

## **PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO: CONTINUERANNO I PROBLEMI DEGLI ANZIANI CHE VI ACCEDONO**

Il Medico di famiglia è la figura fondamentale della sanità universalistica; ha il compito di identificare precocemente i bisogni anche sociali e i problemi delle persone che invecchiano per poterli influenzare positivamente con tempestive misure preventive (stili di vita e alimentazione). Nella realtà prevale ancora la medicina di attesa in un sistema sanitario fortemente ospedalocentrico. Grande importanza ha la partecipazione collaborativa dei parenti e del caregiver per realizzare obiettivi semplici come la quantità giornaliera di movimento, il peso corporeo prossimo al peso ideale, la qualità del sonno, i rapporti sociali, la compliance alla prescritta terapia. (J Am Geriatr Soc 67:S400–S408, 2019). L'educazione della persona sui problemi legati all' invecchiamento e sulle modalità di contrastarli è fondamentale: anche la scuola dell' obbligo potrebbe avere un ruolo positivo. L' utilizzazione delle tecnologie potrebbe migliorare l' efficienza delle cure primarie geriatriche: si ricordano la telemedicina, i programmi che illustrano i sintomi (symptoms checker), l' assistente virtuale fino al robot. Le cure primarie hanno anche il compito di tener conto anche le componenti sociali, cercando di realizzare un giusto equilibrio fra cure cliniche e salute pubblica.

Nella realtà sociosanitaria del nostro paese l' anziano è tradizionale frequentatore del pronto soccorso (PS) degli ospedali ai quali accede non raramente in modo ripetuto, anche per decisione personale o dei parenti/caregivers: vi giunge per problemi e bisogni vari, compresa la scarsa fiducia nel sistema esistente di cura; spesso non ha con sé la documentazione sanitaria in carenza di un efficace sistema informatizzato (cartella clinica, ma anche il fascicolo sanitario elettronico). Tuttavia, è chiaramente provato che la congruità dell'accesso aumenta con l'età. Quindi, gli anziani sono i soggetti più bisognosi di cure in condizioni di acuzie tra quanti si presentano in Pronto Soccorso.

Il PS rappresenta un locus particolare del setting ospedaliero che intercetta il paziente anziano: lo dovrebbe pertanto gestire con rapidità, con appropriatezza e competenza. I rapporti del PS con i reparti ospedalieri sono collaborativi, ma non è così con i setting extraospedalieri (si parla addirittura di silos nettamente separati). Al PS si decidono gli interventi in base al Triage strumento antico, oggetto di recenti verifiche e miglioramenti

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato765016.pdf> ; si riporta di seguito la nuova codifica di priorità con i rispettivi tempi massimi di attesa. Le comuni condizioni degli anziani che accedono al PS non sempre sono riconosciute e sicuramente non hanno rappresentato un problema per chi ha elaborato la tabella della recente revisione dei livelli di intervento; sono previsti percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat) come “ risposta assistenziale alle urgenze minori che si basano sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici condivisi per il trattamento di problemi clinici preventivamente definiti. Il paziente viene preso in carico in una determinata area del pronto soccorso dall'infermiere in possesso di formazione specifica che applica le procedure previste da protocolli condivisi e validati, assicura il completamento del percorso e può essere specificamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci. Si tratta di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori di pertinenza mono specialistica”

Compare il termine Fast Track che indica procedure per accelerare i processi; tabelle e precisazioni si trovano al link: [https://www.quotidianosanita.it/stampa\\_articolo.php?articolo\\_id=76161](https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=76161) gli anziani e la geriatria non sono ricordati se non in una sola riga a proposito di Bed Management cioè la regolazione dei flussi dei pazienti nei posti letto da parte della Direzione aziendale; questa decide le modalità di realizzazione degli obiettivi prevalenti: degenze brevi e dimissioni rapide; la Direzione Sanitaria, procede al monitoraggio della durata della degenza dei pazienti con attenzione alla creazione di un sistema di presa in carico precoce delle “dimissioni difficili” sin dal momento del ricovero; qui si nominano finalmente gli anziani con questa frase: “monitorare i percorsi dei pazienti considerati “frequent use/ anziani fragili e socialmente difficili”

