



# **La demenza nell'ospedale per acuti -in pronto soccorso-**

**Chiara Mussi**

Cattedra di Geriatria e Gerontologia  
Università di Modena e Reggio Emilia

# L'anziano al pronto soccorso

- Il numero di anziani che accede al pronto soccorso è crescente
- L'anziano utilizza maggiori risorse diagnostiche, terapeutiche e di staff rispetto al giovane
- La maggior parte giunge in ambulanza:
  - Per patologia grave
  - Perché non trasportabile con altri mezzi
- Il 25% degli anziani che accede al pronto soccorso ha **sindromi geriatriche**:
  - Delirium
  - Cadute
  - Incontinenza
  - Failure to thrive
  - Problemi di caregiver



# Accessi al Pronto Soccorso del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense a Baggiovara

Ricovero in PS anno 2006:

- Totale accessi: 37158
- 19,2% ricoverati
- Età > 65 anni: 6930
- 45% ricoverati
- 42% di tutti i ricoveri

# Perché l'anziano affetto da demenza si rivolge al pronto soccorso?



NUOVA PATOLOGIA ACUTA

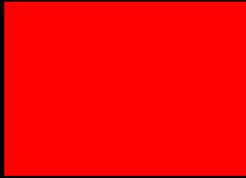
(POLI)PATOLOGIA CRONICA  
CHE SI RIACUTIZZA

CADUTA

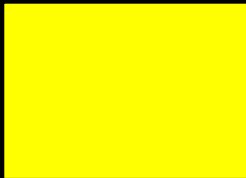
DELIRIUM

# TRIAGE

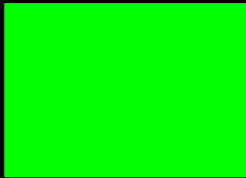
- Parola francese che significa "suddividere, smistare"
- Costituito in era napoleonica, da Dominique Jean Larrey, per identificare, evacuare e curare i feriti più gravi
- Gestito da infermiere professionale



Codice rosso: imminente pericolo di vita, il pronto soccorso si ferma e riceve immediatamente l'utente. **EMERGENZA**



Codice giallo: non c'è imminente pericolo di vita ma la situazione è grave; tempo di attesa di norma non superiore a 10 minuti. **URGENZA**



Codice verde: urgente, tempo di attesa stimato entro le due ore. **URGENZA MINORE**



Codice bianco: nessuna urgenza, tempo di attesa indefinito. **NESSUNA URGENZA**

# Il punto di vista del Geriatra



- L'età non è un criterio di urgenza
- E' invece noto che le patologie acute dell'anziano vanno affrontate sempre come urgenti
- La confusione mentale è codice giallo, ma non viene diagnosticata
- Il fratturato di femore anziano, se non complicato, è codice verde

# IN Pronto Soccorso

- Routine monitoring:
  - Frequenza cardiaca
  - Pressione arteriosa
  - Saturazione % O<sub>2</sub>
  - Temperatura corporea
  - Livello di coscienza

**DECLINO FUNZIONALE E MENTALE?**

Research article

Open Access

## **Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions**

Alejandro Rodríguez-Molinero, María López-Diéguez, Ana I Tabuenca, Juan J de la Cruz and José R Banegas\*

**Results:** The correlation between information on dependence for basic ADL obtained from medical records and that furnished by respondents, was 0.41 (95% CI 0.27–0.55). Concordance between the respective Katz Indices obtained from physicians and respondents was 0.47 (95% CI 0.38–0.57).

**Conclusion:** Older subjects' functional status is not properly assessed by emergency department physicians.

## ... occorre distinguere ...

- La demenza è già stata diagnosticata precedentemente
- I sintomi presenti (delirium) rappresentano la prima manifestazione del deficit cognitivo
- Il delirium è causato dalla patologia acuta e viene erroneamente interpretato come demenza

# IMPATTO DEL DELIRIUM

- 35% della popolazione americana con più di 65 anni è ospedalizzata ogni anno (più del 40% dei ricoveri)
- Assumendo una prevalenza del delirium del 20%:
  - 7% degli ultrasessantacinquenni svilupperà delirium
  - Il delirium complicherà la degenza in più di 2.2 milioni di persone all'anno
  - Costo stimato: più di \$ 8 bilioni /anno

