



La gestione del paziente geriatrico in un team multidisciplinare

Giuseppe Bellelli

*School of Geriatrics, Milano-Bicocca University
And Acute Geriatric Unit, IRCCS S Gerardo hospital Monza*

OUTLINE

- Le malattie nell'anziano: la presentazione atipica
- Comprehensive Geriatric Assessment: valutare e trattare i bisogni primari
- L'importanza dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare
- Invecchiamento demografico: siamo pronti a cambiare?

OUTLINE

- **Le malattie nell'anziano: la presentazione atipica**
- Comprehensive Geriatric Assessment: valutare e trattare i bisogni primari
- L'importanza dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare
- Invecchiamento demografico: siamo pronti a cambiare?

Le malattie nell'anziano

La presentazione atipica di una malattia nell'anziano si riferisce a una manifestazione clinica o a un quadro sintomatologico che si discosta dalle caratteristiche tipiche della malattia in persone più giovani. Alcune possibili spiegazioni spiegazioni:

- cambiamenti fisiologici legati all'invecchiamento (ad es., il sistema immunitario degli anziani può essere compromesso e avere una risposta infiammatoria meno marcata)
- presenza di comorbidità: le manifestazioni cliniche atipiche possono essere il risultato dell'interazione tra le diverse patologie croniche coesistenti.
- polifarmacia: effetti collaterali e modifiche nella farmacocinetica e farmacodinamica. Queste alterazioni possono influire sulla presentazione dei sintomi, talvolta mascherandoli.
- ridotta capacità di comunicazione

I quadri clinici che più frequentemente si discostano dalla presentazione 'tipica' sono le infezioni, l'infarto miocardico, la malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO), le neoplasie ed i disturbi neurocognitivi maggiori.

Quadro clinico	Presentazione tipica	Presentazione atipica
Polmonite	tosse, dispnea, febbre, espettorato	assenza dei sintomi usuali ma presenza di delirium, anoressia, apatia, malessere
Infarto del miocardio	forte dolore sottosternale, nausea	scarso dolore, delirium, debolezza, vertigini, dispnea
Infezioni urinarie	disuria, pollachiuria, ematuria, febbre	incontinenza, anoressia, delirium
Infezioni	febbre, tachicardia, leucocitosi	assenza di febbre e tachicardia, modesto aumento di leucociti, delirium
Herpes zoster	dolore, vescicole pustolose	dolore toracico o dorsale
Depressione	Umore deflesso, aumento del sonno, fluttuazione del peso corporeo	apatia, delirium
Ipertiroidismo	agitazione, tachicardia	letargia, aritmie, perdita di peso, fatica
Appendicite	dolore al quadrante addominale destro, febbre, tachicardia	dolore addominale diffuso, urgenza minzionale, delirium, assenza di febbre e tachicardia
Ipoglicemia	sudorazione, tachicardia, midriasi	sudorazione poco evidente, assenza di tachicardia

Riadattata da *ITEM 18, Manuale di Competenze in Geriatria, SIGG.*

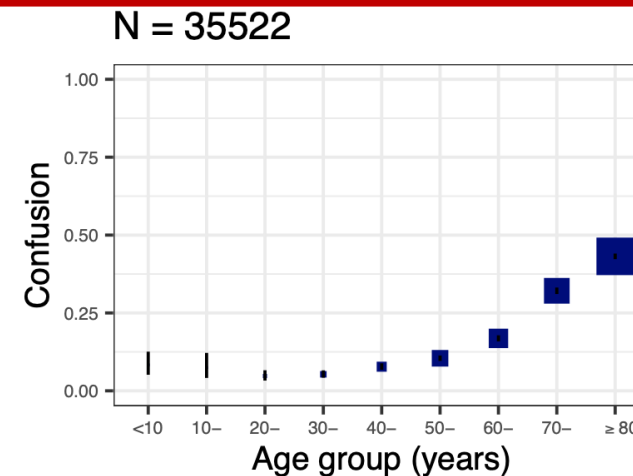
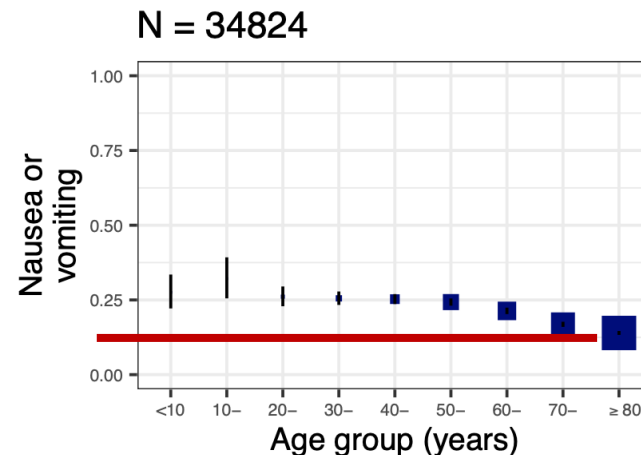
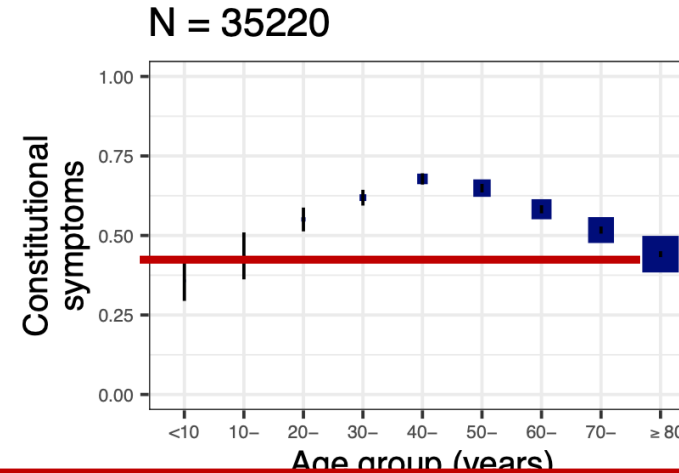
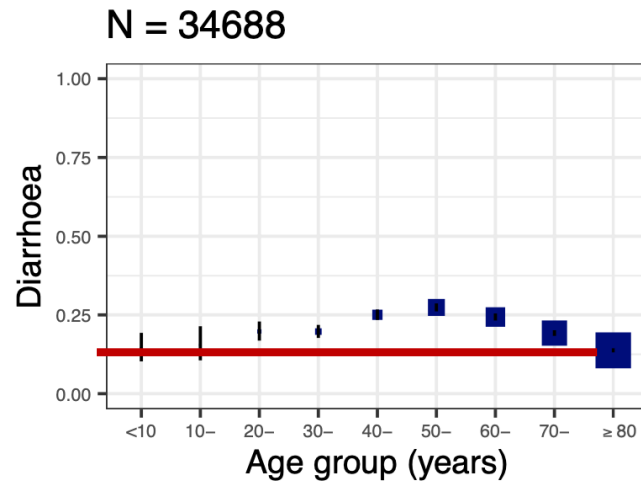
Quadro clinico	Presentazione tipica	Presentazione atipica
Polmonite	tosse, dispnea, febbre, espettorato	assenza dei sintomi usuali ma presenza di delirium , anoressia, apatia, malessere
Infarto del miocardio	forte dolore sottosternale, nausea	scarso dolore, delirium , debolezza, vertigini, dispnea
Infezioni urinarie	disuria, pollachiuria, ematuria, febbre	incontinenza, anoressia, delirium
Infezioni	febbre, tachicardia, leucocitosi	assenza di febbre e tachicardia, modesto aumento di leucociti, delirium
Herpes zoster	dolore, vescicole pustolose	dolore toracico o dorsale, delirium
Depressione	Umore deflesso, aumento del sonno, fluttuazione del peso corporeo	apatia, delirium
Ipertiroidismo	agitazione, tachicardia	letargia, aritmie, perdita di peso, fatica
Appendicite	dolore al quadrante addominale destro, febbre, tachicardia	dolore addominale diffuso, urgenza minzionale, delirium , assenza di febbre e tachicardia
Ipoglicemia	sudorazione, tachicardia, midriasi	sudorazione poco evidente, assenza di tachicardia, delirium

