I trasferimenti in pronto soccorso delle persone anziane accolte in una residenza sanitaria assistenziale lombarda: uno studio retrospettivo

Le persone anziane che vivono nelle RSA possono sperimentare un deterioramento della loro salute che richiede cure aggiuntive ed il trasferimento ai Pronto Soccorso ospedalieri (PS). Tuttavia, talvolta i trasferimenti in PS risultano inappropriati. Questo articolo, richiamando uno studio effettuato in una RSA Lombarda, descrive le condizioni cliniche – assistenziali e i motivi determinanti il trasferimento in PS.

Di Caterina Bricalli *(Infermiera area critica, terapia intensiva post operatoria)*, Elisa Ferrario *(Infermiera, tutor professionale)*, Anna Castaldo *(Infermiera, dottore di ricerca, direttrice didattica Corso di laurea in Infermieristica)*

L'invecchiamento progressivo della popolazione, conseguente all'aumento dell'aspettativa di vita, pone alla società il bisogno di rispondere a nuove sfide quali la fragilità, la comorbidità, la disabilità e la necessità di cure a lungo termine. Le residenze sanitarie assistenziali (RSA) ospitano una parte della popolazione anziana vulnerabile, che presenta compromissione fisica e cognitiva maggiore rispetto alle persone anziane non istituzionalizzate (Fassmer et al., 2020).

Il trasferimento in pronto soccorso dalle RSA

Le persone anziane residenti nelle RSA possono andare incontro ad un peggioramento delle condizioni cliniche e richiedere cure aggiuntive rispetto a quelle fornite dalla struttura stessa (Giebel et al., 2020). Oltre alla riacutizzazione di una patologia o l'esacerbazione di complicanze, anche le infezioni acute, i traumi conseguenti a cadute e l'alterazione dello stato di coscienza possono rendere necessario il trasferimento presso i dipartimenti di emergenza, ossia nei Pronto Soccorso (PS) ospedalieri (Arendts et al., 2010**;** Brucksch, et al., 2018**;** Lemoyne et al., 2019). **Recarsi in PS presenta dei rischi notevoli** per le persone anziane (Fassmer et al., 2020), in quanto li espone ad un ambiente non familiare e caotico che può determinare confusione mentale (Nemiroff et al., 2019). Inoltre, la letteratura evidenzia il rischio di *delirium* (soprattutto in persone con alterazioni uditive, demenza e grave deficit funzionale), insorgenza di lesioni da pressione, infezioni respiratorie e/o gastrointestinali, condizione complicata da un maggior tasso di antibiotico-resistenza, rilevabile tra i residenti delle RSA (Dwyer et al., 2014; Nemiroff et al., 2019).

L'utilizzo del PS da parte dei residenti delle RSA è stato associato ad un aumento degli errori di terapia e dei trattamenti invasivi non necessari (Dwyer et al., 2014). Inoltre, il carico eccessivo di lavoro per il personale sanitario, soprattutto per lo stazionamento prolungato, può compromettere le risorse destinate ad altri pazienti con condizioni cliniche emergenti o urgenti (Morphet et al., 2015). Ancora, i trasferimenti in PS risultano talvolta inappropriati con una percentuale che varia dal 4% al 55% (Lemoyne et al., 2019). Pertanto è importante esaminare **le ragioni alla base di questi trasferimenti** per comprendere quali possono essere evitati (Unroe et al., 2020) e le eventuali implementazioni per gestire le cure e i bisogni assistenziali direttamente nelle strutture residenziali. In Europa e in Italia, gli studi sull'utilizzo dei PS da parte delle persone anziane residenti nelle RSA sono ancora limitati. Per tale motivo, lo **scopo di questo studio consiste nel descrivere le**

condizioni cliniche – assistenziali e i motivi determinanti il trasferimento in PS.