## **How well do we detect Delirium?**

- **Solo 15-30% identificato in Pronto Soccorso**
- **Solo 30-50% hanno segni/sintomi segnalati all'ammissione in reparto**
- **Anche se i segni/sintomi sono stati segnalati, spesso sono misconosciuti (demenza, depressione)**

# Delirium

## Diagnosi per classi di età (femmine)

| Rilevazione SDO<br>Anno | 0-64                              |   | 65-84                              |   | ≥ 85                              |   |
|-------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
|                         | P                                 | S | P                                  | S | P                                 | S |
| 2000                    | (303055)<br>115 78<br>0,04% 0,02% |   | (161472)<br>268 297<br>0,16% 0,18% |   | (45633)<br>182 324<br>0,40% 0,71% |   |
| 2001                    | (299105) 81<br>112 0,02%<br>0,03% |   | (162004) 289<br>395 0,18%<br>0,02% |   | (46959)<br>228 417<br>0,48% 0,89% |   |
| 2002                    | (290892) 88<br>87 0,03%<br>0,03%  |   | (161117)<br>277 433<br>0,17% 0,23% |   | (44348)<br>234 430<br>0,52% 0,96% |   |
| 2003                    | (284514)<br>98 107<br>0,03% 0,04% |   | (157893)<br>259 491<br>0,16% 0,31% |   | (41190)<br>224 521<br>0,54% 1,26% |   |

*P*: Diagnosi principale; *S*: Diagnosi secondarie;  
tra parentesi: numero delle schede SDO

Centro di Valutazione e  
Ricerca Gerontologica-MO

# **Diagnosi di delirium in DEA/PS a Modena**

L'infermiere del triage chiede:  
**IL PAZIENTE E' CONFUSO?**

# The Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm

- 1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante:** Dato acquisito di solito da un familiare: c'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità?  $0 = no$   $1 = sì$
- 2. Perdita dell'attenzione:** Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso ecc.?  $0 = no$   $1 = sì$
- 3. Disorganizzazione del pensiero:** Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile?  $0 = no$   $1 = sì$
- 4. Alterato livello di coscienza:**  $0 =$  vigile,  $1 =$  iperallerta, letargia, stupor, coma

*La diagnosi di delirium richiede la presenza di 1, 2 ed  
alternativamente 3 o 4.*

*Inouye SK, Ann Intern Med 1990; 113: 941-948.*

# **The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Training Manual**

**This is a training manual for physicians, nurses and other healthcare professionals who wish to use the Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). The CAM-ICU is a delirium monitoring instrument for ICU patients. This training manual provides a detailed explanation of how to use the CAM-ICU, as well as answers to frequently asked questions.**

## MODELS OF GERIATRIC CARE, QUALITY IMPROVEMENT, AND PROGRAM DISSEMINATION

### The Geriatric Emergency Department

*Ula Hwang, MD, MPH,\*† and R. Sean Morrison, MD††*

#### Geriatric Emergency Department Intervention (GEDI)



- Dopo una visita in PS gli anziani sono più a rischio di
- Complicanze mediche
  - Declino funzionale
  - Ridotta qualità di vita

**“is not designed for  
older people”**

macy, and functional status. Older patients who present with such illness. The use of interventions, structured addressing the specific needs to address these challenges. 2007.

Key words: emergency medicine; geriatric health services

... of all ages, and ... Once in the ED, ... emergent or urgent ... ed to a critical care ... lso more likely to ... tests, spend longer ... times in the ED, and have higher charges for their ED services than younger patients.<sup>5</sup>

**Tende, non  
muri, che  
separano gli  
ambienti**

**Triage e  
diagnosi  
rapide vs  
comorbilità e  
politerapia**

**RUMORE**

**Ambienti  
senza  
finestre, luce  
artificiale**

**PS**

**Barelle, non  
letti, dove i  
pazienti  
attendono  
esami e/o il  
posto letto**

**Pavimenti  
sdrucchiolevoli**

**Pazienti soli**

Table 1. Potential Geriatric Emergency Department Interventions (GEDIs)