Riadattata da *ITEM 18, Manuale di Competenze in Geriatria, SIGG.*

Malattie organiche e delirium

- Nell'anziano di fronte a cause mediche organiche acute un possibile quadro di presentazione clinica è rappresentato dal delirium.
- Il delirium è una sindrome neuropsichiatrica caratterizzata da un cambiamento acuto di alcune funzioni cognitive, principalmente dell'attenzione e della consapevolezza dell'ambiente circostante (orientamento), ad andamento fluttuante.
- Si tratta di una sindrome complessa, con una vasta gamma di disturbi (cognitivi e non cognitivi) e diversi sottotipi psicomotori.

Symptoms recorded at hospital presentation stratified by age group



Boxes show the proportion of individuals with each symptom, with error bars showing 95% confidence intervals. The size of each box is proportional to the number of individuals represented

Gli errori diagnostici e l'attuale modello di cura

- La presentazione atipica può rendere la diagnosi difficile, inducendo il clinico in errori diagnostici.
- Considerare la singola malattia o manifestazione clinica nel paziente anziano può indurre all'errore.
- La complessità delle interazioni tra l'invecchiamento, le condizioni mediche preesistenti e le nuove malattie rende fondamentale una valutazione approfondita (multidisciplinare) al fine di individualizzare correttamente il percorso di cura.

28,6 %

La prevalenza di una presentazione atipica su 633 pazienti di età ≥ 65 anni con accesso in PS. Mancato sviluppo di febbre causa più comune.

> 10%

Tassi di errore diagnostico (sovra e sotto diagnosi) per BPCO, demenza, morbo di Parkinson, insufficienza cardiaca, ictus/TIA ed IMA. Emersi in una revisione sistematica di 938 articoli.

SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

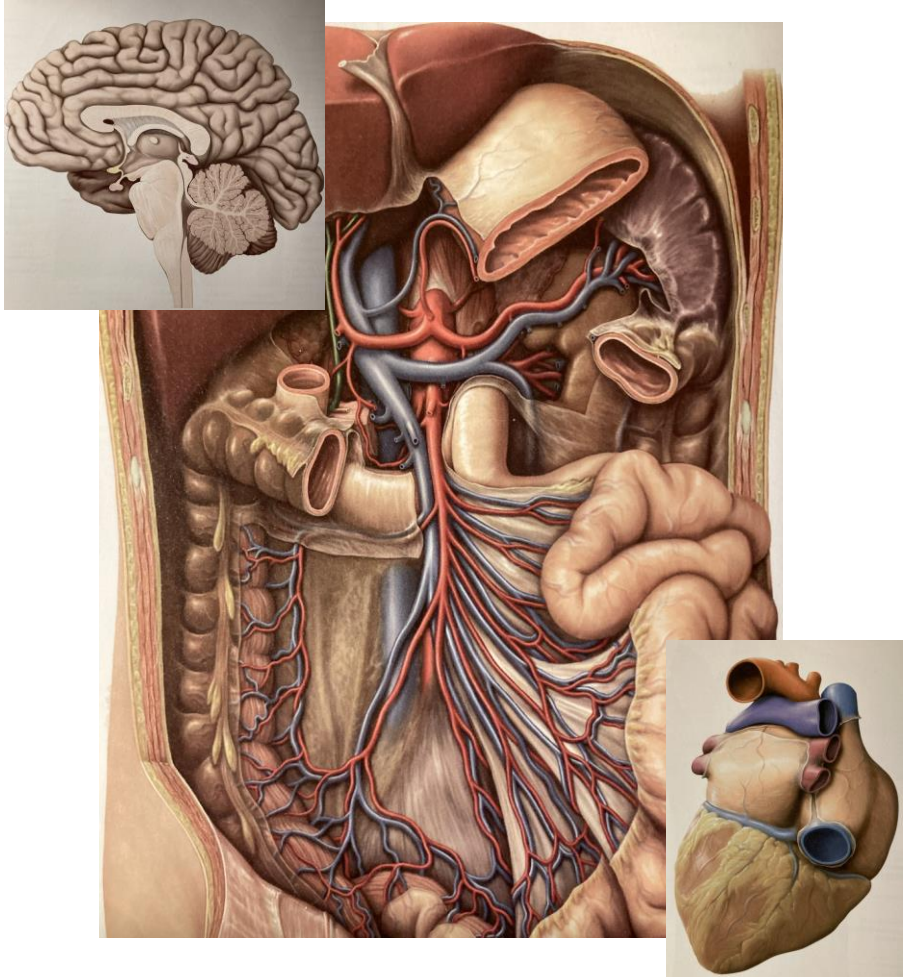
The time has come to abandon disease as the focus of medical care. The changed spectrum of health, the complex interplay of biological and nonbiological factors, the aging population, and the interindividual variability in health priorities render medical care that is centered on the diagnosis and treatment of individual diseases at best out of date and at worst harmful. A primary focus on disease may inadvertently lead to undertreatment, overtreatment, or mistreatment. The numerous strategies that have evolved to address the limitations of the disease model, although laudable, are offered only to a select subset of persons and often further fragment care. Clinical decision making for all patients should be predicated on the attainment of

individual goals and the identification and treatment of all modifiable biological and nonbiological factors, rather than solely on the diagnosis, treatment, or prevention of individual diseases. Anticipated arguments against a more integrated and individualized approach range from concerns about medicalization of life problems to “this is nothing new” and “resources would be better spent determining the underlying biological mechanisms.” The perception that the disease model is “truth” rather than a previously useful model will be a barrier as well. Notwithstanding these barriers, medical care must evolve to meet the health care needs of patients in the 21st century. *Am J Med.* 2004;116:179–185. ©2004 by Excerpta Medica Inc.