**TABELLA N. 1 – Nuova codifica di priorità e tempi di attesa**

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa			
Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE STABILE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Il fast-track, procedura finalizzata alla semplificazione e velocizzazione delle metodologie, è stata via via applicata a settori della medicina e della chirurgia compresa la chirurgia protesica. Per esempio si legge: Prosthetic Surgery for joints is carried out with the most advanced computerized devices or the best protocols according to patients' needs, so that the implant could be personalized and the procedures discussed to be the best suited for patients' physical and functional characteristics. (Poliambulanza di Brescia). Il fast track è applicato anche nell'assistenza perioperatoria per aumentare la sicurezza e migliorare i risultati (anche riducendo gli effetti avversi): l'obiettivo è accelerare e migliorare il recupero-recovery del pazienti. In Chirurgia è ben noto il problema della rapidità del recupero del paziente dopo l'intervento: si parla di **enhanced recovery after surgery (ERAS)/fast-track surgery** <https://erassociety.org/> soprattutto per interventi all'apparato gastrointestinale; ottimizzando le cure perioperatorie si ottengono risultati migliori. I risultati di ERAS migliorano se le procedure prevedono anche la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) ; si parla di **G-ERAS project** nei pazienti anziani con multipatologia e fragilità. La VMD dovrebbe essere fatta agli anziani che accedono al PS; il modulo InterRAI che segue è facile da compilare e può rimanere nel tempo nella documentazione clinica del malato.

**SEZIONE A. Informazioni generali**

**1. NOME DELLA PERSONA**

a. (Nome) \_\_\_\_\_ b. (Secondo Nome) \_\_\_\_\_ c. (Cognome) \_\_\_\_\_

**2. SESSO**

1 Maschio  2 Femmina

**3. DATA DI NASCITA**

Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**4. IDENTIFICATIVO SANITARIO (ESEMPIO, ITALIA)**

a. Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 b. Provincia \_\_\_\_\_  
 c. ASI \_\_\_\_\_  
 d. Distretto \_\_\_\_\_

**5. INDIRIZZO (ESEMPIO, ITALIA)**

Via \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_

**6. PATENTE DI GUIDA (ESEMPIO, ITALIA)**

\_\_\_\_\_

**7. RAZZA / ETNIA (ESEMPIO, ITALIA)**

10 Caucasica  11   
 14 Altra

99 Non Determinabile

**8. ELEGIBILITÀ PER SERVIZI SANITARI PUBBLICI**

(informazione non raccolta in Italia)

**9. LINGUA (ESEMPIO, ITALIA)**

1 Italiano   
 2 Inglese   
 3 Altro

**10. NECESSITÀ DI UN INTERPRETE (ESEMPIO, ITALIA)**

0 No   
 1 Sì

**11. CAUSE CHE HANNO PORTATO ALLA VALUTAZIONE**

\_\_\_\_\_

**12. SOMMINISTRAZIONE DELLO STRUMENTO DI VALUTAZIONE**

a. Luogo in cui viene effettuata la valutazione

1 Comunità   
 2 Ospedale   
 3 Pronto Soccorso   
 4 Altro

b. Modulo di valutazione

1 Comunità o Ospedale (Andare alla sezione B)  
 2 Pronto Soccorso (Andare alla sezione F)

**ACCETTAZIONE DA COMUNITÀ/OSPEDALE**

**SEZIONE B. Dati personali all'ingresso**

(Nota: da completare solo alla valutazione iniziale)

**1. DATA DELLA VALUTAZIONE**

Giorno \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

**2. DETTAGLI CONSULENZE**

a. Trattamenti prescritti che devono essere iniziati

0 Non necessari  3 Da 24 a < 48 ore   
 1 Oltre 72 ore  4 Da 12 a < 24 ore   
 2 Da 48 a < 72 ore  5 Entro 12 ore

a. Somministrazione di farmaci non via ev   
 b. Catetere endovescicale   
 c. Terapia ev   
 d. O2 terapia   
 e. Medicazione alanca pressione   
 f. Altro (specificare) \_\_\_\_\_

b. Deve iniziare o proseguire trattamento riabilitativo

0 No  1 Sì

c. Deve iniziare o proseguire terapia palliativa

0 No  1 Sì

3. NEL PERIODO IN CUI VERRÀ SECURITA LA PERSONA ABITERÀ

1 Solo   
 2 Con il coniuge / partner soli

3 Con il coniuge / partner e altri   
 4 Con un figlio ma non con il coniuge / partner   
 5 Con un genitore o tutore legale   
 6 Con fratelli / sorelle   
 7 Con altri familiari   
 8 Con altre persone, non familiari

**4. RESIDENZA NEL PERIODO DI TRATTAMENTO**

(Nota: i codici 4 e 6 non sono pertinenti nel caso di CA per l'Italia)

1 Casa di proprietà o in affitto   
 2 Casa privata con uso di servizi territoriali   
 3 Residenza semiaziendale   
 5 Struttura per disabili   
 7 Unità psichiatrica   
 8 Senzatetto   
 9 Struttura per lungodegenza   
 10 Unità riabilitativa   
 11 Postumero   
 12 Hospice / unità di cure palliative   
 13 Ospedale per acuti   
 14 Carcere   
 15 Altro

**SEZIONE C. Screening preliminare**

**1. CAPACITÀ COGNITIVE NEL PRENDERE LE DECISIONI**

Come la persona prende decisioni circa l'organizzazione della giornata

0 Indipendente—decisioni sempre ragionevoli   
 1 Semi indipendente e qualunque tipo di alterazione della dipendenza

**2. ADL**

Identificare l'episodio di maggior dipendenza delle ultime 24 ore. Se le ADL non sono state compiute nelle ultime 24 ore codificare per il più recente episodio.