| GEDI   | Goal  |
|--|---|
| <b>Structural modifications</b>  |   |
| Soundproof curtains  | Reduce risk of delirium by decreasing extraneous noise <sup>14,24</sup>   |
| Hearing assistance or amplifying devices   | Improve communication for those with hearing impairment <sup>24</sup>   |
| Removal of noise distracters (e.g., televisions)   |   |
| Reclining chairs or padded or lined stretchers   | Improve patient comfort <sup>21</sup><br>Reduce pressure ulcers <sup>22</sup>   |
| Large-faced clocks, calendars, boards with names of hospital and clinical staff  | Reminders to improve patient orientation <sup>14</sup><br>Reduce risk of delirium <sup>14</sup>   |
| Rubber-mat or nonskid floor surfaces<br>Hand rails on walls and hallways<br>Aisle lighting<br>Bedside commodes                 | Reduce risk of falls and injury <sup>23</sup>   |
| Visual aids (e.g., magnifying glasses, fluorescent tape on call bells, telephones with large keyboards, aisle lighting)        | Visual support for visually impaired patients <sup>23</sup><br>Reduce risk for delirium <sup>11,14</sup>                                  |
| Sky or ceiling lights or diurnal lighting changes  | Reduce risk of delirium by use of natural lighting  |
| <b>Protocol interventions</b>  |   |
| Cognitive impairment and delirium  | Early identification of patients at risk for these conditions to assist in disposition, treatment, or discharge planning <sup>25,26</sup> |
| Risk of adverse health outcomes, return visit, or hospitalization screening<br>Abbreviated comprehensive geriatric assessments | Decrease risk of return visits or hospitalization <sup>26,27</sup>  |
| Minimum use of urethral catheters and other “tethering” devices  | Reduce patient immobility<br>Reduce risk of nosocomial infection and delirium <sup>11,12</sup>  |
| Nursing discharge coordinator  | Improve continuity of care<br>Decrease risk of return visits <sup>28</sup><br>Increase patient satisfaction <sup>28</sup>                 |

## **TRIAGE RISK SCREENING TOOL (TRST)**

- **Presenza di deterioramento cognitivo (es. disorientamento, incapacità di eseguire comandi semplici, diagnosi precedente di demenza o delirium)**
- **Vive da solo/non si riesce a reperire un caregiver**
- **Difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute**
- **Ospedalizzazione/accesso in PS negli ultimi 30 giorni**
- **5 o più farmaci**
- **Valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di:**
  - **Abuso/negligenza**
  - **Non compliance farmacologica**
  - **Sospetto di abuso di sostanze**
  - **Problemi nelle IADL o ADL (es. assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti..)**
  - **Altro (specificare)**

