



L'anziano e il Pronto Soccorso: il *Triage*

Elderly and emergency department: the *Triage*

C. MUSSI, G. PINELLI¹, G. ANNONI^{2*}

Gerontologia e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia; ¹ U.O. di Medicina d'Urgenza, Dipartimento di Emergenza Urgenza, Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino-Estense", Baggiovara, Modena; ² Geriatria e Gerontologia, Università di Milano-Bicocca, S.C. Clinicizzata di Geriatria, Azienda Ospedaliera "San Gerardo", Monza

Parole chiave: *Triage* • Pronto Soccorso • Anziano • Geriatria

Key words: *Triage* • Emergency • Elderly • Geriatrics

Nell'ambito del 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria si è tenuto il Simposio "L'anziano al Pronto Soccorso: il *Triage*", argomento di crescente rilevanza, ma a tutt'oggi poco considerato. Sono 12 milioni circa gli italiani ricoverati negli ospedali italiani ogni anno; una percentuale molto elevata è valutata dal Pronto Soccorso (PS); solo il 20% circa dei soggetti che accedono spesso in modo autonomo all'emergenza-urgenza è poi ricoverato; la percentuale sale nel caso delle persone anziane che rappresentano più del 45% dei degenti. Pertanto le attività del PS e dell'ospedale per acuti sono sicuramente fondamentali nell'economia generale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rappresentando punti di riferimento per quanto riguarda l'informatizzazione delle notizie, dei dati clinico-diagnostico-terapeutici e la memorizzazione dei farmaci prescritti; purtroppo si tratta di informazioni trattate prevalentemente come dati amministrativi, di solito non utilizzati o utilizzabili per la ricerca clinica applicata o ai fini di migliorare l'organizzazione dell'assistenza al malato anziano che ha molteplici patologie e problemi.

Il sistema di *Triage* utilizzato (Tab. I) dai Dipartimenti di Emergenza-Accettazione/ Pronto Soccorso (DEA/PS) sembra carente o quanto meno inadeguato al paziente anziano; si ritiene che la prevalenza di *underTriage* dell'anziano al PS sia almeno del 50%¹ il criterio dei colori che definiscono diversi gradi di emergenza-urgenza dovrebbe essere modificato per i soggetti di età avanzata. Il DEA/PS affronta ogni giorno i problemi di un'ampia popolazione di anziani, che, come sottolineato in precedenza, nel 50-60% dei casi non è poi ricoverata (Fig. 1). Nonostante i crescenti accessi al PS di soggetti anziani, non si è ancora considerato se le procedure adottate siano appropriate; di norma è utilizzato anche per l'anziano lo strumento riportato nella Tabella I, che non è stato validato per la popolazione anziana; questa procedura richiede la valutazione accurata di dati anche amministrativi come gli accessi ripetuti in PS, le riospedalizzazioni e l'ingresso in struttura nei succes-

■ Corrispondenza: dott.ssa Chiara Mussi, Università di Modena e Reggio Emilia, Italy - E-mail: cmussi@iol.it

■ Ringraziamenti: si ringrazia il Fondo dott. M. Gasparini Casari per aver sponsorizzato la tavola rotonda su "L'anziano al pronto soccorso", tenutasi durante il Congresso nazionale della SIGG (Firenze, 2007).



Tab. I. Codici di emergenza-urgenza assegnati dal *Triage*.

CODICE ROSSO

Imminente pericolo di vita, il pronto soccorso si ferma e riceve immediatamente l'utente.

EMERGENZA

CODICE GIALLO

Non c'è imminente pericolo di vita ma la situazione è grave; tempo di attesa di norma non superiore a 10 minuti.

URGENZA

CODICE VERDE

Urgente, tempo di attesa stimato entro le due ore.

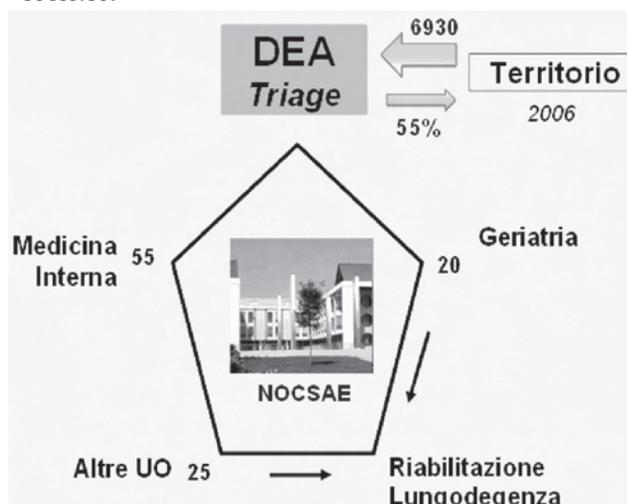
URGENZA MINORE

CODICE BIANCO

Nessuna urgenza, tempo di attesa indefinito.

