

CAT DI PROGNOSE

Quesito di prognosi: in unità mediche per acuti, i pazienti hanno una maggiore probabilità di morire durante il fine settimana quando minore è l'offerta di assistenza infermieristica e quando ricevono cure con uno skill-mix a favore degli operatori socio sanitari invece che degli infermieri?

Fonte originale: Ambrosi E, De Togni S, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P, Frison T, Marognoli O, Canzan F, Saiani L, Palese A. [In-hospital elderly mortality and associated factors in 12 Italian acute medical units: findings from an exploratory longitudinal study](#). Aging Clin Exp Res. 2016 May 7. [Epub ahead of print]

Autore, Anno: Ambrosi, 2016



Pazienti: tutti i pazienti consecutivamente ricoverati nei reparti di medicina sede dello studio nel periodo stabilito. I pazienti venivano inclusi se provenivano dal proprio domicilio o da una casa di riposo, ricoverati in regime ordinario o d'urgenza e che acconsentivano a partecipare allo studio. Erano esclusi i pazienti provenienti da altri ospedali o altri reparti dell'ospedale e se rifiutavano di partecipare allo studio. Per quanto riguarda il personale intervistato per valutare le cure perse, lo staff infermieristico era di 252 unità e 165 OSS. Di questi erano eleggibili quelli in servizio durante il periodo dello studio: 314 unità di cui 205 infermieri e 109 OSS.



Fattori prognostici: I dati venivano raccolti rispetto a 3 diversi livelli:

- Fattori del paziente: demografici (età e sesso); tipologia di ricovero (ordinario o d'urgenza); giorno della settimana di ammissione; provenienza o meno da casa di riposo.

- All'ingresso: comorbilità; numero di problemi attivi o di device (lesioni da pressione, LDP, vascolari, presenza di enterostomia, tracheostomia, PEG); il numero di accessi al pronto soccorso negli ultimi tre mesi; stato funzionale (misurato con la scala Barthel); rischio di sviluppo di LDP (scala di Braden con cut off < a 14 per rischio moderato); rischio di dimissione difficile (scala BRASS).
- Durante il ricovero: episodi di confusione/agitazione (valutando variazioni anche minime di vigilanza, attenzione, orientamento, allerta, orientamento, pensiero e memoria); LDP, cadute; contenzione; quantità di assistenza quotidiana ricevuta da caregiver informale alla mattina, pomeriggio e notte.
- Alla Dimissione: declino funzionale (aumento o diminuzione dello score della scala Barthel di almeno 5 punti dall'ingresso alla dimissione); durata della degenza, giorno di dimissione o di decesso (durante la settimana o nel week end); DRG.


- Fattori di assistenza infermieristica: quantità di assistenza quotidiana ricevuta da infermieri (min/paziente); quantità di assistenza quotidiana ricevuta da OSS (min/paziente); quantità di assistenza quotidiana ricevuta in totale (min/giorni) misurata giornalmente. In accordo con la quantità di assistenza ricevuta da infermieri durante il fine settimana rispetto a quella ricevuta durante la settimana, sono stati individuati 2 gruppi di pazienti: quelli che ricevevano da -12 a -24 min/giorno nel fine settimana e quelli che ne ricevevano da -4 a -11 min/giorno. Inoltre, veniva calcolato lo skill-mix come proporzione di assistenza fornita da infermieri sul totale (infermieri/infermieri + OSS); la proporzione di assistenza offerta da infermieri laureati; le cure perse (quantità di cura pianificate omesse o ritardate).




Outcome principale: L'outcome primario era la mortalità intraospedaliera e i suoi fattori predittivi. Due erano le ipotesi:

- i pazienti ricoverati nelle medicine per acuti hanno una maggior probabilità di morire durante il fine settimana quando c'è meno assistenza;
- i pazienti ricoverati nelle medicine per acuti hanno una maggior probabilità di morire quando ricevono assistenza infermieristica da uno skill-mix a favore degli OSS rispetto agli infermieri.

 **Outcomes secondari:** nessuno

 **Setting:** 12 unità di medicina per acuti di 39 posti letti di media situati in 12 ospedali pubblici nel nord Italia di media/alta specializzazione

 **Disegno:** analisi secondaria dello studio osservazionale longitudinale ESAMED

 **Periodo di follow-up:** dal ricovero alla dimissione del paziente nel reparto di medicina per acuti

 **Pazienti che hanno completato il follow-up:** 1464

Risultati: 2080 pazienti sono stati ricoverati durante lo studio di cui 1464 furono inclusi (70.4%). Sono morti il 6.8 % dei pazienti arruolati (100 su 1461, di cui 37 durante il fine settimana). Il modello di regressione logistica spiegava il 34.3% della varianza della mortalità intraospedaliera: i pazienti avevano una probabilità 6 volte (RR 6.262) più alta di morire nel fine settimana (IC 95% 3.632; 10.794). I pazienti con uno o più ricoveri negli ultimi 3 mesi avevano anch'essi un rischio maggiore di morire (RR 1.360, IC 95% 1.024; 1.806) così come quelli che ricevevano maggiore assistenza da parte di caregiver informali (RR 1.017, IC 95% 1.009; 1.025). I pazienti che ricevevano minore quantità di cure da parte di infermieri durante il fine settimana erano a maggior rischio di decesso (RR 2.236, IC 95% 1.210; 3.931), mentre coloro che ricevevano assistenza con un più alto skill-mix a favore degli infermieri rispetto agli OSS erano a minor rischio di decesso (RR 0.940, IC 95% 0.912; 0.969).

Conclusioni: i risultati suggeriscono di ripensare l'assistenza nei reparti per acuti durante il fine settimana sia a livello ospedaliero che infermieristico, pur tenendo conto dei limiti di un'analisi secondaria e di alcuni fattori clinici. Dovrebbe essere assicurata durante i week-end, la stessa quantità di assistenza erogata durante la settimana. Inoltre, occorre ridefinire anche lo skill-mix aumentando la proporzione dell'assistenza offerta dagli infermieri che sono capaci di riconoscere precocemente segni e sintomi di deterioramento clinico degli anziani fragili ricoverati nei reparti per acuti.

Commento: ci sono diversi limiti che condizionano la validità interna e l'applicabilità: molti sono comunque dichiarati tra i limiti dello studio. In particolare si tratta di una analisi secondaria e la numerosità campionaria è arbitraria. L'indagine viene svolta solo in un periodo dell'anno e questa ne limita la generalizzabilità. Il bias più grave è rappresentato dalla non valutazione delle condizioni cliniche dei pazienti in termini di comorbidità e la mancanza di valutazione della quantità di assistenza medica che può condizionare in modo importante l'esito delle cure. Nonostante questi limiti, lo studio è molto ricco e dettagliato nelle variabili studiate e fornisce indicazioni importanti non tanto per applicazioni cliniche quanto per disegnare studi più robusti al fine di confermare gli importanti trend identificati con questo studio.

Autore: Cristiana Forni, infermiere responsabile del Centro Ricerca delle Professioni Sanitarie. Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna. E-mail: cristiana.forni@ior.it