La ricerca e i metodi

È stato condotto uno **studio retrospettivo presso una RSA lombarda**, prendendo in considerazione i trasferimenti dei residenti in PS in un periodo di **dodici mesi**, dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2019. Il campione, di convenienza non probabilistico, ha incluso tutti i residenti della struttura (549), senza applicare applicati criteri di esclusione. I dati sono stati raccolti dalle schede di trasferimento utilizzate dalla RSA in cui è stato effettuato lo studio per la procedura di registrazione e la tracciabilità degli invii ai dipartimenti di emergenza (Tabella 1). Ulteriori dati sono stati recuperati dalla scheda SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza) di ogni residente, tra cui:

- la **mobilità** (derivante dai cinque item del *Barthel Index*: trasferimento letto-sedia, deambulazione, locomozione su sedia a rotelle, igiene personale, alimentazione);
- la **cognitività** e il **comportamento** (rilevati attraverso gli item della scala *Gottfries- Brane – Steen Scale (*GBS *Scale)* che indagano confusione, irritabilità, irrequietezza;
- la **comorbidità**, cioè gli item della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) che include quattordici raggruppamenti patologici la cui gravità è valutata su una scala a 5 punti (da patologia assente a molto grave);
- i **profili di gravità** (lesioni da pressione, catetere vescicale, contenzione meccanica, cadute); ausili in uso per la gestione delle insufficienze funzionali (ausili per il movimento, gestione incontinenza, gestione diabete, alimentazione artificiale, insufficienza respiratoria, dialisi).

- Dati anagrafici
- Data del trasferimento in PS e Ospedale di destinazione
- Breve Anamnesi
- Allergie/intolleranze ed eventuali accorgimenti/interventi
- Terapia farmacologica ordinaria ed effettuata in urgenza
- Esami ematici e/o diagnostici effettuati in urgenza
- Parametri vitali prima del trasferimento

Fonte: Rielaborazione degli autori a partire dai dati forniti dalla RSA coinvolta nello studio
Tabella 1 – Dati registrati nella notifica di trasferimento

I risultati

Nel periodo analizzato sono stati effettuati **77 trasferimenti**[1] presso i dipartimenti di emergenza. Il campione era costituito da 71 persone con un'età media di 86 anni (DS±7,2), di cui 48 donne. Esso rappresenta il 12,93% dei residenti accolti nella RSA osservata. I trasferimenti sono avvenuti prevalentemente nei mesi autunnali (24) e invernali (23); è emersa una

maggiore frequenza di trasferimenti a gennaio e novembre (=12). Non sono state riscontrate differenze nella frequenza dei trasferimenti sui giorni feriali e festivi. Tra i motivi principali (Tabella 2) vi sono le cadute e i sintomi muscoloscheletrici, i sintomi cardiovascolari (scompenso cardiaco acuto, infarto miocardico acuto e trombosi venosa profonda/altre sintomatologie a carico degli arti inferiori), seguiti dai sintomi del tratto respiratorio.

Motivo/sospetto clinico	N (%)	% F*	% M**
Cadute/sintomi muscoloscheletrici	26 (33,8)	26,0	7,8
Sintomi cardiovascolari	14 (18,2)	15,6	2,6
Sintomi respiratori	12 (15,6)	6,5	9,1
Sintomi cerebrovascolari	10 (13,0)	11,7	1,3
Sintomi gastrointestinali	9 (11,7)	7,8	3,9
Sintomi genito-urinari	3 (3,9)	0	3,9
Febbre/infezioni	3 (3,9)	1,3	2,6

Fonte: Rielaborazione degli autori

Tabella 2 – Motivo/sospetto clinico causa di trasferimento in PS, *F=femmine; **M=maschi

Le cadute/sintomi muscoloscheletrici e i sintomi cardiovascolari sono stati i motivi di invio in PS più frequenti nelle donne, mentre i sintomi respiratori e genito-urinari sono stati i motivi riscontrati maggiormente negli uomini. Le differenze erano statisticamente significative (P=0,002). Prima dell'invio al PS, al 20,8% dei residenti erano già stati effettuati in RSA alcuni approfondimenti diagnostico-terapeutici, tra cui elettrocardiogramma (10) e radiografia (4). Dai dati registrati (totale 67) sulla scheda di trasferimento, si era rilevato che il 6% dei residenti manifestava un'ipertensione di III grado (pressione arteriosa (PA) ? 180/110 mmHg), il 23,8% ipertensione sistolica isolata (pressione arteriosa sistolica (PAS) ? 140 mmHg e pressione arteriosa diastolica (PAD) ? 90 mmHg) e il 22,3% ipotensione (PAS ? 90 mmHg e PAD ? 60 mmHg). Il 20,3% (13/64) dei residenti presentava tachicardia, e in alcuni casi era associata ad ipotensione. Invece il 4,6% (3/64) dei residenti aveva una FC < 60 bpm. La saturazione dell'ossigeno (SpO_2) era stata rilevata in 63 casi: 9 residenti presentavano SpO_2 ? 90%. Al 24,6% (19/77) dei residenti era già stata somministrata ossigeno terapia, prima dell'invio in PS 2 residenti avevano una temperatura corporea ? 38°C.