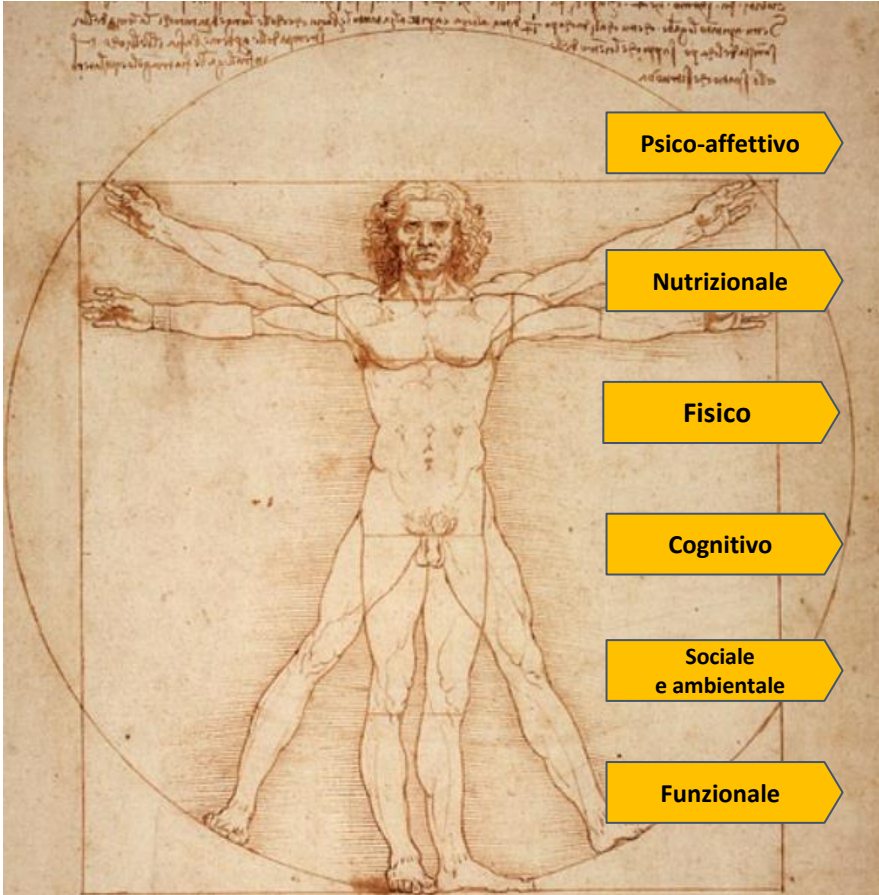
"...**The time has come to abandon disease as the primary focus of medical care.** When disease became the focus of Western medicine in the 19th and early 20th century, the average life expectancy was 47 years and most clinical encounters were for acute illness. Today, the average **life expectancy** in developed countries is 74 years and increasing, and most clinical encounters are for **chronic illnesses** or **non-disease-specific complaints...**"

Un modello diverso

Disease-Centred



Patient-Centred



OUTLINE

- Le malattie nell'anziano: la presentazione atipica
- **Comprehensive Geriatric Assessment: valutare e trattare i bisogni primari**
- L'importanza dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare
- Invecchiamento demografico: siamo pronti a cambiare?

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

- Il Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) o Valutazione Geriatrica Globale è una valutazione dettagliata e sistematica delle condizioni di salute, delle funzioni fisiche, cognitive e psicosociali di una persona anziana.
- È una valutazione completa di diversi domini che sono rilevanti per la salute e il benessere degli anziani.
- Idealmente il CGA è multidisciplinare: un core team composto da un medico (solitamente geriatra), un infermiere e un assistente sociale si occupa dell'assessment iniziale quindi, quando appropriato, viene coinvolto un team esteso di professionisti (es., fisioterapisti, terapisti occupazionali, dietisti, farmacisti, psichiatri, psicologi, osteopati [...]).

Mod da Stuck AE et al., Lancet 1993. S G Parker et al., Age Ageing 2018.

Components of the CGA

Medical/Surgical
History

Social History

Functional History

Physical
Assessment

Geriatric Review of Systems

Cognition

Mood/Mental
Health

Falls

Sleep

Pain

Nutrition

Continence

Polypharmacy

Fragilità e CGA (1)

- La fragilità è una sindrome geriatrica caratterizzata da un ridotto funzionamento di più sistemi fisiologici che determina una maggior vulnerabilità dell'individuo a sviluppare eventi clinici avversi (es. cadute, fratture, disabilità, isolamento, depressione [...]).
- La fragilità è un concetto multidimensionale della salute dell'individuo per cui per valutare adeguatamente la fragilità è utile sottoporre il paziente ad una valutazione multidimensionale ed olistica: il CGA.



