

SIMPOSIO Fondo Mario Gasparini Casari
LA GERIATRIA PER GLI OLDEST-OLD

I problemi medici nell'oldest-old: quali approcci diagnostici, curativi ed assistenziali

Chiara Mussi
Cattedra di Geriatria
Università di Modena e Reggio Emilia



Tabella 12. Differenze clinico-funzionali all'ingresso in base alla fascia di età

	BADL	IADL	Conley	Braden	SPMSQ	GDS	CIRS SI	CIRS CI	VS	BRASS	QdV
<75 aa	3.83 (2.41)	4.52 (3.11)	2.04 (2.23)	16.47 (4.14)	7.73 (3.35)	2.33 (1.33)	1.71 (.54)	2.49 (1.67)	2.54 (2.33)	11.39 (7.98)	6.09 (2.20)
75-84 aa	3.83 (2.23)	3.60 (3.02)	2.78 (2.40)	14.74 (3.29)	6.64 (3.03)	2.23 (1.32)	1.80 (.57)	2.65 (1.53)	3.30 (1.90)	14.00 (6.57)	6.05 (2.09)
≥85 aa	3.51 (2.17)	2.73 (2.74)	3.37 (2.54)	13.84 (2.67)	5.57 (3.32)	2.36 (1.37)	1.92 (.59)	2.95 (1.65)	3.59 (1.94)	16.76 (6.81)	5.99 (2.22)

Nota

Le medie che non riportano lo stesso indice - indicate dal fondino grigio - sono significativamente differenti per $p < .05$

Il Pronto Soccorso

- 2011: totale oldest old 3662 (6,4% su 57106)
- Ricoverati: 51% (1876) di cui 72% nelle medicine (ricoverati tutte età 8025, 14%)
- Dati paragonabili nell'ospedale dove è presente la Geriatria; unica differenza: l'80% dei pazienti è affetto da demenza

**Tende, non
muri, che
separano gli
ambienti**

**Triage e
diagnosi
rapide vs
comorbilità e
politerapia**

RUMORE

**Ambienti
senza finestre,
luce artificiale**

PS

**Barelle, non
letti, dove i
pazienti
attendono
esami e/o il
posto letto**

**Pavimenti
sdrucchiolevoli**

Pazienti soli

Ospedale



Prevalenza di esami strumentali per ottenere la diagnosi e cura della singola malattia acuta che ha portato il paziente al ricovero

SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Mary E. Tinetti, MD, Terri Fried, MD

The American Journal of Medicine 2004; 116:179-185

MARY TINETTI: La fine dell' epoca della malattia, 2004

L' approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e sulla cura della singola malattia è oggi del tutto anacronistico se non addirittura dannoso.

Esso, infatti, non tiene conto della comorbidità, dell' influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata.

Ospedale



Prevalenza di esami strumentali per ottenere la diagnosi e cura della singola malattia acuta che ha portato il paziente al ricovero

Poca attenzione alle sindromi geriatriche

Le sindromi geriatriche (1)