NESSUNA URGENZA

Fig. 1. Organizzazione territoriale ed accessi in pronto soccorso.



NOCSAE: Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense

sivi 30 e 120 giorni². In Geriatria e in Medicina interna si parla spesso dei problemi legati alla dimissione ospedaliera dell'anziano; non si è prestata adeguata attenzione al momento del ricovero e alle sue cause; si è dimenticato il concetto "cure giuste al paziente anziano, nel *setting* giusto". Il PS non considera abbastanza i bisogni dell'anziano causati non solo dalle classiche e numerose patologie, ma anche da problemi sociali ed esistenziali, dalla solitudine, dalla disabilità e dalle ridotte performance cognitive ed affettive, rilevanti fattori negativi dal punto di vista prognostico.

Pertanto, integrare il tradizionale protocollo di accettazione con la valutazione multidimensionale geriatrica è auspicabile; anche il VAOR (è la versio-

ne italiana di InterRai) ha una versione che si presta a realizzare questa finalità³. Oppure si potrebbe inserire una parte specifica geriatrica nel *Triage* del PS per i pazienti con più di 75 anni; in questo modo il ritorno a domicilio dell'anziano potrà essere accompagnato da riferimenti riguardanti le performance fisiche e mentali e consentirà di identificare la fragilità e la disabilità; inoltre ci potrà essere il suggerimento al medico curante di consultare l'ambulatorio di geriatria o altri servizi preposti all'assistenza degli anziani. Si ritiene che il 90% degli anziani che vanno al PS abbiano problemi ad eseguire senza aiuto le IADL; questo fatto non raggiunge ancora l'attenzione nella nostra realtà sanitaria e sociale⁴. Il PS non è attrezzato, nemmeno culturalmente, per quel paziente vecchio che richiede molta assistenza perché non-autosufficiente, che non dovrebbe essere trattenuto in ospedale, ma destinato alle strutture intermedie che non sono ancora abbastanza recettive per aiutare la corretta collocazione dell'anziano sfinito (come i famigliari) dalle sue prolungate malattie e disabilità.

La consulenza geriatrica al PS potrebbe permettere, in caso di ricovero, l'inserimento dell'anziano con patologia acuta nella unità operativa più idonea, evitando così il criterio dominante della mera disponibilità di posti letto. L'obiettivo è non solo il miglioramento della qualità del *Triage* per ridurre i ricoveri impropri ed incongrui dei pazienti anziani, ma anche valutare negli stessi pazienti il grado di disabilità e della compromissione cognitiva, oltre ai bisogni di varia natura; la compilazione del *minimum data set* (MDS) dovrebbe essere esaustivo⁴. In alcuni Ospedali come quello di Rovereto in provincia di Trento è prevista la consulenza del Geriatra al PS per la casistica di età superiore ai 70 anni; ma questa procedura ha evidenti problemi nella disponibilità di Medici geriatri. Il DEA/PS sarebbe poi la sede qualificata per operare la valutazione dei farmaci assunti dal paziente e verificare con strumento idoneo le possibili interazioni farmacologiche e le eventuali reazioni avverse che potrebbero aver provocato l'emergenza di una sindrome geriatrica con conseguente accesso al PS; questo obiettivo non è ancora raggiunto.

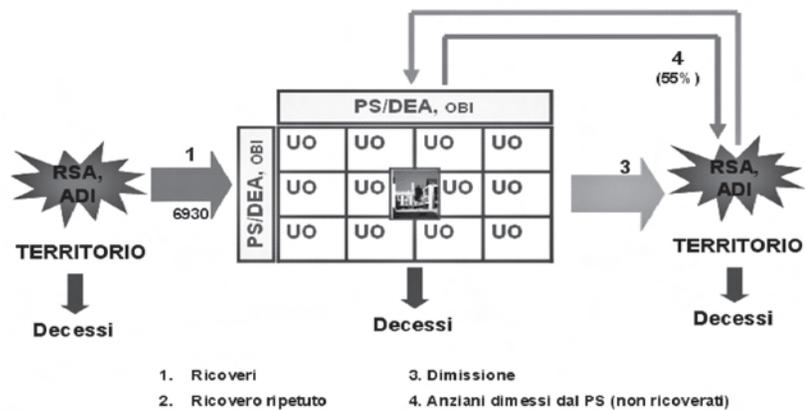
Il PS è non raramente il primo *setting* sanitario che valuta l'anziano; l'accesso avviene frequentemente senza la previa consultazione del medico curante o della guardia medica⁵, che dovrebbero agire da filtro per evitare di intasare il servizio con visite non sempre proprie: nella realtà il PS svolge una prevalente attività con codice bianco, che dovrebbe essere trasferita a più idoneo ambiente nel caso sia l'anziano il target.

