

Item 18 bis

Presentazione atipica delle malattie dell'anziano (Corbi e Salvioli)

Il paziente geriatrico come anche l'"anziano fragile", ossia il "frail elderly" sono caratterizzati da elementi caratteristici comuni, quali riduzione delle riserve funzionali, la polipatologia, l'atipia di presentazione clinica delle malattie, l'aumentato rischio iatrogeno e l'aumentato rischio di disabilità.

In particolare l'atipia di presentazione rappresenta uno degli elementi caratterizzanti la malattia nell'anziano e responsabile spesso del ritardo nella diagnosi e terapia. Infatti solo il 40% degli anziani presenta sintomatologia tipica come prevede il modello tradizionale della *one-disease*.

Non è un caso che la presentazione atipica sia più comune negli anziani fragili (59%) rispetto agli anziani non fragili (25%). Sebbene la nozione di presentazione atipica della malattia sia stata correlata al concetto di fragilità, l'interazione tra fragilità e presentazione atipica deve essere ancora chiarita, anche in relazione all'"under reporting" dei sintomi che spesso caratterizza l'anziano.

La presentazione con sintomi atipici noti ed altamente prevalenti (ad es. immobilità, cognizione alterata e incontinenza) viene spesso indicata come sindrome geriatrica. Non esiste una definizione standard di presentazione atipica di malattia.

Un mutamento delle condizioni cliniche richiede la valutazione multidimensionale geriatrica e la revisione delle cure in atto, in particolare dei farmaci assunti.

Presentazioni comuni includono stato mentale alterato, incapacità a mangiare e bere, assenza di reazione febbrile, mancanza di dolore, declino funzionale, ridotta mobilità, caduta, affaticamento e incontinenza urinaria ossia la descrizione dei cosiddetti *giants of geriatrics*. La presentazione atipica delle malattie è stata definita come l'assenza di segni e sintomi o la presenza di segni e sintomi insoliti, estranei o addirittura opposti a quanto ci si aspetta di solito.

Poiché la malattia negli anziani è complicata da cambiamenti fisici dell'invecchiamento e da molteplici problemi medici, è essenziale riconoscere più comunemente le manifestazioni atipiche della malattia negli anziani. Per esempio, lievi cambiamenti come una diminuzione della funzione o un diminuito appetito molto spesso sono i primi segni di malattia in un anziano.

È noto che la popolazione geriatrica ha spesso una presentazione clinica alterata. Inoltre, l'atipia di presentazione sembra essere un predittore indipendente di outcome ospedalieri negativi. Il riconoscimento e la gestione precoce della presentazione atipica possono potenzialmente portare a risultati di salute positivi promuovendo diagnosi accurate, riducendo il rischio di nuove comorbidità, riducendo la degenza ospedaliera e migliorando la qualità di vita.

In uno studio sulla prevalenza e l'esito clinico di pazienti anziani con presentazione atipica visti in pronto soccorso, le diagnosi più frequenti correlate a presentazione atipica sono state le fratture e le malattie neurologiche e infettive, mentre in 1/3 dei casi la malattia di base della presentazione atipica non è stata determinata. Le cadute inspiegabili hanno rappresentato la maggior parte delle presentazioni atipiche indeterminate. I pazienti anziani spesso non riescono a ricordare la caduta a causa di sincope con perdita di memoria o disturbo cognitivo esistente. Pazienti con una presentazione atipica della malattia sembrano avere un peggior outcome clinico. Le possibili cause di esiti negativi

comprendono comorbidità e fragilità, un processo diagnostico più lungo e diagnosi mancate, meno accurate o un ritardo nel trattamento e più complicazioni come il delirio. In Tabella 1 sono riportati i possibili fattori di rischio, cause e conseguenze dell'atipia di presentazione nell'anziano.

Tab. 1. Fattori di rischio, cause e conseguenze dell'atipia di presentazione

Fattori di rischio	Cause	Conseguenze
Comorbidità multiple	Modifiche fisiologiche legate all'età	Mancata diagnosi
Compromissione cognitiva o funzionale	Perdita di riserva fisiologica correlata all'età	Aumento di morbilità e mortalità
Età ≥ 85 anni	Interazioni di condizioni croniche con malattie acute	Uso non necessario dei pronto soccorso
Polifarmacia	Sottosegnalazione dei sintomi	Misdiagnosi

Si possono distinguere 3 diversi tipi di presentazione atipica: (1) Presentazione vaga; (2) Alterata presentazione (3) Assenza di presentazione.