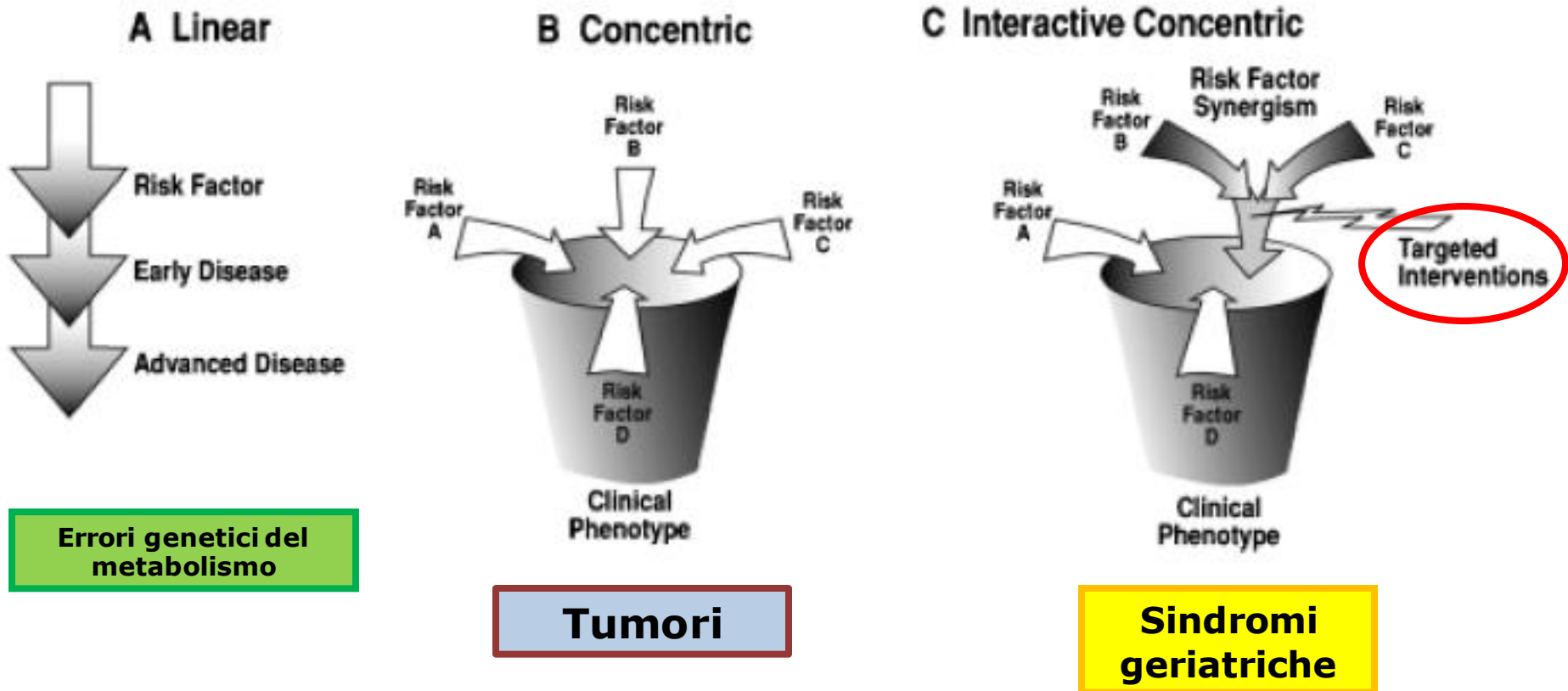
- Termine che include quelle condizioni cliniche che non possono essere inserite in precise categorie di patologie specifiche
- Condizioni multifattoriali che si presentano quando l'accumulo di alterazioni a livello di diversi sistemi rende l'anziano vulnerabile a situazioni di stress (cambiamento, stimolo)
- Tipiche dell'anziano, aumentano esponenzialmente nell'oldest old

Le sindromi geriatriche (2)

