

Gruppo di ricerca geriatrica



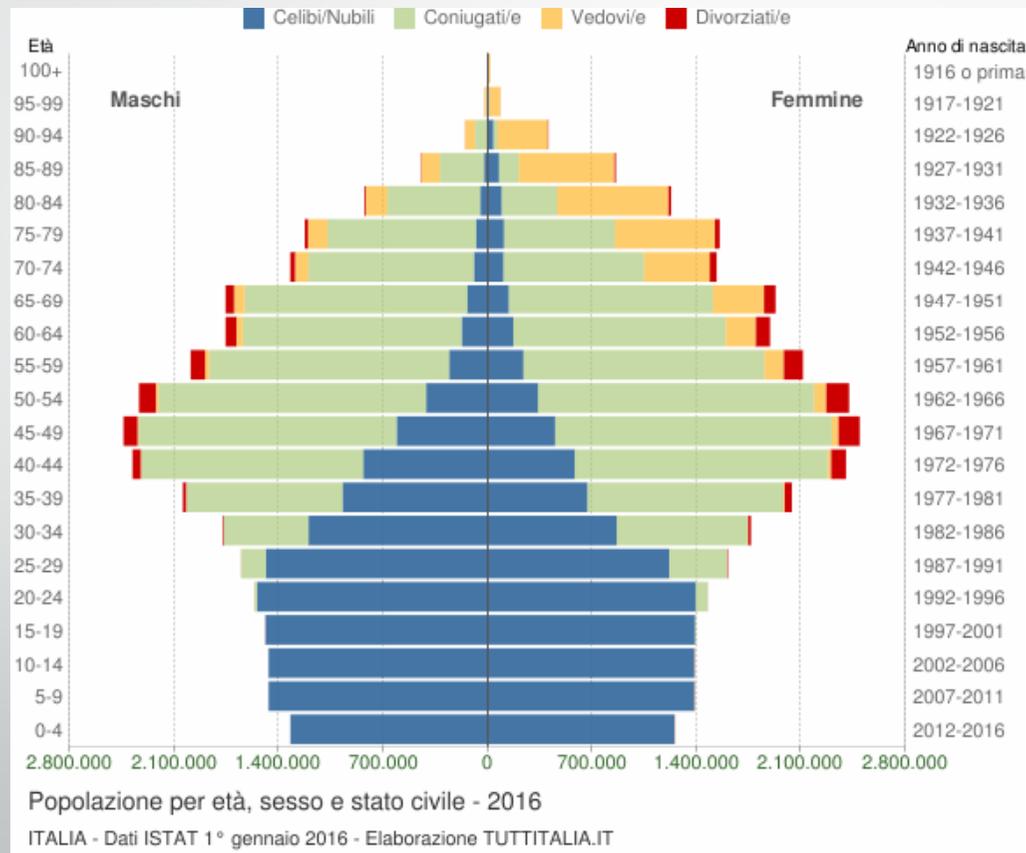
ISTITUTO CLINICO  
S. ANNA

# L'anziano in Pronto Soccorso

Dr. Andrea Crucitti  
25 Agosto 2017, Brescia



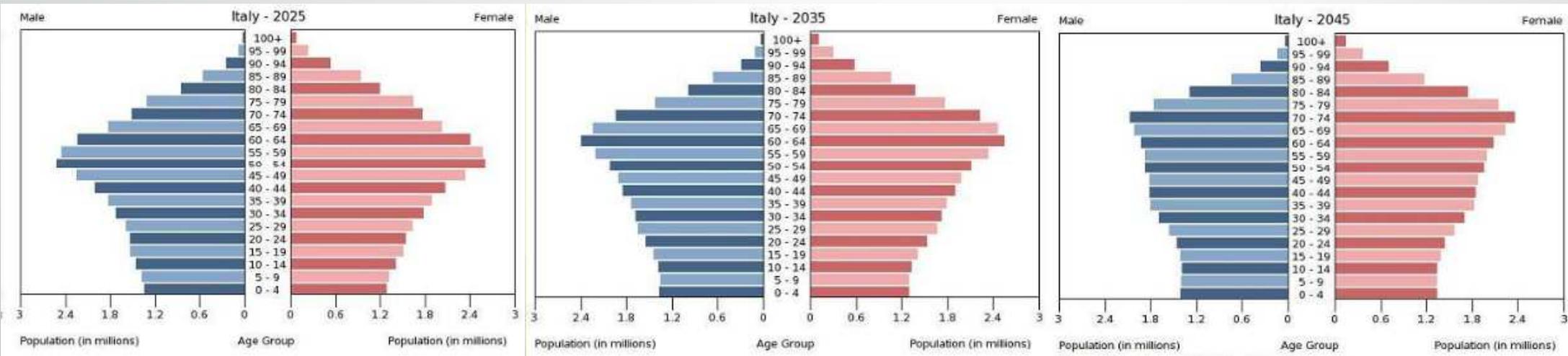
# Le «piramidi dell'età»



2002

2016

# Le «piramidi dell'età»



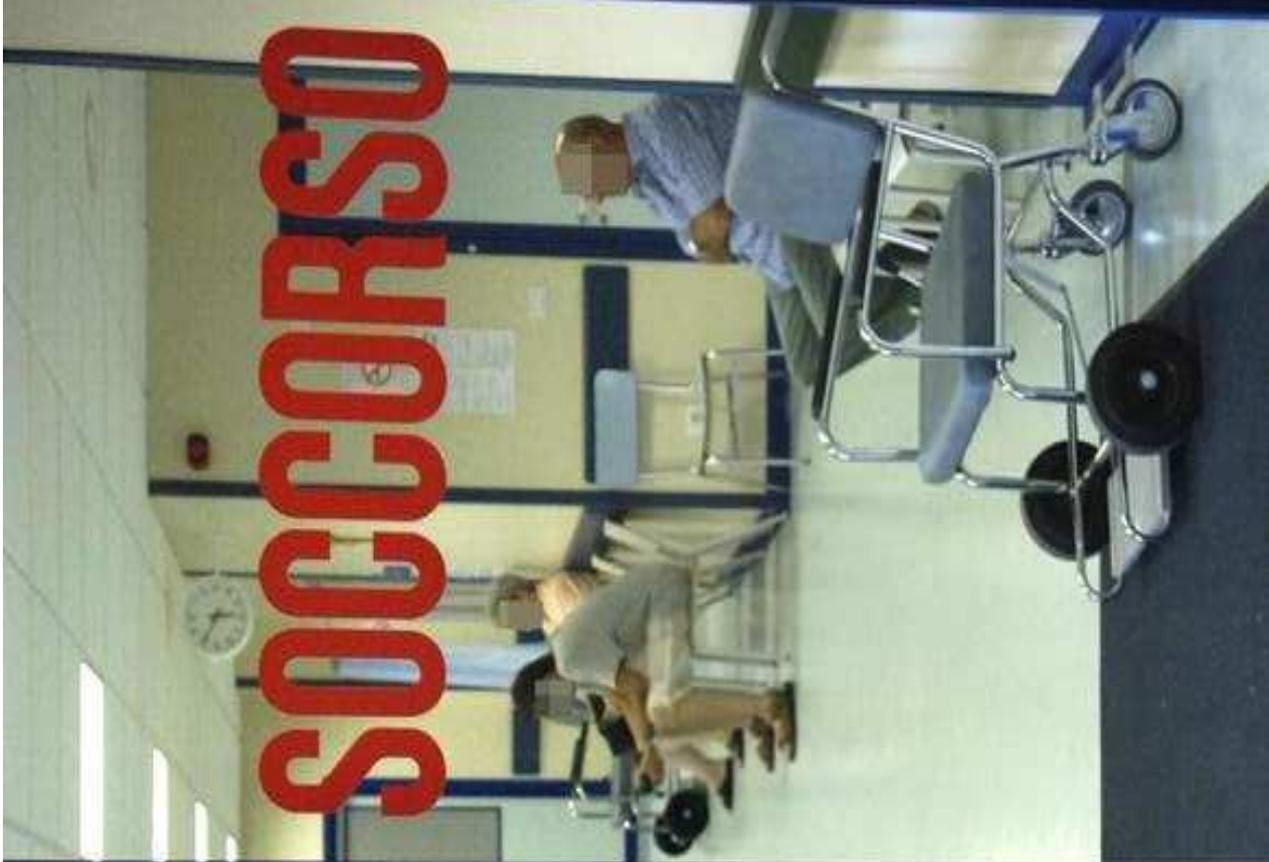
2025

2035

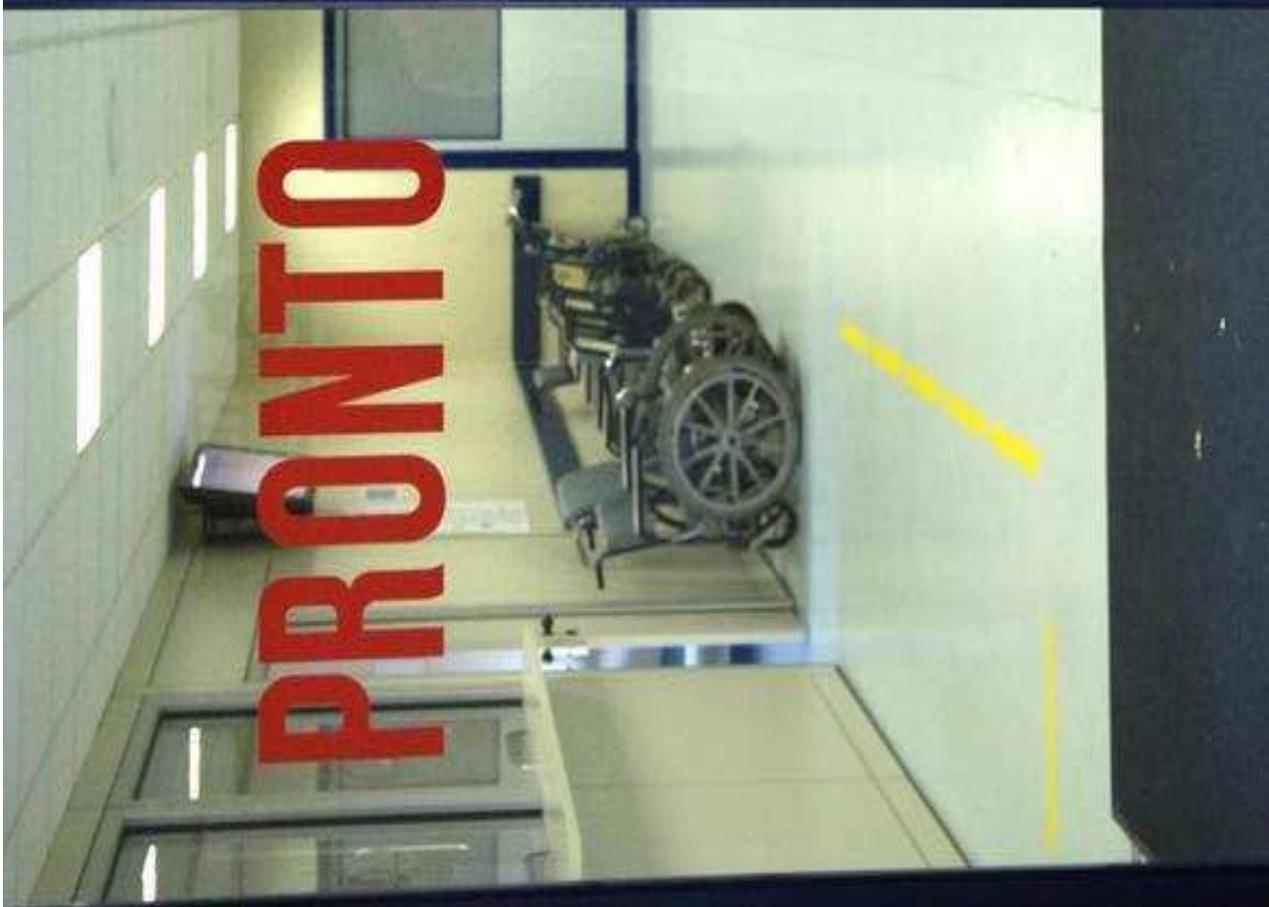
2045

Data Source: US Census Bureau

**SOCCORSO**



**PRONTO**



# Geriatrics e Medicina D'Emergenza

La medicina di emergenza si concentra sulle principali richieste di aiuto per identificare problemi urgenti che in alcuni casi mettono a rischio la sopravvivenza stessa.