Gli anziani rappresentano il *core business* delle cure mediche, ma pochi ospedali hanno attivato soluzioni per prevenire in parte gli inevitabili *outcome* negativi con soluzioni mirate ai bisogni e basate sulla *"evidence based practice"*; non si devono dimenticare importanti iniziative come quelle basate su specifiche competenze infermieristiche: *"Nurses improving care for health system elders"* o NICHE (<http://www.nicheprogram.org>): si tratta di iniziative imitabili senza difficoltà; l'accademia, alquanto sorda, potrebbe fare veramente tanto per migliorare l'approccio al vecchio malato. Non si deve dimenticare che la geriatria non è quella che si dedica al paziente *"home care impossible"*, ma quella che osserva nel tempo il paziente rilevando attentamente i segni vitali⁶ fra i quali anche il dolore e le prestazioni funzionali; frequentemente le manifestazioni cliniche sono atipiche (si ricorda l'importanza delle sindromi geriatriche come quadro d'esordio di ogni evento negativo).

La Figura 2 descrive la dinamica dell'ospedalizzazione del paziente anziano; vi è sottolineata l'importanza della comunicazione tra i vari *setting* assistenziali, realizzabile implementando la cartella informatizzata (a volte disponibile, ma non utilizzata), che consente anche di evitare l'esecuzione di esami ripetuti, ricoveri impropri e perdita di informazioni nel passaggio da un *setting* all'altro. La cartella clinica informatizzata, che conterrà via via dati provenienti anche da visite ambulatoriali, è lo strumento che potrà unire effettivamente i diversi ambiti curativo-assistenziali, evitando ripetizioni, ma soprattutto omissioni, e consentendo la definizione delle traiettorie funzionali e mentali fondamentali per il corretto approccio della persona che invecchia.

Si ricorda che la funzione cognitiva non è quasi mai valutata nell'anziano che va al PS, nonostante esistano metodi rapidi per identificare almeno sommariamente deficit cognitivi preesistenti o di recente insorgenza; il delirium, che per definizione è una frequente complicanza di patologie acute o rappresenta una reazione avversa a farmaci oltre che ad un ambiente sfavorevole o nuovo, comporta codice giallo, ma è raramente diagnosticato per l'inadeguatezza dei metodi diagnostici. Anche la depressione e i disturbi del comportamento sono spesso imputabili a patologie organiche o all'uso

Fig. 2. Dinamica della gestione del paziente anziano nel sistema sanitario, con particolare riferimento all'ospedalizzazione.



cumulativo di numerosi farmaci e alle relative interazioni farmacologiche, ma frequentemente non ne viene fatta menzione nei referti dei dimessi dal PS⁷; anche l'abuso dell'anziano e la negligenza di vario tipo dovrebbero essere identificate.

Di fondamentale importanza sarebbe la rilevazione di condizioni frequenti, subdole e pericolose come la malnutrizione, la disidratazione, i disturbi di equilibrio, le difficoltà esistenziali di natura sociale e la solitudine, in quanto il PS costituisce un'interfaccia fondamentale tra ospedale e territorio (si ricordi di nuovo che nel 55-60% l'anziano che si reca al DEA/PS non è ricoverato). L'importanza della corretta e completa valutazione dell'anziano in PS è testimoniata da rilievi in diversi settori: per esempio si sollecita una più approfondita valutazione dei pazienti con scompenso cardiaco che vanno al PS, per evitare una lunga serie di ricoveri ripetuti e di dimissioni a variabile distanza.

In letteratura sono reperibili numerosi strumenti costruiti allo scopo di meglio definire e trattare l'anziano in questo particolare *setting*. Il dott. Pinelli ha sottolineato l'importanza del loro uso per ottenere una migliore e più utile valutazione del paziente anziano già dal *Triage*. Uno di questi è il *Triage Risk Screening Tool* (TRST)⁹, che definisce le problematiche del soggetto anziano sottoposto a *Triage*; è sufficiente la presenza di deterioramento cognitivo per identificare un paziente ad alto rischio a cui assegnare un codice di urgenza. Nella Tabella II sono descritti gli *items* rilevati dall'infermiere del *Triage* realizzato con il TRST; la differenza con il *Triage* tradizionale è evidente.

