



Dementi abbandonati in DEA: fra etica e medicina legale

**Tizzani Davide
Ospedale Giovanni Bosco
Torino**

25 Maggio 2018



XI congresso nazionale

Simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Anziani abbandonati in DEA: fra etica e medicina legale

Tizzani Davide
Ospedale Giovanni Bosco
Torino

25 Maggio 2018



XI congresso nazionale

simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018



Fragili abbandonati
in DEA:
fra etica e medicina
legale

Tizzani Davide
Ospedale Giovanni Bosco
Torino

25 Maggio 2018



XI congresso nazionale

Simeu

ROMA 24-26 MAGGIO 2018

Agenda

- ✓ Caso clinico
- ✓ Definizione Anziani e Fragili
- ✓ Epidemiologia:
 - ✓ Distribuzione per età della popolazione italiana
 - ✓ Numero accessi in dea dei pazienti anziani
- ✓ Perché in DEA?
- ✓ Elementi in campo:
 - ✓ Cosa dice la morale
 - ✓ Cosa dice la legge
- ✓ Possibili soluzioni

Agenda

- **Caso clinico**
- Definizione Anziani e Fragili
- Epidemiologia:
 - Distribuzione per età della popolazione italiana
 - Numero accessi in dea dei pazienti anziani
- Perché in DEA?
- Elementi in campo:
 - Cosa dice la morale
 - Cosa dice la legge
- Possibili soluzioni

Caso Clinico

Pietro

Luigia

Kalid

Michele

Caso Clínico

Loro

Caso Clinico

Paziente: **MELLACE PIETRO** 
Data nascita: 12/04/1943 (Anni 75)
C.Fiscale: MLPTR43D12D122K  Storico (11)

Passaggio: **24361 (C)**
Data accesso: 08/05/18 15:54
Motivo accesso: Patologia acuta

UO: UNITÀ OPERATIVA MEDICA
Priorità: 
Barcode: 

Provenienza: G - Intervento C.O. 118
Luogo Erogazione: C - Casa

Valutazione

Vie Aeree	Respiro	Circolo	Coscienza	Dolore
LIBERE	NORMALE	NORMALE	VIGILE COSCIENTE	10
DISFONIA	DISPNEA MODESTA	CARDIOPALMO	CONFUSO RISPONDE STIMOLI VERBALI	9
TIRAGE E/O CORNAGE	DISPNEA GRAVE CIANOSI	PALLIDO SUDATO VASOCOSTRETTO	RISPONDE STIMOLI DOLORIFICI	8
OSTRUIITE	PERIARRESTO O ARRESTO RESPIRATORIO	P.E.A. O ARRESTO CARDIACO	INCOSCIENTE	7
				6
				5
				4
				3

Altri Rilevamenti

1) SANGUINAMENTO	4) SUDATO FREDDO	7) GRAVIDANZA	10) TOSSE
2) IPERPIRESSIA	5) VOMITO	8) DIARREA	11) PARESTESIE
3) SUDATO CALDO	6) AGITAZIONE	9) PRURITO	12) ALTRO

Allergie nega **Medicamenti/Farmaci** no **Patologie Note** no

Ultimo pasto **Evento** pz portato da mbp per problematiche socio assistenziali: nega algie e altri disturbi. Il pz non è stato accompagnato da nessuno dei familiari. **Altro (Corpo)** 3338864451 figlia laura
3341192011 figlio massimo
3395893601 moglie pina
3334307233 sorella natalina
3405606728

Motivo precedenza accesso in D.E.A.
davanti amb codici verdi

Infermiere accettante Mari Francesca

Note
C
SOSP
RIS

Mobilità
DEAMBULANTE 
Infornito sul lavoro
INAIL 

Visita
MELLACE

Caso Clinico

Paziente: [REDACTED] PIETRO ♂
Data nascita: 12/04/1943 (Anni 75)
C.Fiscale: MLLPTR43D12D122K  Storico (11)

Passaggio: 24361 (C)
Data accesso: 08/05/18 15:54
Motivo accesso: Patologia acuta

Provenienza

C. Intervento C.O. 418

Caso Clinico

Medicamenti/Farmaci		Patologie
no		no
Evento		Altro (Co
	pz portato da msb per problematiche socio assistenziale. nega algie e altri disturbi . il p non è stato accompagnato da nessuno dei famigliari .	3338864451 figlia laura 3341192011 figlio massimo 3395893601 moglie pina 3334307233 sorella natalina 3405606728

Caso Clínico



Caso Clinico

Medicamenti/Farmaci		Patologie
no		no
Evento		Altro (Co
pz portato da msb per problematiche socio assistenziale. nega algie e altri disturbi . il p non è stato accompagnato da nessuno dei famigliari .		3338864451 figlia laura 3341192011 figlio massimo 3395893601 moglie pina 3334307233 sorella natalina 3405606728

Caso Clinico

VIS Icone di strumenti medici	Paziente: [REDACTED] LUIGIA FRANCA MARIA 	Passaggio: 31174 (C)	UO: S.C. MEDICINA
	Data nascita: 27/10/1944 (Anni 73)	Data accesso: 09/05/18 11:50	Priorità: 
	C.Fiscale: VRGLFR44R67L219J  Storico (18)	Motivo accesso: ALTRI SINTOMI E DISTURBI	Barcode: 

Il paziente non riferisce allergie	obesità ex potus sad ipotiroidismo artrosi	
Ultimo pasto	Evento	Altro (Corpo)
	<u>[REDACTED] problematiche assistenziali difficoltà gestione domiciliare, seguita dai servizi sociali non presente rete familiare abc conservato</u>	
Motivo precedenza accesso in D.E.A.		
Infermiere accettante [REDACTED]		

Anagrafico Assistito

Triage Infermieristico

Parametri Vitali

Visita

Prestazioni

Ossigeno Terapia

Terapia Pianificazione

Terapia Somministrazione

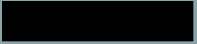
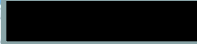
Diario

Terapia Supporto

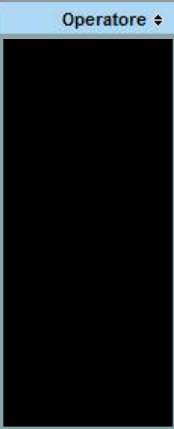
Caso Clinico

Paziente:	 MICHELE ♂	Passaggio:	31295 (C)	UO:	S.C. MEDICINA
Data nascita:	14/02/1938 (Anni 80)	Data accesso:	09/05/18 21:46	Priorità:	
C.Fiscale:	PTRMHL38B 14E456Y  Storico (15)	Motivo accesso:	SINCOPE	Barcode:	

Note di Consegna

Medico ultima visita		Medico consegna	
Permanenza	3g 14h 13m	Destino	05 - Str. Assistenziale
Esami	=== LAB. ANALISI === EMATOCHIMICI - 19 === RADIOLOGIA === RX TORACE	Diagnosi di ingresso	presincope; delirium in VCC
Consegna	Presincope in stitichezza ostinata da diversi gg. Decadimento delle condizioni generali. Diversi accessi DEA nell'ultimo mese per peggioramento motorio in VCC APR demenza senile. Riferito Aorta toracica; Rx torace ndr. Rx addome coprostasi. Peggioramento del quadro neurologico. Alla TC encefalo idrocefalo tetraventricolare e atrofia cerebrale. Verosimile delirium + sedazione notturna, non indicazioni neurologiche. R/ LD e CAVS		
OSSIGENO		ALLERGICO	

Diario

Data ▼	Operatore ↕	Annotazione ↕
13/05/18 08:42		NO FEBBRE STAZIONARIO SI RIMUOVE RIPETUTAMENTE ACCESSO VENOSO SCARSA ALIMENTAZIONE PO
12/05/18 10:46		QUADRO INVARIATO SI SOPRASSIEDE A RIPETIZIONE TAC CRANIO
11/05/18 16:09		----- CONSULENZA per la richiesta di: VISITA NEUROLOGICA del: 11/05/2018 15:02 ----- Medico consulente: Dr.ssa Cassano Daniela il: 11/05/2018 16:09 Paziente di 80 anni, demente da tempo. Portato in Dea per episodi presincope il giorno 9 (2 gg fa). Idrocefalo su base atrofica noto. Stipsi ora risolta. Oggi visto più confuso e incapace di mantenere la stazione eretta. Alla TAC cranio quadro di idrocefalo normoteso. Esami ematici non significativi. Non febbre. EON: paziente vigile, a tratti eloquio confabulante, riferisce algie alla spalla dx, disorientato nello spazio, riconosce il figlio che gli è accanto. Non chiari deficit dei nn cranici. Non ipostenia al Mingazzini I, non mantiene la posizione al Mingazzini II che per pochi secondi ad arto singolo. Non Babinski. Concl: peggioramento delle condizioni generali in demenza nota. Prosegue osservazione. Domani controllo TAC cranica e rivalutazione. -----
11/05/18 16:03		----- CONSULENZA per la richiesta di: VISITA NEUROLOGICA del: 11/05/2018 15:02 ----- Medico consulente: Dr.ssa Cassano Daniela il: 11/05/2018 16:03 Paziente di 80 anni, demente da tempo. Portato in Dea per episodi presincope. -----
11/05/18 12:53		Soporoso, rivegliabile, a tratti agitato. Toni cardiaci ritmici. Al torace per quanto valutabile non rumori patologici
10/05/18 21:25		agitazione psicomotoria. già somministrato talofen con scarso beneficio. pa 135/80 fc 100 spo2 95% aa tc 37.9. mv presente ai campi ant. toni cardiaci R. addome trattabile. T/paracetamolo 1 g ev, en 2 mg in sf 100.
10/05/18 09:35		CG scadute, vigile, disorientato, tranquillo e collaborante non grossolani deficit di forza a carico dei 4 aa EOC: toni ritmici EOP: MV bilaterale non rumori patologici aggiunti EOA: globoso, trattabile, in atto non dolente ne masse pulsatili apprezzabili, peristalsi presente. non segni di stasi periferica, polsi normoisofimici ai 4 aa cute pallida.

Anagrafico Assistito

Triage Infermieristico

Parametri Vitali

Visita

Prestazioni

Ossigeno Terapia

Terapia Pianificazione

Terapia Somministrazione

Diario

Trasfusioni

Note di Consegna

Documenti a valenza legale

Note dopo la Dimissione

Dimissione

Protesi

Effetti Personali

Monitoraggio

Caso Clinico

Paziente: PIETRANTONIO MICHELE ♂

Data nascita: 14/02/1938 (Anni 80)

C.Fiscale: PTRMHL38B14E456Y  Storico (15)

Passaggio: 31295 (C)

Data accesso: 09/05/18 21:46

Motivo accesso: SINCOPE

UO: S.C. MEDICINA

Priorità: 

Barcode: 

Note di Consegna

Medico ultima visita

Permanenza

3g 14h 13m

Esami

=== LAB. ANALISI ===

EMATOCHIMICI - 19

=== RADIOLOGIA ===

RX TORACE

Consegna

Presincope in sicurezza ostinata da diversi gg. Decadimento delle condizioni generali. Diversi accessi DEA nell'ultimo mese per peggioramento motorio in VCC
APP. demenza senile. Riferito Aorta toracica; Rx torace ndr. Rx addome coprostasi. Peggioramento del quadro neurologico. Alla TC encefalo idrocefalo tetraventricolare e atrofia cerebrale. Verosimile delirium + sedazione notturna, non indicazioni neurologiche. R/ LD e CAVS

OSSIGENO

ALLERGICO

Caso Clinico

Paziente: PIETRANTONIO MICHELE ♂

Data nascita: 14/02/1938 (Anni 80)

C.Fiscale: PTRMHL38B14E456Y  Storico (15)

Passaggio: 31295 (C)

Data accesso: 09/05/18 21:46

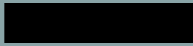
Motivo accesso: SINCOPE

UO: S.C. MEDICINA

Priorità: 

Barcode: 

Note di Consegna

Medico ultima visita 

Permanenza

3g 14h 13m

Esami

=== LAB. ANALISI ===
EMATOCHIMICI - 19

=== RADIOLOGIA ===
RX TORACE

Consegna

Pres. clinica in stato di coscienza ostinata da diversi gg. Decadimento delle condizioni generali. Diversi accessi DEA nell'ultimo mese per peggioramento motorio in VCC
APR demenza senile. Rilevato Aorta toracica; Rx torace ndr. Rx addome con costasi. Peggioramento del quadro neurologico. Alla TC encefalo idrocefalo tetraventricolare e atrofia cerebrale. Verosimile delirium + sedazione notturna, non indicazioni neurologiche. R/ LD e CAVS