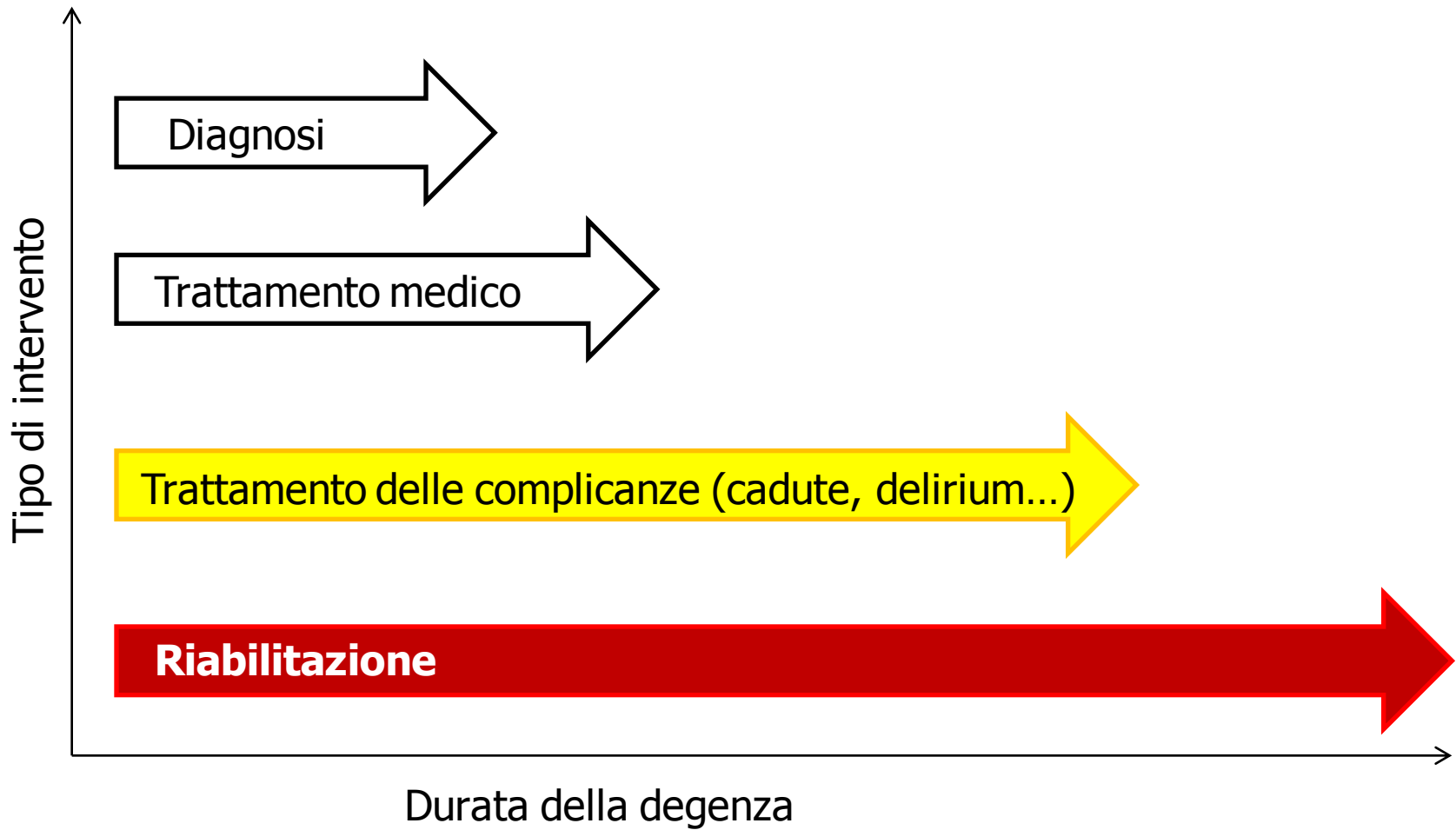
- Incidono su disabilità e qualità della vita
- Sono causate da fattori di rischio multipli
- Agiscono non su un singolo organo bersaglio
- Bersagli multipli
 - Delirium
 - Cadute, vertigini/sincope, osteoporosi, fratture
 - Incontinenza
 - Sindrome da allettamento, lesioni da decubito
 - Compromissione degli organi di senso
 - Malnutrizione
 - Politerapia e ADR

Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept

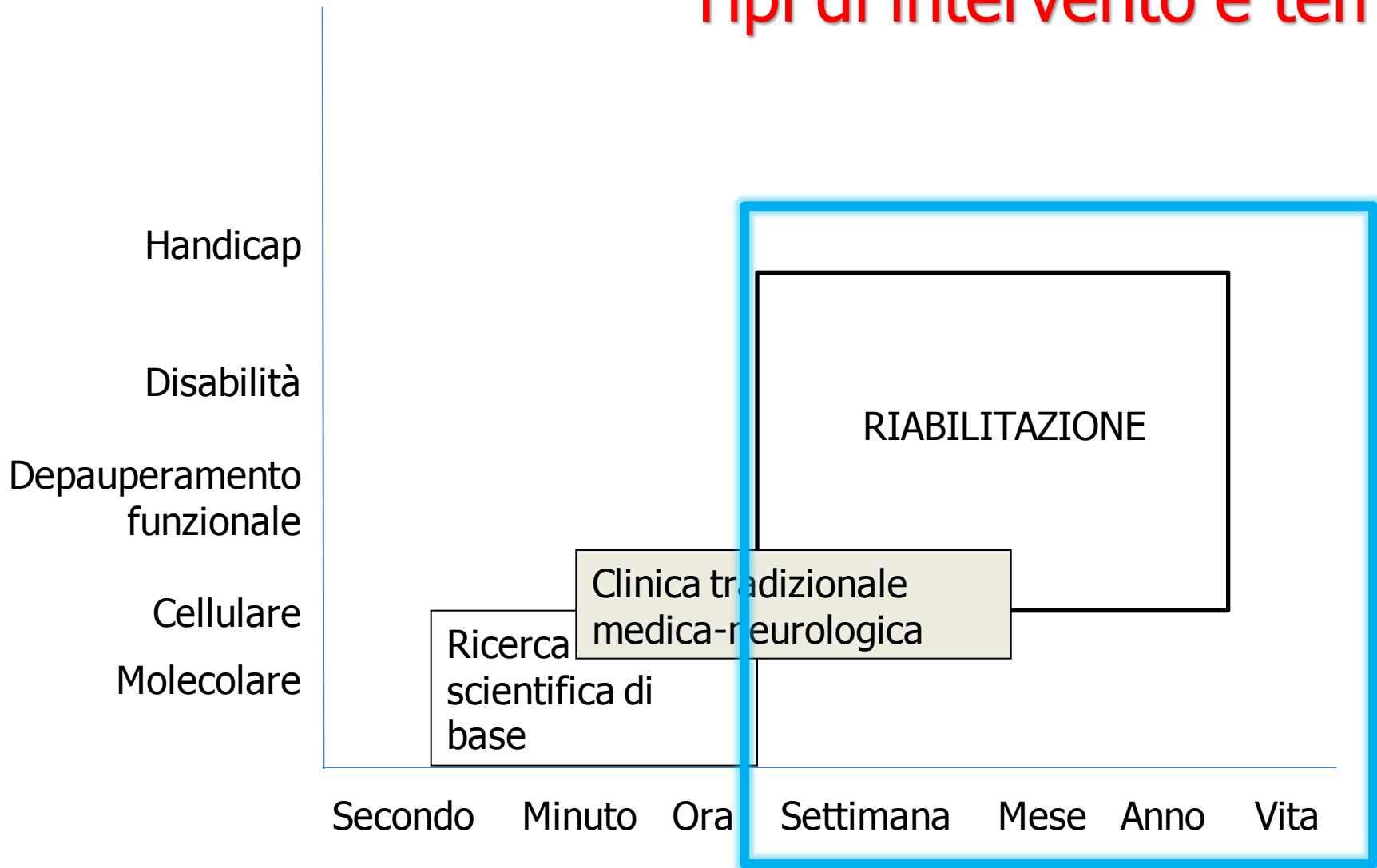
Sharon K. Inouye, MD, MPH,^{*†} Stephanie Studenski, MD,^{‡§} Mary E. Tinetti, MD,^{||} and George A. Kuchel, MD[¶]
JAGS 55:780–791, 2007