Journal of the American Medical
Directors Association

Volume 14, Issue 6, June 2013, Pages 392-397



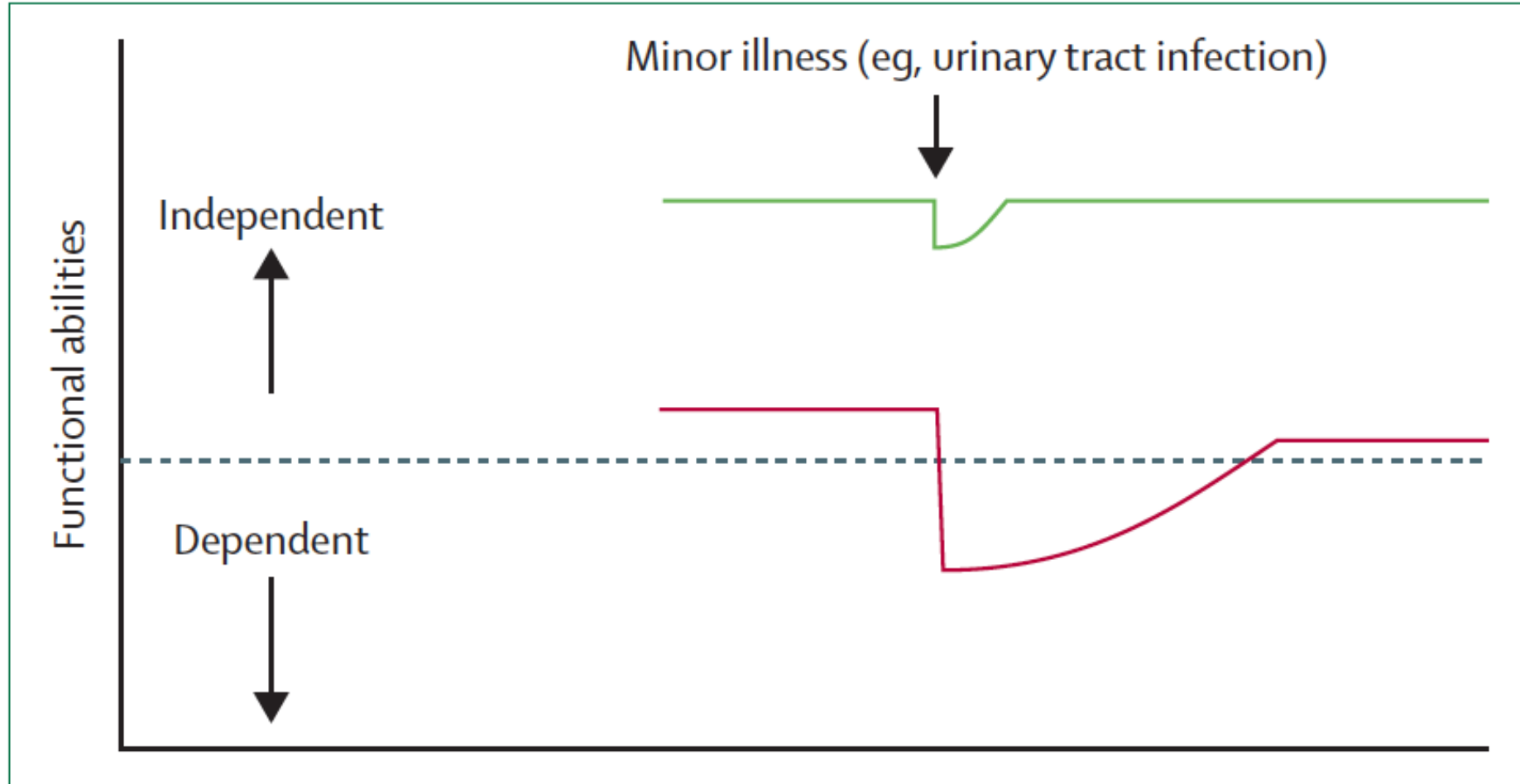
Special Article

Frailty Consensus: A Call to Action

John E. Morley MB, BCh^a  , Bruno Vellas MD^{b c},

Frailty [...] is a dynamic condition that can improve or worsen over time.

Fragilità e CGA (2)



Fragilità fisica: criteri di Fried

FRAILTY CRITERIUM

Dimagrimento

Astenia/debolezza

Ridotta resistenza allo sforzo ed energia

Rallentamento

Ridotta attività fisica

CHARACTERISTIC

Perdita di peso

Ridotta forza di prensione

Ridotta resistenza allo sforzo ed energia

Esauribilità (autoriportata)

Velocità del cammino

Kcal spesi per settimana

Livello di attività fisica

3 + criteri= fragile
1-2 criteri= prefragile
0 criteri= fit

Scopi del CGA

- Identificazione dei problemi e delle necessità dell'anziano: la valutazione olistica permette di individuare correttamente i problemi attivi, che spesso sono complessi ed interconnessi.
- Pianificazione del trattamento personalizzato: il CGA aiuta a identificare gli interventi necessari, come le terapie farmacologiche, la riabilitazione, le modifiche dello stile di vita, il supporto sociale e altre modalità di assistenza.
- Valutazione della fragilità e conseguente predizione di rischi ed esiti avversi: individuando i pazienti fragili, il CGA può aiutare a predire gli esiti futuri e a pianificare interventi preventivi.
- Supporto decisionale per la gestione dei casi complessi: definizione dei *goals of care*

Ambito di utilizzo del CGA

Stanno emergendo evidenze di utilizzo della valutazione geriatrica in diversi setting come quello domiciliare, ambulatoriale e nelle unità geriatriche per acuti.

I principi e i processi del CGA vengono sempre più applicati in diverse specialità:

- Cardiologia e cardiocirurgia: TAVI e PCI¹, impianto di pacemaker², SAVR³
- Oncologia⁴: previsione delle complicanze e degli effetti collaterali del trattamento ChT, previsione del declino funzionale durante ChT, stima della sopravvivenza e definizione degli obiettivi di cura.
- Chirurgia in genere⁵: CGA preoperatoria e conseguente *prehabilitation*
- Cure palliative⁶: si avvale di una valutazione multidimensionale, il rapporto con il CGA e l'approccio geriatrico è stretto

¹Adv Exp Med Biol, 2020;1216:99-113. ²BMC Geriatr. 2020 ago 12;20(1):287. ³JAMA Intern Med. 2019 Mar 1;179(3):383-391.

⁴Ann Oncol. 2015 Feb;26(2):288-300. ⁵Am J Med. 2022 Jan;135(1):39-48. ⁶Br J Hosp Med (Lond). 2019 Feb 2;80(2):86-90.

Influence of Frailty Status on Pain, Disability, and Quality of Life in Older Adults with Acute Low Back Pain: Results from the Back Complaints in the Elders (BACE-Brazil) Study

A.A.O. Leopoldino,^{1,2} R.Z. Megale,³ J.B.M. Diz,² B.S. Moreira,⁴ D.C. Felício,⁵ B.Z. Queiroz,² A.C. Bastone,⁶ M.L. Ferreira,⁷ and L.S.M. Pereira²

602 individui con età media 67.6 (SD 7.0) anni, 21.3% robusti, 59.% pre-fragili, e 19.5% fragili

Table 2: Mean scores and unadjusted linear regression coefficients for the association between frailty status and numeric rating scale, Roland Morris Disability Questionnaire, and SF-36 Physical and Mental Component Summary scores in individuals with acute low back pain (n=589)

	NRS			RMDQ			PCS			MCS		
	Mean (SD)	Coefficient (95% CI)	p Value	Mean (SD)	Coefficient (95% CI)	p Value	Mean (SD)	Coefficient (95% CI)	p Value	Mean (SD)	Coefficient (95% CI)	p Value
Robust	6.6 (2.6)	Reference	NA	10.1 (4.9)	Reference	NA	45.3 (7.2)	Reference	NA	48.6 (11.1)	Reference	NA
Pre-frail	7.3 (2.6)	0.65 (0.12, 1.17)	0.016	13.9 (5.6)	3.83 (2.70, 4.95)	<0.001	41.7 (8.0)	- 3.64 (-5.19, -2.08)	<0.001	41.9 (13.7)	- 6.73 (-9.38, -4.07)	<0.001
Frail	7.8 (2.2)	1.15 (0.50, 1.80)	0.001	17.3 (4.7)	7.24 (5.84, 8.63)	<0.001	37.2 (6.9)	-8.14 (-10.01, -6.21)	<0.001	36.0 (12.5)	-12.62 (-15.91, -9.34)	<0.001

Note. SD = standard deviation; CI = confidence interval; NRS = numeric rating scale; RMDQ = Roland Morris Disability Questionnaire; PCS = physical component summary; MCS = mental component summary; NA = not applicable.