OSSIGENO

ALLERGICO

Medico consegna 

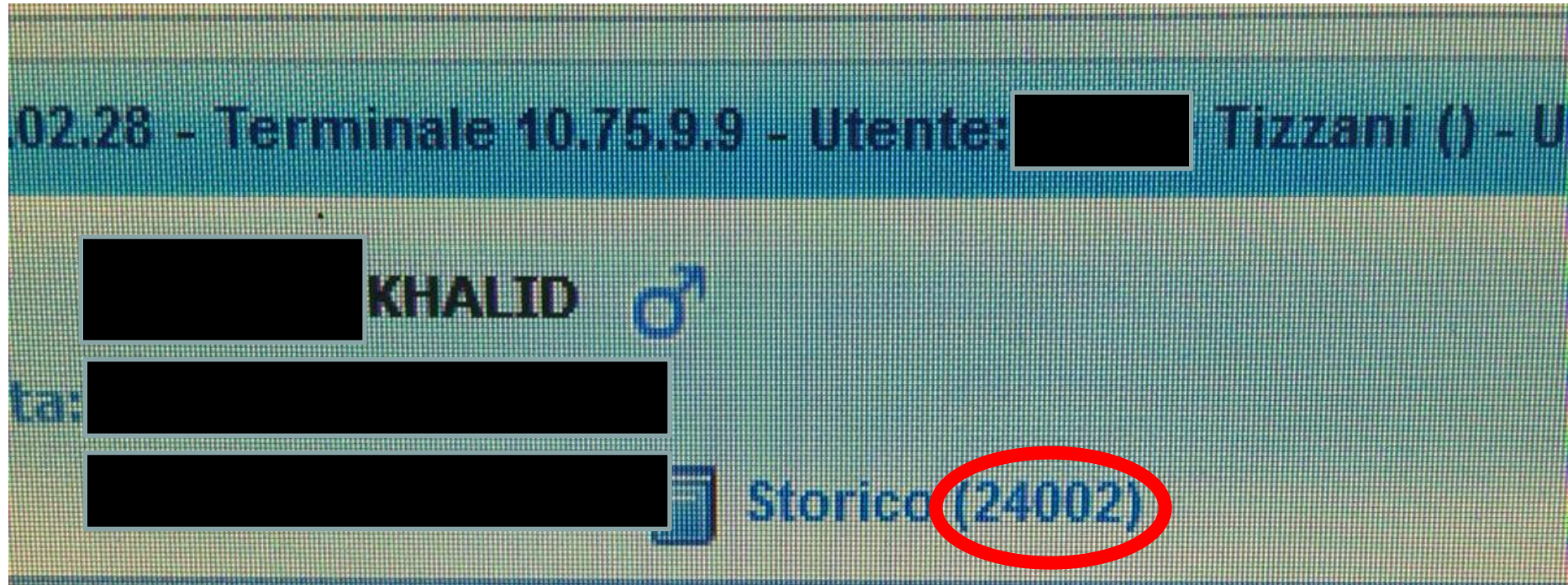
Destino

05 - Str. Assistenziale

Diagnosi di ingresso

presincope e delirium in VCC

Caso Clinico



Agenda

- Caso clinico
- Definizione Anziani e Fragili
- Epidemiologia:
 - Distribuzione per età della popolazione italiana
 - Numero accessi in dea dei pazienti anziani
- Perché in DEA?
- Elementi in campo:
 - Cosa dice la morale
 - Cosa dice la legge
- Possibili soluzioni

Chi è l'anziano

YOUNG old	65 > years > 75
------------------	-----------------

MIDDLE old	75 > years > 85
-------------------	-----------------

OLDEST old	years > 85
-------------------	------------

Non è solo l'anziano



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatria

G GERONTOL 2006;54:255-259

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO
REVIEW

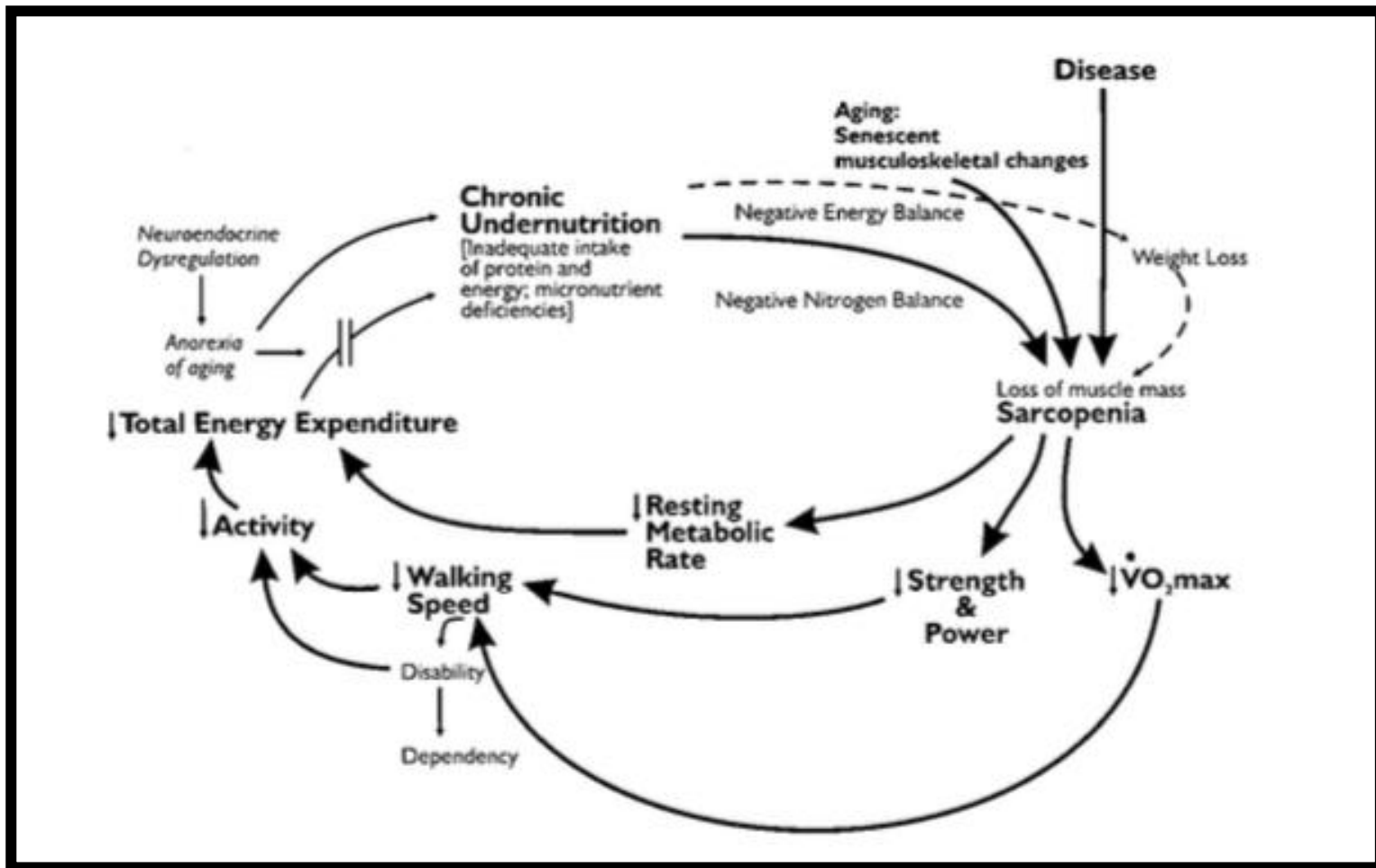
L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico?

Frail elderly and frail old patient: only semantic difference?

M. FORONI, C. MUSSI, E. ERZILI, G. SALVIOLI

Cattedra di Geriatria e Gerontologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Nuovo Ospedale Civile
"S. Agostino-Estense", Baggiovara di Modena

Chi è il fragile



Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group

Chi è il fragile

Soggetto di **età avanzata** o molto avanzata,
cronicamente affetto da patologie multiple,
con stato di salute instabile,
frequentemente **disabile**,
in cui gli effetti dell'invecchiamento e
delle malattie sono spesso complicati
da **problematiche di tipo socio-economico**



Original Study

A New Operational Definition of Frailty: The Frailty Trait Scale

Francisco José García-García MD ^{a,*}, Laure Carcaillon MSH ^b,
Jesus Fernandez-Tresguerres MD, PhD ^c, Ana Alfaro MD, PhD ^a, Jose L. Larrion MD ^d,
Carmen Castillo MD ^e, Leocadio Rodriguez-Mañas MD, PhD ^e

Chi è il fragile



Chi è il fragile



Solo in
DEA

Epidemiologia

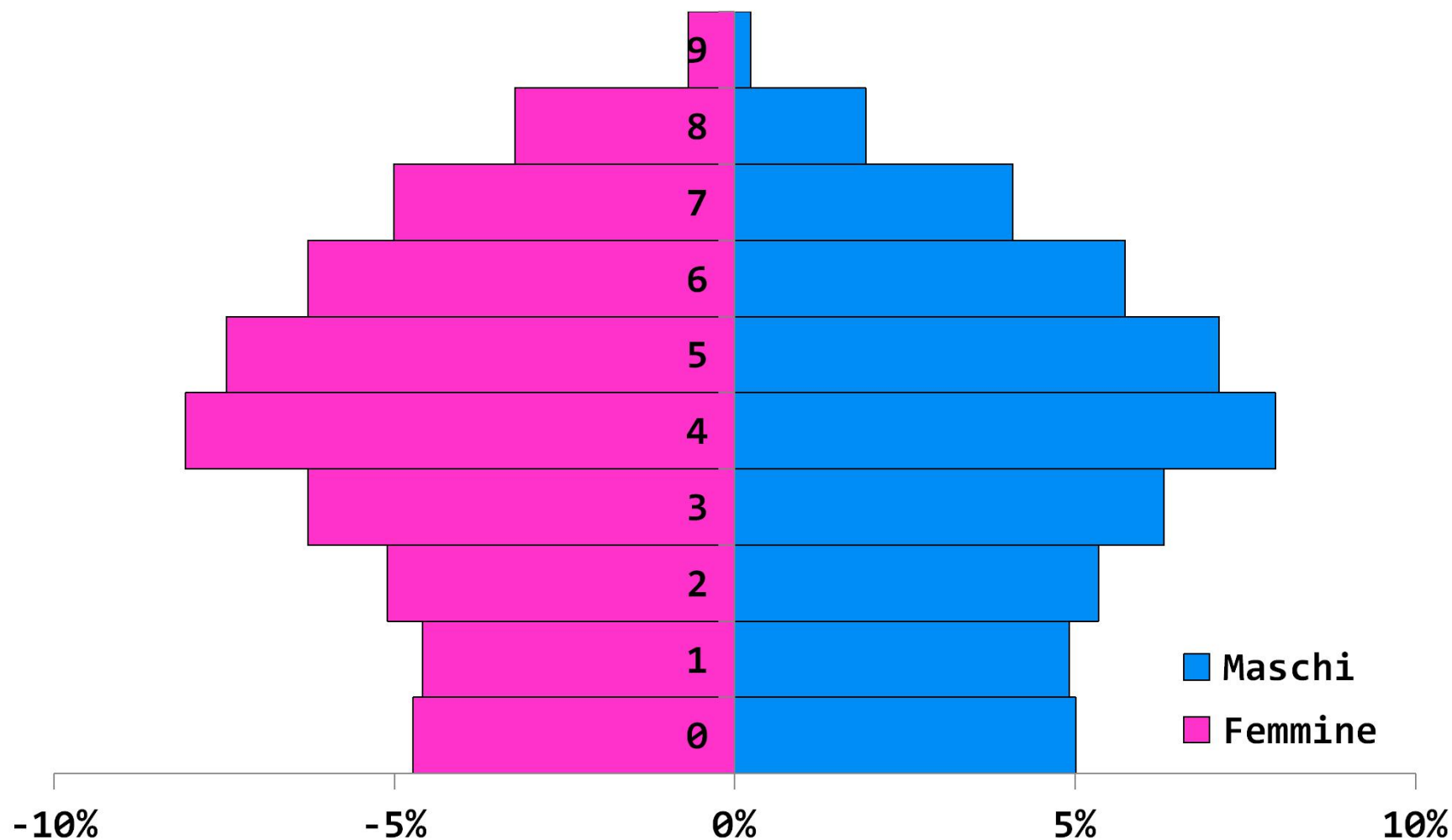
Mappe e dati

L'Italia è il secondo paese più vecchio del mondo, dopo il Giappone

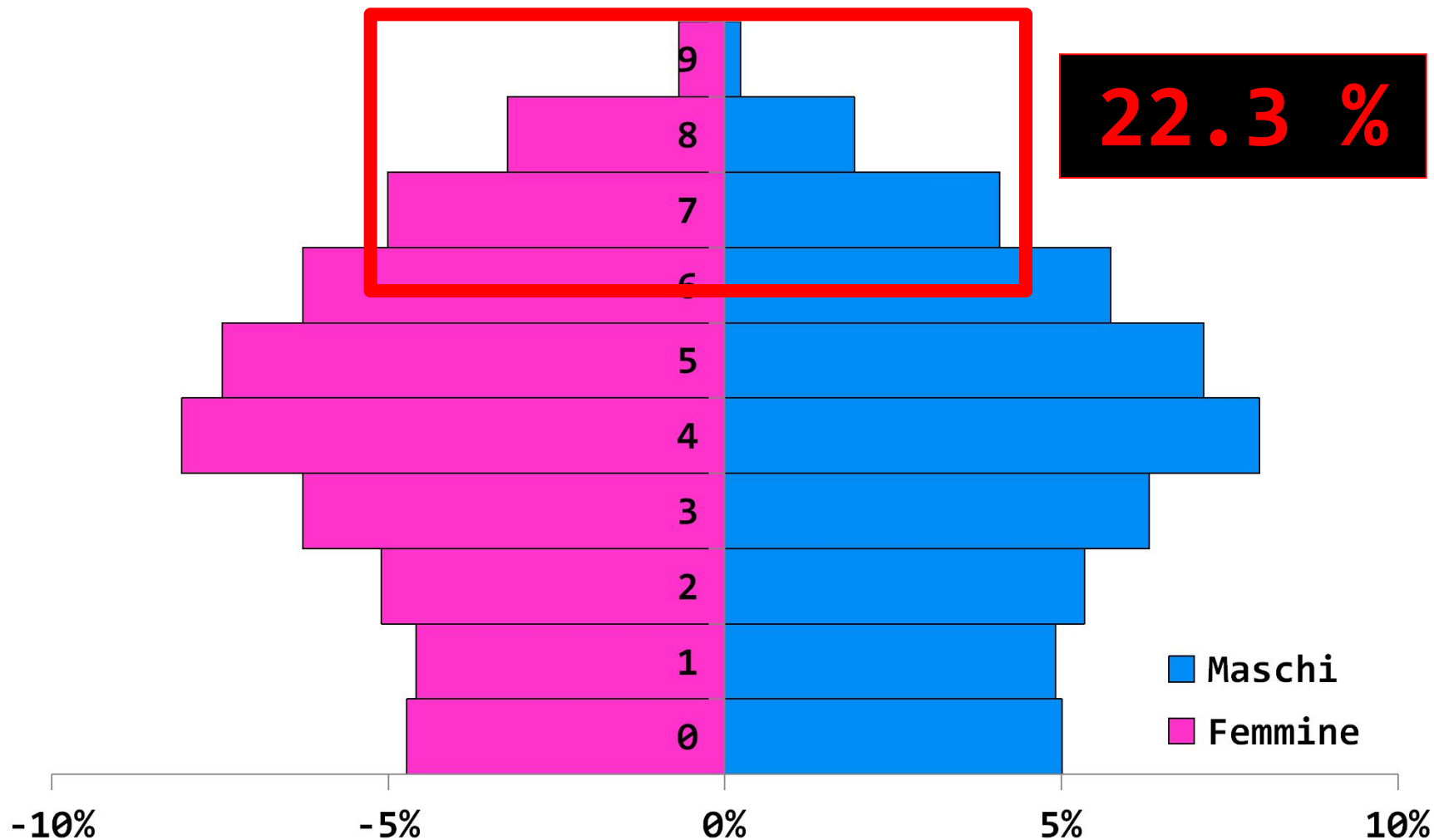
Il rapporto Istat 2017 conferma non solo che la popolazione italiana è in calo, ma che sta invecchiando ogni anno di più.