L'approccio curativo all'anziano in ospedale è diverso rispetto all'adulto

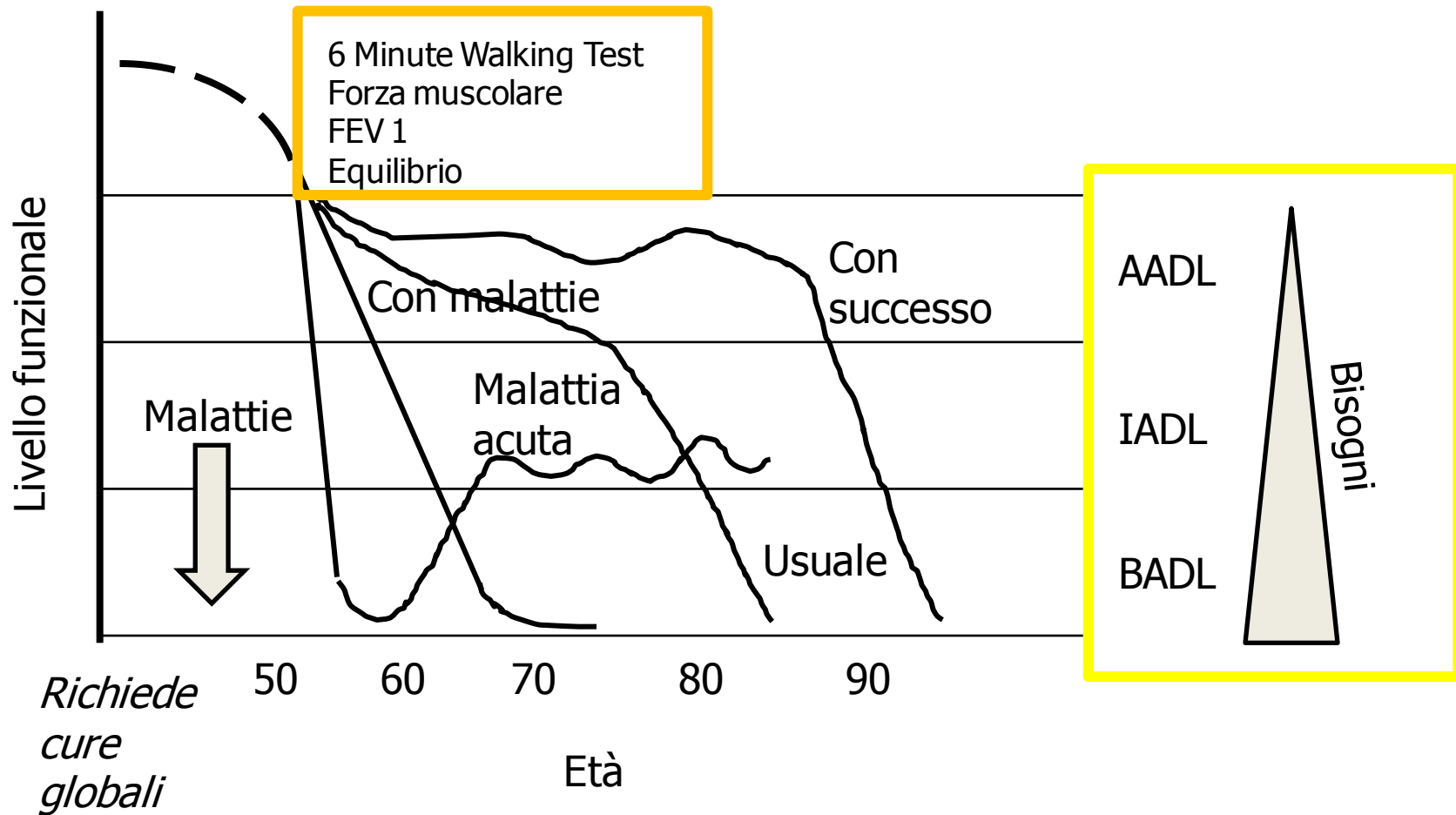


Tipi di intervento e tempi



... Cosa può succedere all'anziano?

Funzione ottimale



Ospedale



Prevalenza di esami strumentali per ottenere la diagnosi e cura della singola malattia acuta che ha portato il paziente al ricovero

Poca attenzione alle sindromi geriatriche

Dimissione!



Transitional Care

Gamma di servizi a tempo limitato costruiti per assicurare continuità di cura ed assistenza ed evitare outcome avversi prevenibili nelle popolazioni a rischio, quando i soggetti passano da un livello di cura ad un altro, attraverso erogatori e/o ambienti diversi



Strutture protette

- Posti letto: più di 400.000
- Oltre 300.000 sono per anziani oltre i 65 anni

Problemi:

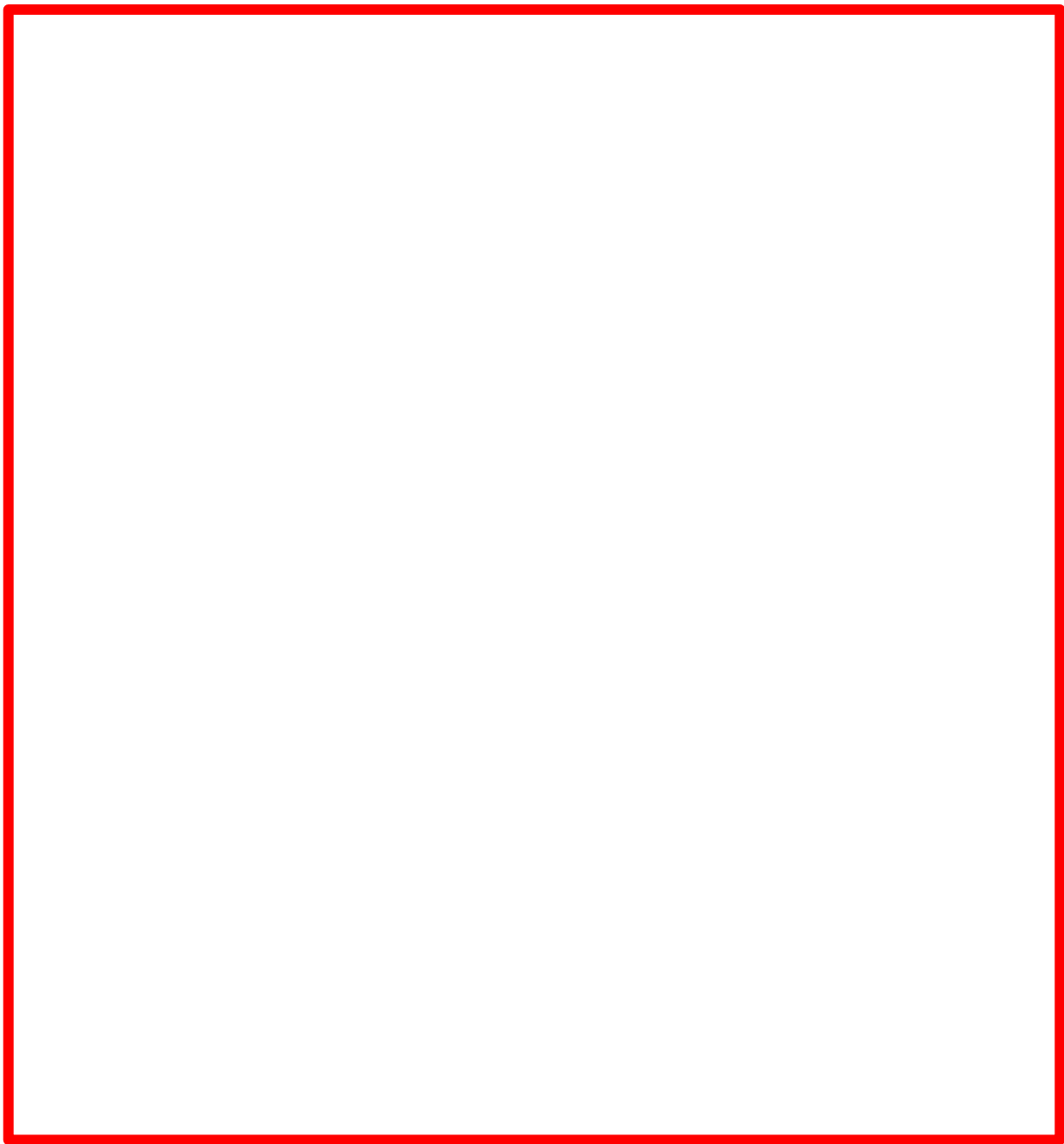
- Risultati quantificabili
- Informatizzazione
- Tendenza ad ospedalizzare quando si manifesta un evento acuto
- Obiettivi spesso non chiari: prevale la tutela «passiva» più che il recupero/mantenimento delle abilità residue

Assistenza domiciliare integrata

- Pazienti trattati in ADI: 502.475 (2101)
- 4,12% della popolazione anziana italiana

Problemi:

- Risultati quantificabili
- Informatizzazione
- Tendenza ad ospedalizzare quando si manifesta un evento acuto
- Obiettivi spesso non chiari: prevale la cura del singolo problema (ulcere da decubito) più che il recupero/mantenimento delle abilità residue



Cure Palliative

- Deve essere garantita la dignità. L'art 3 della costituzione italiana prevede infatti uguale dignità sociale a tutti i cittadini (non segnala l'età come fattore discriminante).
- La medicina palliativa ha crescente rilevanza, rappresentando un' opzione per almeno altre 10 specialità (NEJM 2011; 364: 1169-73). L' OMS ha prodotto nel 2004 un documento specifico per l'anziano
http://www.sicp.it/publicazioni_Migliori_Cure.pdf.
- Grande interesse nel mondo scientifico e clinico:
www.geripal.org

La piramide dei bisogni di Maslow (1954)