Gli anziani lamentano disturbi meno specifici e a volte non ben localizzati; presentano maggiori disfunzioni cognitive, maggiore morbilità e mortalità, disabilità, fattori sociali e psicologici multipli.

# Geriatrics e Medicina D'Emergenza

Crescente numero di anziani visitati...

- Maggiori urgenze, instabilità clinica
- Maggior ricorso a esami
- Maggiore

Il 27% degli anziani visitati in PS va incontro a un ulteriore accesso, nuova ospedalizzazione o morte nei successivi tre mesi (Hwang 2007, JAGS)

- Maggior rischio di declino funzionale e istituzionalizzazione

# Why is Geriatric EM a Challenge: Different Paradigm

## Non-geriatric ED Patient

Single complaint

Acute

Diagnose and treat

Rapid disposition



## Geriatric ED Patient

Multiple problems  
Medical  
Functional  
Social

Acute on chronic, subacute

Control symptoms,  
maximize function,  
enhance quality of life

Continuity of care



# Le sfide nella cura dell'anziano in PS

Stanze affollate

Storia medica complessa

Presentazione clinica atipica

Reazioni non sempre prevedibili ai farmaci

Polifarmacoterapia

Ridotte riserve

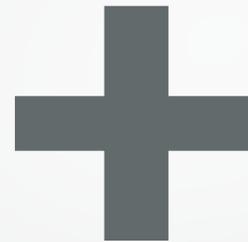
Realtà di vita e supporto sociale

Importanza dello stato funzionale basale



# Le sfide nella cura dell'anziano in PS

Paziente  
ACUTO



Paziente  
CRONICO  
con  
riacutizzazione

Crescente ricorso al Pronto Soccorso per motivi correlati alla riacutizzazione di una patologia cronica in pazienti fragili, disabili, con croniche insufficienze d'organo.

## Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department

Presentation with well-known and highly prevalent atypical symptoms (e.g. immobility, impaired cognition and incontinence) is often referred to as geriatric syndromes.

Atypical presentation of illness in elderly patients is highly prevalent in the emergency department. Falling accidents are the most important reason for this. Atypical presentations include altered mental state, failure to eat and drink, failure to develop fever, lack of pain, functional decline, reduced mobility, falling, fatigue and urinary incontinence.

A total of 355 patients were included, with a mean age of 86 years; 53% of these elderly patients had an atypical presentation of illness. Mostly this was due to a fall (71%). A total of 15% of the patients with an atypical presentation reported no specific symptoms of the underlying disease. Patients with atypical presentation were more likely to have a longer stay in hospital ( $p < 0.001$ ), to be discharged to a care institution ( $p = 0.000$ ), and to have a higher delirium observation score ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference in one-year survival ( $p = 0.056$ ).

Patients with an atypical presentation have a worse clinical outcome.

Accurate training of emergency staff is necessary to recognize this group of patients to ensure proper clinical monitoring and timely treatment.

**Table 2.** *Clinical outcome of elderly patients with and without atypical illness presentation*

Characteristics	All patients (n = 355)	Typical presentation (n = 167)	Atypical presentation (n = 188)	p-value
Admission duration ER (hours), mean (SD)	2.55 (1.4)	2.58 (1.6)	2.52 (1.2)	0.702
Duration hospitalisation (days), median(IQR) <sup>1</sup>	9 (4-15)	6 (2-12)	12 (5-17)	<0.01
Admission hospital, n (%)	233 (66)	111 (67)	122 (65)	0.755
Mortality in hospital, n (%)	23 (7)	11 (7)	12 (6)	0.938
Mortality at 1 year, n (%)	109 (31)	43 (26)	66 (35)	0.056
Discharge destination, care institution, n (%)	112 (32)	32 (19)	80 (43)	0.000
New discharge destination, care institution, n (%) <sup>2</sup>	54 (19)	14 (10)	40 (29)	0.000
New pressure ulcer, n (%) <sup>1</sup>	45 (20)	16 (15)	29 (25)	0.089
Missing	((13))			
Highest delirium observation score, median (IQR) <sup>1</sup>	2 (0-5)	1 (0-2)	3 (1-7)	<0.01
Missing	((26))			

<sup>1</sup>Only includes hospitalised patients<sup>2</sup>Excluded patients already living in a care institution

## Predictors of emergency department attendance by people with dementia in their last year of life: Retrospective cohort study using linked clinical and administrative data

**Introduction:** A fall in hospital deaths in dementia has been interpreted as indicating an improvement in end-of-life care. Whether other indicators of quality of end-of-life care, such as emergency department (ED) attendance, show a similar trend is unclear.

**Methods:** Retrospective cohort study using electronic medical records from a large mental health care provider, linked to national mortality and hospital use data (2008–2013).

**Results:** Of 4867 patients, 78.6% (3824) had at least one ED attendance during their last year of life (mean 2.13, standard deviation 2.34, range 0–54). ED attendance increased over the time period (incidence rate ratio 1.62, 95% confidence interval 1.46–1.80 for 2012–2013 compared with 2008–2009).

**Discussion:** ED attendance in the last year of life for people with dementia is common and is increasing. Policy makers must pay attention to a broader range of indicators of poor end-of-life care alongside the place of death.

# Predictors of emergency department attendance by people with dementia in their last year of life: Retrospective cohort study using linked clinical and administrative data

Table 1  
Population characteristics (*Continued*)

Characteristic	All ( <i>n</i> = 4867)	At least one ED attendance in last year of life (%) ( <i>n</i> = 3824)
Care home residence		
Yes	1783	1336 (74.9)
No	3084	2488 (80.7)
Year of death		
2008–2009	833	571 (68.5)
2009–2010	876	717 (81.8)
2010–2011	987	799 (81.0)
2011–2012	1030	807 (78.3)
2012–2013	1141	930 (81.5)

Abbreviations: ED, Emergency Department; HoNOS, Health of the Nation Outcome Scale; IMD, Index of Multiple Deprivation; SD, Standard deviation.

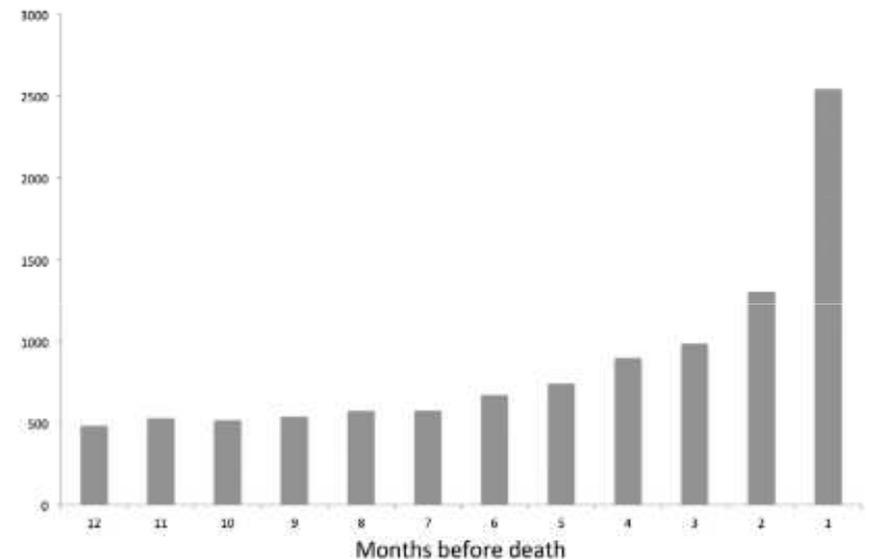
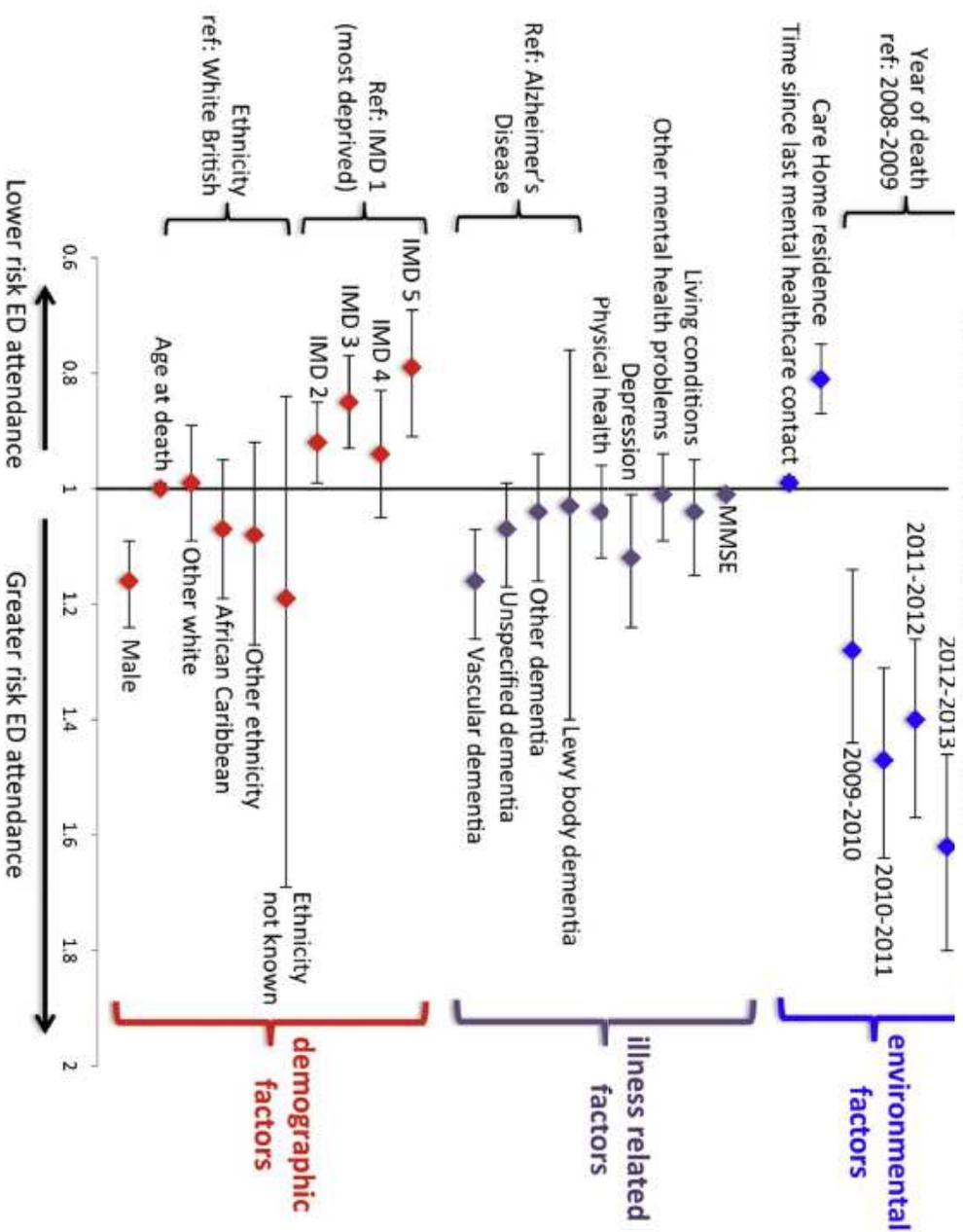


Fig. 1. Frequency of ED attendance by proximity to death in months (*n* = 10,361 attendances); 24.6% (*n* = 2546) of ED attendances in the last year of life occurred in the month before death. Abbreviation: ED, Emergency Department.