The impact of low back pain and disability on frailty levels in older women: longitudinal data from the BACE-Brazil cohort

Vitor Tigre Martins Rocha¹ · Amanda Aparecida Oliveira Leopoldino² · Bárbara Zille de Queiroz¹ · Renata Antunes Lopes¹ · Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva³ · Juliano Bergamaschine Mata Diz¹ · Daniele Sirineu Pereira¹ · Leani Souza Máximo Pereira¹

Results A total of 155 older women (70.4 ± 5.4 years) participated. Follow-up for 6 and 12 months in this study was associated with a change of older women to worse frailty levels (OR = 2.83, 95% CI 1.98–4.67; $p < 0.01$). A significant association was observed between greater pain intensity and the transition of the older women through the frailty levels ($\beta = -0.73$; $p < 0.01$) when inserting the pain variable at baseline of the statistical model. Older women who reported greater pain intensity worsened their frailty level. The same happened when the disability variable was inserted in the model ($\beta = -0.74$; $p < 0.01$). The criteria proposed by Fried et al. were able to identify frailty throughout the follow-up and no prevalence of any item.

Conclusions In older women, relevant factors such as pain and disability are closely linked to the frailty phenomenon. Thus, the frailty syndrome must be assessed, monitored and treated in relation to the individualities of older adults, as those with back pain and greater disabilities are more susceptible to frailty.

Assessing the Predictive Power of Frailty and Life-Space Mobility on Patient-Reported Outcomes of Disability in Older Adults with Low Back Pain

Benyapa Thonprasertvat, Inthira Roopsawang ^{*,†}  and Suparb Aree-Ue [†] 

165 older adults with LBP who visited two tertiary care hospitals between December 2021 and February 2022. 26.67% non-frail, and 66.67% pre-frail.

Table 3. Multiple logistic regression analysis among frailty, life-space mobility, and patient-reported outcomes of disability (N = 165).

Variables	B	Univariate ORs (95% CI)	p Value	B	Adjusted ORs (95% CI)	p Value
Age	0.069	1.071 (0.995–1.147)	0.052	0.080	1.083 (0.993–1.181)	0.070
Gender (Male)	0.228	1.255 (0.618–2.548)	0.529	−0.491	0.612 (0.237–1.581)	0.312
Pain score	0.494	1.639 (1.378–1.950)	<0.001	0.535	1.707 (1.397–2.086)	<0.001
Frailty	0.581	1.787 (1.261–2.533)	0.001	0.554	1.740 (1.146–2.641)	0.009
Life-space mobility scores	−0.834	0.434 (0.299–0.629)	<0.001	−0.863	0.422 (0.263–0.675)	0.003

Frailty score increased by 1 point had a 70% increased risk of developing severe disability (adjusted OR = 1.707, 95% CI 1.4-2.0)

Adjusted variables are age, gender, and pain score. Robustness multiple logistic regression was employed for analysis; CI = Confidence Interval; ORs = Odds ratios.

OUTLINE

- Le malattie nell'anziano: la presentazione atipica
- Comprehensive Geriatric Assessment: valutare e trattare i bisogni primari
- **L'importanza dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare**
- Invecchiamento demografico: siamo pronti a cambiare?











L'approccio multiprofessionale e interdisciplinare

All'approccio multidimensionale effettuato con la CGA consegue l'intervento di diverse figure professionali, a seconda delle problematiche riscontrate. Numerose evidenze in letteratura, in diversi ambiti, supportano tale approccio:

- In uno studio di 951 pazienti con frattura di femore sono stati gestiti da un team di geriatri ed ortopedici e relativa equipe. L'approccio è risultato essere associato a riduzioni significative di mortalità e morbilità con un miglioramento nelle cure postoperatorie¹. Risultati simili sono stati ottenuti in studi successivi, con ottimi risultati nella prevenzione del delirium²⁻³.
- Sull'integrazione del CGA tra le varie discipline vi sono evidenze autorevoli^{4 5}.
- Diversi documenti di consenso invitano ad un approccio multiprofessionale ed interdisciplinare nella gestione del paziente anziano⁶⁻⁷.

¹J Orthop Trauma. 2006;20(3):172. ²Eamer G et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018. ³Osteoporos Int. 2019;30(4):907.

⁴Lancet. 2021 Nov 20;398(10314):1894-1904. ⁵JAMA Oncol. 2021 Nov 1;7(11):e214158. ⁶Eur J Prev. Cardiol. 2017 Apr;24(6):577-590.

Domain	Deficit	Interventions
Functional status 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitations in activities of daily living and/or instrumental activities of daily living • History of falls • Timed Up and Go >13 s • Lack of energy 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercise prescription • Evaluate fall risk • Home safety evaluation • Gait strengthening • Reiki therapy
Comorbidities 	<ul style="list-style-type: none"> • Presence of comorbid conditions • Hearing/visual impairments 	<ul style="list-style-type: none"> • Management with treating physician or primary care • Referrals as appropriate • Pharmacy review of medications
Psychological status 	<ul style="list-style-type: none"> • Feeling sad or depressed • Anxiety • Feeling nervous/worried 	<ul style="list-style-type: none"> • Social work counseling • Psychiatry referral • Psychology referral • Chaplaincy referral • Support programs
Social activity 	<ul style="list-style-type: none"> • Interference of physical or emotional problems on social activity 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation of physical/emotional concerns • Social work referral • Occupational therapy
Social support 	<ul style="list-style-type: none"> • Lack of social support identified • Patient lives alone 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling • Social work referral • Home safety evaluation • Support programs • Community resources
Nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Weight loss ≥5% • Body mass index ≤21 or ≥30 • Problems with eating or feeding 	<ul style="list-style-type: none"> • Diet recommendations • Supplements • Oral care • Physical/occupational therapy for food intake problems
Cognition 	<ul style="list-style-type: none"> • Abnormal cognitive screening • Confusion • Memory loss/impairment 	<ul style="list-style-type: none"> • Assess decision-making capacity • Involve caregivers • Review of medications • Delirium prevention • Cognitive testing
Polypharmacy 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥5 Prescribed medications • ≥1 Over-the-counter medication • ≥1 Herb/vitamin supplement 	<ul style="list-style-type: none"> • Recommendations regarding drug interactions, potentially inappropriate medications, duplicative medications
Spiritual well-being 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiety in relation with religious belief/experience 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaplaincy referral and counseling • Encourage normal spiritual habits
Clinical symptoms 	<ul style="list-style-type: none"> • Pain • Skin breakdown • Nausea • Incontinence • Adverse effects of treatment 	<ul style="list-style-type: none"> • Supportive care/pain management referral • Manage symptoms with primary care team • Educational interventions

Research

JAMA Oncology | **Original Investigation**

Geriatric Assessment-Driven Intervention (GAIN) on Chemotherapy-Related Toxic Effects in Older Adults With Cancer: A Randomized Clinical Trial

- Uno studio clinico randomizzato, 613 partecipanti. Pazienti randomizzati (2:1) al braccio GAIN (intervento) o standard di cura (SOC).
- Braccio GAIN: team multidisciplinare formato in geriatria composto da un oncologo, infermiere, assistente sociale, fisioterapista/occupazionale, nutrizionista e farmacista ha esaminato i risultati della CGA ed ha implementato interventi conseguenti. Braccio SOC: i risultati della CGA sono stati inviati agli oncologi curanti per considerazione.
- L'integrazione di GAIN multidisciplinare ha ridotto significativamente gli effetti tossici correlati alla chemioterapia di grado 3 o superiore negli anziani con cancro.