Ipertensione arteriosa

Un problema da Gero-Geriatrician

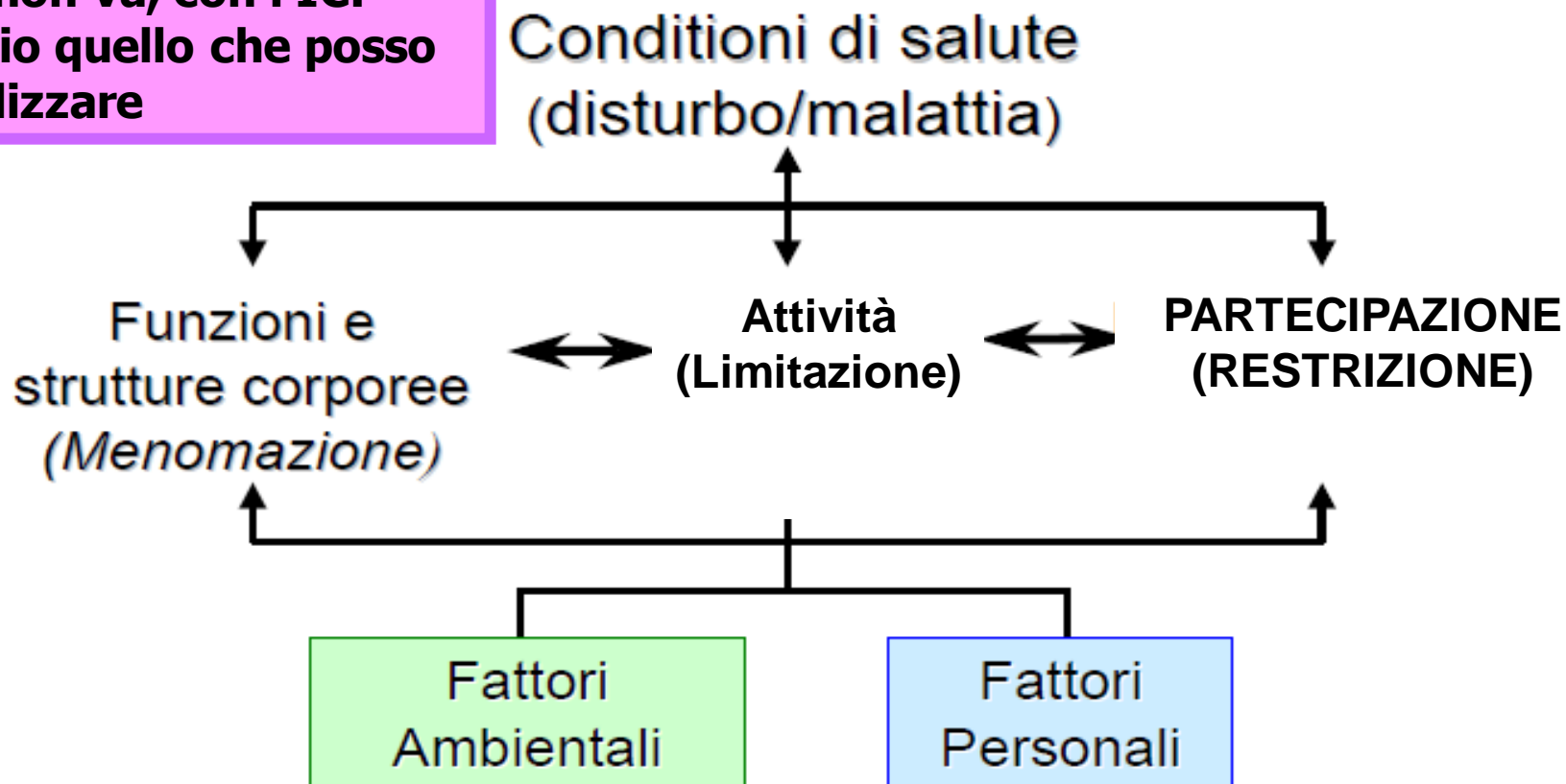
La valutazione dei valori pressori nel grande vecchio pone problemi diversi rispetto alla popolazione anziana e giovane:

- rigidità della parete arteriosa: pseudoipertensione;
- Alterazione del riflesso barocettivo: ipotensione ortostatica e post-prandiale;
- Profilo non-dipper durante monitoraggio della TA nelle 24 ore
- Aumento della pressione differenziale (pulse pressure)
- Misurazione dell'ankle-brachial index (indice di Winsor)
- Ricerca di soffi arteriosi periferici (soprattutto alle carotidi)
- Non è fisiologica nel grande anziano, va trattata (studio HYVET)

Interazione di Concetti ICF 2001

E' partecipativo!!!