Un altro strumento validato in uso negli Stati Uniti, ma presente anche in Italia, è l'*Identification of Seniors At Risk* (ISAR)¹⁰, applicato ai soggetti maggiori di 65 anni per identificare una severa

Tab. II. Triage Risk Screening Tool.

Il paziente è considerato ad alto rischio se è presente deterioramento cognitivo o due o più degli altri criteri.

- presenza di deterioramento cognitivo (es. disorientamento, incapacità di eseguire comandi semplici, diagnosi precedente di demenza o delirium)
- vive da solo/non si riesce a reperire un *caregiver*
- difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute
- ospedalizzazione/accesso in PS negli ultimi 30 giorni
- 5 o più farmaci
- valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di:
 - abuso/negligenza
 - non compliance farmacologica
 - sospetto di abuso di sostanze
 - problemi nelle IADL o ADL (es. assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti)
 - altro (specificare)

disabilità al momento della visita in PS e il rischio di *outcomes* avversi nei sei mesi dopo l'accesso in PS (reingresso in PS, riospedalizzazione, morte, ingresso in lungodegenza, riduzione dell'autosufficienza). Gli Autori sottolineano che, non essendo un test diagnostico, l'ISAR va associato alla valutazione clinica completa. Nella Tabella III sono descritti gli items rilevati; lo strumento può essere completato dal paziente stesso (da solo o con aiuto), da parenti o dallo staff del PS¹⁰.

Esiste uno strumento validato, anche se molto complesso, che consente di evidenziare i numerosi problemi relativi all'anziano con patologia acuta che accede al PS: l'*Emergency Screening Index* (ESI) (Fig. 3)¹¹ con un algoritmo a 5 livelli divide i pazienti in 5 gruppi (1: massima urgenza, 5 urgenza minima), sulla base dell'acutezza della patologia e dell'utilizzo delle risorse. Ad esempio, un paziente che ha una contusione ad un arto superiore richiederà l'esecuzione di un solo esame (bassa richiesta di risorse, ESI = 4), mentre un

Fig. 3. L'organizzazione strutturale del pronto soccorso.

Non è idonea al paziente anziano che frequentemente è stressato e disorientato. Sono segnalati gli elementi negativi.

PS: Pronto Soccorso

soggetto con dolore addominale necessiterà di due o più prestazioni ed avrà un punteggio ESI di 3. Nonostante apparentemente molto complesso, si è dimostrato facilmente applicabile e rapidamente trasmissibile (www.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm). La sua utilizzazione nelle persone anziane è stata validata: l'ospedalizzazione, l'utilizzazione delle risorse e la sopravvivenza sono associate con la categoria ESI².

Ricordiamo poi che lo strumento di valutazione geriatrica VAOR o interRAI si presta nelle ultime versioni a valutazioni complessive in tutti i *setting* curativo-assistenziali compreso il PS³: è stato messo a punto l'*InterRAI contact assessment* proposto per un'agevole transizione dal PS al domicilio, e l'*InterRAI ED Screener* che aiuta a precisare, con appropriato algoritmo, i livelli di priorità curativo-assistenziale.

Ricordiamo la possibilità di ricorrere alla compilazione di un questionario che predice la probabilità di accesso al PS nei quattro anni successivi¹²: si tratta del *probability of a repeated hospital admission* o Pra che potrebbe essere compilato dall'infermiere anche al PS (lo strumento è raccomandato per

Tab. III. Identification of Seniors At Risk (ISAR)¹⁰.

1.	Prima della patologia acuta che ti ha portato in PS, avevi bisogno che qualcuno ti aiutasse regolarmente?	0: no	1: sì
2.	Pensi che avrai bisogno di più aiuto del solito in seguito alla patologia acuta che ti ha portato in PS?	0: no	1: sì
3.	Sei stato in ospedale per più di una notte negli scorsi 6 mesi?	0: no	1: sì
4.	In generale, ci vedi bene?	0: no	1: sì
5.	In generale, hai problemi seri di memoria?	0: no	1: sì
6.	Prendi più di 3 medicine al giorno?	0: no	1: sì

Lo *screening* è positivo se il punteggio è superiore a 2.

le cure primarie); esso prevede la compilazione di un questionario con items sociodemografici, medici, funzionali e l'utilizzazione recente dei servizi sanitari.