# Predictors of emergency department attendance by people with dementia in their last year of life: Retrospective cohort study using linked clinical and administrative data



## GERIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT

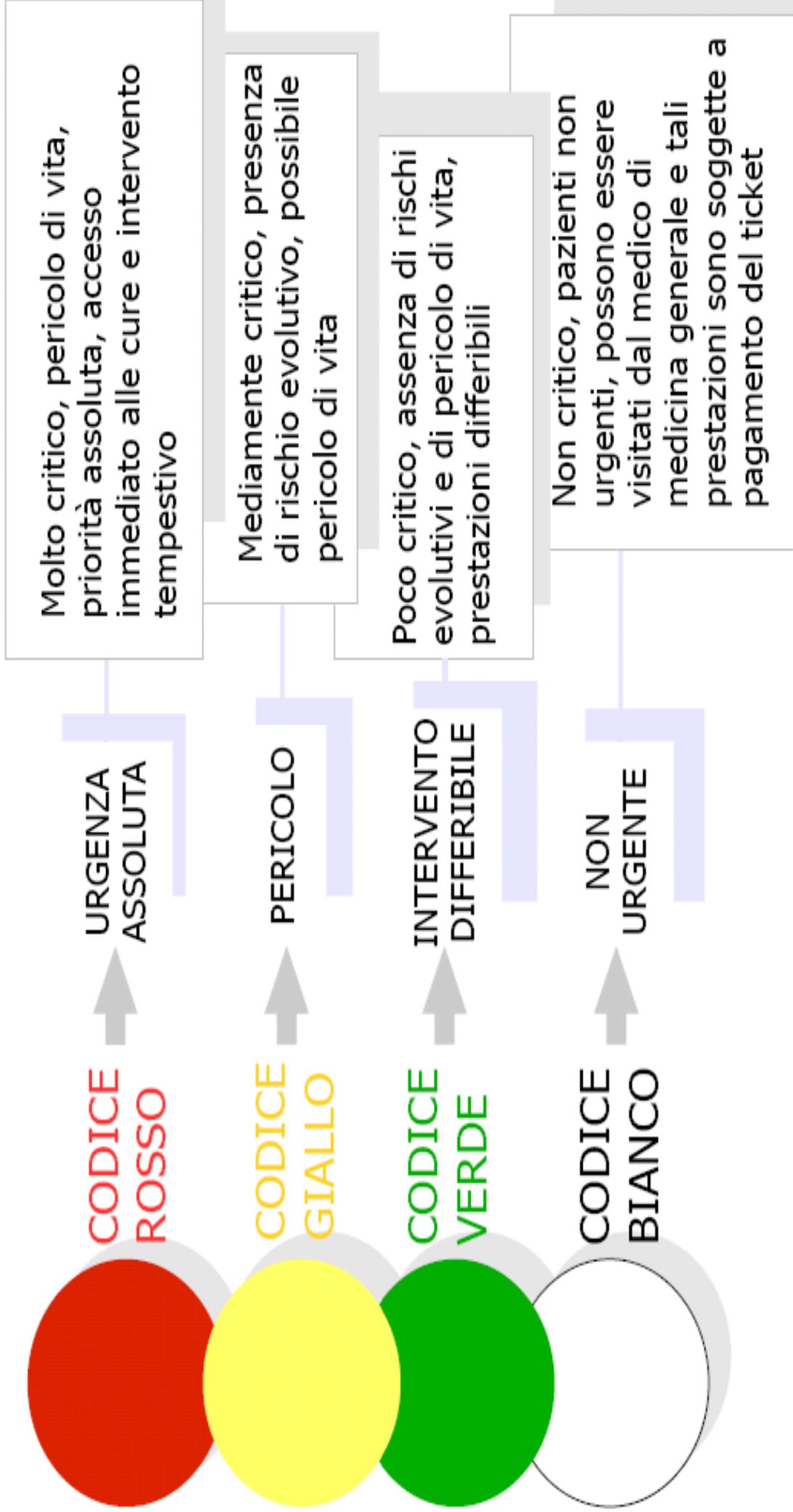
### Guidelines

## Protocols:

- Screening geriatric patients
- Use of urinary catheters
- Geriatric medication management
- Geriatric fall assessment
- Dementia / Delirium
- Palliative care

*"The most important component of a geriatric ED is educating staff"*

# I "CODICI COLORE"



## **Progetto “Codice Argento”**

Un **“Codice Argento”** per gli anziani fragili all'interno dei PS e una rete di servizi di collegamento tra ospedali e territorio coordinata da figure professionali specializzate (**“Angeli Custodi o Case Manager”**) ... Sono questi i punti-chiave del progetto “Codice Argento”, presto in sperimentazione in quattro Regioni italiane, **Veneto, Toscana, Lazio e Sicilia**, e finalizzato a ridisegnare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria dedicata agli anziani fragili ad alto rischio di non autosufficienza

... L'obiettivo della sperimentazione è di garantire agli anziani fragili risposte flessibili, .... in modo da assicurare un percorso assistenziale e terapeutico controllato e validato, **sia nella fase di accesso all'ospedale sia nella fase di dimissione** ...

*(Redazione ministerosalute.it 18 dicembre 2008)*

## L'IDEA

- Identificare anziani "a rischio" con l'ausilio di soli dati amministrativi – **Vantaggi:**
  - Stratificazione prognostica e *risk adjustment* rapido, a basso costo, oggettivo
  - Confronti orizzontali (tra ospedali) e verticali (nel tempo)
  - Possibilità di una stratificazione pre-ospedaliera
- Valutare gli eventuali benefici, *risk-adjusted*, di un ricovero in reparto di Geriatria rispetto a uno in Medicina Interna

# Prognostic Stratification of Older Persons Based on Simple Administrative Data: Development and Validation of the “Silver Code,” To Be Used in Emergency Department Triage

Mauro Di Bari,<sup>1</sup> Daniela Balzi,<sup>2</sup> Anna T. Roberts,<sup>1</sup> Alessandro Barchielli,<sup>2</sup> Stefano Fumagalli,<sup>1</sup> Andrea Ungar,<sup>1</sup> Stefania Bandinelli,<sup>3</sup> Walter De Alfieri,<sup>4</sup> Luciano Gabbani,<sup>5</sup> and Niccolò Marchionni<sup>1</sup>

**Background.** Prognostic stratification of older patients with complex medical problems among those who access the emergency department (ED) may improve the effectiveness of geriatric interventions. Whether such targeting can be performed through simple administrative data is unknown.

**Methods.** We examined the discharge records for 10,913 patients aged 75 years or older admitted during 2005 to the ED of all public hospitals in Florence, Italy. Using information on demographics, drug treatment, previous hospital admissions, and discharge diagnoses, we developed a 1-year mortality prognostic index. The predictive validity of this index was tested in a subsample of patients independent of the subsample used for its original development. Finally, we tested whether patients stratified by the prognostic index had different mortality when admitted to a geriatrics compared with an internal medicine ward.

**Results.** In the validation subsample, patients with scores of 4–6, 7–10, and 11+ compared with those with scores less than 4 had hazard ratios (95% confidence interval) for 1-year mortality of, respectively, 1.5 (1.3–1.7), 2.2 (1.3–1.7), and 3.0 (2.6–3.4). Patients in the worse prognostic stratum experienced 33% higher mortality when admitted to an internal medicine compared with a geriatrics ward, although mortality was not significantly affected by the type of ward of admission in all other risk strata.

**Conclusions.** Simple administrative data provide prognostic information on long-term mortality in older patients hospitalized via ED. Patients with worse prognostic index scores appear to benefit from admission in a geriatrics compared with an internal medicine ward.

## Prognostic Stratification of Older Persons Based on Simple Administrative Data: Development and Validation of the “Silver Code,” To Be Used in Emergency Department Triage

Vari interventi sono stati proposti per migliorare gli outcome a breve e a lungo termine dei pazienti più anziani e vulnerabili che accedono in PS (rivisitazione dei sistemi di triage, istituzione di una squadra di consultazione geriatrica in PS, applicazione della VMD, assistenza multidisciplinare alla dimissione dal PS).

Tali interventi possono migliorare i risultati di salute a lungo termine nei soggetti ad alto rischio, ma non vengono regolarmente applicati nella pratica clinica.

## Il Codice Argento: stratificazione prognostica basata su dati amministrativi

Variabile		b	Punti
Classe d'età (anni)	<b>75-79</b>	Ref.	–
	<b>80-84</b>	0.34	3
	<b>85+</b>	0.95	9
<b>Sesso (M vs. F)</b>		0.23	2
<b>Stato civile (Non coniug. / ved. / div. vs. Coniugato)</b>		0.10	1
<b>Day-hospital admission (Sì vs. No)</b>		0.52	5
Precedenti ospedalizzazioni & diagnosi	<b>Nessuno</b>	Ref.	–
	<b>Mal. respiratorie</b>	0.59	6
	<b>Cancro</b>	1.17	11
	<b>Altre</b>	0.19	2
<b>N° farmaci (8+ vs. 0-8)</b>		0.17	2

Table 3. Distribution of the Scores and Corresponding Mortality Rates in the Validation Subsample

Score	<i>n</i> (%)	Deaths	Person-Years	Mortality Rate/100 Person-Years
0	236 (4.3)	37	209	17.7
1	210 (3.8)	33	185	17.9
2	474 (8.7)	117	391	29.9
3	529 (9.7)	113	451	25.1
4	589 (10.8)	155	475	32.6
5	592 (10.9)	181	466	38.9
6	324 (5.9)	101	247	40.8
7	197 (3.6)	71	147	48.3
8	117 (2.1)	41	85	48.4
9	344 (6.3)	133	251	53.1
10	641 (11.7)	278	440	63.2
11	380 (7.0)	174	260	66.8
12	406 (7.4)	194	256	75.8
13	151 (2.8)	74	98	75.3
14	109 (2.0)	61	61	99.5
15+	157 (2.9)	98	85	114.6
Total	5,456 (100)	1,861	4,108	45.3