0 Indipendente o necessità di aiuto per iniziare l'attività   
 1 Supervisione o ogni tipo di assistenza fisica

a. **Uso della vasca / doccia**—Come la persona esegue il trasferimento nella vasca/doccia e come viene lavata ogni parte del corpo: braccia e gambe, torace, addome, petto (ESCLUSO il lavaggio della schiena e dei capelli)

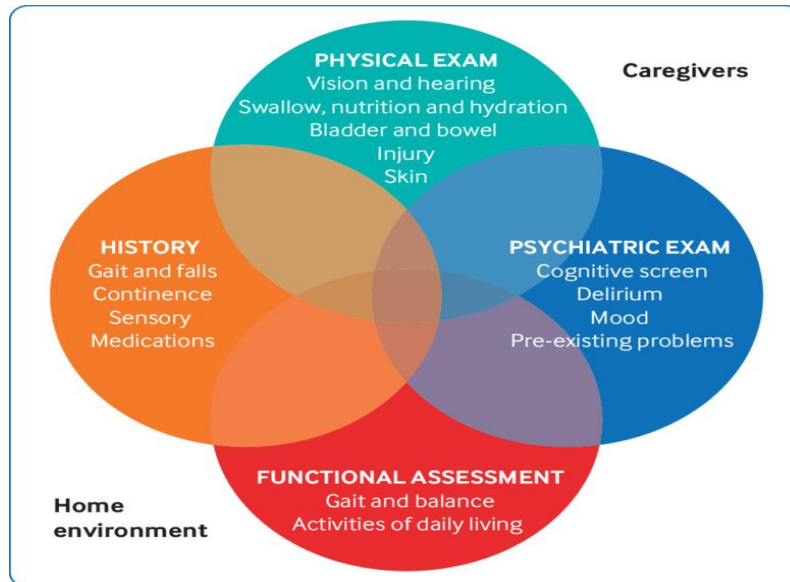
b. **Igiene personale**—Come cura l'igiene personale, compreso pettinarsi, lavarsi i denti, tonsi la barba, muoversi, lavarsi/asciugarsi la faccia e le mani (ESCLUSO bagno e doccia)

c. **Vestire la parte inferiore del corpo**—Come indossa e si toglie i vestiti della parte inferiore del corpo, compreso come indossa protesi, apparecchi ortopedici, cinture, scarpe, pantaloni, gonne, calze e come si abbottona i vestiti.

d. **Locomozione**—Come si sposta tra diversi luoghi posti su uno stesso piano (camminando o su sedia a rotelle)

L' anziano che accede al pronto soccorso dovrebbe essere valutato con la VMD come schematizzato nella figura che segue (BMJ 2019);

[https://www.quotidianosanita.it/stampa\\_articolo.php?articolo\\_id=76161](https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=76161)



Le decisioni operative devono tener conto di diversi fattori e del consenso e delle preferenze del paziente e anche dei parenti. Gli anziani con fragilità fisica e/o mentale sono abituali frequentatori dei servizi sanitari compreso il PS; è noto che l' approccio clinico-diagnostico al paziente anziano è diverso da quello che si utilizza per il giovane e l' adulto. L' anziano presenta spesso sindromi geriatriche come cadute, immobilità, malnutrizione, incontinenza, confusione mentale, ecc non adeguatamente considerate; il procedimento diagnostico migliora con la consultazione del caregiver. Si devono poi stabilire le priorità e i goals dell' approccio diagnostico e terapeutico compresa la collocazione del paziente anziano nel setting più appropriato d'accordo con il paziente e i famigliari. Si deve temere la sindrome da immobilità che si manifesta nell' anziano ricoverato in ospedale foriera di complicanze e di ritardato recupero. HAH - *hospital-associated disability* - dovrebbe essere considerata negli anziani ricoverati in ospedale: le capacità funzionali sono parametri fondamentali anche durante l' ospedalizzazione (JAMDA 2019; [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(19\)30696-6/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(19)30696-6/fulltext))