Se il paziente anziano, come auspicabile, non muore in PS, ha due possibilità: o viene dimesso o è ricoverato in un reparto per acuti.

Quale anziano ricoverare in U.O. di Geriatria è il tema trattato dal prof. G. Annoni, geriatra dell'Università di Milano-Bicocca. La situazione del DEA/PS dell'Ospedale San Gerardo di Monza differisce da quella descritta dal dott. Pinelli per l'ospedale di Modena in quanto l'accesso dei pazienti anziani è percentualmente inferiore (23%), ancorché il 49% dei ricoveri è rappresentato da soggetti di età ai 65 anni. Nell'UO di Geriatria di Monza è presente un'area di cura sub-intensiva per pazienti critici come, ad esempio, quelli affetti da ischemia miocardica acuta, severa insufficienza cardio-respiratoria e fratturati di femore; pertanto gli anziani con queste caratteristiche sono ricoverati direttamente dal Pronto Soccorso o trasferiti da altri reparti dell'ospedale sulla base di un protocollo (Tab. IV) condiviso che include come priorità la presenza di disabilità, rischio di delirium, malnutrizione, limitato sostegno familiare. Nel tentativo di ottimizzare l'assistenza nel rispetto delle risorse infermieristiche disponibili è stata effettuata una settorializzazione della degenza, mediante l'identificazione di 3 aree - rossa, verde e blu - graduate dalla massima complessità clinica (rossa) al prevalente peso assistenziale rispetto a quello strettamente medico (blu).

L'ambiente fisico-architettonico del PS non sempre è idoneo a ricevere pazienti anziani, che risentono dello stress fisico e psichico associato alla condizione morbosa che li ha portati a ricorrere al pronto soccorso; nella Figura 4 sono descritte le caratteristiche attuali dell'ambiente che mettono a rischio l'anziano di piaghe da decubito, cadute e delirium.

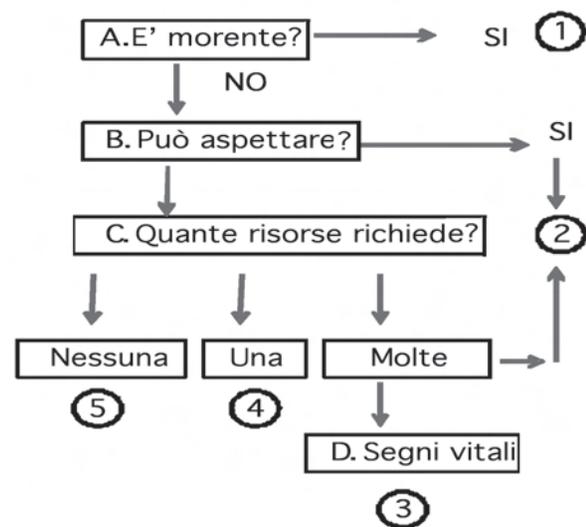
L'assegnazione dei codici di emergenza non tiene conto delle problematiche specifiche del paziente anziano; ad esempio appare improprio che una così alta percentuale di anziani con frattura di femore sia considerata codice verde. La permanenza protratta in PS dell'anziano con frattura di femore influisce negativamente non solo sul *timing* dell'intervento, ma anche sul trattamento più appropriato del dolore e del probabile ematoma perifrattura. Dati di letteratura documentano il problema della corretta valutazione del dolore e della sua terapia, legato anche al grado di affollamento del PS; è questa la sede dove inizia l'approccio corretto alla frattura di femore¹³. In uno studio europeo

Tab. IV. L'anziano al pronto soccorso: problemi critici.

- Deficit cognitivo e delirium
- Cadute
- Disequilibrio e declino motorio
- Distimia, depressione
- Prestazioni funzionali (ADL, IADL)
- Quali farmaci assumeva

L'anamnesi farmacologica è momento importante nel caso del paziente anziano al PS; un modulo predefinito facilita la valutazione delle possibili interazioni fra i farmaci assunti; è evidente che la diagnosi di reazione avversa si basa sui criteri di Beers anche se questi non sono validati per il paziente anziano; la comorbilità ha un ruolo fondamentale nell'emergenza delle reazioni avverse che provocano il 3,6% degli accessi al PS degli ospedali americani⁷; esse si verificano soprattutto quando i farmaci assunti superano il numero di 3.

Fig. 4. Emergency Severity Index (ESI)¹¹.



Livelli:

1. Rianimazione
2. Emergenza
3. Urgente
4. Semi-urgente
5. Non urgente

A, B, C, D sono "decision point".