Vaga presentazione. La Tabella 2 elenca alcuni sintomi non specifici, come cadute, confusione o altri sintomi che possono indicare una malattia acuta imminente in un anziano. I cambiamenti nel comportamento o nella funzione in un anziano sono spesso un prodromo di una malattia acuta, specialmente per i soggetti più fragili. I sintomi vaghi possono o non possono essere tipici della malattia in fase di presentazione, ma sono raramente specifici. È essenziale considerare con attenzione le segnalazioni di pazienti, familiari e caregiver non professionali in merito a sintomi quali lieve confusione, cambiamenti nella capacità di svolgere attività quotidiane (ADL) e diminuzione dell'appetito. L'identificazione tempestiva di malattie acute con una presentazione vaga consente il trattamento precoce della malattia con conseguente riduzione della morbilità e mortalità ed una migliore qualità di vita degli anziani.

Tabella 2. Sintomi non specifici che possono indicare una specifica malattia (Ham, 2002)

Confusione
Self-neglect
Caduta
Incontinenza
Apatia
Anoressia
Dispnea
Fatica

Alterata presentazione. Le alterate presentazioni più comuni negli anziani sono elencate nella Tabella 3. In tabella 4 il confronto tra sintomi tipici ed atipici di patologia frequentemente prevalenti in età geriatrica. La presentazione di un sintomo o di un gruppo di sintomi negli anziani potrebbe essere confusa. Infatti i sintomi classici di malattia, quali ad es. il dolore toracico nell'infarto miocardico, la febbre nelle infezioni, il dolore e la distensione addominale nell'addome acuto, la tristezza nella depressione, l'agitazione nell'ipertiroidismo, la disuria in corso di infezione del tratto urinario, potrebbero non comparire negli anziani. Di contro un cambiamento nello stato mentale, è uno dei sintomi più frequenti di tutte queste condizioni nell'anziano.

Tabella 3. Alcune presentazioni atipiche di malattia nell'anziano

PATOLOGIA	PRESENTAZIONE ATIPICA
Malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di febbre • Sepsi senza leucocitosi e febbre usuali • Cadute, diminuzione dell'appetito o assunzione di liquidi, confusione, cambiamento dello stato funzionale
Addome acuto	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di sintomi (presentazione silenziosa) • Lievi disagi e costipazione • Alcuni sintomi respiratori tachipnea e probabilmente vaghi
Neoplasie	<ul style="list-style-type: none"> • Dolore alla schiena secondario a metastasi da masse mammarie a crescita lenta • Masse silenziose dell'intestino
Infarto miocardico	<ul style="list-style-type: none"> • Assenza di dolore toracico • Sintomi vaghi di affaticamento, nausea e diminuzione dello stato funzionale. • Presentazione classica: Dispnea più comune rispetto al dolore toracico
Edema polmonare	<ul style="list-style-type: none"> • Può non manifestare soggettivamente i sintomi classici come dispnea parossistica notturna o tosse • L'insorgenza è insidiosa con alterazioni dello stato funzionale, dell'assunzione di cibo o di liquidi o confusione
Malattie tiroidee	<ul style="list-style-type: none"> • Iper-tiroidismo che si presenta come "tiro-tossicosi apatica", cioè affaticamento e rallentamento • Ipotiroidismo, che si presenta con confusione e agitazione
Depressione	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di tristezza • Disturbi somatici, come alterazioni dell'appetito, sintomi Gastrointestinali vaghi, stitichezza e disturbi del sonno • Iperattività • Malinconia erroneamente interpretata come normale conseguenza dell'invecchiamento • Problemi medici che mascherano la depressione
Malattie che si presentano con depressione	<ul style="list-style-type: none"> • Ipo ed ipertiroidismo che si presenta come diminuzione di energia e apatia