I profili di gravità e gli ausili in uso per la gestione delle insufficienze funzionali, rilevati dalle schede SOSIA[2], consentono di descrivere le caratteristiche del campione esaminato. Più della metà dei residenti presentava una severa fragilità e dipendenza, e in particolare il 40,3% era in classe SOSIA 3 e il 23,4% era in classe 1. Nella tabella 3 sono riportati gli item relativi all'indicatore "mobilità", dai quali si rileva che la maggior parte dei residenti era dipendente nell'igiene personale, nella deambulazione e nei trasferimenti letto-sedia.

Indicatore mobilità**	Modalità*				
	1	2	3	4	5
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Trasferimento letto-sedia	25 (32,5)	16 (20,8)	10 14,8	13 (16,9)	13 (16,9)
Deambulazione	42 (54,5)	9 (11,7)	4 (5,2)	15 (19,5)	7 (9,1)
Locomozione sedia a rotelle (54 tot)	25 (46,3)	4 (7,4)	8 (14,8)	9 (16,7)	8 (14,8)
Igiene personale	40 (51,9)	19 (24,7)	7 (9,1)	5 (6,5)	6 (7,8)
Alimentazione	7 (9,1)	4 (5,2)	13 (16,9)	29 (37,7)	24 (31,2)

Fonte: Rielaborazione degli autori

Tabella 3 – Indicatore mobilità – scheda SOSIA, * 1=dipendenza; 2=supporto costante; 3=aiuto; 4=supervisione; 5=autonomia; N=frequenza; %=percentuale

Dai dati relativi all'indicatore cognitività emerge che più della metà dei residenti (42/77; 54,6%) presentava confusione mentale, anche se solo il 13% (10/77) mostrava segni di irritabilità e meno del 10% (7/77) manifestava irrequietezza motoria. La maggior parte dei residenti riportava una moderata comorbilità (Tabella 4) e prevalentemente patologie del sistema muscolo-scheletrico, psico-comportamentali e genito-urinarie, con un grado di compromissione grave (classe 4).

Indicatore comorbilità	Grado di compromissione degli organi/sistemi *				
	1	2	3	4	5
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Cardiaca	21 (27,3)	3 3,9)	32 (41,6)	21 (27,3)	0
Ipertensione	21 (27,3)	4 (5,2)	52 (67,5)	0	0
Vascolari	24 (31,2)	8 (10,4)	26 (33,8)	15 (19,5)	4 (5,2)
Respiratorie	51 (66,2)	5 (6,5)	13 (16,9)	8 (10,4)	0
O.O.N.G.L.	16 (20,8)	23 (29,9)	32 (41,6)	6 (7,8)	0
Apparato G.I. superiore	47 (61)	8 (10,4)	22 (28,6)	0	0
Apparato G.I. inferiore	26 (33,8)	4 (5,2)	23 (29,9)	24 (31,2)	0
Epatiche	64 (83,1)	7 (9,1)	6 (7,8)	0	0
Renali	60 (77,9)	6 (7,8)	7 (9,1)	4 (5,2)	0
Patologie genito-urinarie	8 (10,4)	6 (7,8)	26 (46,8)	37 (48,1)	0
Sistema muscolo-scheletrico – cute	0	2 (2,6)	27 (35,1)	45 (58,4)	3 (3,9)
Sistema nervoso centrale e periferico	25 (32,5)	6 (7,8)	23 (29,9)	20 (26)	3 (3,9)
Endocrine –metaboliche	24 (31,2)	2 (2,6)	36 (46,8)	15 (16,5)	0
Psichiatrico – comportamentali	10 (13)	9 (11,7)	15 (19,5)	40 (51,9)	3 (3,9)

Fonte: Rielaborazione degli autori

Tabella 4 – Indice di comorbilità Cumulative Illness Rating Scale (CIRS); *Assente =1; Lieve =2; Moderata =3; Grave =4; Molto grave =5

La maggior parte dei residenti (65/77; 84,4%) utilizzava uno o più ausili per il movimento, tra cui la sedia a rotelle (46/65). Il 14,3% (11/77) aveva avuto da una a tre cadute nei precedenti tre mesi e al 33,8% (26/77) era applicata un mezzo di contenzione fisica permanente, escluse le spondine. Il 7,8% (6/77) dei residenti presentava una lesione da pressione e all'11,7% (8/77) era applicato un catetere vescicale a permanenza.