Frailty and cardiac rehabilitation: A call to action from the EAPC Cardiac Rehabilitation Section

**Carlo Vigorito¹, Ana Abreu², Marco Ambrosetti³,
Romualdo Belardinelli⁴, Ugo Corrà⁵, Margaret Cupples⁶,
Constantinos H Davos⁷, Stefan Hofer⁸, Marie-Christine Iliou⁹,
Jean-Paul Schmid¹⁰, Heinz Voeller¹¹ and Patrick Doherty¹²**

European Journal of Preventive
Cardiology

2017, Vol. 24(6) 577–590

© The European Society of
Cardiology 2016

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/2047487316682579

journals.sagepub.com/home/ejpc



“In conclusion, **it is the opinion of the authors that lead CR practitioners should work together** with geriatricians to become more familiar with frailty instruments and their application in the clinical environment in very elderly patients, **to improve their prognostic ability and to design specific tailored interventions in complex patients**”



European Society
of Cardiology

European Journal of Preventive Cardiology (2022) **29**, 216–227

doi:10.1093/eurjpc/zwaa167

CONSENSUS DOCUMENT

Aging

Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document of the Council for Cardiology Practice (CCP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Valvular Heart Diseases (VHD), Council on Hypertension (CHT), Council of Cardio-Oncology (CCO), Working Group (WG) Aorta and Peripheral Vascular Diseases, WG e-Cardiology, WG Thrombosis, of the European Society of Cardiology, European Primary Care Cardiology Society (EPCCS).

“ Development of a structured integrated management plan for frailty **in cardiology should be the responsibility of a multidisciplinary team which includes nurses, general practitioners, and cardiologists, with a role for geriatricians when in-deep assessments are needed.** Professionals acting as part of the frailty team are involved in specific clinical aspects to optimize the frail patient peculiarities and management ”.

Il caso di F.L., U, 85 aa, CGA per TAVI

Valutazione Multidimensionale	Scale di valutazione	Punteggio
Asse Funzionale	ADL	4/6
	IADL	5/8
Asse cognitivo	MMSE	24/30
	CDT	1/5
Asse emotivo	GDS	16/30
Asse Nutrizionale	MNA	10/14
Asse Motorio	Gait Speed	0.8 m/s
	SPPB	7
	Time up and go	16.73 s
Rischio di caduta	Tinetti	Equilibrio 10/16 ed andatura 4/12
Valutazione della sarcopenia	SARC-F	5
	Handigrip	17 Kg
	Circonferenza del polpaccio	32 cm
Score di fragilità	EFT	Fragilità lieve

Come intervenire? Quali specialisti coinvolti?

Esito CGA

- Iniziale dipendenza funzionale
- Disturbo neurocognitivo di primo riscontro.
- Deflessione del tono dell'umore
- A rischio di malnutrizione
- Performance motorie inferiori ai limiti di norma
- Paziente ad elevato rischio di caduta
- Sarcopenia (almeno) probabile
- Paziente con fragilità di grado lieve

Obiettivi

- Mantenimento ADL e IADL.
- Diagnosi di demenza e gestione della deflessione del tono dell'umore.
- Prevenzione del delirium post-op.
- Prescrizione adeguata dieta.
- Attivazione di programma riabilitativo volto al mantenimento e recupero.
- Potenziamento assistenza domiciliare e espansione rete sociale.

Team multidisciplinare

- ✓ Terapista Occupazionale
- ✓ Personale infermieristico e socio-sanitario formato
- ✓ Valutazione medica specialistica (geriatra, neurologo, psicogeriatra, fisiatra, cardiologo) e MMG
- ✓ Dietista e nutrizionista
- ✓ Fisioterapista
- ✓ Assistente sociale ed infermiere di famiglia.