**ALTO RISCHIO: deterioramento cognitivo O 2 o più altri criteri**

*Mion LC et al. JAGS 2001; 49: 1379-86*

# TRIAGE RISK SCREENING TOOL (TRST)

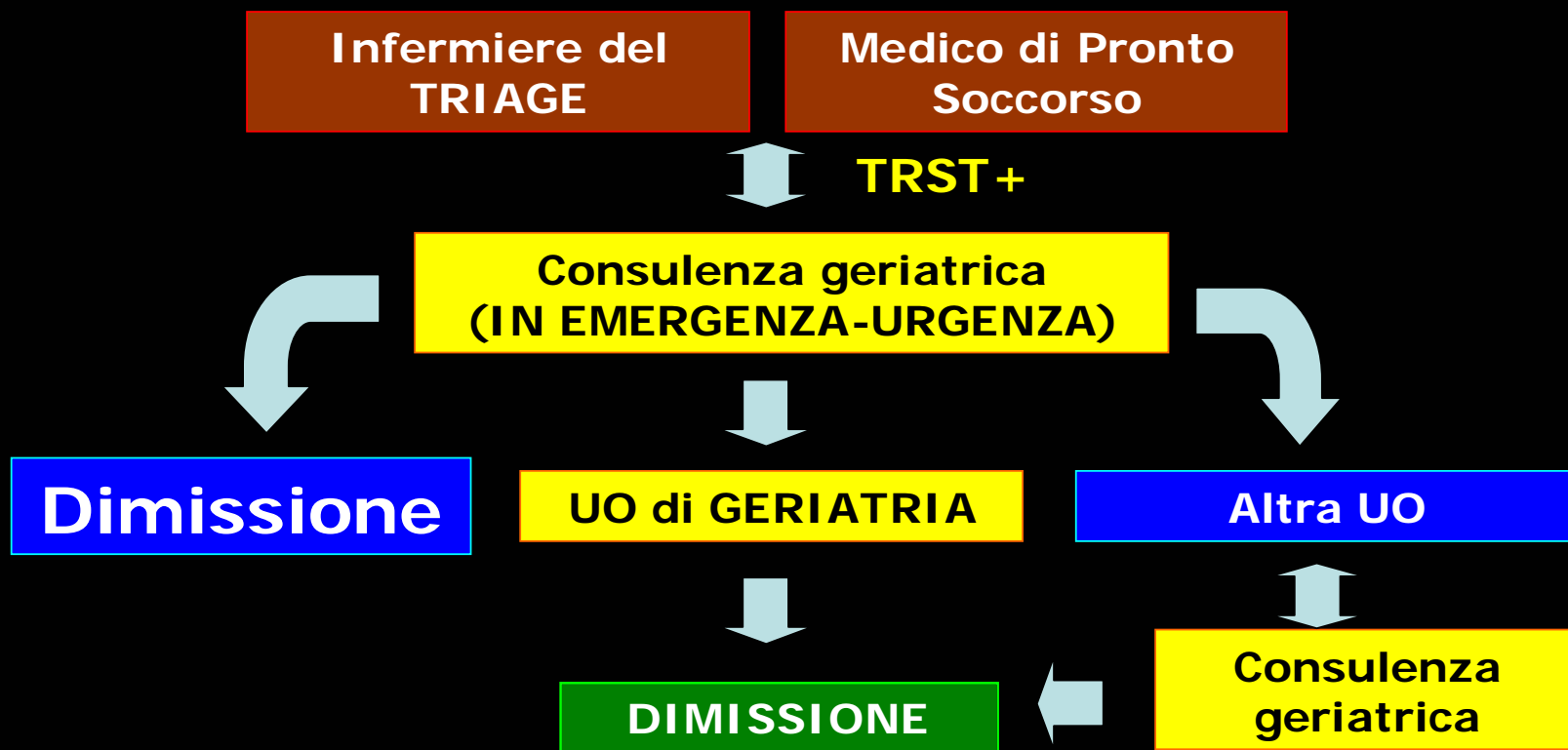
Instructions: Please make a check mark  in the appropriate box to indicate *presence or suspicion of any of the following*

**\* Please complete for all patients 75+ years of age\***

1.  History of cognitive impairment (poor recall or not oriented)
2.  Difficulty walking / transferring or recent falls
3.  Five or more medications
4.  ED use in previous 30 days or hospitalization in previous 90 days
5.  Lives alone **and/or** no available caregiver
6.  ED staff professional recommendations:
  - Nutrition / weight loss
  - Failure to cope
  - Sensory deficits
  - Other \_\_\_\_\_
  - Incontinence
  - Medication issues
  - Depression / low mood

If 2 or more factors identified:  Referral to GEM Nurse  Referral to GEM Nurse not indicated  
 Referral to Social Work when GEM nurse not available

# A Geriatric Consultation Team in ED



*Susan Gold JAGS 1997; 45: 764-767*

# DAL Pronto Soccorso AL Reparto

- In quale reparto viene trasferito il paziente?
- ... dove c'è posto ...
- ... mai in struttura ...
- In quanto tempo?
- In base a quali criteri?
- Ricovero
  - Congruo
  - Incongruo (ricovero sociale)
  - Improprio

# **EMERGENCY and UNDIFFERENTIATED CARE**

- **At University Hospital students will select their areas of interest to establish learning goals.**
  - **Adult emergency medicine,**
  - **Pediatric emergency medicine**
  - **Veterans emergency medicine**
  - **Urgent Care**
- **Student will chose from and personalize their undifferentiated experience.**
- **Each student will spend a total of 4 weeks in the Undifferentiated Rotation at UH.**

# Conclusioni

- L'anziano al pronto soccorso non riceve adeguato triage
- Il Pronto Soccorso non è un ambiente idoneo per l'anziano
- La demenza e il frequente delirium associato sono raramente diagnosticati
- E' necessario l'uso di strumenti di valutazione oggettiva del rischio nell'anziano già dal triage; ciò consentirà la corretta gestione del paziente anziano affetto da demenza

Grazie per l'attenzione



Geriatric