168.7 anziani ogni 100 giovani

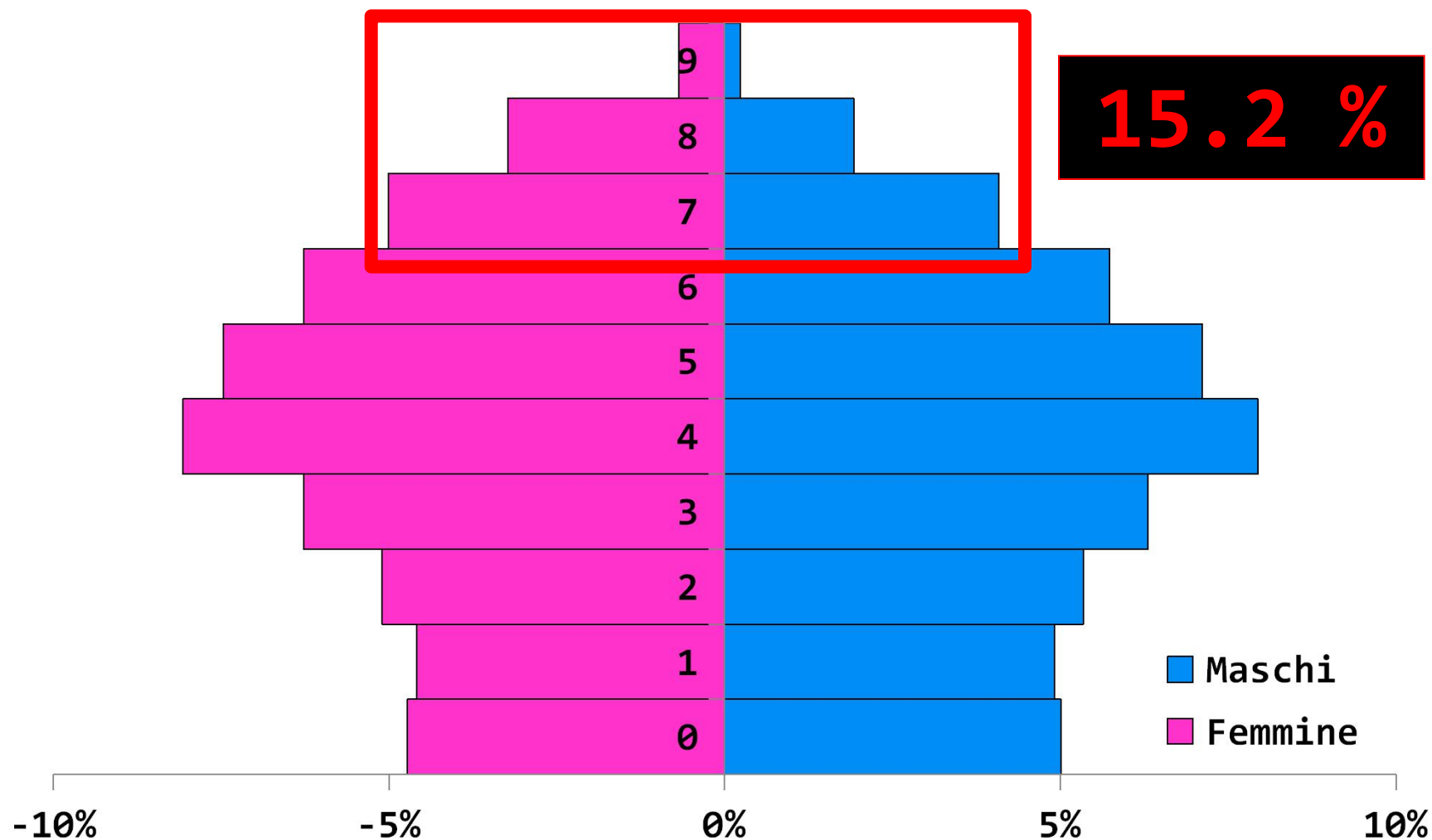
Epidemiologia



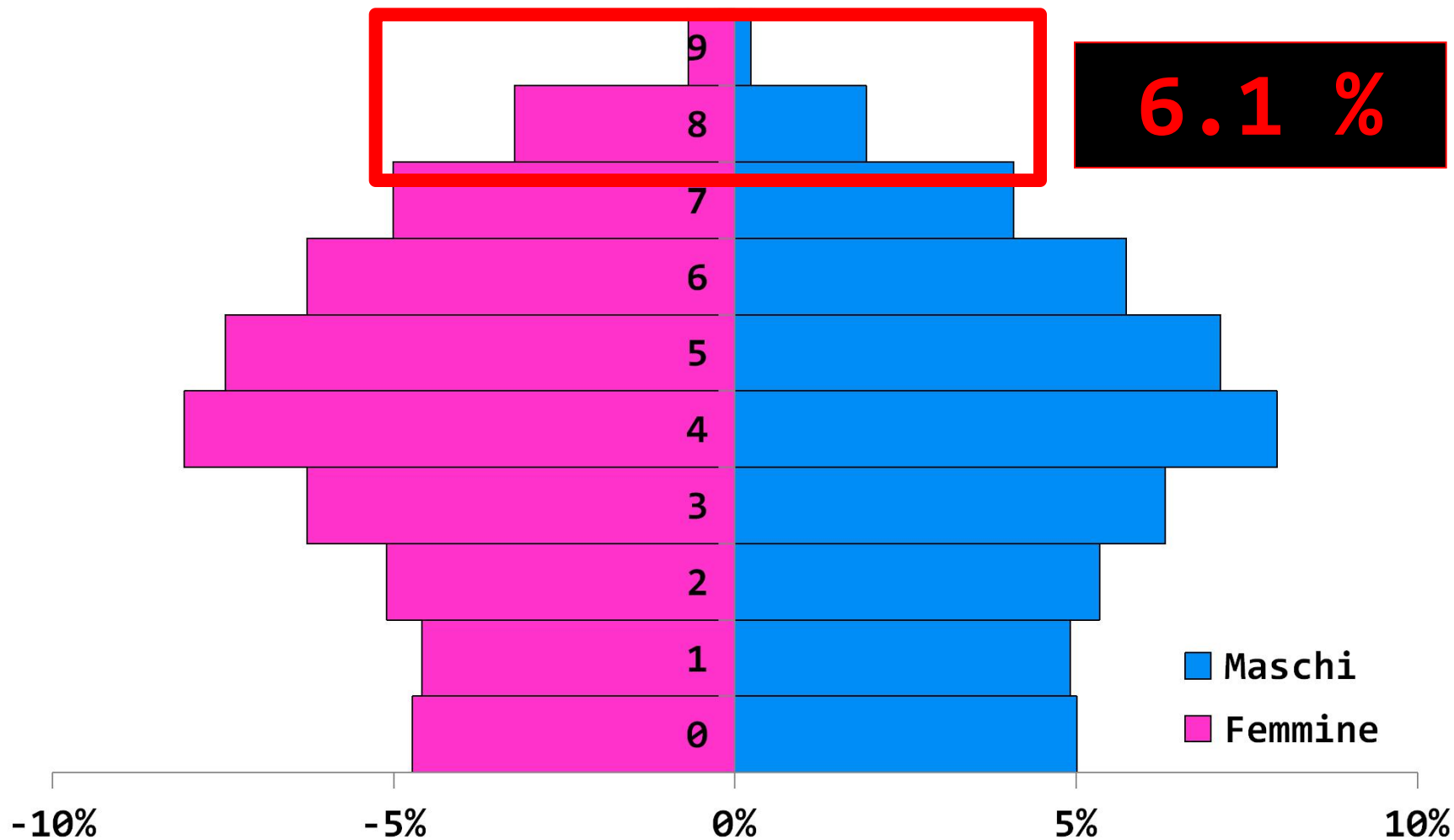
Epidemiologia



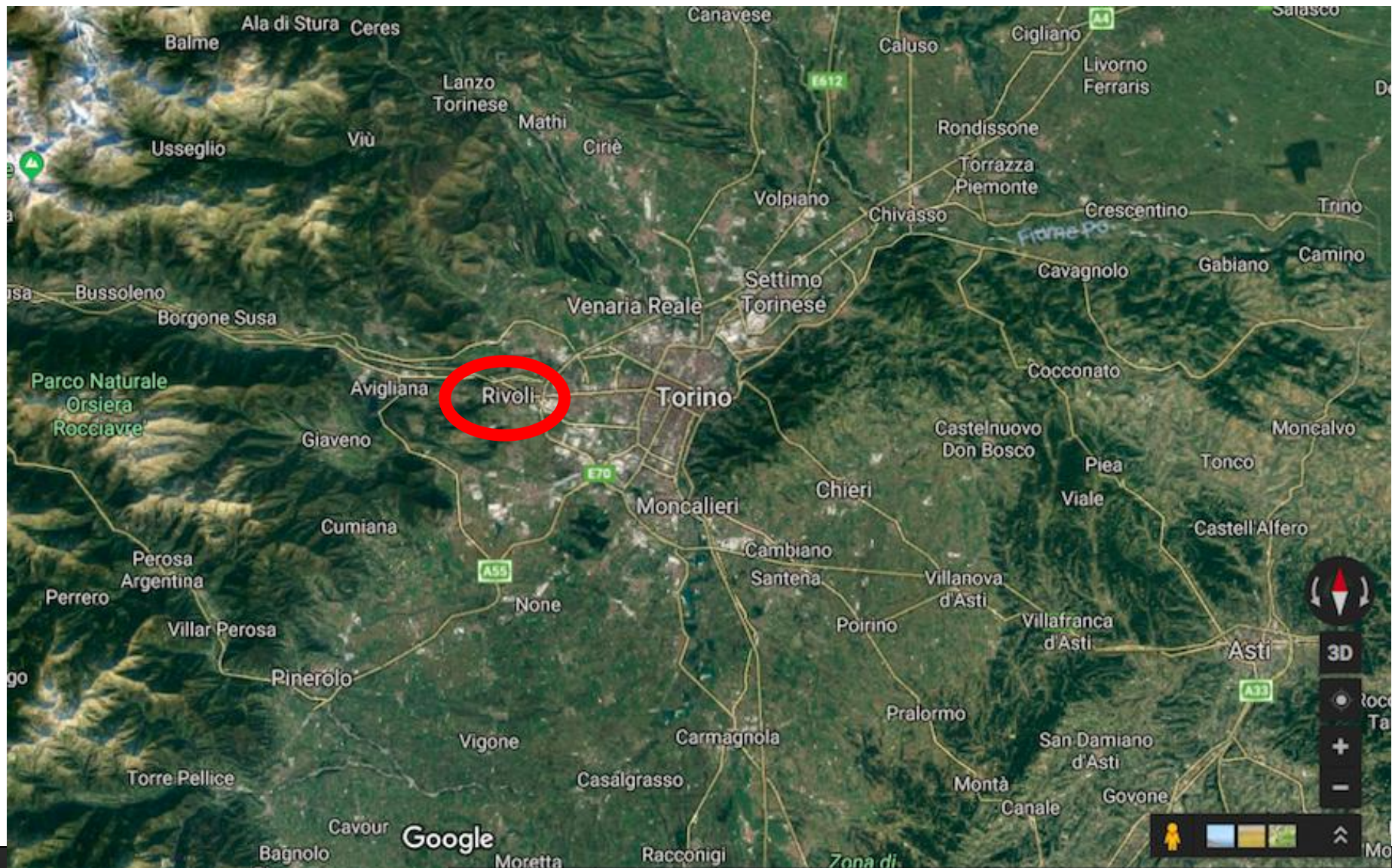
Epidemiologia



Epidemiologia

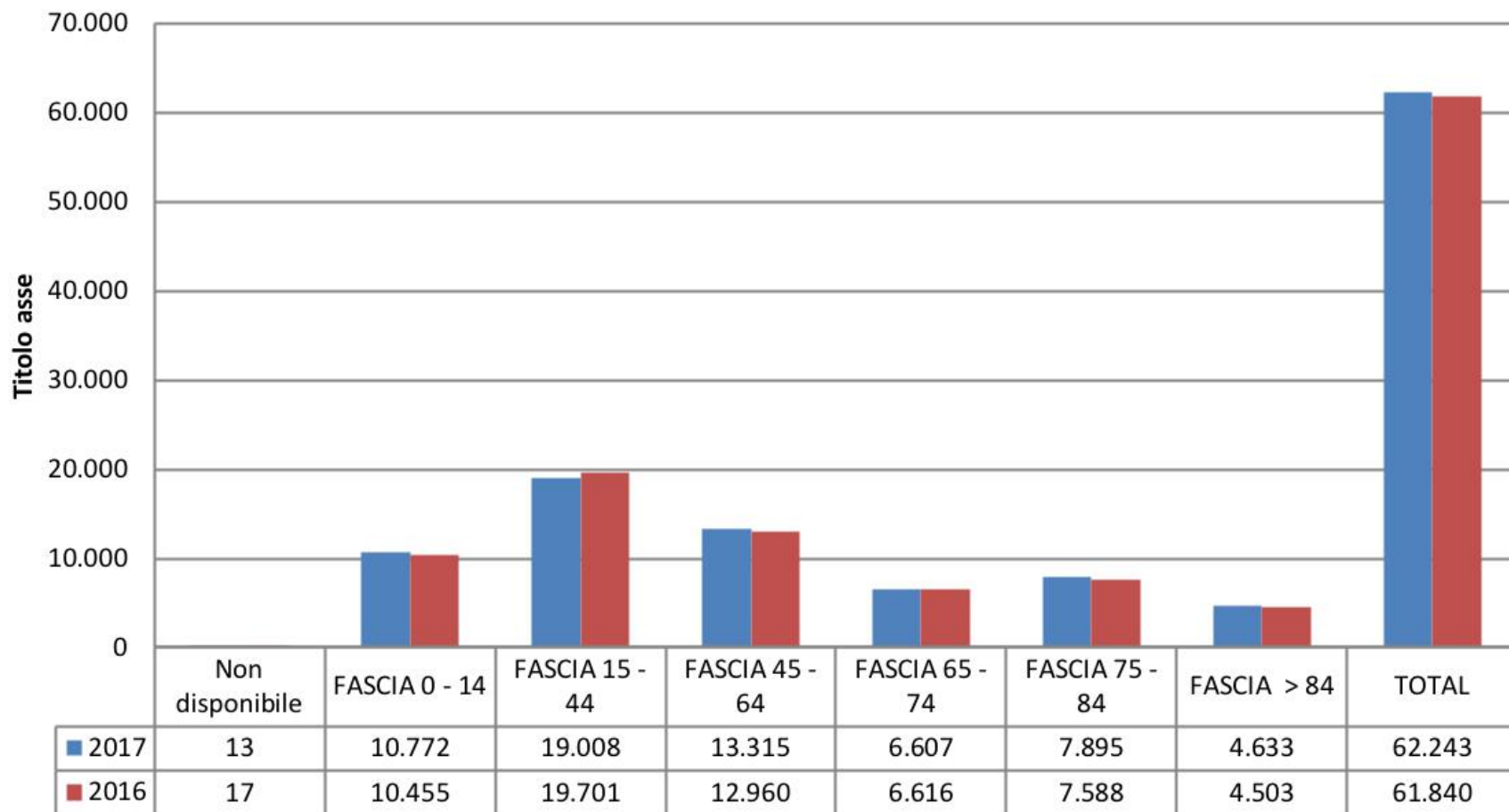


Epidemiologia H periferico



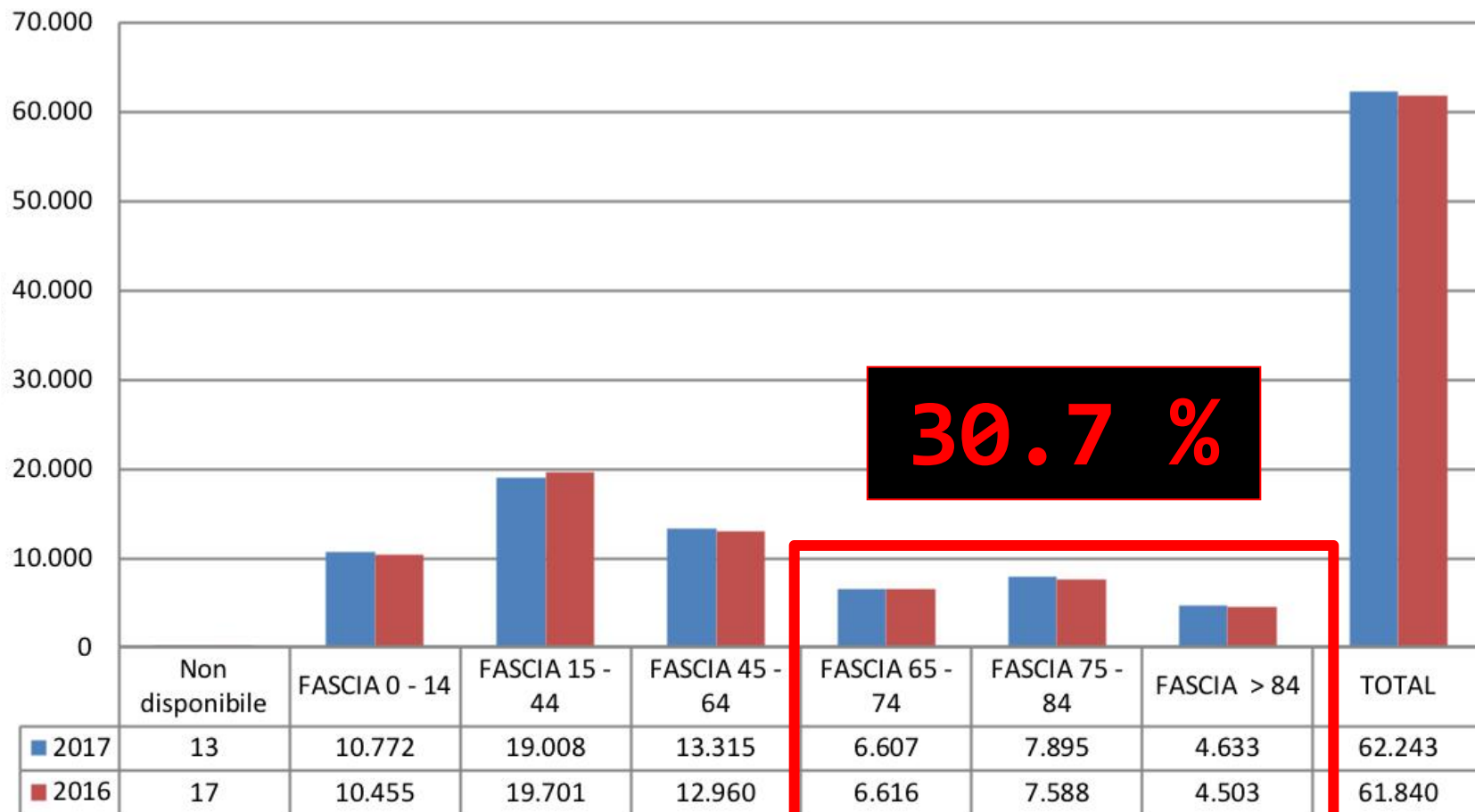
Epidemiologia DEA primo livello

Accessi PS per fascia d'età



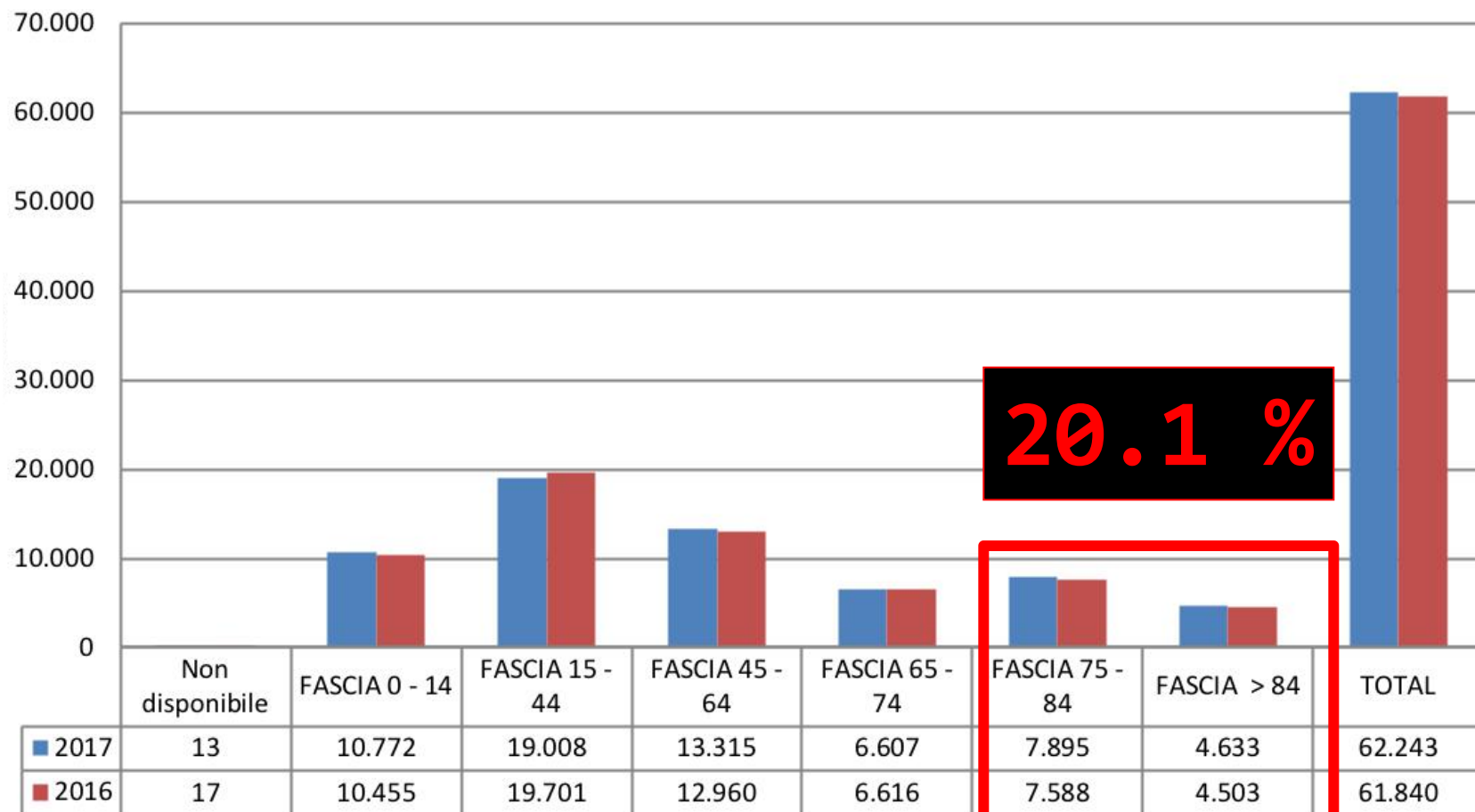
Epidemiologia DEA primo livello

Accessi PS per fascia d'età