Malattie infettive. La mancanza di segni tipici di infezione negli anziani è comune. Gli anziani con sepsi potrebbero non presentare leucocitosi e febbre abituali, ma piuttosto una riduzione dell'appetito e/o dello stato funzionale. Considerando la frequenza delle infezioni negli anziani, che interessano più spesso le vie urinarie, le vie respiratorie, la cute o il tratto gastrointestinale, si deve sospettare un'infezione in qualsiasi cambiamento di condizione, incluse cadute, diminuzione dell'assunzione di cibo o di liquidi, confusione e/o un cambiamento di stato funzionale. In particolare va considerato che la polmonite non richiede obbligatoriamente l'ospedalizzazione, e che quest'ultima può essere essa stessa responsabile di malattie infettive. Infatti nell'anziano ospedalizzato è frequente la polmonite nosocomiale associata anche a procedure sanitarie. Tale entità insorge 48-72 ore dopo il ricovero, e nella sua patogenesi ha un ruolo importante l'aspirazione di

materiale orofaringeo sede di colonizzazione batterica soprattutto in carenza di igiene del cavo orale da parte del personale infermieristico.

Addome acuto. La maggior parte dei pazienti con sospetto "addome acuto" presenta disturbi o segni come dolore, suoni intestinali diminuiti o assenti e febbre. Tuttavia, negli anziani un addome acuto può presentarsi in silenzio con lieve disagio e stitichezza, con tachipnea e possibilmente sintomi respiratori vaghi. Anche in questo caso è molto importante riconoscere i pazienti in cui vi siano disturbi intestinali significativi ed un cambiamento nell'assunzione di cibo o liquidi.

Neoplasie. un esame fisico completo è di vitale importanza negli anziani che potrebbero non essere consapevoli delle neoplasie. Ad esempio, le masse mammarie nelle donne anziane possono essere a crescita molto lenta ed esistere per un certo periodo di tempo prima di essere scoperte durante un intervento chirurgico per dolore lombare secondario alle metastasi ossee. Le masse silenziose dell'intestino, in particolare quelle del colon ascendente, possono esistere senza sintomi maggiori a causa della ridotta sensibilità neuronale nel tratto Gastrointestinale.

Infarto miocardico. La maggior parte degli infarti miocardici negli anziani non presenta sintomi clinici come il dolore toracico. I medici devono far attenzione nei pazienti a rischio alla presenza di sintomi vaghi di affaticamento, nausea e declino dello stato funzionale. Quando i pazienti presentano un quadro più classico di infarto acuto, un disturbo più comune rispetto al dolore toracico è la dispnea. Nella figura 1 sono elencate le cause di presentazione clinica atipica in pazienti anziani con cardiopatia ischemica.