B: alto rischio, confuso, dolore severo ...; se sì il livello diventa 2
 C: valutare i segni vitali; se FC > 100 bpm, FR > 20, Saturazione % O₂ < 92%, allerta

Se tutti e tre sono patologici, il livello diventa 2

Risorse a disposizione: ECG, consulenze, radiografie, TC, ecc.

solo il 56% di questi pazienti riceve analgesia (solo il 44% riceve oppiacei)¹³.

Nella discussione si è fatto riferimento alla necessità che il DEA/PS preveda operativamente la

presenza di tante persone anziane, che richiedono specifica considerazione per la corretta decisione degli interventi e degli aspetti clinico assistenziali. È indubbio che il PS, sia come ambiente che come organizzazione sanitaria, dovrà adattarsi alla realtà emergente, cioè la richiesta di prestazioni da parte di una popolazione sempre più vecchia, con elevata comorbilità e con complessa polifarmacoterapia. In futuro questo *setting* assistenziale potrebbe diventare luogo non solo di terapia per pazienti acuti e di cure dirette esclusivamente agli organi, ma di prevenzione e promozione della salute per quei pazienti anziani che non sono ricoverati, ma rimandati a domicilio². I rapporti fra PS e territorio dovrebbero essere affinati attraverso rapporti più qualificati con le residenze per anziani (in particolare con le RSA): non si deve dimenticare che le giornate di assistenza residenziale per 1.000 residenti di età > 65 anni varia da 19.000 (Provincia di Trento), a 7.240 (Emilia-Romagna) a 181 (Basilicata); non pochi pazienti anziani vanno al PS dalle strutture; nulla impedisce che dal PS possano accedere ad una RSA; il problema maggiore è la burocratizzazione di questi accessi e l'incerta qualità delle prestazioni mediche in questo *setting*. Si ricorda che l'ISTAT ha recentemente indagato quanto sia agevole l'accesso al PS ai cittadini e alle famiglie; questo risulterebbe meno fruibile degli altri servizi sanitari; l'accesso al PS è fra gli indicatori di possibile disagio sociale; nella stessa indagine le maggiori difficoltà le incontra l'anziano, soprattutto quello che vive solo. A questa osservazione non esistono risposte concrete; il progetto più recente propone l'attivazione e/o il potenziamento del PS pediatrico, mentre l'anziano, che affolla sempre di più il pronto soccorso, continua ad essere poco considerato, a differenza di quanto si verifica in alcune nazioni dove si cerca di mettere a punto anche strumenti di idonea valutazione del vecchio malato. È molto verosimile che l'anziano dimesso dal PS sia seguito solo dal medico curante, anche per lo scarso numero di medici specialisti in geriatria. Considerando la realtà locale dei quasi 70.000 ultra75enni della provincia di Modena e dei 112 medici specialisti in Geriatria presenti nella stessa area, si può affermare che le cure e l'assistenza a questi pazienti potrebbero essere strutturate in modo più utile e credibile: un geriatra ogni 623 ultra75enni; forse rivalutando l'organizzazione generale si potrebbero ridurre anche gli accessi al PS, migliorando così le cure geriatriche complessive a pazienti anziani. Si tratta di rendere attivi o di migliorare la transizione dei pazienti anziani fra PS e le varie attività curativo-assistenziali extraospedaliere; il PS deve mettere a disposizione competenze

tecnico-diagnostico-terapeutiche specifiche per la persona anziana; gli obiettivi sono evitare i ricoveri impropri e l'identificazione del declino cognitivo e funzionale (non raramente iatrogeno) utilizzando procedure diagnostiche e valutative appropriate; la continuità delle cure dovrebbe essere attivata in ogni *setting* del sistema sanitario nazionale, compreso il PS.

Il tema trattato nel simposio solleva un problema che in alcune nazioni è stato affrontato e in parte risolto a livello scientifico e didattico: è necessario investire nella didattica geriatrica con modelli idonei ad essere utilizzati nelle discipline più rilevanti fra cui la medicina d'urgenza, ma non solo¹⁴; parallelamente si dovrà cercare di affinare la preparazione del personale infermieristico¹⁵ ricorrendo a corsi di aggiornamento o, più propriamente, a Master specifici. Così facendo si otterrà il miglioramento della qualità delle cure complessive per le persone più anziane.