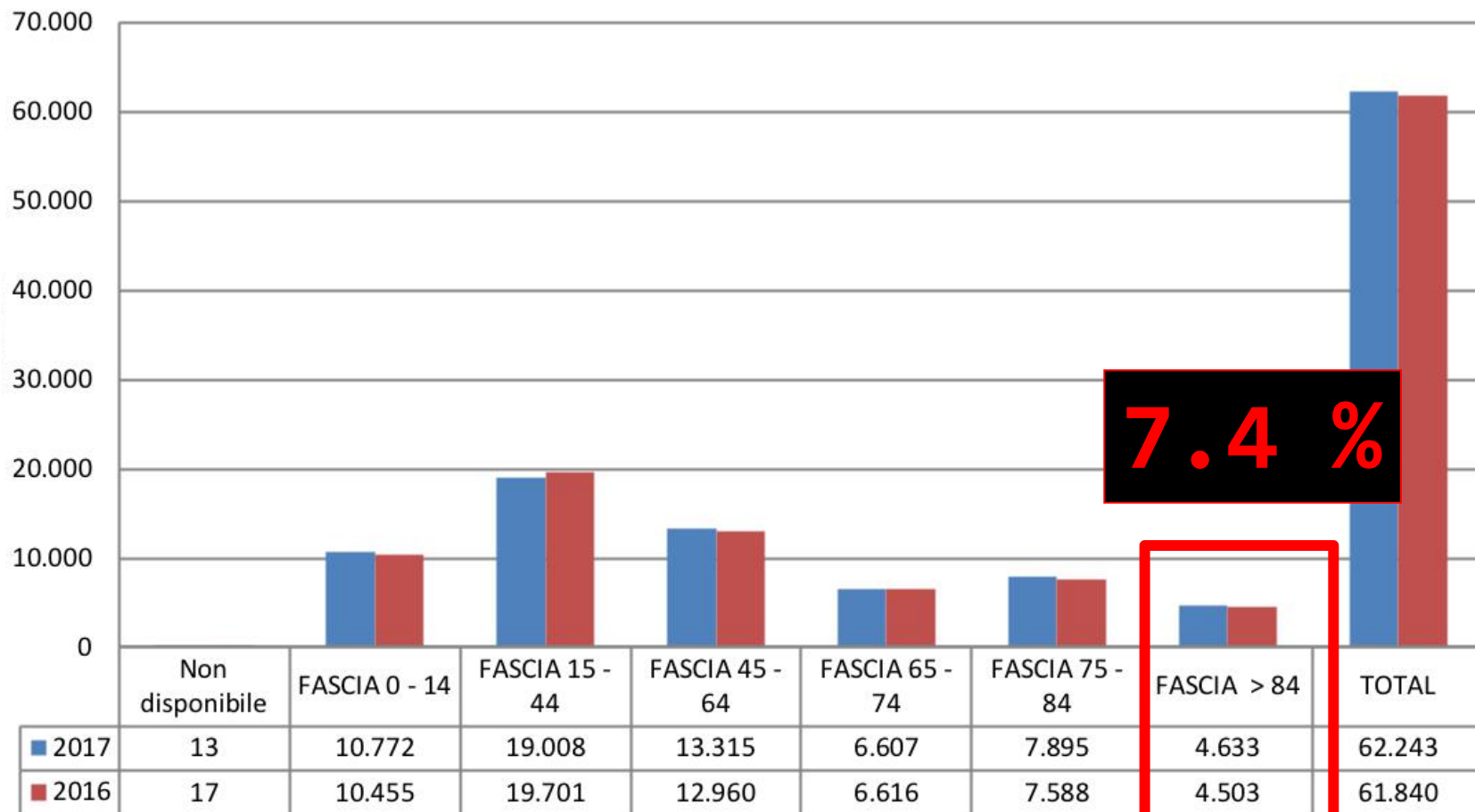
Epidemiologia DEA primo livello

Accessi PS per fascia d'età



Epidemiologia DEA primo livello

Accessi PS per fascia d'età



Epidemiologia DEA primo livello

N° accessi 2017: 62243

N° accessi 2016: 61840

N° cod argento 2017: 5399

N° cod argento 2016: 4987



**8.1 - 8.7% accessi in DEA
per pazienti fragili**

Epidemiologia Personale

Richieste CAVS eseguite dal DEA	
2014	252
2015	345
2016	322
2017	343
2018 - 3 mesi	103
2018 - stima	412