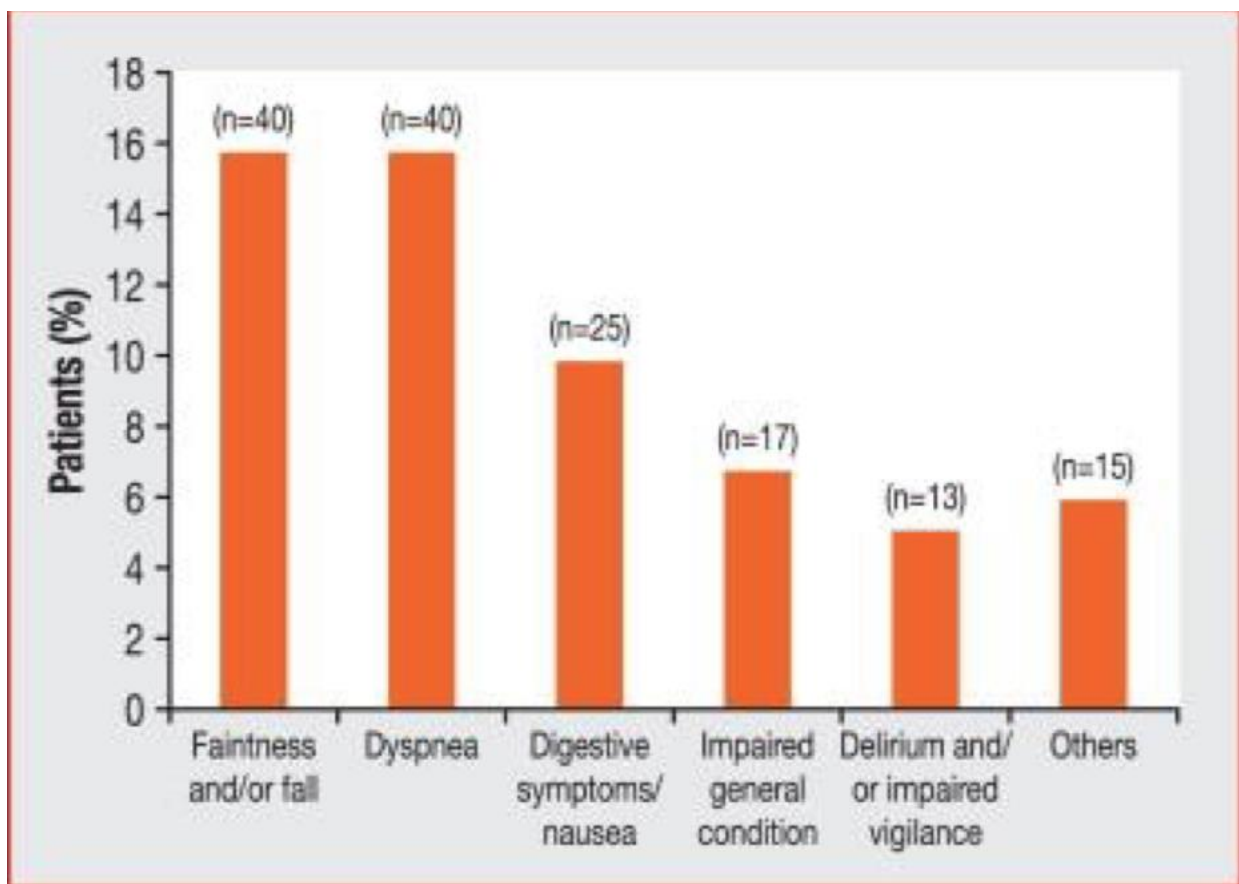


Fig. 1. Presentazioni atipiche più comuni in corso di cardiopatia ischemica

Edema polmonare. Gli anziani che soffrono di edema polmonare mostrano spesso segni clinici specifici associati ad insufficienza cardiaca come aumento della ritenzione di liquidi,

affaticamento ed eventualmente dispnea. Tuttavia, il paziente non può soggettivamente sperimentare o riconoscere i sintomi classici come dispnea notturna parossistica, o tosse. Più tipicamente l'insorgenza è insidiosa e si presenta come un cambiamento di funzione, una riduzione dell'assunzione di cibo o di liquidi, o confusione.

Malattie della tiroide: Sebbene i pazienti presentino spesso segni e sintomi classici sia di ipo- che di ipertiroidismo, non è raro vedere una presentazione alterata di entrambi. Ad esempio, l'ipertiroidismo può presentarsi come "tireotossicosi apatica" per cui un paziente presenta affaticamento e rallentamento rispetto al classico paziente iperattivo e magro. Inoltre, l'ipotiroidismo, che classicamente è caratterizzato da affaticamento ed aumento di peso, invece può presentare confusione ed agitazione.

Depressione. Sebbene la depressione negli anziani si associ ad umore triste, spesso si presenta come una preoccupazione da parte del soggetto per i sintomi somatici legati ai cambiamenti dell'appetito, a disturbi vaghi del tratto gastrointestinale, alla stitichezza ed ai disturbi del sonno. Inoltre, i medici spesso interpretano la tristezza come reazione appropriata a molteplici problemi medici e quindi disconoscono la diagnosi di depressione. Gli anziani più frequentemente presentano una depressione "agitata". Inoltre, la diagnosi di depressione è complicata dalla sovrapposizione di molteplici problemi medici e dai relativi sintomi che mascherano tale patologia. In tal senso l'utilizzo di scale quali la Geriatric Depression Scale (GDS) può risultare utile. Paradossalmente, è altrettanto importante riconoscere le malattie mediche che possono presentarsi con depressione. Ad esempio, sia l'ipo che l'ipertiroidismo possono presentarsi come diminuzione di energia ed apatia ed essere erroneamente diagnosticate come depressione.

