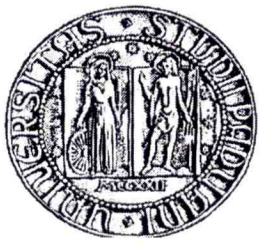

Università degli Studi di Padova

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE ANZIANO IN PRONTO SOCCORSO

Relatore: Prof. Fabris Pietro

Laureando: Boscolo Papo Luana

Anno Accademico 2011/2012

RIASSUNTO

Tesi epidemiologica

Negli ultimi cinquant'anni la popolazione italiana ha subito una evidente trasformazione demografica dovuta, in particolare, al cambiamento degli stili di vita. L'allungamento delle aspettative di vita, la riduzione della mortalità e la diminuzione del tasso di natalità, hanno portato ad un progressivo invecchiamento della popolazione; dove la speranza di vita è arrivata a 79,3 anni per gli uomini e a 84,8 anni per le donne. Secondo le ultime rilevazioni ISTAT gli individui con più di 65 anni rappresentano 1/5 della popolazione e sono aumentati dal 18,4% al 20,3% nel periodo 2001-2011, con un incremento di ben 1,8 milioni di individui. L'incremento della popolazione anziana non si stabilizzerà nei prossimi anni ma le più recenti proiezioni demografiche evidenziano un progressivo aumento di questa. I numeri assoluti dicono che gli anziani ammonteranno entro il 2051 a 20,3 milioni.

Aumentando il numero di persone anziane è aumentato anche il numero di anziani che accedono in Pronto Soccorso e nonostante ciò questo luogo non è costruito sulla base delle loro esigenze. Sono inadatti per il paziente anziano gli aspetti logistici, assistenziali e architettonici. Ed ecco che aumenta l'importanza di valutare in modo più specifico le peculiarità del paziente anziano in Pronto Soccorso. Gli obiettivi dello studio sono stati quelli di:

- identificare i pazienti anziani a rischio di riammissione in Pronto Soccorso.
- valutare i numeri di accessi considerando i livelli di allarme indicati dal Ministero della Salute.
- proporre un modello clinico-assistenziale per i pazienti anziani che accedono in Pronto Soccorso.

La raccolta dati è avvenuta nel periodo tra il 19 giugno e il 7 luglio 2012 presso il PS dell'azienda Ulss 14 di Chioggia.

Lo studio ha previsto la somministrazione dei seguenti strumenti a pazienti con età > 75 anni.

- Triage risk screening Tool (TRST). Questo strumento è costituito da sei items che valutano la presenza o assenza di determinati fattori di rischio per eventi avversi dopo un accesso in Pronto Soccorso. Il Triage risk screening Tool è positivo quando il paziente presenta deterioramento cognitivo o due dei fattori di rischio ottenendo un punteggio uguale o superiore a due. Se il punteggio è positivo questa scala riesce a predire un successivo ritorno del paziente in Pronto Soccorso o una ospedalizzazione o una istituzionalizzazione entro trenta giorni o quattro mesi dall'accesso in Pronto Soccorso.
- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ). Questa scala permette di individuare la presenza e l'intensità di perturbazioni intellettive di origine organica. È stato assegnato un punto allo strumento TRST quando i pazienti commettevano dai 5 ai 10 errori sulla scala SPMSQ.
- Indice di Barthel. Questo strumento è costituito da dieci items, che prendono in considerazione varie attività di vita quotidiana. Coloro che ottengono un punteggio inferiore a 90 gli è stato assegnato un punto nella scala TRST.

A distanza di un mese è stato eseguito un follow-up, per individuare se sono ritornati pazienti individuati come a rischio dallo strumento TRST.

Il campione descritto è costituito da una popolazione di 105 pazienti. È stato preso in considerazione il Codice di priorità assegnato dall'infermiere all'ingresso; si è potuto notare che il maggior codice assegnato (59 pazienti) è stato il codice verde. Questi dati non rispecchiano quelli presenti in letteratura, dove è sottolineato che i pazienti anziani si presentano in Pronto Soccorso con una riduzione dei codici a bassa priorità ed un aumento dei codici ad alta priorità che richiedono un intervento medico entro 15-30 minuti.