**1 richiesta di CAVS al giorno
per sole problematiche socioassistenziali**

Epidemiologia Letteratura

■ EDUCATION AND PRACTICE

Emergency Department Utilization by the Elderly: Analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey

*James L. Wofford, MD
Shellie D. Ellis, BA*

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE • December 1998, Volume 5, Number 12

1157

PRELIMINARY STUDIES

Use of Emergency Departments by Elder Patients: A Five-year Follow-up Study

GARY R. STRANGE, MD, EDWIN H. CHEN, PhD

Older Adults in the Emergency Department:
A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse
Outcomes, and Effectiveness of Interventions

Epidemiologia

23.4% delle visite in DEA per «elderly» patients



9.3% degli elderly in DEA per «home care impossible»

**2.2% degli accessi totali in DEA
per «home care impossibile»**

Pitfalls in the emergency department
triage of frail elderly patients without
specific complaints

*Olivier T. Rutschmann^a, Thierry Chevalley^b, Catherine Zuurwald, Christophe Luthy^c,
Bernard Vermeulen^d, François P. Sarasin^a*

^a Department of Medicine, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

^b Department of Geriatrics, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

^c Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile, Geneva, Switzerland

^d Emergency Medical Centre, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

Anziano in DEA: una sfida

“Nessuno ha
detto che
sarebbe stato
facile.”

Anziano in DEA: una sfida

Presentazione atipica di
malattie comuni

Difficoltà di comunicazione

Impairment cognitivo

Minore Autonomia

Anziano

Politerapia

Presentazione complessa

Pluricomorbidità

Supporto sociale necessario spesso
assente

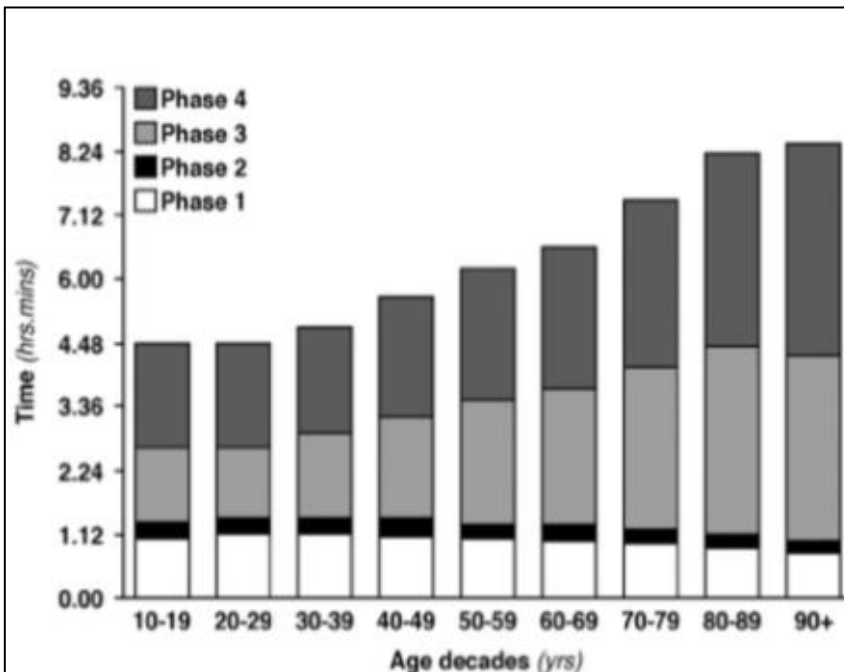
Anziano in DEA: una sfida

Age and time spent in the ED of an urban teaching hospital in Italy.

Rossi PD, et al.

[JAGS](#) 2010;58(19):2030-31.

Department of Internal Medicine, Geriatric Medicine Unit. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, University of Milan, Italy

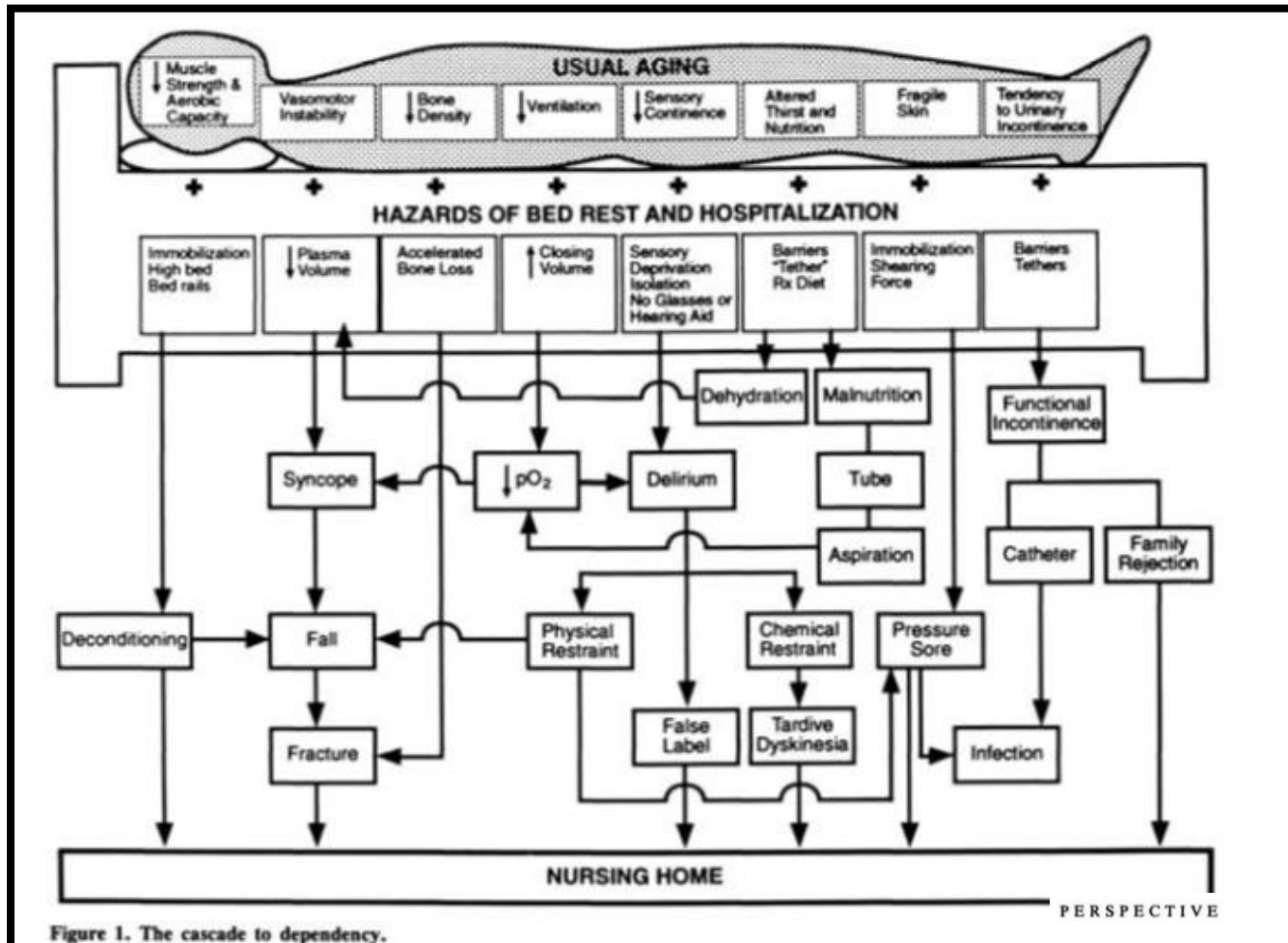


Phase 1: Triage to ED admission; **Phase 2:** ED admission to first diagnostic procedure; **Phase 3:** First to last diagnostic procedure; **Phase 4:** Last diagnostic procedure to hospitalization or discharge.

Older age was associated with longer overall ED stay and specifically with longer duration of the last two phases (3 and 4), independent of clinical severity at triage, larger consumption of diagnostic tests, and more-frequent hospitalization.

Anziano in DEA: una sfida

The Cascade to dependency



Anziano in DEA: una sfida

BMJ

BMJ 2013;346:f3242 doi: 10.1136/bmj.f3242 (Published 20 May 2013)

Page 1 of 2



VIEWS & REVIEWS

PERSONAL VIEW

Admission to hospital could be considered a disease

We know that being in hospital is risky, but **Hugh McIntyre** considers whether admission should be considered a disease in itself

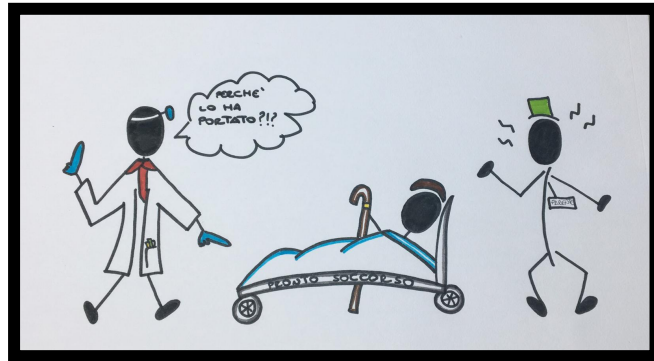
Hospital Syndrome

Agenda

- Caso clinico
- Definizione Anziani e Fragili
- Epidemiologia:
 - Distribuzione per età della popolazione italiana
 - Numero accessi in dea dei pazienti anziani
- **Perche in DEA?**
- Elementi in campo:
 - Cosa dice la morale
 - Cosa dice la legge
- Possibili soluzioni

Accesso al DEA

Perché in DEA?



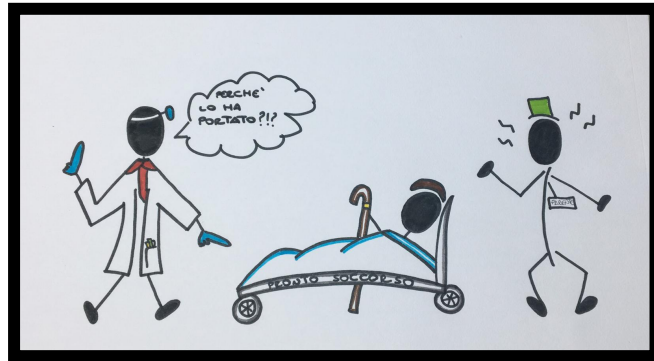
Acuto

Acuto su
Cronico

Cronico

Accesso Al DEA

Perché in DEA?



Acuto

Acuto Su
cronico

Cronico

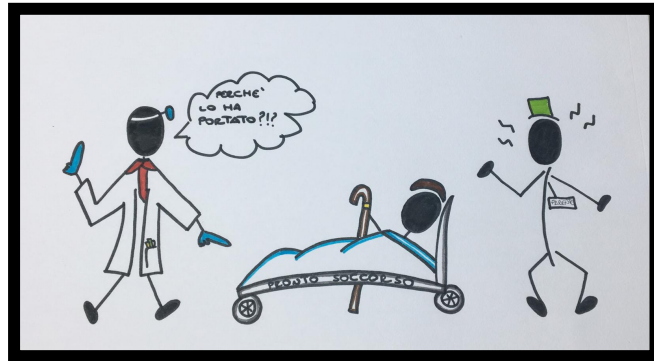
Accesso A1 DEA

Perché



Accesso Al DEA

Perché in DEA?