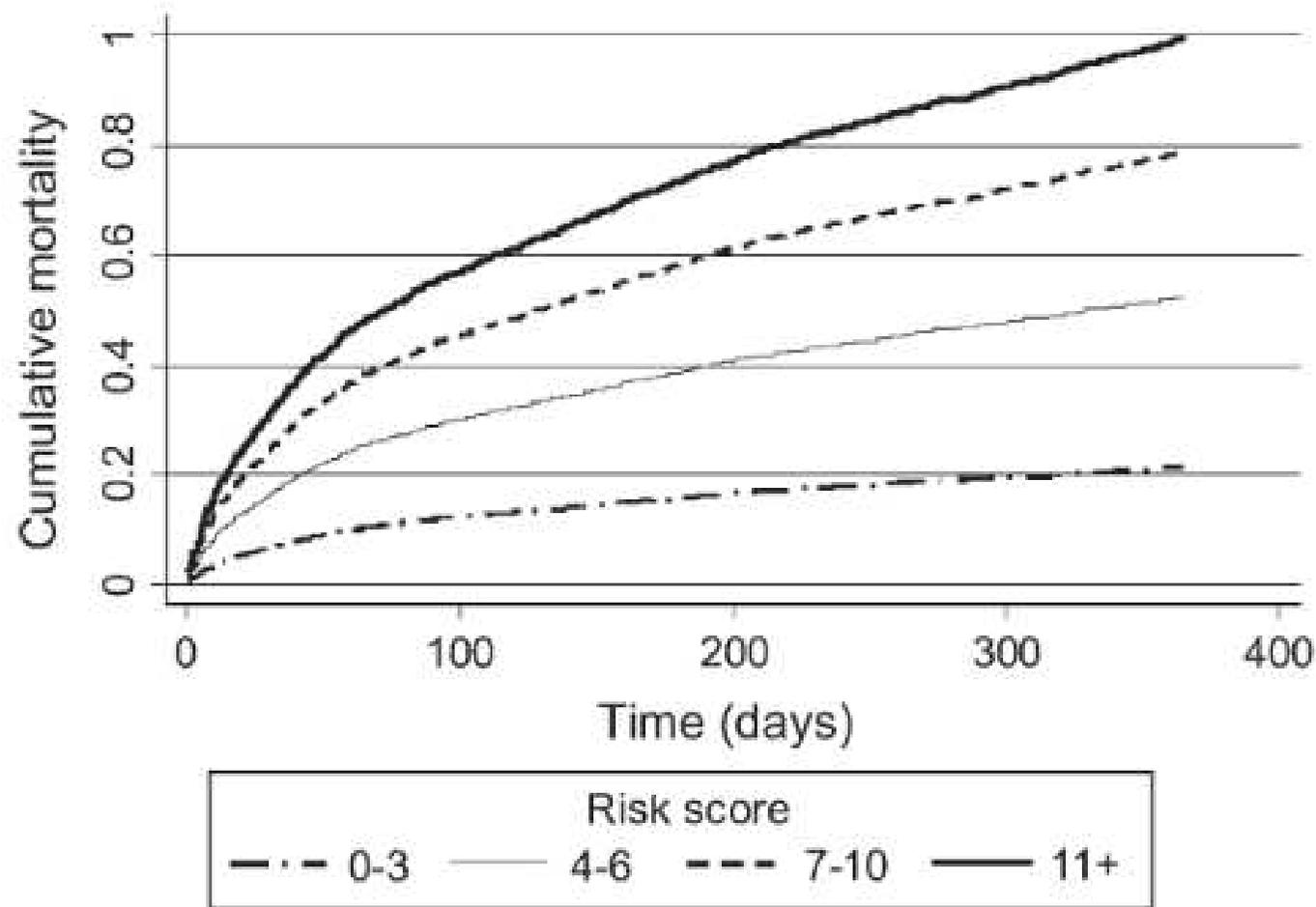
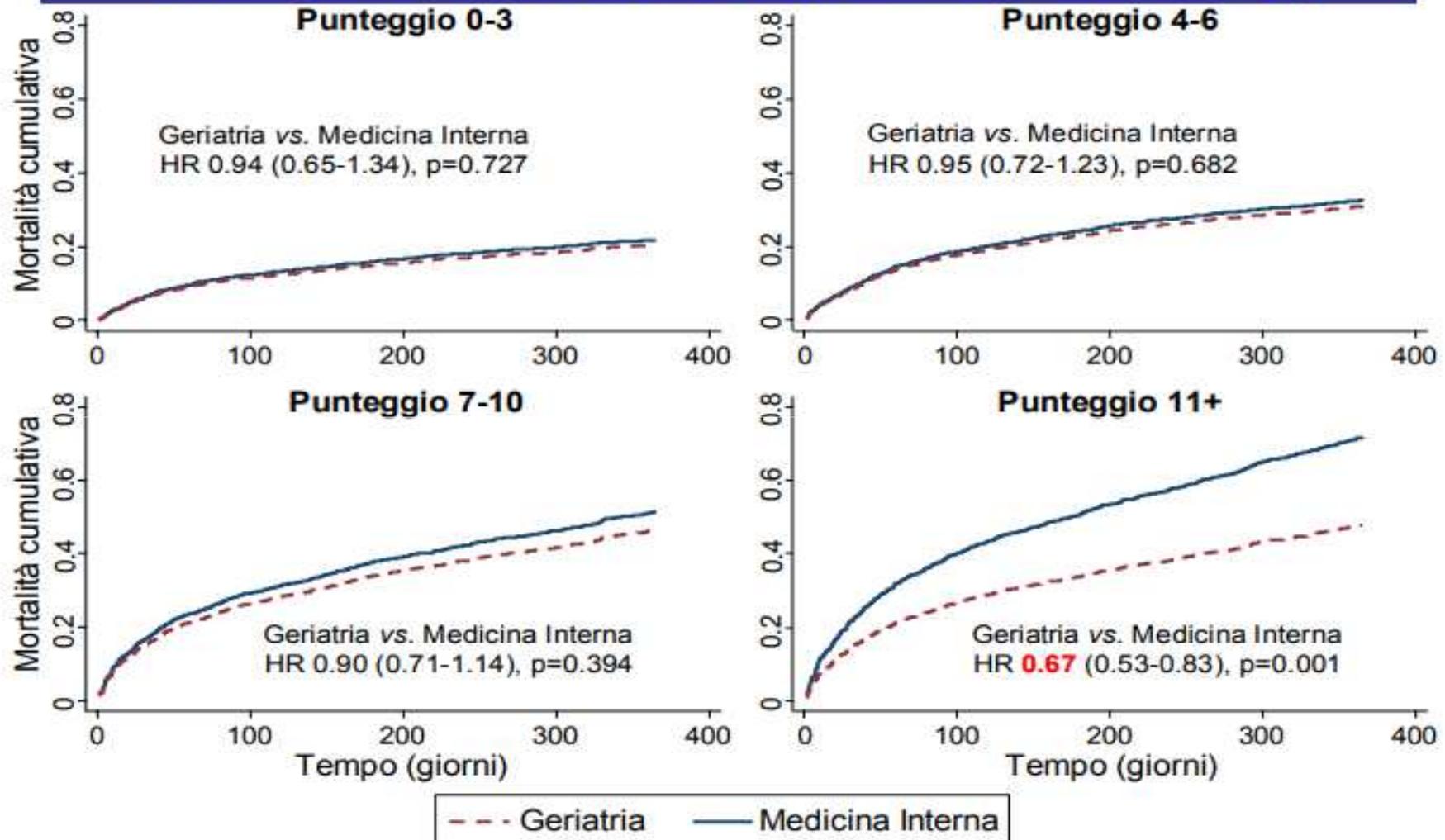


Figure 1. One-year survival curves based on the risk score in the validation subsample from a Cox regression model.

## Confronto Geriatria vs. Medicina Interna (2)



## **La sperimentazione Codice Argento**

### **Conclusioni**

- Il Codice Argento è uno strumento di triage robusto e valido in differenti sistemi sanitari regionali (e dunque, generalizzabile) per la stratificazione prognostica e la valutazione del rischio; consente di identificare in PS gli ultra75enni con problematiche «mediche» a maggior rischio (score 11+)
- Può contribuire al triage in quanto predice la necessità di ricovero ospedaliero, la mortalità ospedaliera e la riammissione a 6 mesi
- Avendo valore prognostico a un anno, in maniera indipendente dal motivo dell'ospedalizzazione, probabilmente riflette maggiormente le condizioni di base del paziente

## La sperimentazione Codice Argento

# Conclusioni

- Può costituire un primo screening per identificare pazienti anziani che potrebbero beneficiare di un ricovero in un reparto di geriatria: nel sottogruppo degli anziani “a rischio”, la specificità dell’approccio geriatrico garantisce una **significativa riduzione di mortalità** a 12 mesi
- Una stratificazione basata soltanto su dati amministrativi non dovrebbe mai sostituire una attenta stima delle condizioni cliniche del paziente, pur potendo rappresentare una valutazione preliminare

# Prognostic Stratification of Elderly Patients in the Emergency Department: A Comparison Between the “Identification of Seniors at Risk” and the “Silver Code”

Mauro Di Bari,<sup>1</sup> Fabio Salvi,<sup>2</sup> Anna T. Roberts,<sup>1</sup> Daniela Balzi,<sup>3</sup> Barbara Lorenzetti,<sup>4</sup> Valeria Morichi,<sup>2</sup> Lorena Rossi,<sup>5</sup> Fabrizia Lattanzio,<sup>5</sup> and Niccolò Marchionni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Critical Care Medicine and Surgery, Unit of Gerontology and Geriatric Medicine, University of Florence and Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Italy.

<sup>2</sup>Geriatric Emergency Department, National Institute of Health and Science on Aging (INRCA) Hospital, Ancona, Italy.

<sup>3</sup>Epidemiology Unit, Local Health Unit 10, Florence, Italy.

<sup>4</sup>Emergency Department, Azienda Ospedali Riuniti, Ancona, Italy.

<sup>5</sup>Scientific Direction, INRCA, Ancona, Italy.

### ISAR screening questions

- |   |        |
|---|--------|
| 1. Before the illness or injury that brought you to the Emergency Department, did you need someone to help you on a regular basis?          | Yes/No |
| 2. Since the illness or injury that brought you to the Emergency Department, have you needed more help than usual to take care of yourself? | Yes/No |
| 3. Have you been hospitalized for one or more nights during the past six months (excluding a stay in the Emergency Department)?             | Yes/No |
| 4. In general, do you see well?   | Yes/No |
| 5. In general, do you have serious problems with your memory?   | Yes/No |
| 6. Do you take more than three different medications every day?   | Yes/No |

Score of 2 or more may indicate increased risk.

**Figure 4** The Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening tool.

**Note:** Data from McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trepanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:1229–1237.<sup>69</sup>

**Background.** The increasing number of elderly patients accessing emergency departments (EDs) requires use of validated assessment tools. We compared the Identification of Seniors at Risk (ISAR), using direct patient evaluation, with the Silver Code (SC), based on administrative data.

**Methods.** Subjects aged 75+ years accessing a geriatric ED over an 8-month period were enrolled. Outcomes were need for hospital admission and mortality at the index ED access, ED return visit, hospitalization, and death at 6 months.

**Results.** Of 1,632 participants (mean age  $84 \pm 5.5$  years), 75% were ISAR positive, and the sample was homogeneously distributed across the four SC risk categories (cutoffs of 0–3, 4–6, 7–10, and 11+). The two scores were mildly correlated ( $r = .350, p < .001$ ) and had a similar area under the receiver-operating characteristic curve in predicting hospital admission (ISAR: 0.65, SC: 0.63) and mortality (ISAR: 0.72, SC: 0.70). ISAR-positive subjects were at greater risk of hospitalization and death (odds ratio 2.68 and 5.23, respectively,  $p < .001$ ); the risk increased across SC classes ( $p < .001$ ). In the 6-month follow-up of discharged patients, the tools predicted similarly ED return visit, hospital admission, and mortality. The SC predicted these outcomes even in participants not hospitalized at the index ED access.