Del resto anche la demenza può avere una presentazione atipica. È importante ricordare la possibilità che inizialmente vi sia un'afasia fluente e non fluente oppure una progressiva disfunzione visiva.

Tabella 4. Presentazione di alcune patologie frequenti in età geriatrica.

Patologia	Presentazione "tipica"	Presentazione "atipica"
<i>Polmonite</i>	Tosse, dispnea, espettorato	Assenza dei sintomi usuali, malessere, anoressia, confusione
<i>Infarto miocardico</i>	Dolore toracico retrosternale severo, dispnea, nausea	Dolore al petto lieve o no, confusione, debolezza, vertigini
<i>Infezione del tratto urinario</i>	Disuria, poliuria, ematuria	Assenza di disuria, confusione, incontinenza, anoressia
<i>Tireotossicosi (emergenza ipertiroidea)</i>	Aumento frequenza cardiaca, irrequietezza, agitazione, tremore	Letargia, aritmie cardiache, stanchezza, perdita di peso
<i>Appendicite acuta</i>	Dolore addominale del quadrante inferiore destro, febbre, tachicardia	Dolore addominale diffuso, confusione, urgenza urinaria, assenza di febbre o tachicardia
<i>Infezione</i>	Febbre, tachicardia, conta dei globuli bianchi elevata	Temperatura normale o inferiore alla norma, assenza di tachicardia, conta dei globuli bianchi leggermente elevata
<i>Depressione</i>	Umore triste, aumento del	Confusione, apatia, assenza

sonno, fluttuazioni di peso

di sentimento soggettivo di depressione

Emmett, K.R. (1998). Nonspecific and atypical presentation of disease in the older patient, *Geriatrics*, 53(2), 50-60. O'Neill, P.A. (2002). *Caring for the older adult: A health promotion perspective*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Assenza di presentazione. Una serie di malattie negli anziani potrebbero non essere riconosciute per molti anni ed avere un impatto significativo sulla qualità di vita del soggetto (Tabella 4), poichè prive di sintomi che giustifichino il ricorso alle cure. In Tabella 4 le patologie più frequentemente associate a mancanza di sintomi e segni.

Tabella 4 Malattie "nascoste" negli anziani (Ham, 2002)

Depressione
Incontinenza
Alcolismo
Osteoporosi
Demenza
Problemi dentali
Cattiva alimentazione
Disfunzione sessuale
Osteoartrite

Pertanto, nell'anziano i fattori che contribuiscono alla sottostima delle malattie sono rappresentati da:

- La natura insidiosa dell'insorgere delle malattie e i sintomi vaghi associati a questi problemi
- Una tendenza da parte dei pazienti e delle famiglie a considerare molti di questi sintomi come una parte "normale" dell'invecchiamento
- La riluttanza delle persone anziane a lamentarsi dei problemi a causa di timori di essere ignorati o di richiedere test onerosi per la diagnosi
- Difetti di comunicazione tra cui problemi di udito, problemi di vista e problemi di linguaggio

In Tab. 5 sono riportati i potenziali esiti derivanti della conoscenza dell'atipia di presentazione per i diversi attori della cura.

Tab. 5 Potenziali esiti della conoscenza dell'atipia di presentazione nei diversi attori della cura.

Paziente anziano	Caregiver	Istituzioni
<ul style="list-style-type: none">• Meno esiti iatrogeni dalla presentazione atipica della malattia	<ul style="list-style-type: none">• Uso di una serie di interventi per prevenire, alleviare o migliorare la presentazione atipica della malattia negli anziani	<ul style="list-style-type: none">• Materiale educativo correlato alla presentazione atipica della malattia
<ul style="list-style-type: none">• Comprensione del rischio di presentazione alterata della malattia	<ul style="list-style-type: none">• Documentazione e comunicazione della presentazione atipica della malattia di ogni individuo e tra i livelli di cura	<ul style="list-style-type: none">• Diminuzione della morbilità e mortalità dovute alla presentazione atipica della malattia
<ul style="list-style-type: none">• Maggiore consapevolezza dei segni e dei sintomi da segnalare al caregiver	<ul style="list-style-type: none">• Aumento delle conoscenze sulla presentazione atipica negli anziani	<ul style="list-style-type: none">• Formazione continua del personale relativa all'identificazione della presentazione atipica della malattia nell'anziano

Anche i dati forniti dal laboratorio possono essere poco significativi. Particolare attenzione va posta al rapporto urea/creatinina, indicativo dello stato di idratazione. La diminuzione anche modesta delle capacità funzionali e dell'appetito sono spesso i primi segni della malattia nell'anziano, così come la comparsa di delirium rappresenta una delle più comuni presentazioni atipiche delle malattie in età geriatrica, con segno prognostico negativo.