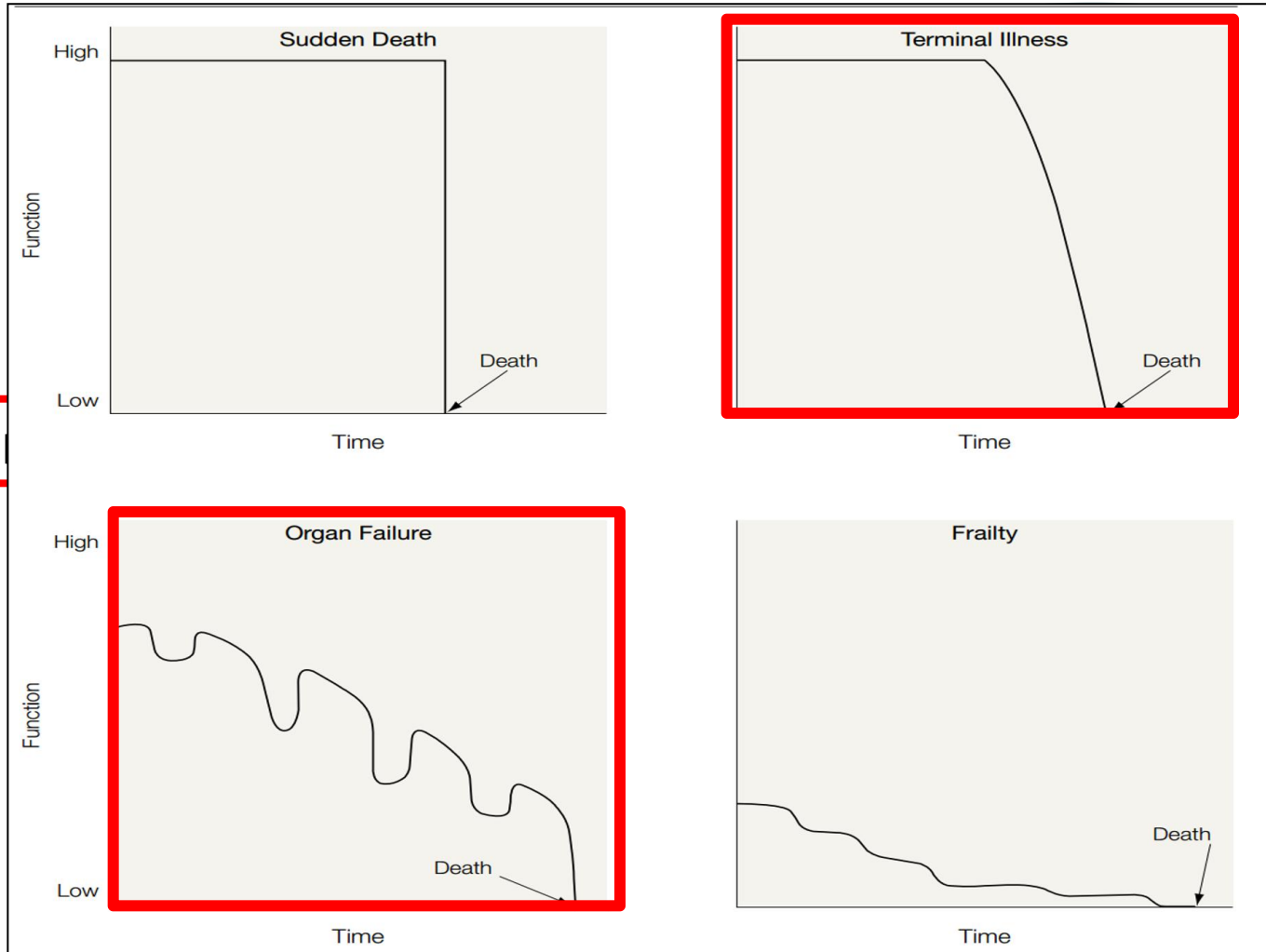
Acuto

Acuto Su
cronico

Cronico

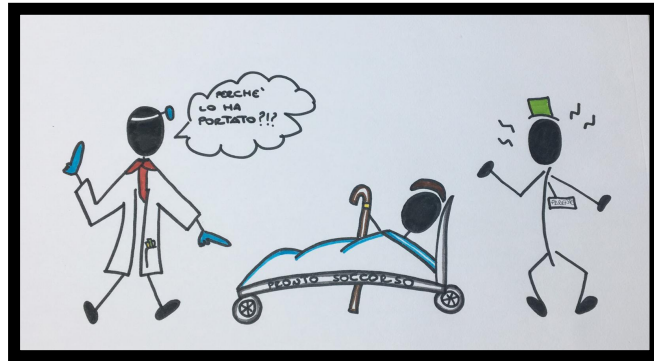
Accesso Al DEA

Per



Accesso Al DEA

Perché in DEA?



Acuto

Acuto Su
cronico

Cronico

Accesso Al DEA

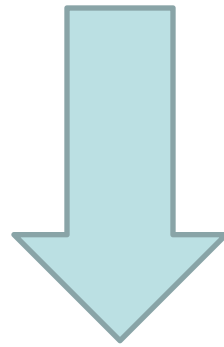
Per



Perché in DEA?

Cronico:

Bisogni sanitari **persistenti**
culminati in una **prevedibile** crisi



Espressione fallimento del SSN

Perché in DEA?

**La fragilità non comporta
aver maggior bisogno di cure in DEA o
una possibile risposta a tali condizioni dal DEA**

Overcrowding



Perchè in DEA?



Advertisement

NATIONAL

Why old souls are abandoned

Elderly patients left at hospital doorsteps are putting a strain on emergency staff, writes Eamonn Duff.

Perchè in DEA?

*«Mi chiamo Piero, vivo a Roma, ho 85 anni
e mia moglie Livia si è ammalata di Alzheimer
quattro anni fa»*

Perchè in DEA?

«Mi chiamo Piero, vivo a Roma, ho 85 anni e mia moglie Livia si è ammalata di Alzheimer quattro anni fa»

*«**Mi sono ritrovato a gestire da solo, in casa tutta la situazione,** con tutti, amici , parenti, medici, che mi dicevano “ non puoi farcela da solo, per Livia la cosa migliore è una casa di riposo”; si è vero da solo non ce la facevo, ma nessuno mi ha voluto aiutare a fare la cosa che ritenevo giusta: farla rimanere a casa nostra, in un ambiente che le era familiare, con i suoi ricordi e gli oggetti a cui teneva»*

Perchè in DEA?

«Mi chiamo Piero, vivo a Roma, ho 85 anni e mia moglie Livia si è ammalata di Alzheimer quattro anni fa»

«Mi sono ritrovato a gestire da solo, in casa tutta la situazione, con tutti, amici, parenti, medici, che mi dicevano “ **non puoi farcela da solo**, per Livia la cosa migliore è una casa di riposo”; si è vero da solo non ce la facevo, ma nessuno mi ha voluto aiutare a fare la cosa che ritenevo giusta: farla rimanere a casa nostra, in un ambiente che le era familiare, con i suoi ricordi e gli oggetti a cui teneva»

Perchè in DEA?

«Mi chiamo Piero, vivo a Roma, ho 85 anni e mia moglie Livia si è ammalata di Alzheimer quattro anni fa»

«Mi sono ritrovato a gestire da solo, in casa tutta la situazione, con tutti, amici, parenti, medici, che mi dicevano “non puoi farcela da solo, per Livia la cosa migliore è una casa di riposo”; si è vero da solo non ce la facevo, ma **nessuno mi ha voluto aiutare a fare la cosa che ritenevo giusta: farla rimanere a casa nostra**, in un ambiente che le era familiare, con i suoi ricordi e gli oggetti a cui teneva»

Perchè in DEA?

"Last year we visited carers in metropolitan and rural areas right across the country. As incredibly anxious and guilt-ridden as they might feel, they told us hospitals were sometimes their only choice."

The Sydney Morning Herald
INDEPENDENT. ALWAYS.
Advertisement

SAVE 50% NOW

NATIONAL

Why old souls are abandoned

Elderly patients left at hospital doorsteps are putting a strain on emergency staff, writes Eamonn Duff.

Perché in DEA?

**HOME CARE
IMPOSSIBLE**

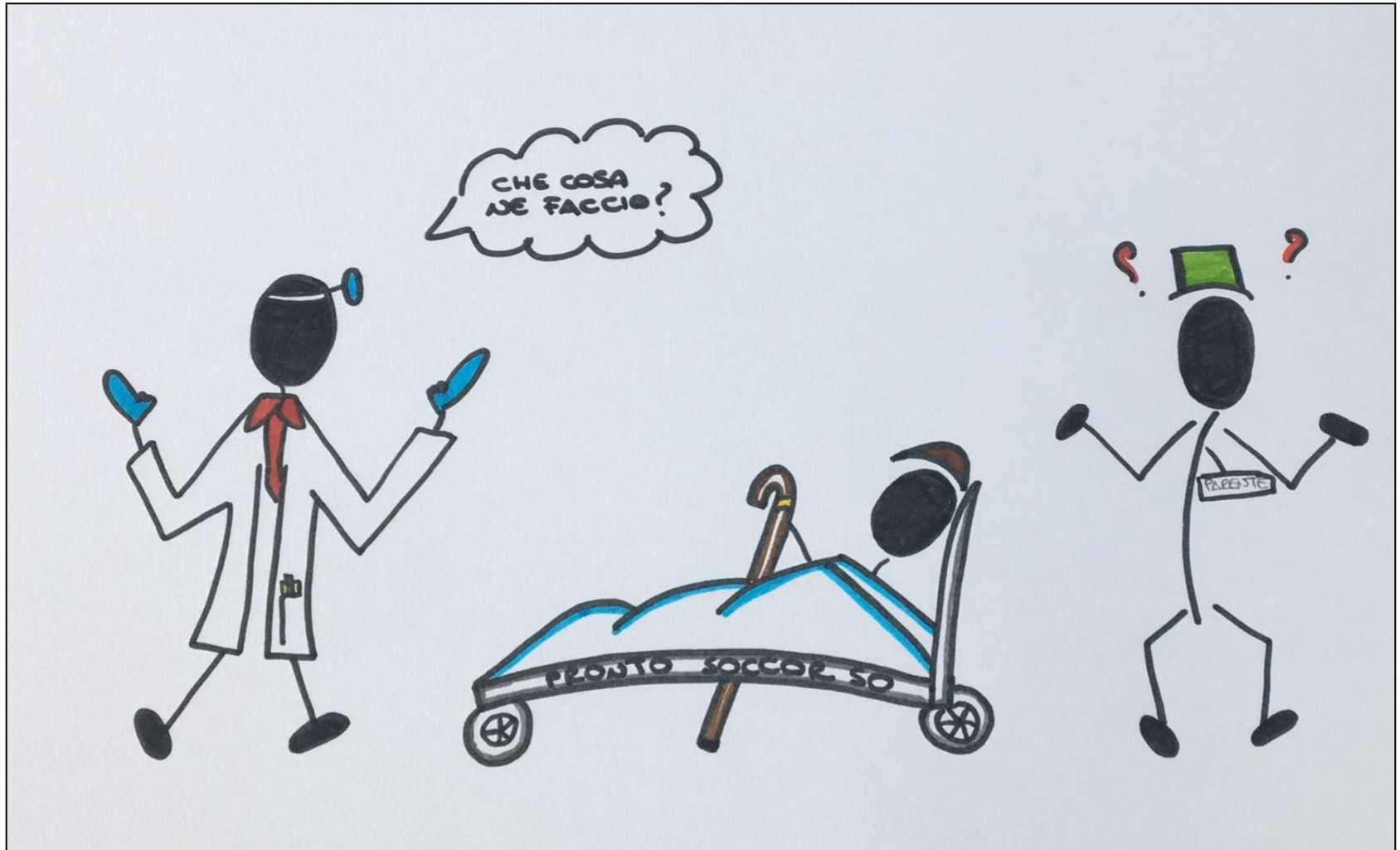
Perché in DEA?

True Insufficient
social familial
and/or
nursing support

Perché in DEA?



Come li gestiamo?



Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints

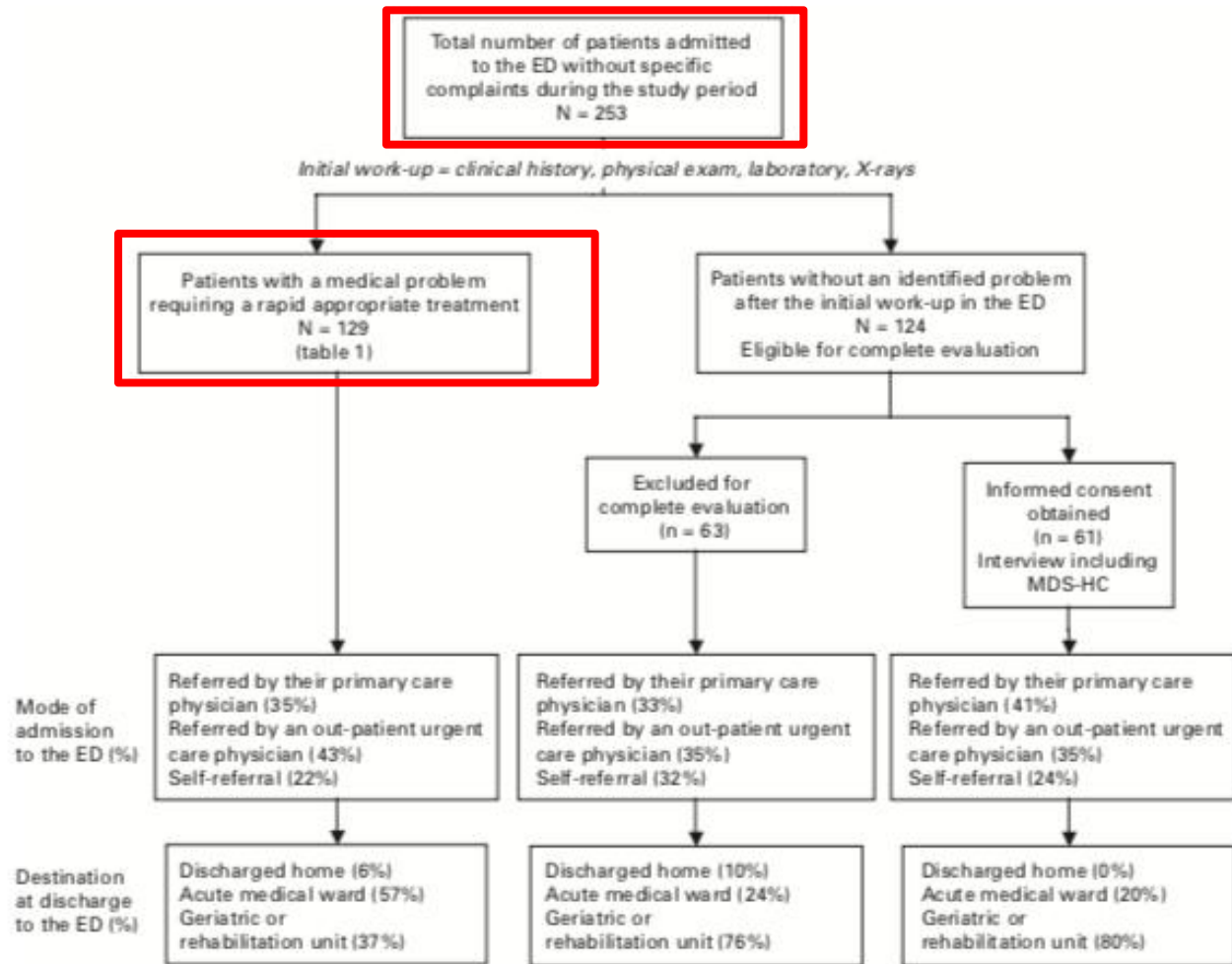
Olivier T. Rutschmann^a, Thierry Chevalley^b, Catherine Zumwald^c, Christophe Luthy^a, Bernard Vermeulen^d, François P. Sarasin^a

**Social cases:
the search for the hidden illnesses**

Gestione in dea

Figure 1

Mode of admission and discharge destination of 253 patients admitted in the ED without specific complaints.