**Conclusions.** Prognostic stratification of elderly ED patients with the SC is comparable with that obtained with direct patient evaluation. The SC, previously validated in hospitalized patients, predicts ED readmissions and future hospitalizations even in patients discharged directly from the ED.

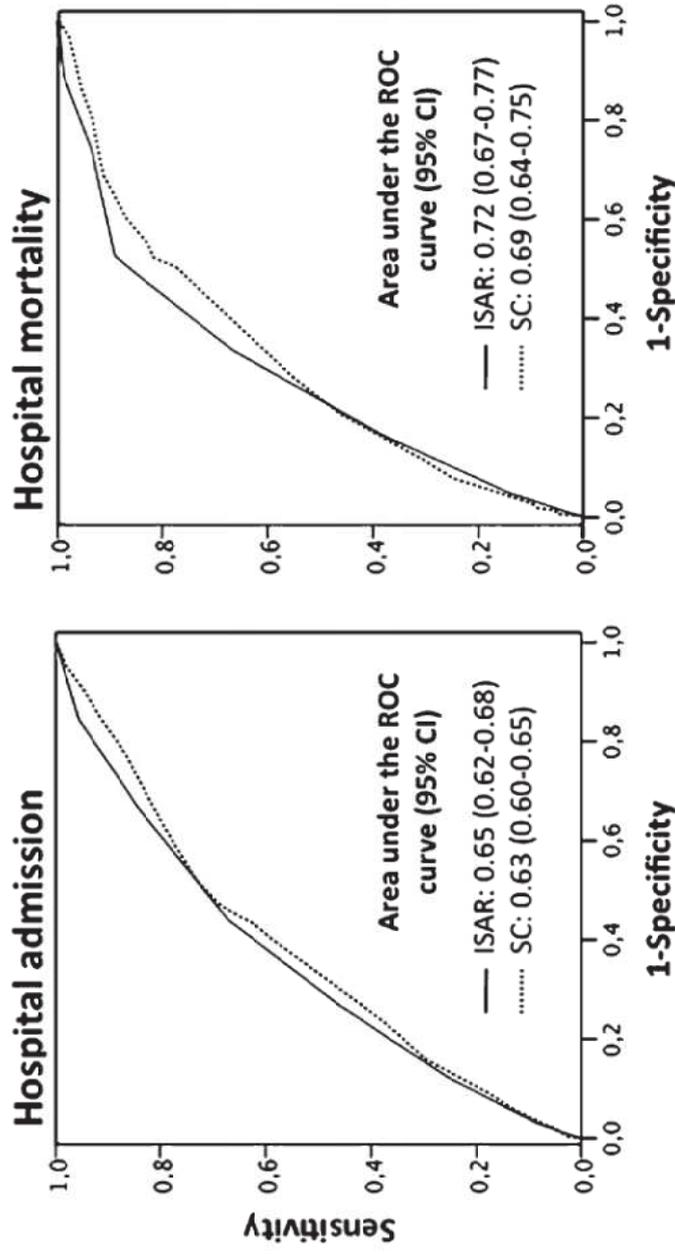


Figure 1. Receiver-operating characteristic (ROC) curves, with area under the curve and 95% confidence interval (CI), of the Identification of Seniors at Risk (ISAR) and the Silver Code (SC) in the prediction of hospital admission (left panel) and hospital mortality (right panel).

# Codice Argento e ISAR

## CONCLUSIONI

- La stratificazione prognostica di anziani al PS mediante il Codice Argento, con utilizzo di soli dati amministrativi, è ben correlata a quella ottenibile con somministrazione diretta ai pazienti di questionari (ISAR)
- Il Codice Argento predice nuovi accessi al PS a 6 mesi, anche in pazienti in cui il ricovero indice si sia concluso con la dimissione diretta dal PS
- La gran parte degli anziani che giungono in PS è classificata come Codice Verde, categoria nella quale la necessità di ricovero e la prognosi sono particolarmente incerti. In questi pazienti, la stratificazione prognostica è significativamente migliorata dall'impiego di Codice Argento e ISAR
- ISAR è più efficace nel predire l'ospedalizzazione, Codice Argento la mortalità, ma entrambi, usati in combinazione, apportano un contributo sostanziale



*Geriatr Gerontol Int* 2017; **17**: 1015–1021

ORIGINAL ARTICLE: SOCIAL RESEARCH,  
PLANNING AND PRACTICE

## Evaluation of prognostic indices in elderly hospitalized patients

Fiammetta Monacelli,<sup>1</sup> Manuela Tafuro,<sup>1</sup> Luigi Molfetta,<sup>2</sup> Marina Sartini,<sup>3</sup> Alessio Nencioni,<sup>4</sup> Michele Cea,<sup>5</sup>  
Roberta Borghi,<sup>1</sup> Fabrizio Montecucco<sup>6</sup> and Patrizio Odetti<sup>1</sup>

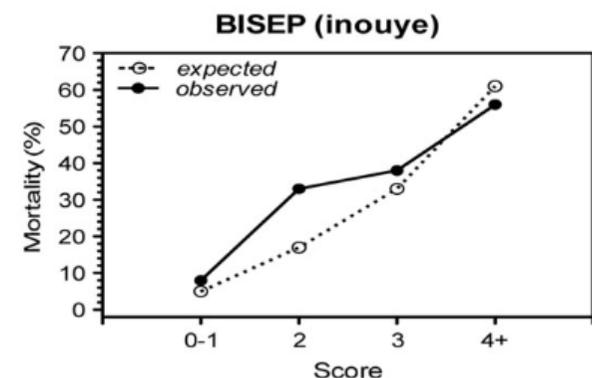
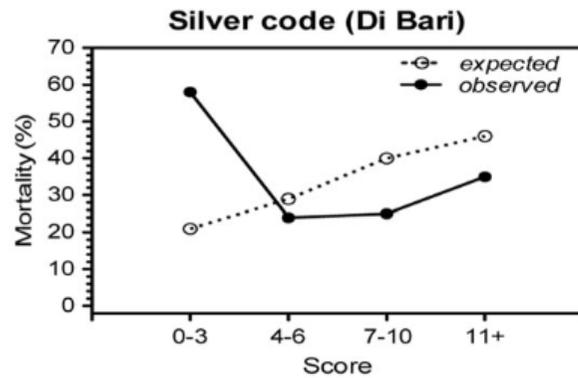
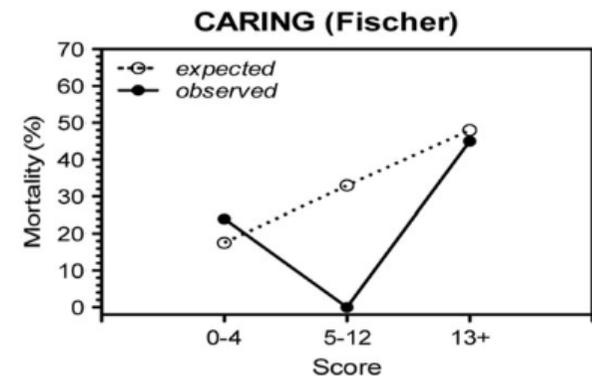
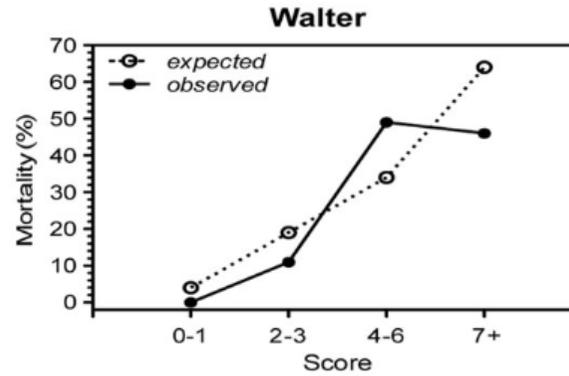
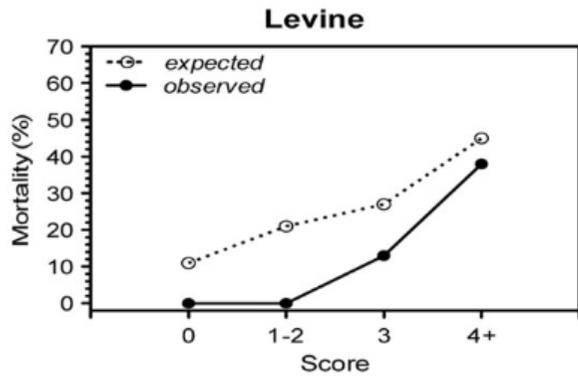
<sup>1</sup>Section of Geriatrics, Department of Internal Medicine and Medical Specialties (DIMI), University of Genoa, <sup>2</sup>DINOGLMI, University of Genoa, <sup>3</sup>DISSAL, University of Genoa, <sup>4</sup>Section of Oncology, Department of Internal Medicine and Medical Specialties (DIMI), University of Genoa, <sup>5</sup>Section of Hematology, Department of Internal Medicine and Medical Specialties, (DIMI), University of Genoa, and <sup>6</sup>First Clinic of Internal Medicine, Department of Internal Medicine, University of Genoa and IRCCS University Hospital of San Martino, Genoa, Italy

**Aim:** Prognosis informs the physician's decision-making process, especially for frail older adults. So far, any non-disease-specific index has proven full evidence for routine use in clinical practice. Here, we aimed at assessing, prospectively, the calibration and discriminating accuracy of validated prognostic indices in a cohort of elderly hospitalized patients.

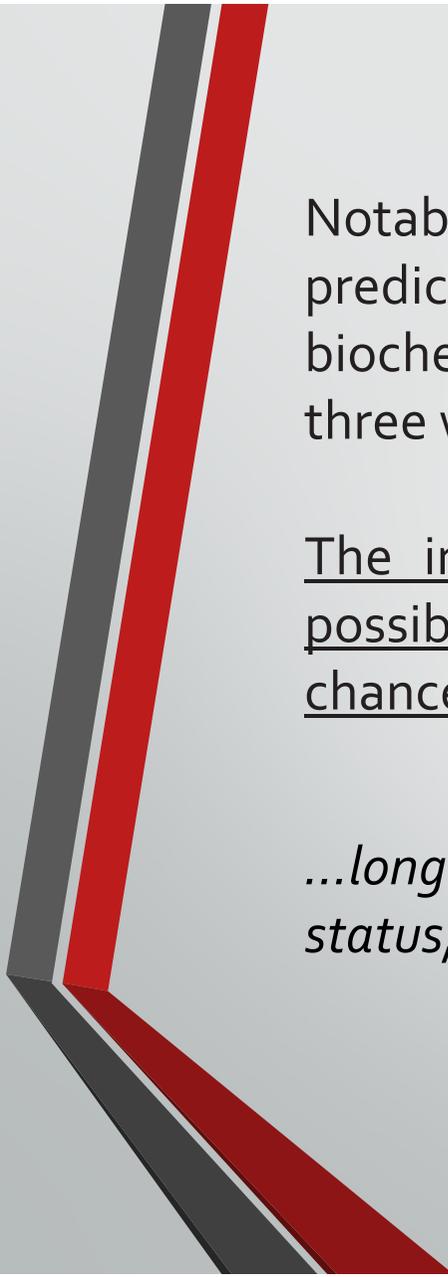
**Methods:** This was a prospective observational study that enrolled elderly patients ( $n = 100$ ). The patients' assessment included clinical variables, as well as the following five prognostic indices of mortality: (i) Levine index (2007); (ii) Walter index (2001); (iii) CARING (C, primary diagnosis of cancer; A,  $\geq 2$  admissions to the hospital for a chronic illness within the last year; R, resident in a nursing home; I, intensive care unit admission with multiorgan failure, NG, noncancer hospice guidelines [meeting  $\geq 2$  of the National Hospice and Palliative Care Organization's guidelines]) criteria of Fischer (2006–2011); (iv) Silver Code of Di Bari (2010); and (v) Burden of Illness Score for Elderly Persons of Inouye (2003).