Fra le opzioni possibili per affrontare adeguatamente il problema descritto e ridurre i disagi alle persone anziane, si deve ricordare la possibilità di istituire l'*Ambulatory Emergency Care for Adults*¹⁶; si dovrebbe porre come obiettivo la riduzione degli accessi al PS premiando le attività mediche e sociali svolte sul territorio; l'efficienza di queste può essere valutata anche con questo parametro indiretto che può essere reso più sensibile escludendo dalla valutazione numerica i casi in cui effettivamente ricorre un'emergenza (trauma, caduta, perdita di coscienza, sindrome coronarica acuta). In ogni caso il PS è la sede dove sono identificabili i pazienti anziani che presentando sindromi geriatriche, polipatologia, politerapia e variabili gradi di disabilità dovranno essere segnalati alle cure intermedie e alle cure primarie per i trattamenti più appropriati¹⁷; il *Triage* per le prestazioni e condizioni mentali è sicuramente utile e da proporre¹⁸; ma i parametri da considerare sono molteplici e richiedono valutazioni complesse per comprenderne il significato e anche la validità di eventuali decisioni adottate¹⁹.

Abbiamo cercato di delineare quanto è noto sul problema dell'anziano che accede al PS con sempre maggior frequenza; ci si preoccupa che la sua allocazione all'interno dell'ospedale sia la più appropriata, ma le prospettive non sembrano le più felici e soddisfacenti. Un problema in più che per ora non è affrontato è quello di tenere l'anziano a casa: si ricorda il progetto "*keep well at home*"²⁰ le cui intenzioni dovranno essere riprese dai servizi sanitari; progetti di questo tipo dovranno agire con protocolli basati sulla prevenzione, sulla valu-

tazione multidimensionale geriatrica e sulla preliminare classificazione dei pazienti anziani basata su parametri semplici come età, sesso, solitudine, abitazione, ADL, *Barthel index* e malattie presenti (codici ICD-9-CM)²¹. Anche un semplice strumento come l'ISAR potrebbe essere agevolmente utilizzato nella *primary care*. Tutti i *setting* dovrebbero essere intimamente vincolati alla utilizzazione di uno strumento comune come la cartella clinica informatizzata contenente riferimenti all'eventuale accesso all'emergenza-urgenza. I codici bianchi, non raramente pazienti anziani, dovrebbero trovare idonee soluzioni organizzative come la presenza di un'apposita sezione del PS dedicata ai problemi degli anziani che con fiducia vanno all'ospedale.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Phillips S, Round PC 3rd, Kelly SM, Swartz PD. *The failure of Triage criteria to identify geriatric patients with trauma: results from the Florida Trauma Triage Study*. J Trauma 1996;40:278-83.
- 2 Baumann MR, Strout TD. *Triage of geriatric patients in the Emergency Department: validity and survival with the Emergency Severity Index*. Ann Emerg Med 2007;49:234-40.
- 3 InterRAI: http://www.ccac-ont.ca/Upload/oaccac/General/253_John_Hirdes.pdf.
- 4 Rutschmann OT, Chevaille T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FT. *Pitfall in the emergency department Triage of frail elderly patients without specific complaints*. Swiss Med Wkly 2005;135:145-50.
- 5 Becchi MA, Bellelli F, Clarizio M, Carulli N. *Caratteristiche dei pazienti ricoverati in un reparto per acuti di medicina interna. È l'ospedale il luogo più idoneo di cura?* Ann Ital Med Int 2005;20:233-44.
- 6 Wolf L. *How normal are "Normal vital signs"? Effective Triage of the older patient*. J Emerg Nurs 2007;33:587-9.
- 7 Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annest JL. *National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events*. JAMA 2006;296:1858-66.
- 8 Ezekowitz JA, Bakal JA, Kaul P, Westerhout CM, Armstrong PW. *Acute heart failure in the emergency department: short and long-term outcomes of elderly patients with heart failure*. Eur J Heart Fail 2008;10:308-14.
- 9 Mion L, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. *Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the Emergency Department setting: The SIGNET Model*. J Am Geriatr Soc 2001;49:1379-86.
- 10 McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. *Return to the Emergency Department among elders. Patterns and predictors*. Acad Emerg Med 2000;7:249-59.
- 11 Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijck B, Simons M, van Vugt AB. *Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department*. Emerg Med J 2007;24:170-4.
- 12 Boulton C, Dowl B, McCaffrey D, Buolt L, Hernandez R, Krulwich H. *Screening elderly for risk of hospital admission*. J Am Geriatr Soc 1993;41:811-7.
- 13 Gerson LW, Emond JA, Camargo CA. *US emergency department visits for hip fracture, 1992-2000*. Eur J Emerg Med 2004;11:323-8.
- 14 Weeks WB, Wallace AE. *Return on educational investment in geriatrics training*. J Am Geriatr Soc 2004;52:1940-5.
- 15 Geriatric emergency nursing education (GENE) online: http://www.vcampus.com/online/ena/gene_demo/index_top.htm.
- 16 National Health Service Institute for Innovation and Improvement. *Directory of ambulatory emergency care for adults: NHS 2007*.
- 17 Roland M, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S. *Follow-up of people aged 65 and over with a history of emergency admission: analysis of routine admission data*. BMJ 2005;330:289-92.
- 18 Broadbent M, Jarman H, Berk M. *Emergency department mental health Triage scales improves outcomes*. J Eval Clin Pract 2003;10:57-62.
- 19 Lancaster GA, Chellaswamy H, Taylor S, Lyon D, Dowrick C. *Design of a clustered observational study to predict emergency admissions in the elderly: statistical reasoning in clinical practice*. J Eval Clin Pract 2007;14:169-78.
- 20 Walker L, Jamrozik K, Wingfield D, Lawley G. *Increased use of emergency services by older people after health screening*. Age Ageing 2005;34:480-5.
- 21 Stiffler KA, Gerson LW. *Health promotion and disease prevention in the Emergency Department*. Emerg Med Clin N Am 2006;24:849-69.