Con le ADL studio quello che non va, con l'ICF studio quello che posso riutilizzare



CONTINUITA' DELLE CURE IN GERIATRIA

**USE IT OR
LOSE IT**

Medicina
Territoriale

Liste di attesa

LEA

UTAP,
ADI,
Centro Diurno

Ospedale per Acuti,
Day Hospital **HUB**

*Cartella
informatizzata*

Liste di attesa

LEA

RSA

Lungo-degenza Post Acuzie
o estensiva

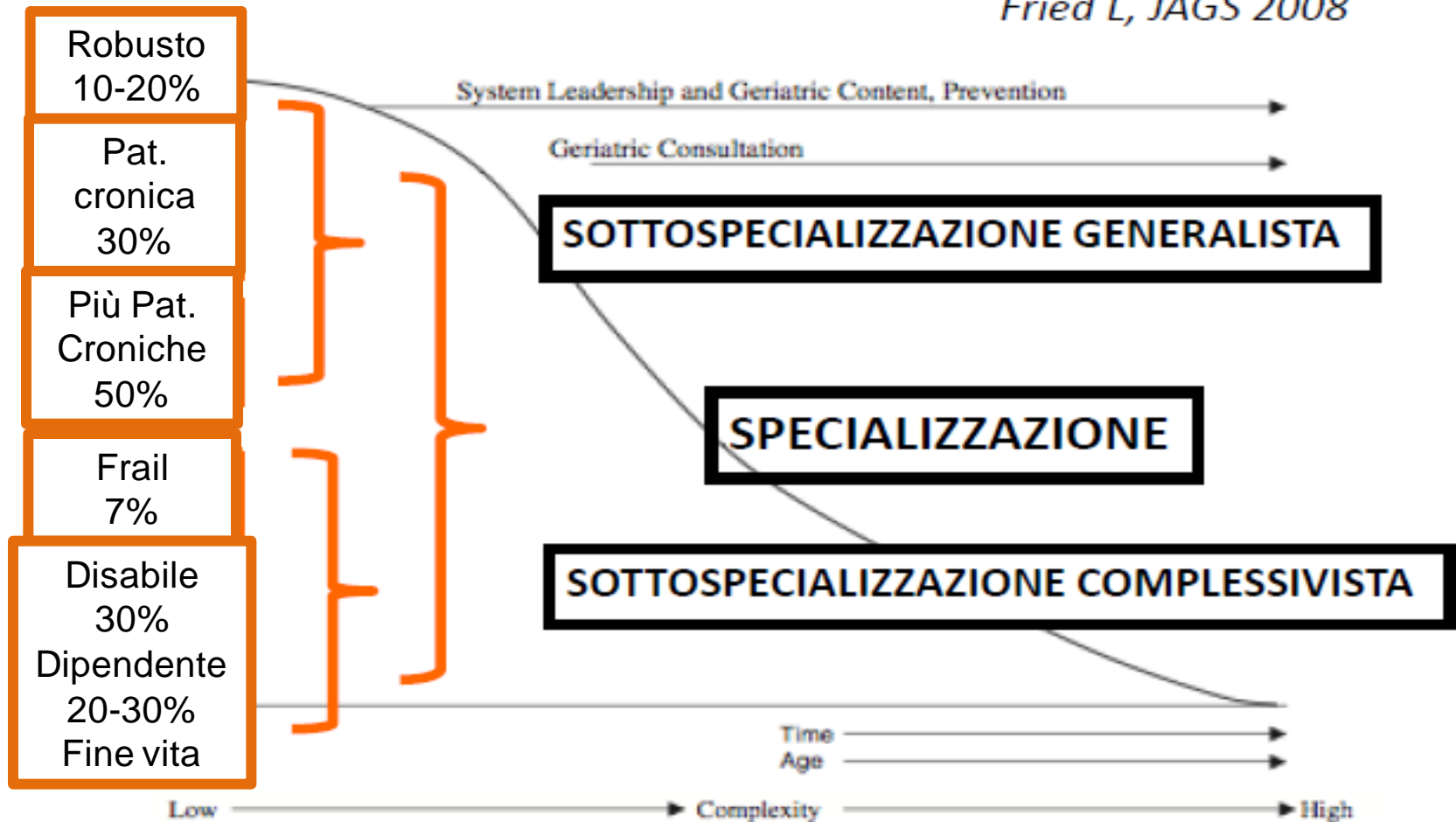
*ADI: Assistenza Domiciliare
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
UTAP: Unità Territoriale Assistenza Primaria*

**START LOW
GO SLOW**

Gero-geriatria!!

Roles of geriatricians in caring for older adults according to patient health status

Fried L, JAGS 2008





Grazie!