In modo analogo la rilevazione dei parametri vitali è fondamentale nell'anziano ma richiede alcune considerazioni particolari:

- La frequenza respiratoria (v.n. 16-18 atti respiratori/min) deve essere integrata con la ricerca di eventuali alterazioni del ritmo come il respiro periodico, per cui l'utilizzo del pulsossimetro, che informa sulla saturazione periferica dell'ossigeno (%satO₂), può risultare di particolare utilità.
- La temperatura corporea deve essere rilevata ricordando la sua importanza clinica soprattutto se misurata nel tempo e nelle sedi opportune (si deve definire il tipo di febbre: continua, intermittente e remittente), ricordando però come le malattie infettive possono decorrere nell'anziano in modo atipico cioè anche senza ipertermia. Infatti nell'anziano l'ipotermia è più frequente e richiede l'utilizzazione di un termometro adeguato.
- La valutazione della pressione arteriosa (PA) fornisce informazioni rilevanti se eseguita sia in clinostatismo (5 minuti di riposo) che nei tre minuti successivi alla assunzione della posizione eretta (ortostatismo). Se la PA sistolica diminuisce di 20 mmHg o più dopo 3 minuti si parla di ipotensione ortostatica (sintomatica o asintomatica). La valutazione dei valori di PA con continuità per 60 secondi dopo l'assunzione della posizione eretta permette di valutare la velocità di recupero dei valori di PA sistolica, e, quindi, della funzionalità barocettoriale, che può essere condizionata da diversi fattori quali i farmaci assunti e la volemia. A tal fine è fondamentale l'utilizzo di uno sfigmomanometro adeguato, veloce, che memorizzi i valori e che fornisca indicazioni anche sulla frequenza del polso periferico e sulla sua ritmicità. Non si deve dimenticare che nell'anziano la rigidità della parti arteriose ostacola la compressione del vaso e può determinare la pseudoipertensione (è consigliabile durante la misurazione della PA valutare anche il polso radiale per confermare il reperto auscultatorio quando utilizzato per rilevare la PA massima e minima).
- -Le prestazioni fisiche e cognitive diventano un quinto segno vitale nella persona anziana. In particolare la depressione è la più frequente alterazione della salute mentale nell'anziano, che compromette una buona qualità della vita, provoca disabilità funzionale e rappresenta un fattore di rischio per mortalità.
- Anche il peso corporeo rappresenta un parametro fondamentale dal punto di vista clinico, in particolare nei pazienti allettati dove va verificato con l'utilizzo di strumenti ampiamente disponibili. Così come l'alterata deglutizione è frequente nell'anziano e dovrebbe essere valutata ponendo il paziente seduto in posizione comoda ed eretta e chiedendogli di bere senza interruzione tre sorsi d'acqua da un bicchiere: si valuta poi la presenza di segni di disfagia come tosse (fino a un minuto dopo la deglutizione), gorgoglio o cambiamenti di voce.
-

Il Modified early warning score (MEWS) è un semplice strumento per valutare la gravità clinica e il rischio di mortalità di un paziente, anche anziano, che presenta un evento acuto di varia natura aiutando in tal modo anche nella decisione del ricorso all'ospedalizzazione, che nell'anziano rappresenta sempre un evento "traumatico". Tale strumento prevede la rilevazione dei segni vitali fondamentali (pressione arteriosa, temperatura corporea,

frequenza cardiaca e respiratoria) e dello stato di coscienza valutato con la risposta a stimoli con AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive). La Tab. 6 aiuta a creare lo score del MEWS.