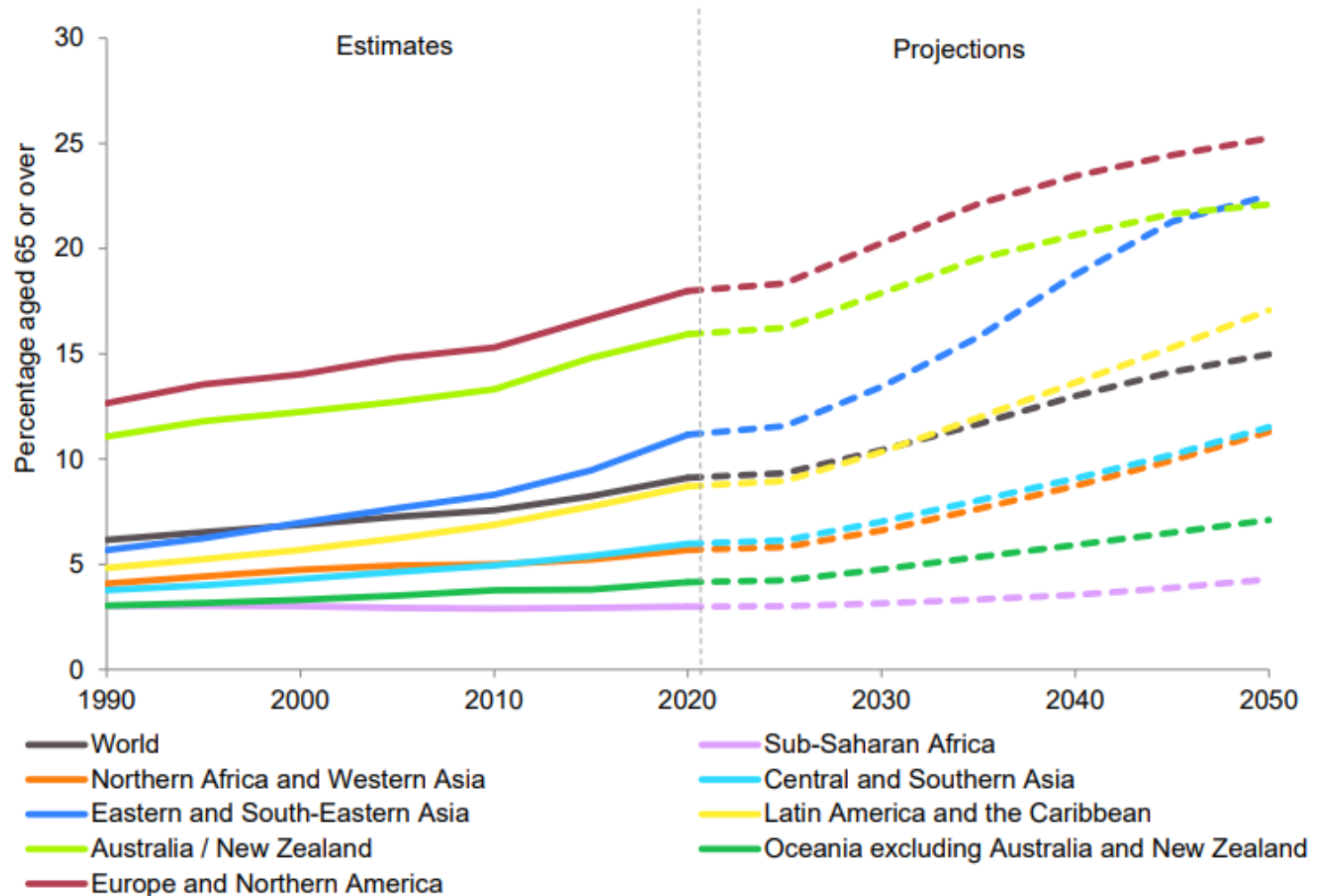
OUTLINE

- Le malattie nell'anziano: la presentazione atipica
- Comprehensive Geriatric Assessment: valutare e trattare i bisogni primari
- L'importanza dell'approccio multiprofessionale e interdisciplinare
- **Invecchiamento demografico: siamo pronti a cambiare?**

INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO (1)

Il mondo

- Diminuzione della mortalità precoce
- Aumento della longevità
- Diminuzione della natalità



World Population Prospects, United Nations Department of Economic and Social Affairs (2019).

INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO (2)

L'Italia

10,2 milioni

2049

Le persone destinate a
vivere sole nel 2041

L'anno in cui i decessi
potrebbero doppiare le
nascite

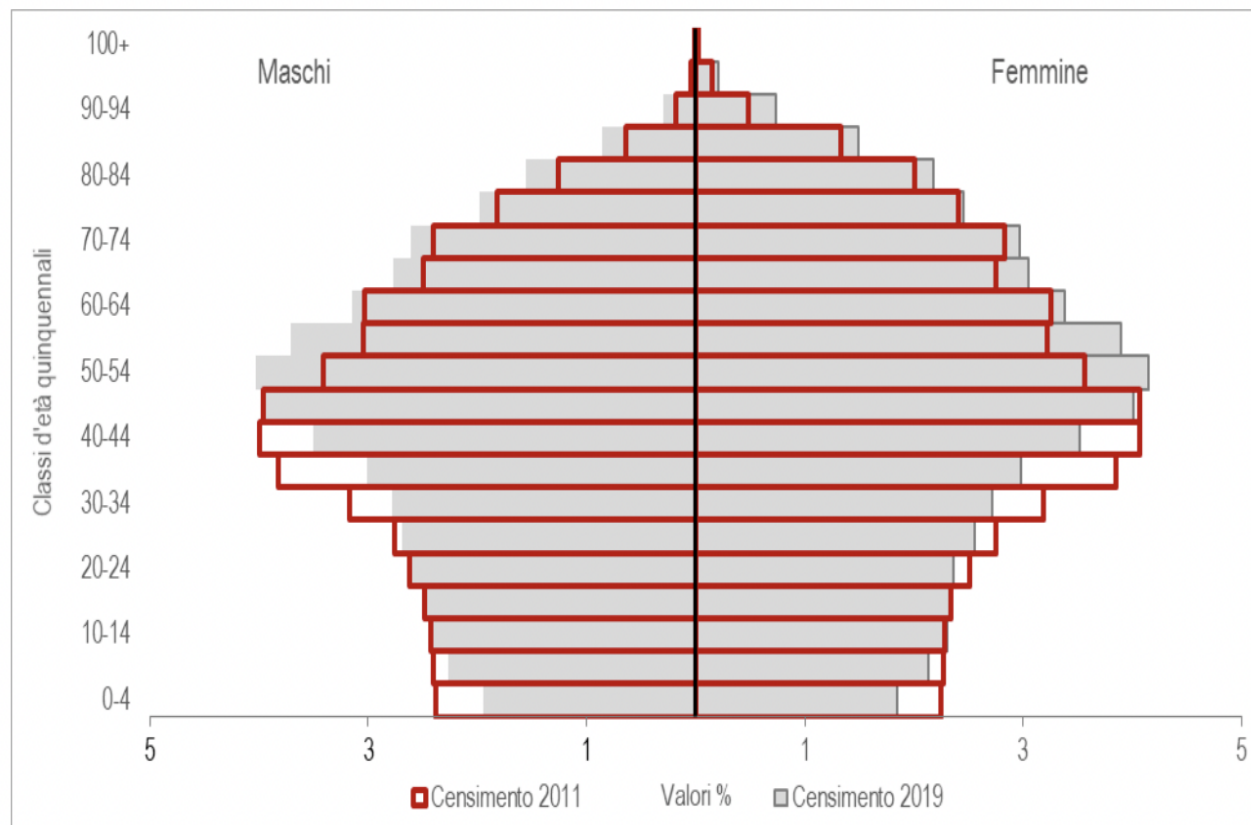
Da 8,5 milioni nel 2021

nascite

34,9%

Quota di individui di 65
anni e più nel 2050

23,5% nel 2021



Nell'immagine soprastante, rappresentazione grafica relativi al censimento generale 2018-2019 (ISTAT). A lato, i dati relativi alle proiezioni demografiche ISTAT 2021.