**Results:** Patients' clinical characteristics: 70% women (age  $86.20 \pm 0.69$  years), 30% men (age  $85.40 \pm 1.07$  years), Comorbidity Illness rating scale (CIRS)  $4.3 \pm 0.61$  and Barthel Index  $28 \pm 0.54$ . Walter and Burden of Illness Score for Elderly Persons scores showed similar prediction rates when compared with the expected validated values (ANCOVA:  $F = 14.00$ ,  $P < 0.008$ ). Burden of Illness Score for Elderly Persons was the most calibrated and accurate index (receiver operating characteristic curve  $0.72$ ;  $P < 0.02$ ).

**Conclusions:** None of the assessed prognostic indices, in a "real world" scenario, afforded the optimal predictive accuracy (receiver operating characteristic curve  $0.90$ ); all these indices are still far from a robust answer to the prognosis in older age, reflecting a poor ability to encompass the spectrum of frailty. Effort should be made to tailor the prognostication in geriatrics, moving from a disease-centered model to a precision model, tailored to the frail phenotype. **Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 1015-1021.**



Monacelli F et al, Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 1015-21



Notably, in the present study, the prediction index, BISEP, showed the best predictive accuracy, possibly because of the integration of comorbidity, a biochemical analysis for malnutrition and a functional status assessments, three well-known major intrinsic factors involved in the onset of frailty.

The incorporation of deficit accumulation-based indicators of frailty and, possibly, of aging biomarkers, into prognostic indexes is going to provide good chances to improve our prognostication capacity.

*...long-term recovery from critical illness in the oldest old is driven by frailty basal status, better than comorbidities, illness severity or age in itself.*



# Le realtà regionali

## Anziani al Pronto Soccorso: niente attesa con il nuovo "codice d'argento"

Novità per gli anziani al Pronto Soccorso: ai consueti "codici" che segnalano l'urgenza o meno con cui una persona deve essere visitata – codice bianco, codice verde, codice giallo e codice rosso – se ne aggiunge uno nuovo, dedicato proprio agli anziani, il "codice d'argento", che eviterà ai più fragili l'attesa e il disagio.

Presentato oggi a Mestre con una conferenza stampa, il "codice d'argento" viene introdotto in questi giorni all'Ospedale dell'Angelo e al Civile di Venezia. Realizzato grazie alla collaborazione tra il Pronto Soccorso e i Reparti di Geriatria, permetterà agli anziani "over 75" più fragili di accedere dal "triage" – cioè dalla visita di accettazione del Pronto Soccorso – direttamente al Reparto di Geriatria, per la visita vera propria, e poi per la cura e l'eventuale ricovero.

"Le persone anziane – spiega il Direttore Generale dell'Ulss 12, Giuseppe Dal Ben – debbono essere trattate con grande attenzione, tanto più quando sono costrette a vivere un'esperienza delicata come quella del Pronto Soccorso. Abbiamo quindi ritenuto di introdurre nei nostri Ospedali un percorso rapido, un 'fast track' che eviti a queste persone particolarmente fragili la permanenza e l'attesa in una zona, quella dell'emergenza, che può provocare ansia, malessere e squilibrio a chi invece necessita di rassicurazione e di cura".

Il "codice d'argento" viene attribuito dall'infermiere triagista del Pronto Soccorso alle persone anziane che sommano una serie di caratteristiche di fragilità. L'età avanzata, le patologie in atto o pregresse, i precedenti ricoveri, le terapie farmacologiche in corso sono tutti elementi che vengono valutati e che contribuiscono ad attribuire all'utente il "codice d'argento"; e nella valutazione rientrano anche il sesso (i medici considerano più fragili gli uomini delle donne) e la condizione familiare, poiché al triage si terrà conto dell'ulteriore debolezza propria di un anziano non coniugato, vedovo o divorziato.

Quando scatta il "codice d'argento", l'anziano viene affidato ad un operatore sanitario e accompagnato al Reparto di Geriatria per la visita da parte dello specialista. Se poi l'esito è il ricovero, il Reparto lo comunica al Pronto Soccorso per la chiusura dell'iter burocratico; allo stesso modo, il Reparto segnala al Pronto Soccorso, senza che l'utente debba passare di persona, l'avvenuta dimissione nel caso in cui le condizioni dell'anziano visitato la consentano.

Non usufruiscono del "codice d'argento", ovviamente, gli utenti anziani che in Pronto Soccorso hanno una condizione da "codice rosso" o da "codice giallo", i quali accedono direttamente all'area rossa; né ne usufruiscono i pazienti anziani con problematiche minori e immediatamente risolvibili (piccoli traumi, fast track verso altri ambulatori, visite specialistiche richieste dal medico curante).

Il "codice d'argento" viene introdotto dall'1 luglio nei Pronto Soccorso di Mestre e Venezia; è già in corso l'attivazione del percorso informatico e la formazione del personale infermieristico del triage.



© 2017 Azienda Ulss 12 Veneziana - p. iva 02798850273  
Via Don Federico Tosatto, 147 - 30174 Venezia Mestre  
Tel. 041 2607111 - Fax 041 2608945  
Posta elettronica: [azienda.sanitaria@ulss12.ve.it](mailto:azienda.sanitaria@ulss12.ve.it) - [urp@ulss12.ve.it](mailto:urp@ulss12.ve.it)  
Posta elettronica certificata: [protocollo.ulss12@pecveneto.it](mailto:protocollo.ulss12@pecveneto.it)

23/6/2014

(16.03.16) Tra i riconoscimenti consegnati a oggi a Roma da "CittadinanzAttiva" alle Aziende sanitarie più impegnate sul tema dell'umanizzazione della cura, c'è una menzione speciale anche per l'Ulss 12 Veneziana. L'associazione per la tutela dei diritti degli utenti ha voluto premiare il "Codice d'Argento", cioè quel percorso veloce che privilegia, al Pronto Soccorso, gli anziani più fragili.

Il "Codice d'Argento" è stato introdotto dall'Ulss 12 nel luglio del 2014; qui di seguito il bilancio del "percorso" redatto ad un anno dall'introduzione.

**Anziani al Pronto Soccorso di Mestre: il bilancio del "codice d'argento"**

(21.05.15) Essere un "Codice d'Argento" non vuol dire che sei anziano e al Pronto Soccorso passi davanti a tutti; ma il "codice d'argento" costituisce in Pronto Soccorso un percorso che è già rilevato particolarmente efficace. Sono i casi che passano al triage del Pronto Soccorso di Mestre, e quindi vengono visitati da una vera e propria visita vera propria, e poi per la cura e l'eventuale ricovero. Nel cuore della Settimana nazionale del Pronto Soccorso, Giuseppe Dal Ben spiega le finalità del "codice d'argento": "Sono anziani trattati con grande attenzione, tanto più quanto più vengono al Pronto Soccorso. Abbiamo quindi ritenuto di dover riservare a queste persone particolarmente fragili un percorso di rassicurazione e di cura".

"Il 'Codice d'Argento' - precisa il Primario di Geriatria - è un percorso che ha caratteristiche di fragilità. L'età avanzata, le patologie croniche, contribuiscono ad attribuire all'utente il "Codice d'Argento", e nella valutazione rientrano anche il sesso (i medici considerano più fragili gli uomini delle donne) e la condizione familiare: si tiene conto, ad esempio, anche dell'ulteriore debolezza propria di un anziano non coniugato, vedovo o divorziato. Quando scatta il "Codice d'Argento", l'anziano viene affidato ad un operatore sanitario e viene accompagnato immediatamente al Reparto di Geriatria, per la visita da parte dello specialista".

Sono stati in totale 146 gli anziani a cui è stato attribuito, da luglio 2014 ad aprile 2015 il "codice d'argento": di questi, a conferma dell'opportunità di questo percorso privilegiato, ben 79 sono stati poi ricoverati in Reparto, presentando un quadro clinico serio, meritevole di essere preso in considerazione al più presto da uno specialista; a questi si sommano altri 33 "codici d'argento" trasferiti in altro Istituto. Solo 34 gli anziani che sono stati visitati in Reparto attraverso il "codice d'argento" e che poi sono stati considerati in grado di tornare al loro domicilio.

Sono molti altri, ovviamente, gli anziani che si rivolgono al Pronto Soccorso dell'Angelo. Si tenga conto che non usufruiscono del "Codice d'Argento", ovviamente, gli utenti anziani che in Pronto Soccorso hanno già una condizione da "codice rosso" o da "codice giallo", perché accedono direttamente all'area rossa; né rientrano nel "Codice d'Argento" gli anziani che necessitano di visite specialistiche richieste dal medico curante, e quelli con problematiche immediatamente risolvibili - ad esempio piccoli traumi - per i quali ci sono altri fast track verso il Pronto Soccorso ortopedico o altri ambulatori.



**Codice d'argento (luglio 2014 – aprile 2015)**

**146 anziani**  
**79 ricoverati in Geriatria**  
**33 trasferiti presso altro Istituto**  
**34 visitati in Geriatria e poi dimessi**



Nel 2015 nel territorio dell'Ats di Brescia il numero dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni è stato del 44,9 per cento del totale (77.420 su 172.420) per 740mila giornate di degenza (61,7 per cento del totale) con un utilizzo del 56,4 per cento delle risorse.

I dati parlano inoltre di un'elevata progressiva afferenza dei pazienti anziani al Pronto Soccorso.

Con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale dei pazienti che viene ricoverata in ospedale dopo l'accesso al Pronto Soccorso, percentuale che dopo i novant'anni supera il 50 per cento.

# L'anagrafe della fragilità

L'Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia ha elaborato l'anagrafe della fragilità con l'obiettivo di identificare nel modo più preciso la popolazione fragile graduando il rischio di mortalità che i soggetti hanno nell'anno o nei mesi successivi alla classificazione. Tale classificazione è basata su database correnti disponibili. Nel contempo la metodologia è stata testata sui dati degli anni passati, al fine di valutarne il valore predittivo ed apportare adeguate correzioni.

## L'anagrafe della fragilità

Partendo da alcuni modelli presentati in letteratura da Falasca col modello MoSaiCo , sono stati identificati per ogni assistito in carico ad ASL Brescia negli anni 2013 e 2014 i principali fattori di rischio predittivi per un decesso nell'anno successivo; tali fattori includono variabili demografiche, sociali, cliniche e di uso dei servizi sanitari e sociali ricavabili dai dati correnti disponibili presso ATS Brescia. La principale variabile di esito, la morte nell'anno successivo, è stata analizzata con un modello multivariato di regressione logistica in relazione ai suddetti fattori di rischio.

Sulla base del rischio individuale stimato la popolazione è stata divisa in 14 fasce a rischio crescente di mortalità.