I trasferimenti in PS quando sono evitabili?

Dai risultati del presente studio si evince che **le cadute e la sintomatologia muscolo-scheletrica erano le motivazioni principali di invio in PS**, come già riportato in letteratura (Bjorck et al., 2018; Nemiroff et al., 2019; Lemoyne et al., 2019; Unroe et al., 2020). Anche nell'analisi retrospettiva di Carron et al. (2017) le principali ragioni di invio in PS riguardavano

problemi respiratori, cardiovascolari, digestivi e neurologici, cause sovrapponibili a quelle emerse nel nostro studio. Dall'analisi dei dati clinici emerge che i residenti che hanno sperimentato un trasferimento in PS presentano una grave compromissione a livello muscolo-scheletrico, associata ad un alto grado di dipendenza nella deambulazione (con utilizzo frequente di ausili) e nella cura del sé. Inoltre, la maggior parte dei residenti presentava una grave compromissione dello stato mentale e del sistema cardio circolatorio.

L'inevitabile aumento della complessità e del carico assistenziale nelle RSA richiede sempre più frequentemente interventi tempestivi ed appropriati, che possono esitare nella decisione di trasferire i residenti ai dipartimenti di emergenza. Tuttavia, questo ambiente spesso non risponde alle esigenze delle persone anziane fragili e può provocare eventi avversi. L'identificazione precoce dei problemi di salute e la prevenzione di complicanze cliniche in RSA potrebbero limitare i trasferimenti dei residenti in PS ai casi più appropriati, cioè a quelle situazioni molto gravi e inderogabili. **Il concetto "evitabile" è complesso e multifattoriale e la decisione alla base del trasferimento in PS include diversi dilemmi**, soprattutto riguardanti la disponibilità e l'utilizzo delle risorse, le preferenze dei residenti e delle loro famiglie, gli standard di accreditamento e gli aspetti riguardanti il sistema sanitario (Trahan et al., 2016). Sono necessari ulteriori studi prospettici che analizzino più puntualmente i motivi e le variabili che guidano il processo decisionale di invio in PS, le risorse a disposizione e le modalità di gestione delle urgenze cliniche in RSA.

BIBLIOGRAFIA

Arendts, G., Howard, K. (2010). The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. Age and ageing, 39(3), 306–312.

Björck, M., Wijk, H. (2018). Is hospitalisation necessary? A survey of frail older persons with cognitive impairment transferred from nursing homes to the emergency department. Scandinavian journal of caring sciences, 32(3), 1138–1147.

Brucksch, A., Hoffmann, F., Allers, K. (2018). Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: a systematic review. *BMC geriatrics*, *18*(1), 151.

Carron, P. N., Mabire, C., Yersin, B., Büla, C. (2017). Nursing home residents at the Emergency Department: a 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. Internal and emergency medicine, 12(2), 229–237.

Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U., Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and ageing*, *43*(6), 759–766.

Fassmer, A. M., Hoffmann, F. (2020). Acute health care services use among nursing home residents in Germany: a comparative analysis of out-of-hours medical care, emergency department visits and acute hospital admissions. Aging clinical and experimental research, 32(7), 1359–1368.

Giebel, C., Harvey, D., Akpan, A., Chamberlain, P. (2020). Reducing hospital admissions in older care home residents: a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP). BMC Health Serv Res 20, 94.

Lemoyne, S. E., Herbots, H. H., De Blick, D., Remmen, R., Monsieurs, K. G., Van Bogaert, P. (2019). Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. BMC geriatrics, 19(1), 17.

Morphet, J., Innes, K., Griffiths, D., Crawford, K., Williams, A. (2015). Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: Can they be avoided? *EMA – Emergency Medicine Australasia*.

Nemiroff, L., Marshall, E. G., Jensen, J. L., Clarke, B., Andrew, M. K. (2019). Adherence to “No Transfer to Hospital” Advance Directives Among Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association, 20(11), 1373–1381.

Trahan, L. M., Spiers, J. A., Cummings, G. G. (2016). Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments : A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*.

Unroe, K. T., Caterino, J. M., Stump, T. E., Tu, W., Carnahan, J. L., Vest, J. R., Sachs, G. A., Hickman, S. E. (2020). Long-Stay Nursing Facility Resident Transfers: Who Gets Admitted to the Hospital? Journal of the American Geriatrics Society, 68(9), 2082–2089.