Gestione in dea

Il 51% dei casi sociali aveva una patologia acuta intercorrente

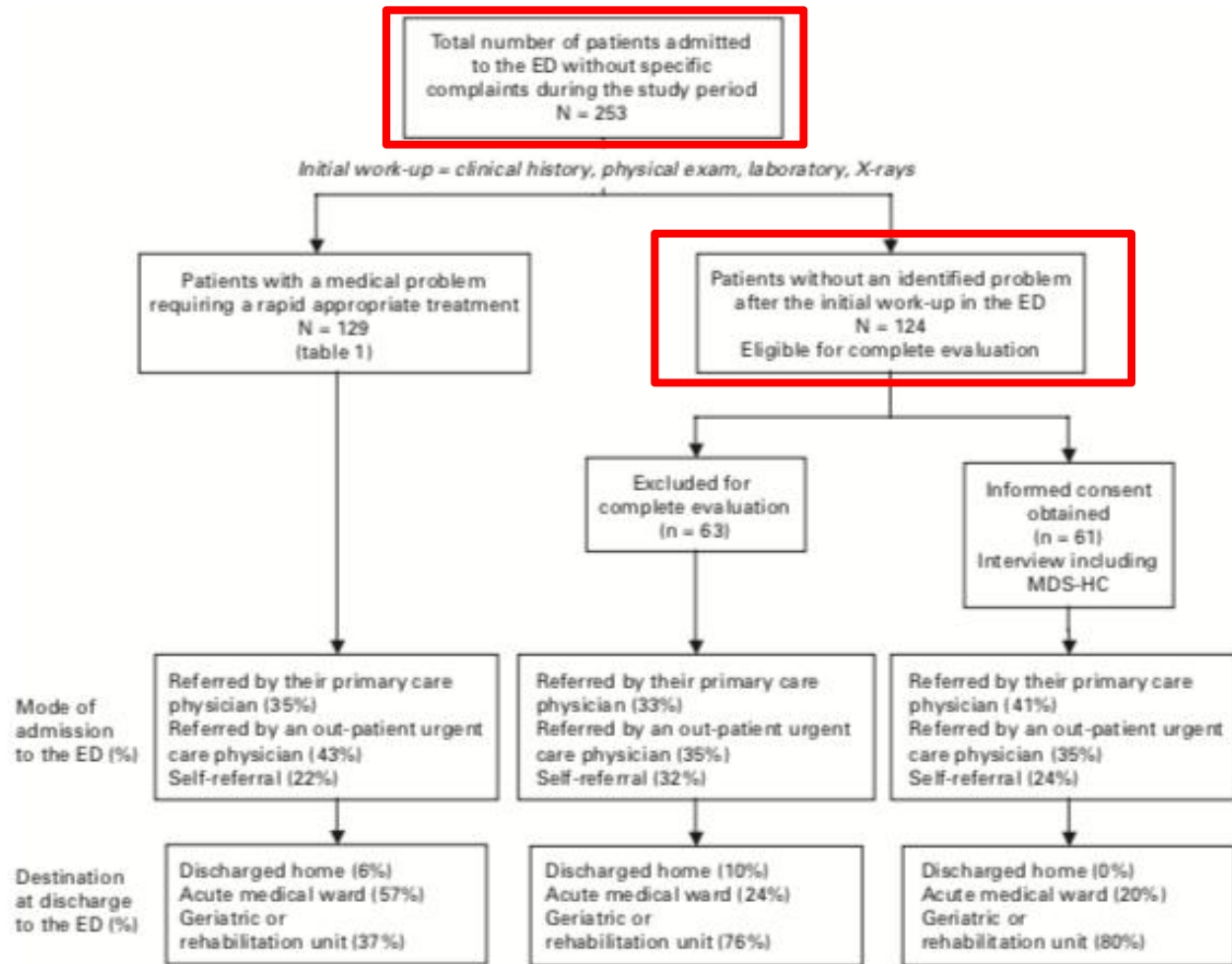
Hidden Illnesses	
Patologia Cardiovascolare	14%
Patologia Polmonare	5%
Patologia GI	7%
Patologia Neurologica	9%
Infezioni	24%
Altro	41%

**«one must be an
active listener
to hear
an unspoken problem»**

Gestione in dea

Figure 1

Mode of admission and discharge destination of 253 patients admitted in the ED without specific complaints.



Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints

Olivier T. Rutschmann¹, Thierry Chevalley², Catherine Zanwald, Christophe Luthy³, Bernard Vermeulen⁴, François P. Sarasin⁵

¹Department of Medicine, University Hospital, Geneva, Switzerland

Destino «true care home impossible»?

- ✓ No Discharged Home
- ✓ 24% admitted in a acute medical unit due to lack place of place in geriatric or chronic care unit
- ✓ 76% admitted to a chronic care unit or geriatric or rehabilitation unit

Pitfalls in the emergency department
triage of frail elderly patients without
specific complaints

*Olivier T. Rutschmann^a, Thierry Chevaley^a, Catherine Zamvoldi^a, Christophe Luthy^a,
Bernard Vermeulen^a, François P. Sarasin^a*

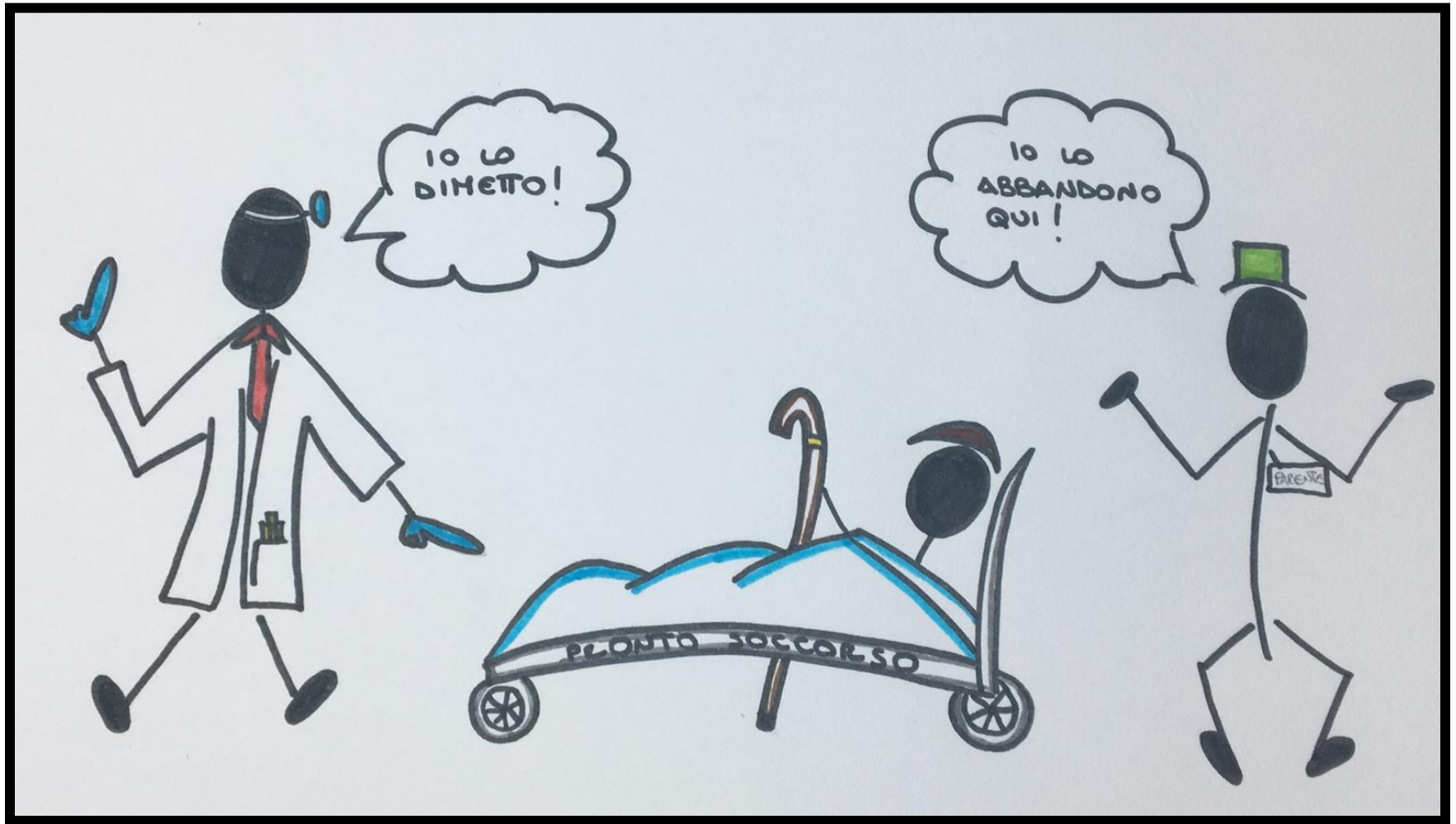
^a Department of Medicine, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

^b Department of Geriatrics, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

^c Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile, Geneva, Switzerland

^d Emergency Medical Centre, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland

Che fare?



Agenda

- Caso clinico
- Definizione Anziani e Fragili
- Epidemiologia:
 - Distribuzione per età della popolazione italiana
 - Numero accessi in dea dei pazienti anziani
- Perché in DEA?
- Elementi in campo:
 - Cosa dice la morale
 - Cosa dice la legge
- Possibili soluzioni

Morale / Etica

“Que dois-je faire ?”

LA question morale

Morale / Etica

**«Ci alzeremo in piedi
quando i deboli, gli anziani e i morenti
vengono abbandonati in solitudine e
proclameremo che essi sono degni di
amore, di cura e di rispetto»**



Morale / Etica



Morale / Etica

IL PICCOLO

TRIESTE - Giovedì 10 Maggio 2018

LETTERA DEL GIORNO

Al Pronto soccorso c'è sempre spazio per la pietà umana

Ho letto quanto pubblicato sul Piccolo il 6 maggio scorso a firma della signora Letizia Lenarduzzi con il titolo "Pronto soccorso per clochard" e mi sento in dovere di dare una risposta.

Anzitutto il Pronto soccorso di Cattinara non è un "dormitorio per clochard"! È una struttura sanitaria che presta cure mediche alle persone che hanno bisogni di salute, ma non solo. Avviene in tutto il mondo civile che i Pronto soccorso siano spesso il luogo in cui le persone povere, affette da disagi psichici o con gravi problemi sociali, cerchino rifugio.

La signora cui fa riferimento la signora Lenarduzzi è un caso noto, di difficile gestione. La signora con le borse è affetta da una grave patologia psichiatrica cosa che, lo capisce chiunque, l'ha condannata al punto in cui è.

Perché la signora Lenarduzzi si scandalizza del fatto che un operatore sanitario le abbia dato un letto dove dormire? Non avviene sempre ma a volte sì. Quello che ha fatto l'operatore sanitario è stato un ge-

sto di pietà umana e come tale lo approvo e lo apprezzo.

Noi tutti i giorni mettiamo le mani decine di volte su pazienti in scadenti condizioni igieniche! Lo facciamo perché è un nostro dovere e basta. Lo facciamo perché la solidarietà umana è un principio imprescindibile. Lo è sempre stato ma nel tempo che ci è dato di vivere lo è ancora di più! Il Pronto soccorso puzza, emana odori sgradevoli e non è un salone di bellezza. È un posto frequentato dalla sofferenza degli esseri umani e da chi è disposto a fare qualcosa per alleviarla.

Suggerisco alla signora Lenarduzzi di visitare qualche stazione ferroviaria, anche quella di Trieste, così forse la sua indignazione potrebbe trasformarsi in qualche iniziativa utile. Una buona notizia per la signora Lenarduzzi: garantisco che le barelle vengono sempre ben lavate dopo il loro uso, indipendentemente da chi ci si è dovuto stendere sopra.

Concludo citando il grande Fabrizio De André: "Se non sono gigli son pur sempre



figli, vittime di questo mondo."

