

*La presa in carico precoce della fragilità: una sperimentazione presso l'IRCCS Policlinico S. Orsola di Bologna*

*Davide Pianori <sup>(1)</sup> - Caterina Bianciardi <sup>(2)</sup> - Chiara Donati <sup>(2)</sup> - Daniela Pinto <sup>(3)</sup> - Stefania De Notariis <sup>(4)</sup> - Consuelo Basili <sup>(1)</sup> - Chiara Gibertoni <sup>(5)</sup>*

*IRCCS Policlinico S. Orsola, Direzione Sanitaria, Bologna, Italia <sup>(1)</sup> - IRCCS Policlinico S. Orsola, Direzione Operativa, Bologna, Italia <sup>(2)</sup> - IRCCS Policlinico S. Orsola, UOC Geriatria Acuti e Continuità Assistenziale, Bologna, Italia <sup>(3)</sup> - IRCCS Policlinico S. Orsola, UOC Medicina D'Urgenza e Pronto Soccorso, Bologna, Italia <sup>(4)</sup> - IRCCS Policlinico S. Orsola, Direzione Generale, Bologna, Italia <sup>(5)</sup>*

## **Background**

L'IRCCS Policlinico S. Orsola è un centro di riferimento regionale e nazionale per l'assistenza e ricerca nei trapianti e nella gestione integrata delle patologie oncologiche.

Dal 2021 al 2023 il 39% degli accessi al PS Generale hanno riguardato pazienti di età superiore o uguale a 65 anni e che hanno complessivamente rappresentato il 71% di tutti i ricoveri.

Molti di questi pazienti sono definibili "fragili" e fanno registrare accessi o ricoveri ripetuti spesso con necessità di cura a bassa intensità e con una storia di problematiche sociali. Tale situazione comporta alcune importanti criticità:

1. Risposta non adeguata al bisogno espresso dal paziente (per il paziente con bisogno sociale o con bisogno di cure intermedie, il ricovero ospedaliero non è la risposta appropriata)
2. Allungamento della durata della degenza.
3. Utilizzo non efficiente dei posti letto per acuti di area medica e geriatrica

## **Metodi/Azioni**

Per affrontare questa problematica dal gennaio 2024 è stato avviato un progetto dedicato al percorso del paziente fragile che, partendo dalla identificazione di ruoli organizzativi dedicati alla gestione del paziente sia in PS che all'interno dei reparti ospedalieri, prevede:

1. Identificazione del paziente fragile in PS attraverso l'utilizzo di una scala che consente di stratificare il rischio di fragilità (Triage Risk Screening Tool – TRST)
2. Ricovero di pazienti con problematiche risolvibili in 48/72 ore su posti letto dedicati della medicina d'urgenza (n. 10 posti letto)
3. Attivazione del team di valutazione geriatrica (ECA) per casi di fragilità complessa e avvio delle valutazioni multidimensionali prima del trasferimento in reparto per acuti o per favorire la presa in carico territoriale.

L'ECA (equipe della continuità assistenziale) è composta da un geriatra, un infermiere esperto in transitional care e un assistente sociale e collabora nella gestione dei pazienti ricoverati nel settore "fragilità" della medicina d'urgenza con il medico di PS referente e il case manager dedicato.

Le analisi sono state svolte retrospettivamente su tutti i pazienti in accesso al PS Generale dal 16 gennaio al 30 giugno 2024.

## **Risultati**

Sono stati registrati complessivamente 36.838 accessi dei quali 37,7% di pazienti con più di 65 anni. Il TRST al triage è stato compilato per 1.580 pazienti (1.324 TRST $\geq$ 2).

Dei 1.324 pazienti con TRST $\geq$ 2 769 (58,1%) sono stati reclutati nel percorso fragili e sono stati accolti nei posti letto dedicati della medicina d'urgenza per una valutazione della Equipe della Continuità assistenziale. Gli altri 555 sono stati esclusi dal percorso. I pz con valutazione ECA erano nel 64% donne con un'età media 86 anni. Il 32% dei pazienti aveva come motivo di accesso problematiche infettivologiche, il 26% demenza e il 18% problemi cardiologici. Tra i reclutati e valutati dall'ECA, 343 (44,6%) sono stati ricoverati mentre i non reclutati sono stati ricoverati nel 56,9% dei casi. I pazienti ricoverati dopo valutazione ECA hanno avuto una degenza media inferiore ai non valutati ECA (10,3 vs 12 gg).

## **Conclusioni**

La riduzione delle degenza media e la tendenza a ricoverare meno è frutto di un modello organizzativo che concentra in una unica area casistica con alta probabilità di dimissione difficile, dove lavorano in modo più efficiente i professionisti e dove la è possibile formazione sul campo e scambio di competenze.

Contaminare l'attività del DEA con una visione di *transitional care* e di presa in carico precoce della fragilità mostra la sua efficacia. La costruzione di un modello organizzativo multidisciplinare e multiprofessionale che ha coinvolto il PS, gli specialisti e i reparti di accettazione risponde pienamente alle esigenze di un IRCCS che ha il doppio obiettivo di garantire l'accesso in emergenza e l'attività di alta complessità.

Il progetto si innesta in un percorso di revisione dei modelli organizzativi a supporto dell'attività di ricovero che hanno previsto la costituzione di team per la gestione dei flussi in entrata e uscita in area medica e geriatrica con l'obiettivo di coinvolgere nella prossima fase l'area chirurgica.