Popolazione fragile (piano caldo)

	2013	2015	
0	714.696	0	707.152
1	153.842	1	152.639
2	100.305	2	104.488
3	79.476	3	80.701
4	41.552	4	43.789
5	19.923	5	20.928
6	20.419	6	21.998
7	11.511	7	12.146
8	6.490	8	7.002
9	7.232	9	7.646
10	3.802	10	4.012
11	5.170	11	5.560
12	2.044	12	2.255
13	3.696	13	4.049
			-1,1%
			-0,8%
			4,2%
			1,5%
			5,4%
			5,0%
			7,7%
			5,5%
			7,9%
			5,7%
			5,5%
			7,5%
			10,3%
			9,6%

	popolazione 2015	deceduti primi due mesi 2016	Tasso annuale mortalità X1.000	% relativa della popolazione	% relativa deceduti
<b>Tab 2</b>					
0	707.152	29	0,2	60,2%	1,6%
1	152.639	16	0,6	13,0%	0,9%
2	104.488	19	1,1	8,9%	1,0%
3	80.701	62	4,6	6,9%	3,4%
4	43.789	114	15,6	3,7%	6,3%
5	20.928	70	20,1	1,8%	3,8%
6	21.998	135	36,8	1,9%	7,4%
7	12.146	136	67,2	1,0%	7,5%
8	7.002	120	102,8	0,6%	6,6%
9	7.646	174	136,5	0,7%	9,6%
10	4.012	155	231,8	0,3%	8,5%
11	5.560	251	270,9	0,5%	13,8%
12	2.255	144	383,1	0,2%	7,9%
13	4.049	396	586,8	0,3%	21,7%

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

**PERCORSO CODICE ARGENTO  
PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO  
CHE ACCEDE IN PRONTO SOCCORSO**

**Appendice 1: Fattori di rischio positivamente associati in modo statisticamente significativo alla mortalità**

appendice-1 Fattore Rischio	Fonte	categorie	Odd ratio	p value
Età	anagrafica	categorie: riferimento= <65 anni, poi 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100 e più	4,8; 6,6; 9,3; 14,7; 24; 42; 66; 112	<0,0001
Sesso	anagrafica	M/F	0,61	<0,0001
Trapianto	BDA (algoritmo)	presa in carico per patologia nel corso dell'anno: si/no	1,52	<0,0001
Insufficienza renale	" "	""; si/no	1,28	<0,0001
HIV/AIDS	" "	""; si/no	3,96	<0,0001
Neoplasia	" "	""; si/no	3,54	<0,0001
Diabete	" "	""; si/no	1,27	<0,0001
Iperensione arteriosa	" "	""; si/no	1,05	0,008
Cardiopatia	" "	""; si/no	1,05	0,012
Vasculopatia	" "	""; si/no	0,99	0,703
Broncopneumopatia	" "	""; si/no	1,34	<0,0001
Epatopatia	" "	""; si/no	1,95	<0,0001
EGDpata	" "	""; si/no	1,19	<0,0001
Neuropatia	" "	""; si/no	1,21	<0,0001
Malattie Autoimmuni	" "	""; si/no	0,87	0,033
Malattie Endocrine	" "	""; si/no	0,92	0,022
Malattie Rare	" "	""; si/no	1,13	0,126
Malattia Psichiatrica grave	" "	""; si/no	1,27	<0,0001
Ricovero in urgenza	SDO	N° ricoveri urgente nel corso dell'anno: riferimento=0, 1-2, 3-5, 6 e più	1,74	<0,0001
Accessi al Pronto Soccorso	PS	N° accessi al Pronto Soccorso nel corso dell'anno: riferimento=0, 1-2, 3-5, 6 e più	1,19	<0,0001
Esenzioni per invalidità	esenzioni algoritmo (SDO+esenzioni )	una qualsiasi precedente esenzione per invalidità: si/no	2,25	<0,0001
Scompenso	SDO	precedente diagnosi o esenzione per scompenso cardiaco: si/no	1,42	<0,0001
Ictus	SDO	precedente diagnosi di ictus: si/no	1,45	<0,0001
IMA	SDO	precedente diagnosi di infarto miocardico acuto: si/no	1,06	0,056
Demenze	algoritmo (SDO+esenzioni +SOSIA+SISA+VIVIDI+farmaceutica+piani terapeutici)	precedente diagnosi di demenza: si/no	1,48	<0,0001
Preso in carico presso RSA	SOSIA	in carico presso RSA in corso dell'anno: si/no	1,72	<0,0001
Preso in carico presso ADI	SISA	in carico presso ADI in corso dell'anno: si/no	2,23	<0,0001
Preso in carico presso altri Servizi Socio Sanitari	VIVIDI	in carico presso altri servizi Socio Sanitari in corso dell'anno: si/no	1,05	0,23

**Tabella 1. Associazione tra fattori di rischio nella popolazione di cittadini residenti nell'ATS di Brescia (n. 1.174.365) nel 2015 e vivi al 31/12/2015 e mortalità negli 8 mesi successivi (gennaio-agosto2016: n.=6.341 deceduti fonte NAR)**

	casi/eventi	OR (95% CI)	p value
-Età: 75+	119.729/1.174.365 (10,2%)	8,5 (7,9-9,1)	<0,0001
-Sesso maschile	578.617 (49,3%)	1,6 (1,6-1,8)	<0,0001
-Invalidità	92.707 (7,9%)	4,1 (3,8-4,4)	<0,0001
-PIC-SSS: 1+	24.906 (2,1%)	3,1 (2,9-3,3)	<0,0001
-Ricovero ospedaliero $\geq 1$	52.788 (4,5%)	2,9 (2,7-3,2)	<0,0001
-Demenza	17.993 (1,5%)	1,4 (1,3-1,5)	<0,0001
-Accessi PS $\geq 1$	273.136 (23,3%)	1,3 (1,2-1,4)	<0,0001

**R2=0,30**

**Fonte per: Età e sesso: anagrafica; PS: dati PS; Ricovero ospedaliero: SDO; Invalidità: Esenzioni; Demenze: SDO; esenzioni, SOSIA, SISA, VIVIDI, farmaceutica, piani terapeutici; Presa in carico Servizi Socio Sanitari (PIC-SSS): RSA, ADI, altri (SOSIA, SISA, VIVIDI)**

Tabella 6. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano.

	No=0	Si=1
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Totale</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Codice argento se punteggio totale &gt;3</b>	<input type="checkbox"/>

# Istituto Clinico S. Anna



# The burden of elderly patients in the Emergency Department: health care assessment and need of a geriatric emergency model

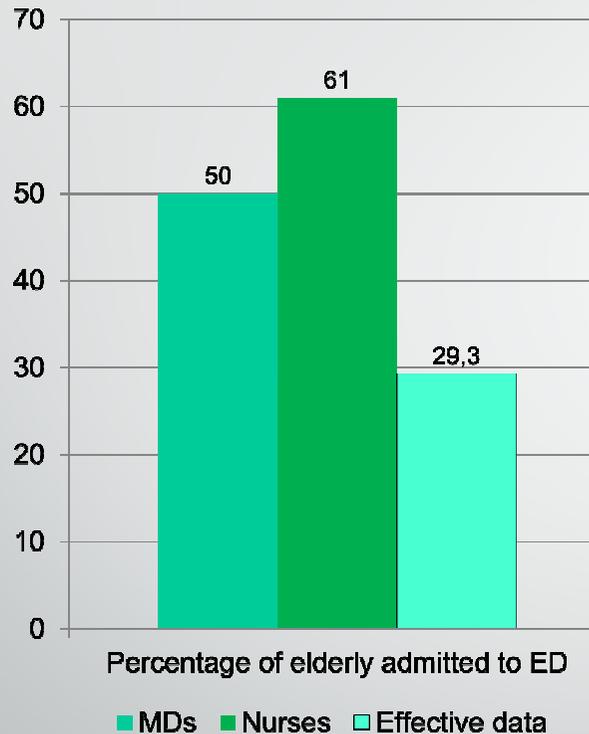


**Carlotta Pacioni<sup>1,2</sup>, Angelo Bianchetti<sup>3</sup>, Fabio Tosoni<sup>1</sup>, Giovanni Ricevuti<sup>2,4</sup>**

<sup>1</sup> U.O. Pronto Soccorso, Istituto Clinico S. Anna Brescia, Italy; <sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Medicina d' Emergenza e Urgenza, Università degli Studi di Pavia, Italy; <sup>3</sup> U.O. Medicina Interna e Geriatria, Istituto Clinico S. Anna Brescia, Italy; <sup>4</sup> Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica sezione di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Pavia, Italy

One of the factors conditioning an adequate care is the perception of health professionals of an excessive load determined by elderly patients. The aims of the study were to collect data about the admissions to the ED stratified by age, and to evaluate the perception of ED staff (physicians and nurses) about the prevalence of >65 years (yrs) old persons among all admitted patients.

# The burden of elderly patients in the Emergency Department: health care assessment and need of a geriatric emergency model



## Materials and methods

Physicians (MD) and nurses working in the ED of “Istituto Clinico S.Anna” (Brescia, Italy) were asked to rate the proportion of >65 years old among patients admitted and hospitalized. Then, data about patients admitted to the ED during 2014 were collected. Data were analyzed divided by age group.

There is a discrepancy between the ED staff perception and the effective data about the number of elderly admitted. This data is more prominent among the nurses.

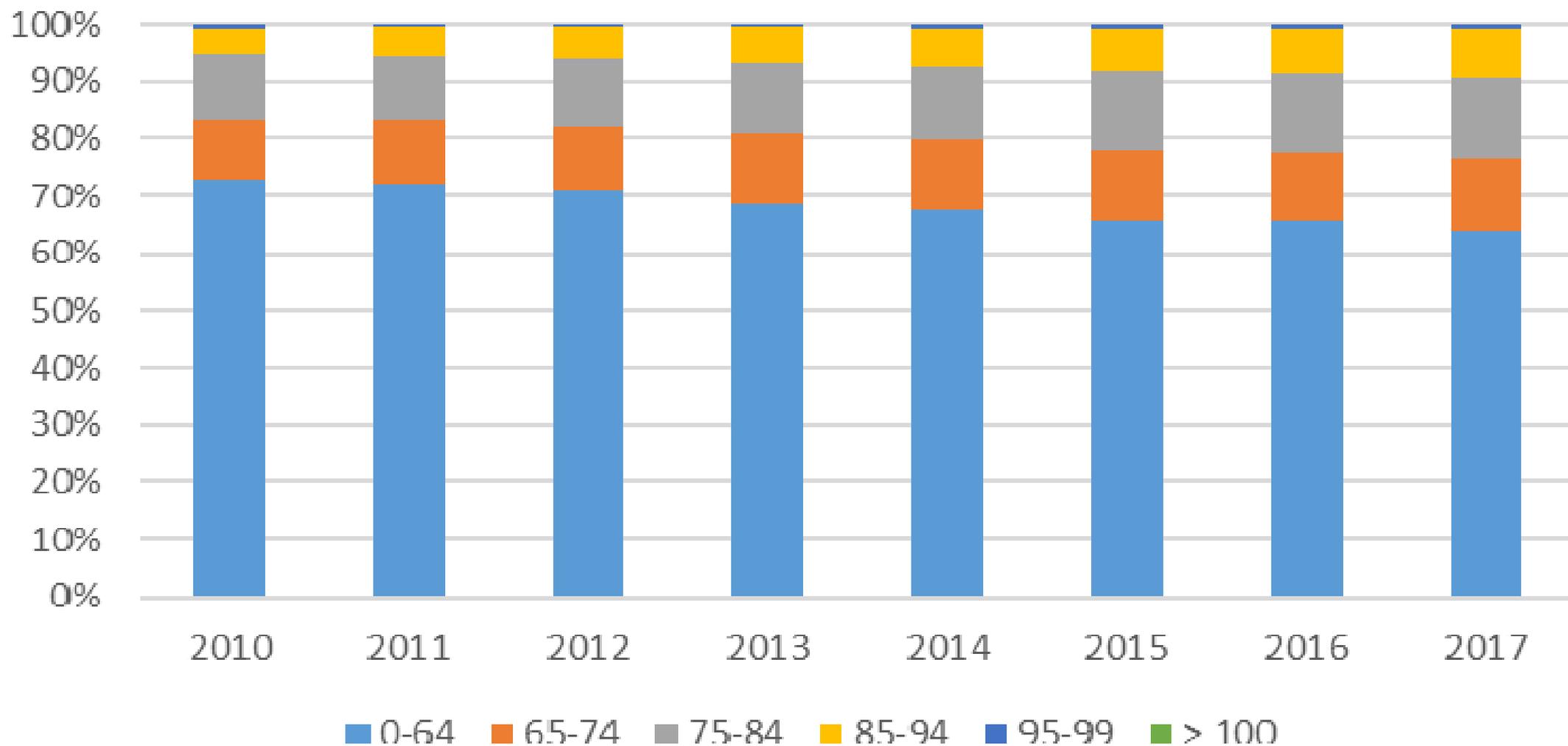
<b>Age (yrs old)</b>	<b>0-17 (%)</b>	<b>18-50 (%)</b>	<b>51-64 (%)</b>	<b>65-74 (%)</b>	<b>75-84 (%)</b>	<b>85+ (%)</b>	<b>TOT</b>
<b>Discharged</b>	729 (88.9)	12599 (86)	3765 (83.9)	2516 (77.7)	2245 (69.6)	1038 (57.3)	22892 (81.1)
<b>Left the hospital against medical advice</b>	34	771	186	122	74	26	1213
<b>Deceased</b>	0 (0)	1 (0)	1(0)	8 (0.2)	12 (0.4)	12 (0.7)	34 (0.1)
<b>Refuse the hospitalization</b>	5 (0.6)	130 (0.9)	37 (0.8)	35 (1.1)	24 (0.7)	12 (0.7)	243 (0.9)
<b>Hospitalized</b>	34 (4.1)	1110 (7.6)	486 (10.8)	550 (17)	849 (26.3)	709 (39.1)	3738 (13.2)
<b>Moved to other hospital</b>	18 (2.2)	39 (0.3)	11 (0.2)	6 (0.2)	21 (0.7)	15 (0.8)	110 (0.4)
<b>TOT (100%)</b>	820	14650	4486	3237	3225	1812	28230