Roberto Copetti

direttore Soc Pronto soccorso
e Medicina d'urgenza
Ospedale di Cattinara - Trieste

Morale / Etica



IL CAFFÈ

Lento abbandono

Mercoledì 31 maggio 2017



di Massimo Gramellini

Morale / Etica

Lei si chiamava Isabella, lascia un r... sarà facile
spiegare che il Paese che ha fatto... in posto civile. La
Procura ha aperto un fascio... noto. È noto che i
tagli allo Stato sociale... le ambulanze. È noto che i
«pronto soccorso... abbandono»: bolge dove
scarseggia t... — e un personale ridotto all'osso è

NESSUNO DEVE MAI
PIU' PERMETTERSI



IL CAFFÈ

Lento abbandono

Mercoledì 31 maggio 2017

di Massimo Gramellini

Legge



LA LEGGE
E'
MOLTO SIMILE
PER TUTTI

Legge

corso Svizzera, 164 - 10149 TORINO - C.F. 09737190018 - tel. 011.4393111 fax 011.439.3727

9.00 - 19.30

Layout grafico e realizzazione a cura della S.C. Tecnico Area Est

SI RICORDA ALL'UTENZA CHE LE MINACCE FISICHE O VERBALI AL PERSONALE INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO SONO PUNITE DAL CODICE PENALE art. 612:

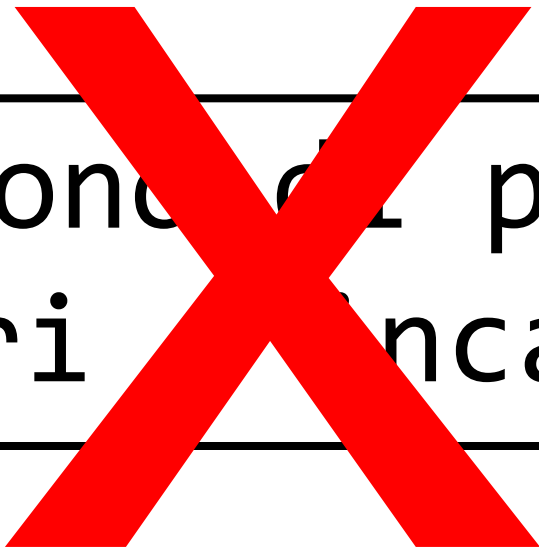
“Chiunque minacci ad altri un ingiusto danno è punito, a querela della persona offesa, con la multa. Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell'art. 339, la pena è della reclusione fino a un anno e si procede d'ufficio”.

Legge

Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Legge

Abbandono di persone
minori o incapaci



Legge

Posizione di Protezione e Garanzia del Bene Affidato

Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di garanzia nei confronti dei pazienti, la «**posizione di protezione**», la quale è caratterizzata dal dovere giuridico incombente al soggetto di provvedere alla **tutela di un certo bene giuridico**

Legge

Articolo 32

La Repubblica tutela la **salute** come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Legge

Registrazione del Paziente



Affidamento
del paziente fragile
alle nostre cure



Protezione e
Garanzia del suo
diritto di salute



Iter
diagnostico

Accertamento della
dimissibilità clinica

Legge

Accertamento della
dimissibilità clinica



Dimissione effettiva

Legge

Accertamento della
dimissibilità clinica



Opposizione Alla dimissione



Articolo 433 codice civile

Legge

 ASL CITTÀ DI TORINO DIREZIONE GENERALE	Opposizione alle Dimissioni -ASL Città di Torino-	Codifica: pr_OppDim01
---	--	-----------------------

OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI - ASL CITTÀ DI TORINO -

Obbligo di Assistenza

**«PROVVEDERE AL MANTENIMENTO DEL GENITORE ANZIANO
CHE A CAUSA DELLA SUA CONDIZIONE DI SALUTE NON
E' IN GRADO DI PRENDERSI CURA DI SE' E' UN
DOVERE DEI FIGLI E DEI FAMIGLIARI»**

Legge

Opposizione alla
dimissione



Avviso:

- Direzione sanitaria
- Giudice tutelare fasce deboli
- Assistente sociale



Segnalazione
Abbandono

Nomina
Amministratore
e di Sostegno

Attivazione
precoce Percorso
Extraospedaliero

Soluzione



Soluzione

«Nessuno mi ha voluto aiutare a fare la cosa che ritenevo giusta: farla rimanere a casa nostra, in un ambiente che le era familiare, con i suoi ricordi e gli oggetti a cui teneva. Livia mi ha sempre detto che sono cocciuto, ed è vero, pur di non mandarla in casa di riposo avrei fatto di tutto»

Piero,
Anziano Marito Romano di Livia affetta da Alzheimer

Soluzione

CLINICAL INVESTIGATION

Geriatric Emergency Department Innovations: Transitional Care Nurses and Hospital Use

Ula Hwang, MD, MPH,^{†‡} Scott M. Dresden, MD, MS,[§] Mark S. Rosenberg, DO, MBA,[¶] Melissa M. Garrido, PhD,^{†‡}  George Loo, MPA, MPH, DrPh,^{*} Jeremy Sze, BS,^{*} Stephanie Gravenor, MBA,[§] D. Mark Courtney, MD,[§] Raymond Kang, MA,^{**} Carolyn W. Zhu, PhD,^{†‡} Carmen Vargas-Torres, MA,^{*} Corita R. Grudzen, MD, MSHS,^{††} and Lynne D. Richardson, MD,^{*†‡} The GEDI WISE Investigators*

Soluzione

Article

Evaluating educational initiatives to improve palliative care for people with dementia: A narrative review

Mareeni Raymond, Alex Warner, Nathan Davies and Elora Baishnab
University College London, UK



Dementia
2014, Vol. 13(3) 366–381
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:

Original Article

Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study



Palliative Medicine
2015, Vol. 29(8) 727–736
© The Author(s) 2015



Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216315576309
pmj.sagepub.com
SAGE

Open Access

Protocol

BMJ Open Home or hospital for people with dementia and one or more other multimorbidities: What is the potential to reduce avoidable emergency admissions? The HOMEWARD Project Protocol

S Voss,¹ S Black,² J Brandling,¹ M Buswell,³ R Cheston,¹ S Cullum,⁴ K Kirby,² S Purdy,⁵ C Solway,⁶ H Taylor,⁷ J Benger¹

Isbury², Glenn Arendts^{3,4},
emmens²

Soluzione

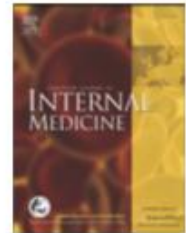
European Journal of Internal Medicine 26 (2015) 476–477



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim



Reflections in Internal Medicine

Reducing the risk of hospital admission: A call to action from the Italian Society of Internal Medicine☆



Rodolfo Sbrojavacca ^{a,1}, Antonello Pietrangelo ^{b,1}, Luigi Fenoglio ^{c,1}, Francesco Violi ^{d,1},
Francesco Perticone ^{e,1}, Gino Roberto Corazza ^{f,*,1}

Soluzione

Although there is no evidence that increasing territorial health services reduces hospital admissions or duration of hospital stays [8], we must commit ourselves to build alternatives to hospital admission that allow patients to be treated as long as possible at home, where the risk of iatrogenic complications is lower and the personalisation of care choices easier. Obviously, from such a perspective, hospital medicine must not be disqualified in favour of an ill-defined “territorial medicine”. Instead, it is necessary that “hospital medicine” operates within a wider health system organisation with specific roles, which, for instance, envision programming and coordinating diagnostic and therapeutic procedures also outside the hospital, possibly at patient's home.

Soluzione

- ✓ Investimento sulle **risorse territoriali**
- ✓ Ottimizzazione dei **sistemi di cure primarie**
- ✓ Ottimizzazione forme di **cura “proattive”**, atte a prevenire eventi avversi
- ✓ Implementazione di **servizi adatti alla cura domiciliare di pazienti fragili**
- ✓ Implementazione **cure palliative per pts fragili**

Soluzione

**Cambio culturale radicale
accettato da e condiviso
da tutti i professionisti sanitari**

**Non è possibile pensare
di non dover attuare soluzioni politiche
per un problema sociale**

Soluzione

«Ho voluto scrivervi per testimoniare che **si può fare qualcosa contro l'Alzheimer**, sono riuscito da solo a fare quello che volevo, **invecchiare insieme a mia moglie, ma non vorremmo continuare ad essere lasciati soli**»

Piero,
Anziano Marito Romano di Livia affetta da Alzheimer

Conclusioni



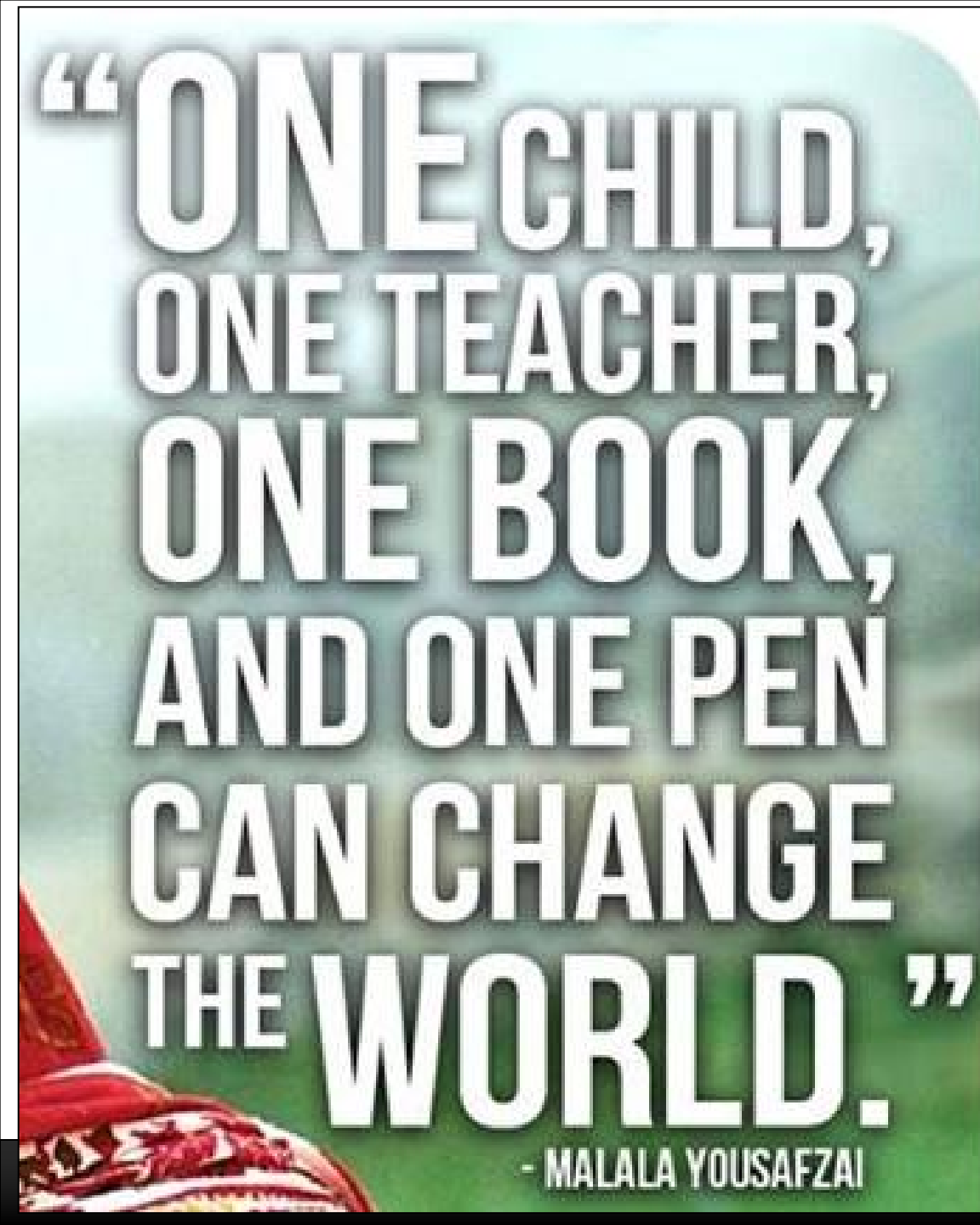
There's No Place Like Home

Moores, Chest. 2007 Jul;132(1):7-8

Grazie della Attenzione



Grazie a te per averli abbracciati di notte



“ONE CHILD,
ONE TEACHER,
ONE BOOK,
AND ONE PEN
CAN CHANGE
THE WORLD.”

- MALALA YOUSAFZAI

*"Let us pick up
our books and pens.
They are our most
powerful weapons.*

*One child, one
teacher, one pen
and one book can
change the world.
Education is the
only solution."*

The passionate speech at the
United Nation by Malala
Yousafzai

Epidemiologia

Dati popolazione home care impossible	
Età media (aa)	81 (65 - 97)
Modalità Arrivo:	
• Inviati dal curante	36%
• Inviati dall'ENS	39%
• Accompagnati dai familiari	25%
Arrivo (n medio) nei giorni:	
• Feriali	4 (3.6 - 4.5)
• Festivi	2 (1.5 - 2.4)
Orario di Arrivo:	
• % h7 - h19	84%
• % h19 - h7	16%
• % h22 - h7	7.6%

Obbligo di Assistenza

All'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell'ordine, il coniuge, i figli legittimi naturali, adottivi o, in mancanza, discendenti prossimi, l'adottante nei confronti del figlio adottivo, i genitori, o in mancanza gli ascendenti prossimi, i generi e le nuore, il suocero e la suocera, i fratelli.

PROVVEDERE AL MANTENIMENTO DEL GENITORE ANZIANO CHE A CAUSA DELLA SUA CONDIZIONE DI SALUTE NON E' IN GRADO DI PRENDERSI CURA DI SE' E' UN DOVERE DEI FIGLI E DEI FAMILIARI

Soluzione

- ✓ Ottimizzazione dei **sistemi di cure primarie**
- ✓ Ottimizzazione forme di **cura “proattive”**, atte a prevenire eventi avversi
- ✓ Implementazione di servizi adatti alla cura domiciliare di pazienti fragili
- ✓ Implementazione **cure palliative** per pts fragili
- ✓ Investimento sulle **risorse territoriali**

Conclusioni

- ✓ N° di Anziani in dea per «**home care impossibile**» è uguale al numero per pdc o intossicazioni
- ✓ La gestione di questi paziente in dea è **complessa**
- ✓ Escludere una condizione medica sottostante

Conclusioni

- ✓ Essere un buon ascoltatore
- ✓ Non si può non accogliere
- ✓ Ricordare e ricordarci che L'ospedale fa male
- ✓ Attivazione rapida di soluzioni extraospedaliere

Conclusioni

Necessità di **Soluzioni assistenziali e politiche**
diverse da quelle
di Un Pronto soccorso che
per il momento non è assolutamente pronto

Epidemiologia Personale

Richieste CAVS eseguite dal DEA	
2014	252
2015	345
2016	322
2017	343
2018 - 3 mesi	103
2018 - stima	412

Andamento **ingravescente**
Sicura **sottostima**

Perché in DEA?

