'intero ricovero.

L'Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia ha recentemente elaborato un'anagrafe della fragilità, con l'obiettivo di identificare nel modo più preciso la popolazione fragile graduando il rischio di outcome sfavorevole che i soggetti hanno nell'anno o nei mesi successivi alla classificazione. Tale classificazione è basata su database correnti disponibili; la metodologia è stata testata sui dati degli anni passati, al fine di valutarne il valore predittivo ed apportare adeguate correzioni. Partendo da alcuni modelli della letteratura, sono stati identificati per ogni assistito in carico all'ex ASL di Brescia negli anni 2013 e 2014 i principali fattori di rischio predittivi per un decesso nell'anno successivo; tali fattori (n=30) includono variabili demografiche, sociali, cliniche e di uso dei servizi sanitari e sociali ricavabili dai dati correnti disponibili presso ATS Brescia. La principale variabile di esito, la morte nell'anno successivo, è stata analizzata con un modello multivariato di regressione logistica in relazione ai suddetti fattori di rischio ed i relativi odds ratio. Sulla base di questa analisi e con la

finalità di individuare un indice costituito da un numero inferiore di variabili di rischio, sono state selezionate variabili specifiche e di sintesi per il paziente anziano che considerassero età, lo stato mentale, funzionale e il bisogno sociale).

La tabella 1 descrive l'associazione tra fattori di rischio nella popolazioni di cittadini residenti nell'ATS di Brescia (n. 1.174.365) nel 2015 e vivi al 31/12/2015 e mortalità negli 8 mesi successivi (gennaio-agosto2016: n.=6.341 deceduti, fonte NAR), indicando i principali fattori di rischio.

Tabella 1. Associazione tra fattori di rischio nella popolazioni di cittadini residenti nell'ATS di Brescia (n. 1.174.365) nel 2015 e vivi al 31/12/2015 e mortalità negli 8 mesi successivi (gennaio-agosto2016: n.=6.341 deceduti fonte NAR)

	casi/eventi	OR (95% CI)	p value
-Età: 75+	119.729/1.174.365 (10,2%)	8,5 (7,9-9,1)	<0,0001
-Sesso maschile	578.617 (49,3%)	1,6 (1,6-1,8)	<0,0001
-Invalidità	92.707 (7,9%)	4,1 (3,8-4,4)	<0,0001
-PIC-SSS: 1+	24.906 (2,1%)	3,1 (2,9-3,3)	<0,0001
-Ricovero ospedaliero ≥ 1	52.788 (4,5%)	2,9 (2,7-3,2)	<0,0001
-Demenza	17.993 (1,5%)	1,4 (1,3-1,5)	<0,0001
-Accessi PS ≥ 1	273.136 (23,3%)	1,3 (1,2-1,4)	<0,0001

R2=0,30

Fonte per: Età e sesso: anagrafica; PS: dati PS; Ricovero ospedaliero: SDO; Invalidità: Esenzioni; Demenze: SDO; esenzioni, SOSIA, SISA, VIVIDI, farmaceutica, piani terapeutici; Presa in carico Servizi Socio Sanitari (PIC-SSS): RSA, ADI, altri (SOSIA, SISA, VIVIDI)

Partendo da questi dati è stata realizzata una griglia di valutazione della fragilità composta da 6 variabili dicotomiche, facilmente indagabili età, demenza, disabilità, accesso PS, ricovero ospedaliero, presa in carico dei servizi socio-sanitari, la cui rilevazione richiede poco tempo (tabella 2). Per la definizione di deterioramento cognitivo-demenza viene utilizzata la domanda delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) con maggior attinenza alla sfera della salute (uso dei medicinali).

Nella classificazione della gravità della demenza secondo la Clinical Dementia Rating Scale (CDR) la compromissione della funzione "prendere farmaci" equivale al punteggio di compromissione moderata o più che moderata; tale variabile può essere sostituita o supportata da altre più specifiche quali la diagnosi accertata di demenza, (visite o CDCD, piani terapeutici, ecc.). Per quanto riguarda la disabilità viene utilizzata la funzione motoria la cui compromissione comporta un'attenzione assistenziale specifica già in PS.

La griglia, somministrata ad ogni paziente anziano al momento dell'accesso al Triage del PS da parte dell'infermiere dedicato, permette di definire un nuovo codice "Codice argento" che identifica la fragilità dell'anziano qualora il punteggio ottenuto sia ≥ 3 (tabella 2).