Tab. 6. MEWS score

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Pressione sistolica	<70	71-80	81-100	101-199	---	>200	---
Freq. cardiaca (BPM)	---	<40	41-50	51-100	101-111	111-129	>130
Freq. respiro (RPM)	---	<9	---	9-14	15-20	21-29	>30
Temperatura (°C)	---	<35	---	35.0-38.4	---	>38.5	---
AVPU	---	---	---	A	V	P	U

Stato di coscienza: A: vigile, V: risponde alle parole, P: risponde agli stimoli dolorosi, U: non risponde

Un punteggio elevato è predittivo di ammissione al pronto soccorso (PS), in terapia intensiva. La valutazione del MEWS nel tempo fornisce indicazioni prognostiche in quanto misura l'instabilità clinica. Monitorando i segni vitali si calcola l'indice MEWS nel tempo. La sua valutazione all'ingresso del PS predice nei pazienti anziani la mortalità ed anche la durata del ricovero. In particolare uno studio ha dimostrato che un punteggio MEWS 3-4 si associava nei pazienti anziani ad un rischio di mortalità del 9,8%, che aumentava con valori di MEWS pari a 5 (15,8%) e superiori a 5 (22,5%).

Nella valutazione del paziente anziano grande importanza assume anche il setting di accoglienza: 1/3 degli anziani che accedono al pronto soccorso presenta un'atipia di presentazione. Essa in genere riguarda soprattutto episodi di caduta, con frequente assenza di febbre e infezioni delle vie urinarie e demenza come principali fattori di rischio in tale setting.

La diagnosi in questi casi richiede accortezza, ma anche tempo per emergere. In tal senso le strutture di Osservazione Breve Intensiva possono rappresentare un modello organizzativo funzionale per i pazienti geriatrici per ovviare ai problemi clinici citati.

Nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) il 90% degli ospiti presenta fragilità e comorbidità, con conseguenti problemi cognitivi, affettivi e funzionali, nonché maggiore vulnerabilità ai danni diretti e indiretti dei farmaci con conseguente aumentato rischio di presentazione atipica e, quindi di peggior prognosi.

L'ospedalizzazione dell'anziano e soprattutto del grande vecchio non è sempre la decisione più appropriata; infatti i risultati della ospedalizzazione del grande vecchio spesso non sono buoni, poiché spesso l'ospedale non è in grado di offrire cure ed assistenza proporzionate e qualificate a questa popolazione.

In conclusione:

l'atipia di presentazione può avere tre espressioni: 1. presentazione vaga e indefinita; 2. presentazione alterata; 3. assenza di sintomi. L'atipia della presentazione indica la mancanza dei segni più tipici delle malattie che a volte sono sostituiti dalla emergenza delle sindromi geriatriche come cadute, delirium, incontinenza urinaria, apatia, fatica, anoressia, disturbi del sonno. L'incapacità di riconoscere le malattie che si manifestano in modo atipico compromette la tempestività dei trattamenti.

I fattori di rischio di atipia sono: l'età (più frequente dopo gli 80-85 anni), la presenza di multimorbidità e di politerapia, preesistenti alterazioni cognitive e funzionali. L'identificazione dei fattori di rischio che si associano alla presentazione atipica delle malattie è importante ed in tal senso la disponibilità di una documentazione clinica qualificata agevola l'iter diagnostico. In grande considerazione si deve tenere il calo ponderale (> 5%), il declino funzionale e cognitivo, la depressione, ed il cambiamento rilevanti nelle abitudini di vita.

I sintomi aspecifici e atipici più comuni sono: confusione mentale, negligenza, cadute, incontinenza urinaria, apatia, anoressia, difficoltà a bere (deglutire), dispnea, fatica,

perdita di peso fino alla failure to thrive (FTT). Questo quadro in cui il paziente “non ce la fa” deve far pensare ad importanti malattie non ancora evidenti.

Si ricorda infine la casistica degli anziani che accedono al Pronto Soccorso per motivi sociali, per l' impossibilità a rimanere a casa da soli per motivazioni non mediche: impossibilità ad aver cura di se stessi, diagnosi di acopia (ossia l'“inability to cope” dal punto di vista fisiologico, funzionale e anche sociale), ma anche il caso non infrequente dell'anziano la cui abitazione è inadeguata ai suoi bisogni. Non si deve dimenticare che anche l' abuso può influenzare fortemente le manifestazioni cliniche delle malattie e in particolare quelle da trauma fisico.