Ward	65-74 yrs old (%)	75-84 yrs old (%)	85+ yrs old (%)	Tot 65+ yrs old (%)
Cardiology	19.6	18.5	14.5	17.5
General Surgery	17.6	11.8	8.6	12.2
Vascular Surgery	2.7	4.4	2.4	3.3
Internal Medicine	15.8	29.1	43.4	30.5
Neurology	8	10.4	11.4	10.1
Stroke Unit	1.5	1.4	2.1	1.7
Ophthalmology	4.4	2.6	0.7	2.4
Oncology	6.9	1.6	0.1	2.5
Otolaryngology	5.6	2.9	1.1	3.0
Orthopedics	1.5	1.5	0.6	1.2
Traumatology	7.1	9.3	11.6	9.5
Gynecology	0.4	0	0	0.1
ICU	2.2	2.5	0.8	1.9
Urology	6.7	4	2.5	4.2
Total	100	100	100	100

## Accessi in PS IC S. Anna (1/2010 - 7/2017)

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>0-64</b>	20364	20134	19103	17682	17453	16482	16772	10084
<b>65-74</b>	2937	3007	3036	3151	3195	3117	3062	2003
<b>75-84</b>	3083	3163	3208	3176	3247	3424	3491	2219
<b>85-94</b>	1370	1444	1561	1659	1820	1933	2017	1334
<b>95-99</b>	133	120	92	95	113	133	137	118
<b>&gt; 100</b>	15	9	15	14	20	14	20	11
<b>Tot</b>	27902	27877	27015	25777	25848	25103	25499	15769

# Distribuzione della popolazione per età valori percentuali



## Cosa mi guida nel suggerire il ricovero?

- Insufficienza d'organo?
- Deficit funzionali
- Necessità di terapia endovenosa
- Con chi vive?
- E' in grado di assumere la terapia o ha un caregiver in grado di somministrarla?
- E' più rischioso mandarlo a casa o ricoverarlo?



## Quali i rischi del ricovero?

- Delirium?
- Infezioni nosocomiali?
- Allettamento?

## Fino a dove dobbiamo spingerci?

Chiamiamo l'anestesista?

Il chirurgo?

Il neurologo?

Problematiche etiche

Il cardiologo?



...o dobbiamo essere noi a fare sintesi e prendere in mano la situazione?



# Casi clinici

# Caso Clinico 1

## B.A., m 77 aa

Paziente nordafricano, analfabeta, non parla italiano. Vive al domicilio con la moglie. Scarso supporto sociale. Già da un anno mostrava peggioramento cognitivo-funzionale e semi-allettamento. Affetto da diabete mellito tipo 2 in terapia con sulfanilurea. Condotta in PS per stato soporoso; agli esami evidenza di insufficienza renale acuta ed elevati indici di flogosi. Marcatamente iporeattivo.

### **Codice Argento: 3**

Durante la degenza:

Iniziale tendenza a ipoglicemia per cui necessarie infusioni con soluzione glucosata. È stato sospeso il farmaco ipoglicemizzante che assumeva.

Impostata idratazione ev e terapia antibiotica per infezione urinaria da E. coli.

Alla TC encefalo grave atrofia corticale.

Riscontro incidentale di neoplasia del rene sinistro per cui, dopo valutazione urologica, è stato programmato successivo intervento di asportazione.

# Caso Clinico 1

## B.A., m 77 aa

MMSE (Stato cognitivo)	nv/30
IADL (funzioni perse alle attività strumentali della vita quotidiana)	5/5
Indice di Barthel premorbo (stato funzionale)	20/100
Indice di Barthel all'ingresso (stato funzionale)	0/100
Indice di Barthel alla dimissione (stato funzionale)	20/100

Nel corso del ricovero si osserva progressivo miglioramento clinico, dello stato di vigilanza e delle mobilizzazioni fuori dal letto con buon controllo del tronco; seppur non valutabile per barriera linguistica si conferma tuttavia quadro di decadimento cognitivo di grado verosimilmente moderato-severo. Alla dimissione, ridotti gli indici di flogosi, normalizzata la funzione renale, accettabile il controllo glicemico con piccole dosi di metformina per os.

Scarsa comprensione da parte dei familiari delle problematiche acute e croniche e della necessità di supporto a domicilio con attivazione dei servizi sociali. I familiari opponevano resistenza al rientro a domicilio.

Veniva ricondotto in PS a distanza di poche ore dalla dimissione per vomito nel corso del trasporto. Accertata la stabilità delle condizioni generali, è stato re-inviato a domicilio.

# Caso Clinico 2

## S.L., m 80 aa

Paziente di anni 80, affetto da diabete mellito tipo 2 in terapia mista e ipertensione arteriosa. Inviato dal medico curante per apatia, inappetenza con iniziale calo ponderale. Già eseguito a domicilio esame ecografico dell'addome, risultato negativo, ed avviata terapia con citalopram.

Vedovo, vive con la figlia. I familiari riferiscono che non è più quello di una volta, è diventato apatico e non coltiva nessun interesse.

### **Codice Argento: 2**

Al colloquio evidente disorientamento temporale, risponde alle domande solo se stimolato e con iniziale insicurezza.

Buoni i parametri vitali e discrete le condizioni cliniche generali. Agli esami ematici iperglicemia e lieve anemia.

Non indicazioni al ricovero in ambiente ospedaliero, è stata consigliata TC encefalo ed esami ematochimici. È stato rivalutato in seguito ambulatorialmente con riscontro di lieve decadimento cognitivo in encefalopatia degenerativa, adesso in follow-up.

In questo caso il ricovero in reparto non era utile e avrebbe potuto complicarsi con delirium o infezioni nosocomiali

# Caso Clinico 3

## S.S., m 93 aa

Proveniente da casa famiglia, giunto in PS in seguito all'ennesima rissa con altro anziano domiciliato lì, e successivo stato di agitazione psico-motoria. In anamnesi decadimento cognitivo in encefalopatia degenerativa e vascolare con disturbi del comportamento. Precedenti tentativi di suicidio.

Alla visita lieve disorientamento temporo-spaziale, tendenza alla confabulazione, non deficit neurologici focali, evidenti deficit cognitivi.

### **Codice Argento: 4**

Eseguita TC encefalo (pregresse lesioni infartuali e atrofia corticale). Esami ematici: aumentati livelli di creatininemia in nota IRC IV stadio.

Il collega neurologo ha consigliato ricovero in UO Medicina per delirium.

Effettuato colloquio con il personale dell'istituto di residenza: problematiche di gestione cronica dei disturbi di comportamento. Per disturbi del comportamento in nota encefalopatia è stato re-inviato presso la struttura di provenienza nonostante le insistenze del PS e del personale della casa famiglia, con indicazioni a modifica della terapia con neurolettici.

Si sottolinea la necessità di una maggiore presa in carico del paziente ed eventuale ricovero presso Casa di Riposo, non risiedendo in reparto per acuti la migliore gestione.

# Caso Clinico 4

## M.F., m 86 aa

Buone le condizioni cliniche fino al mese precedente. Da circa un mese inappetenza, astenia, declino funzionale. Si presenta in PS comunque in discrete condizioni cliniche, signore distinto con occhiali che legge il giornale in sala d'aspetto.

Agli esami ematici rialzo lieve delle transaminasi e di LDH, non lamenta dolore addominale.

Dal PS ci chiamano per terapia e/o controlli da consigliare, preferibilmente a livello ambulatoriale così da dimettere rapidamente il paziente che in atto è vigile, con buoni parametri vitali e non presenta severe disfunzioni d'organo.

### **Codice Argento: 4**

Raccolta anamnesi però si evidenzia la rapida mutazione delle condizioni cliniche e funzionali.

In anamnesi pregressa diagnosi di k prostata sottoposto a sola terapia ormonale.

Consigliato esame ecografico e dell'addome evidenza di numerose lesioni epatiche sospette per secondarismi, poi confermate a successiva TC con evidenza di lesioni anche ossee. Il paziente è stato ricoverato ma le condizioni cliniche sono rapidamente peggiorate con sviluppo di polmonite nosocomiale, grave peggioramento generale, anoressia. Fatta richiesta di trasferimento in Hospice il paziente è deceduto in reparto, negli ultimi giorni è stata praticata la sola terapia palliativa.

# Pazienti «revolving door»

Numerosi casi di pazienti che vanno incontro a ricovero a distanza di pochi mesi, più volte nel corso dell'anno, in Medicina o altri reparti (Cardiologia, Neurologia, Traumatologia); ad ogni ulteriore ricovero spesso si osserva maggiore dipendenza funzionale.

Sono pazienti con patologie croniche e disfunzioni croniche d'organo, spesso disabili, che acquistano elevato punteggio nell'eventuale calcolo del codice argento. Il loro arrivo in Pronto Soccorso viene nella maggior parte dei casi seguito da una precoce e rapida presa in carico, in quanto usualmente associato a riacutizzazione della patologia di base.

In alcuni casi vi è insufficiente gestione domiciliare o rifiuto dei familiari ad istituzionalizzazione.

La prognosi ad un anno di questi pazienti è spesso infausta.

«Non onorare la vecchiaia, è demolire la casa  
dove ci si deve addormentare la sera»