Dalla somministrazione dello strumento TRST è risultato che su 105 pazienti sono a rischio di ritornare in PS (punteggio TRST $\geq$ 2) 68 pazienti. L'utilizzo dello strumento di valutazione Triage Risk Screening Tool, che non prende in considerazione solo l'evento acuto, ha permesso di identificare i pazienti con fattori di rischio i quali si possono ripresentare in Pronto Soccorso. A distanza di un mese su 68 pazienti a rischio di riammissione sono ritornati 25 pazienti, anche se il numero di accessi era superiore, perché 5 soggetti sono ritornati 2 volte, 1 paziente è ritornato 3

volte e 1 paziente ha effettuato 5 riaccessi. Confrontando le diagnosi mediche del primo accesso con quelle del secondo accesso, è emerso che 8 pazienti sono ritornati in Pronto Soccorso a distanza di circa trenta giorni per lo stesso problema.
Inoltre, sono stati considerati i livelli di allerta indicati dal ministero (4 livelli di allerta da 0 a 3) e sono stati confrontati con il numero di accessi, da questa analisi è stato riscontrato che il numero di accessi non cresce con l'aumento del livello di allerta. Il maggior numero di accessi avviene nei giorni con un livello di allerta tra lo 0 e 1 (75 accessi).
Questo sistema di codifica (codice di priorità) non rileva le caratteristiche di fragilità, complessità ed instabilità, che sono presenti nell'anziano fragile e quindi non è pensato ai fini di una valutazione di efficacia. Per questo motivo si propone l'introduzione:
- di un codice argento, che non solo dia diagnosi di malattia ma che consideri gli aspetti di fragilità dell'anziano. Al momento dell'accesso in Pronto Soccorso al paziente anziano con età >75 anni dovrebbe essere assegnato il codice argento (scheda compilata dal personale). Questo codice è composto da diverse variabili: età, sesso, stato civile, ricovero ordinario nei 6 mesi precedenti, relativo raggruppamento diagnostico, ricovero in Day Hospital nei 6 mesi precedenti e numero di farmaci nei 3 mesi precedenti. A queste variabili è assegnato un punteggio. Il punteggio generato è confrontato con la classe di rischio (sono 4: 0-3, 4-6, 7-10, +11) ed è valido per formulare la prognosi a 12 mesi dal ricovero, permettendo di individuare quei pazienti a rischio di morte. Quindi si ha che all'aumentare del punteggio codice argento aumenta anche il rischio di mortalità a distanza di un anno. Questo codice consente di identificare i soggetti a rischio di perdita di autonomia funzionale con l'utilizzo di semplici dati amministrativi facilmente disponibili al momento del ricovero; e di identificare i pazienti che per elevato punteggio (+11) presentano maggiore fragilità e quindi necessitano di essere assegnati alle specifiche competenze delle Unità operative Geriatriche.
- di una figura professionale il case manager (Angelo custode). L'introduzione del case manager ottimizza il percorso assistenziale del paziente sia al momento della dimissione dall'ospedale che all'interno dei servizi territoriali; perché il paziente anziano necessita di un approccio clinico assistenziale diverso da quello tradizionale ed ha bisogno di risposte flessibili, integrate, continuative e differenziate. Il case manager è un professionista adeguatamente formato, che valuta i bisogni assistenziali dell'anziano e ha il compito di formulare un piano di assistenza, operando in collaborazione con altre figure come il medico di medicina generale, gli specialisti e il geriatra. Quindi il coordinatore del caso assumerà un ruolo cruciale nella corretta gestione dell'anziano fragile e/o a rischio di disabilità, valutando attraverso lo strumento multidimensionale (S.V.A.M.A.) tutte le aree problematiche emerse. Il nuovo modello assistenziale basato sul case management ha come output la riduzione del costo sulla continuità delle cure. Questo modello porterà come outcome un miglioramento della qualità di vita, della funzione fisica, cognitiva, comportamentale ed affettiva; una riduzione del tasso di ospedalizzazione e di re-ospedalizzazione, la durata della degenza in ospedale, il tasso di istituzionalizzazione, il consumo dei farmaci.

Boscolo Papo Luana

boscolo.luana@gmail.com