La griglia, identificando il paziente fragile, consente allo staff del PS una presa in carico mirata, sia per quanto riguarda i percorsi diagnostici-assistenziali differenziati (tempo di attesa), sia per quanto attiene alla specificità clinica (aiuta il medico a identificare i pazienti fragili, bisognosi di cure più attente e mirate prima di un work-up diagnostico o di un trattamento secondo la prassi clinica).

Lo strumento permette altresì di effettuare confronti orizzontali (tra ospedali) e verticali (nel tempo) e di valutare gli eventuali benefici, risk-adjusted, di un ricovero in reparto dedicati (o che abbiano una specifica vocazione geriatrica).

Tabella 2. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano

		No=0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	È seguito dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Totale		<input type="checkbox"/>
	Codice argento punteggio totale ≥ 3		<input type="checkbox"/>

È dimostrato che con l'aumentare dell'età, un'elevata percentuale di pazienti molto "vecchi", fra cui in particolare quelli affetti da demenza, viene ricoverata per esigenze cliniche che non possono trovare altrove le risposte sanitarie. Il vero problema è rappresentato dall'appropriatezza dei percorsi di cura che devono essere finalizzati a commisurare l'intensità diagnostica e terapeutica con gli outcome attesi: ad ogni paziente fragile deve essere fornito il massimo della cura utile alla sua sopravvivenza in condizioni di minor disabilità e dipendenza, di minor dolore e sofferenza.

L'ospedale ed il personale del PS, in genere, non sono adeguatamente formati a fronteggiare le continue (e progressivamente crescenti nel tempo) richieste di cura da parte della popolazione anziana fragile, indipendentemente dalla gravità delle condizioni cliniche. Infatti, con l'aumentare dell'età aumenta anche la complessità clinica dei malati che afferiscono all'ospedale.

Lo scenario futuro dovrà prevedere un piano di specifica formazione -teorica e pratica per tutto il personale sanitario che lavora in un ospedale per acuti, al fine di preparare operatori sia a gestire l'urgenza del giovane e dell'adulto, sia a saper riconoscere i quadri clinici, spesso atipici, delle patologie acute del paziente fragile.

Inoltre fondamentale è la pianificazione e realizzazione di percorsi formativi per sostenere il personale del PS nell'adozione di un approccio più adeguato anche in queste situazioni, in particolare venga preparato alla valutazione ed alla pianificazione dell'intervento sul paziente anziano fragile.

L'identificazione tempestiva, già in PS, di un codice in grado di misurare la fragilità del paziente favorisce attenzioni e percorsi di cura dedicati in questo senso; favorisce cioè la nascita di una clinica della fragilità sintonica con la nuova domanda demografica.

INDICATORI

- 1. Percentuale accessi con codice argento:** N° accessi in PS con assegnato codice argento /N° totale accessi al PS.
- 2. Percentuale accessi con codice argento di anziani:** N° accessi in PS di persone anziane-(≥ 75 anni) con codice argento/ N° accessi di persone anziane al PS.

- 3. Tempi di presa in carico al PS per anziani con codice argento:** minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana).
- 4. Tempi di presa in carico al PS di anziani senza codice argento:** minuti dal triage alla visita medica (indicare media e mediana).
- 5. Tempi di dimissione per pz anziani con codice argento:** minuti dal triage alla dimissione (indicare media e mediana).
- 6. Tempi di dimissione per pz anziani senza codice argento:** minuti dal triage alla dimissione (indicare media e mediana).
- 7. Percentuale persone anziane con codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS:** N° persone anziane con codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS/N° di persone anziane che accedono al PS.
- 8. Percentuale persone anziane senza codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS:** N° persone anziane senza codice argento che vengono ricoverate in seguito ad accesso al PS/N° di persone anziane che accedono al PS.
- 9. Rapporto tra percentuale di ricoverati di anziani con e senza codice argento:** indicatore-7/indicatore-8.

Gli indicatori verranno monitorati dalle strutture e inviati trimestralmente alla Direzione Sociosanitaria e al Dipartimento PAAPSS. Le strutture provvederanno anche a inviare annualmente una relazione consuntiva.

Tempi

La sperimentazione degli indicatori di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano (tabella 2), ha una validità annuale nel 2017, al fine di monitorarne l'efficacia della capacità di identificazione dell'anziano fragile che accede al PS e che possa beneficiare del codice argento.