CONSEGUENZA DELL'INVECCHIAMENTO

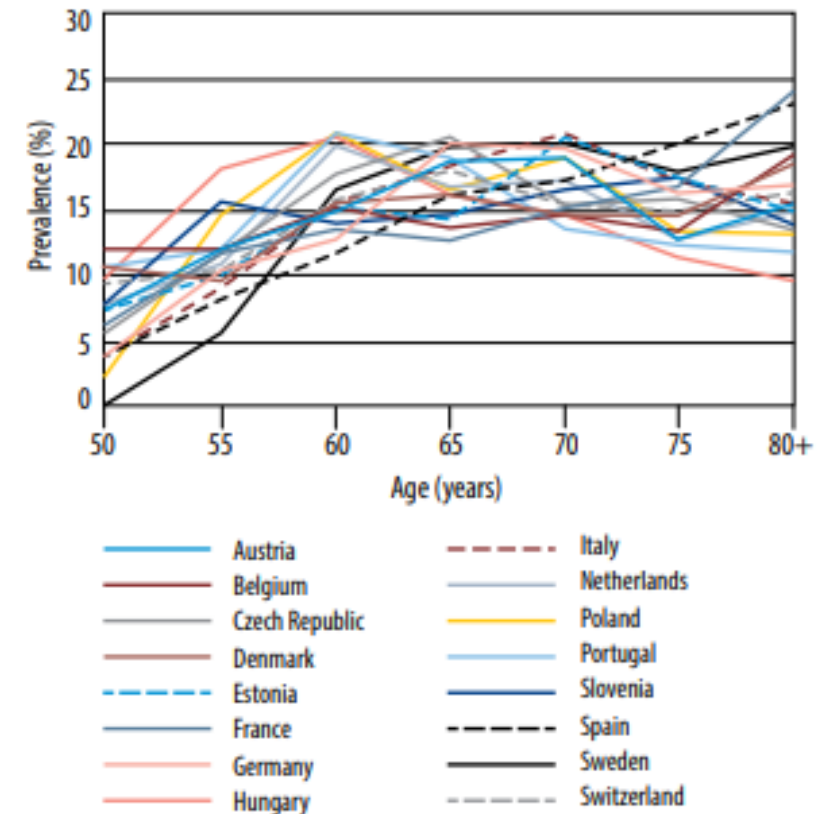
Multimorbilità e fragilità

Nel grafico la prevalenza di multimorbilità fra persone con 50 e più anni nel 2010-2011 (dati WHO 2015).

Prevalenza di fragilità negli over-65 in comunità è di circa il 14%-24% (FP-FI), 44% di prevalenza della condizione di pre-fragilità (FP).

La prevalenza di fragilità aumenta con l'età: 65-69 anni 4%; 70-74 anni 7%; 75-79 anni 9% 80-84 anni 16%; di età superiore a 85 anni 26%.

Lancet. 2013 Mar 2; 381(9868):752-62.



AUMENTA LA COMPLESSITA' La nuova sfida

Non è possibile pensare di far ricadere l'onere di una valutazione olistica su una sola figura professionale (geriatra).

Il futuro sta nello sviluppo di team multidisciplinari (*Frailty Team*) e nella diffusione del nuovo paradigma (*Patient-Centred*).

Geriatricians and the demographic challenge



Acute Frailty Network



Each year, **1,000,000** people aged 75 or older are admitted to acute hospitals in England

200,000 of these will be severely frail



These patients have a mean length of stay of **33.6 days**

Severely frail older people therefore use **6,700,000** bed-days every year



1,500 Geriatricians are employed in the NHS



Each geriatrician would need to provide in-patient care for **4,480** older people with frailty per year

This equates to **12** patients per day, per geriatrician

Assuming no **holidays, study leave, other clinical or non-clinical work**



The frail population is likely to increase by **148%** by 2035



How can we meet this increasing demand?



Stop training doctors other than geriatricians?

Develop geriatric competences in the wider workforce?

www.acutefrailtynetwork.org.uk

What proportion of older adults in hospital are frail?



Published Online
April 26, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30907-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30907-3)
See Articles page 1775

Despite the increasing level of knowledge about individual illnesses, modern health-care systems seem lost when seeing patients whose diseases come not one at a time, but all at once—especially when they come with equally complex social needs. Although some geriatricians proclaimed the end of the disease era¹ to focus on the complexity of frailty in geriatric assessment,² the argument is falling flat. Disease-focused specialists who push on with the only course they know sometimes decry their frail patients as being unsuitable or requiring social support or failing to cope or thrive.³ Many hospitals—and practitioners—still somehow expect patients to present with primary complaints that give rise to well defined problems, which they can manage successfully using pathways that can be audited, such as time to thrombolytic event in an acute stroke or myocardial infarction.

How does health care get on track? Language should be the starting point. Elderly people whose multiple, interacting medical and social problems put them at greater risk of adverse outcomes have come to be called frail. Hospitals must be encouraged to expect and thereby plan for frail patients as a part of what is required of them. To make this requirement clear, they need the right tools.

In *The Lancet*, Thomas Gilbert and colleagues⁴ used International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision codes in electronic records to develop a hospital risk stratification tool. The tool was validated in a large English inpatient database (n=1 013 590), and its generalisability tested using various hospitals. Frail or non-frail information was dichotomised and frailty further graded into low, intermediate, and high risk. In a cluster analysis, these frail groups accounted for a fifth of patients and almost a half of all hospitalisation days. The tool classified individual mortality risk no more than moderately well, but, as the investigators point out, individual risk stratification was not their objective. Instead, their goal was to identify “a group of patients who are at greater risk of adverse outcomes and for whom a frailty-attuned approach might be useful”.

A metric that identifies for hospitals the extent to which they are serving patients with frailty should signal the need to change from a most responsible diagnosis

model to practices that can reduce the hazards of hospital stays for patients who are frail, and perhaps even focus on the goals of patients and their families.⁵ Stratification of risk groups might also offer a similarly useful role for the electronic frailty index, based on general practice records.⁶ These hypotheses need to be tested.

To show what must change, consider a student on her first clinical rotation who encounters a patient with pneumonia. Most of what she has learned about pneumonia must now be set aside. Uncomplicated cases are rarely referred to specialty services; those patients get antibiotics and go home. Her patient cannot give a history. He is not coughing. He cannot even sit up so that she can auscultate his lungs properly, something she knows she must do. Her patient does not have a fever or an increased white cell count. Vague markings on the chest film alone support the diagnosis. No matter; the real issue, apparently, is that her patient cannot go home. She might now turn to her teachers and ask: “What have you been teaching me about pneumonia if none of it works in the patients I’m supposed to see?” More likely, insidious acculturation will lead her to conclude that this patient really does not belong in her hospital.

By contrast, those skilled in the care of older people will recognise the delirium and immobility that are typical presentations in a frail patient with pneumonia. They will ascertain whether the cognitive impairment and being bedfast are new. From this information, they will formulate a differential diagnosis and focused



- Investire
- Diffondere il pensiero
- Favorire la multidisciplinarietà

... insegnare!

...consider a student on her first clinical rotation who encounters a patient with pneumonia. Most of what she has learned about pneumonia must now be set aside. Uncomplicated cases are rarely referred to specialty services; those patients get antibiotics and go home. Her patient cannot give a history. He is not coughing. He cannot even sit up so that she can auscultate his lungs properly, [...]. **She might now turn to her teachers and ask: “What have you been teaching me about pneumonia if none of it works in the patients I’m supposed to see?”**

TAKE HOME MESSAGE

- Le malattie nell'anziano hanno una presentazione atipica, un modello che consideri la malattia e non l'individuo nella sua interezza si è dimostrato inefficace.
- I pazienti con sintomi 'atipici', complessi e con bisogni inespressi sono destinati ad aumentare: urge un cambio di paradigma
- La CGA è utile per inquadrare nella sua interezza il paziente. È essenziale un approccio multidisciplinare nella gestione dei pazienti complessi.
- La geriatria è pronta a sviluppare nuove alleanze con nuove discipline per favorire la diffusione della cultura della "complessità"