Questionario proposto ai geriatri per valutare la vocazione geriatrica del pronto soccorso dell'ospedale in cui operano. Anziano è il paziente con età maggiore/uguale a 65 anni.

1. Quanti sono gli accessi al PS? (anni 2005 e 2006)
 - A. numero totale accessi
 - B. numero anziani ... (% di anziani rispetto al totale ...)
2. Quanti pazienti sono ricoverati
 - A. rispetto al n° totale degli accessi in PS: ...%
 - B. rispetto alla popolazione anziana che accede al PS: ...%
3. La procedura di valutazione del paziente al PS si basa sul *Triage*?
 - A. sì
 - B. no
 - se altro specificare
4. Sono previsti approcci particolari per gli anziani?
 - A. sì
 - B. no; se sì quali?
5. È strutturata la consulenza geriatrica al PS?
 - A. sì
 - B. no
 - se sì: quante consulenze/anno?
6. Si valutano le IADL e le ADL?
 - A. sì
 - B. no
7. Si considera la presenza di problemi cognitivi e/o affettivi?
 - A. sì
 - B. no
8. Nella diagnosi di ricovero è segnalata la ridotta performance fisica o il grado di disabilità?
 - A. sì
 - B. no
 - se sì indicare con quale modalità
9. Con quale colore di *Triage* è classificato l'anziano con frattura di femore?
bianco:%; verde:%; giallo:%; rosso:.....%.
10. Quanto tempo mediamente rimane al PS l'anziano con frattura del femore prima di essere ricoverato in ortopedia?
ore
11. La confusione mentale nei pazienti anziani è diagnosticata in una percentuale del ...
12. La presenza di confusione mentale al PS induce comportamenti particolari?
 - A. sì
 - B. no
 - se sì: A. uso farmaci; B. consulenza geriatrica; C. consulenza psichiatrica; D. altro
13. La malnutrizione è considerata?
 - A. sì
 - B. no
 - se sì con quali criteri?
 1. antropometrici (peso altezza)
 2. bioumorali

14. La funzionalità renale è valutata solo con il dosaggio della creatininemia?
A. sì
B. no
se no: si usano formule per la correzione della *clearance* della creatinina in base al sesso e all'età?
1. sì
2. no
15. È utilizzato un sistema strutturato per la definizione del numero e del tipo di farmaci assunti e delle possibili interazioni fra loro?
A. sì
B. no
se sì: nome del programma
16. Nel caso che ci sia stata caduta con quale procedura diagnostica si approfondisce l'evento?
A. normale anamnesi
B. questionario strutturato
C. altro
17. È prassi del PS ricercare e definire i ricoveri precedenti dei pazienti anziani, le loro cause e il loro numero?
A. sì
B. no
18. È possibile e previsto il ricovero diretto dal PS alla Struttura per anziani?
A. sì
B. no
19. Nella popolazione anziana si praticano procedure di rianimazione intensiva?
indicare la % di interventi invasivi negli anziani
20. Esistono criteri per la corretta allocazione del paziente anziano nella diverse UO?
A. sì
B. no
se no, il criterio più seguito è che l'anziano dal PS va dove c'è posto?
1. sì
2. no
21. La relazione del PS che accompagna il paziente anziano NON ricoverato contiene elementi di valutazione delle prestazioni mentali e fisiche?
A. sì
B. no
se sì: indicare quali