

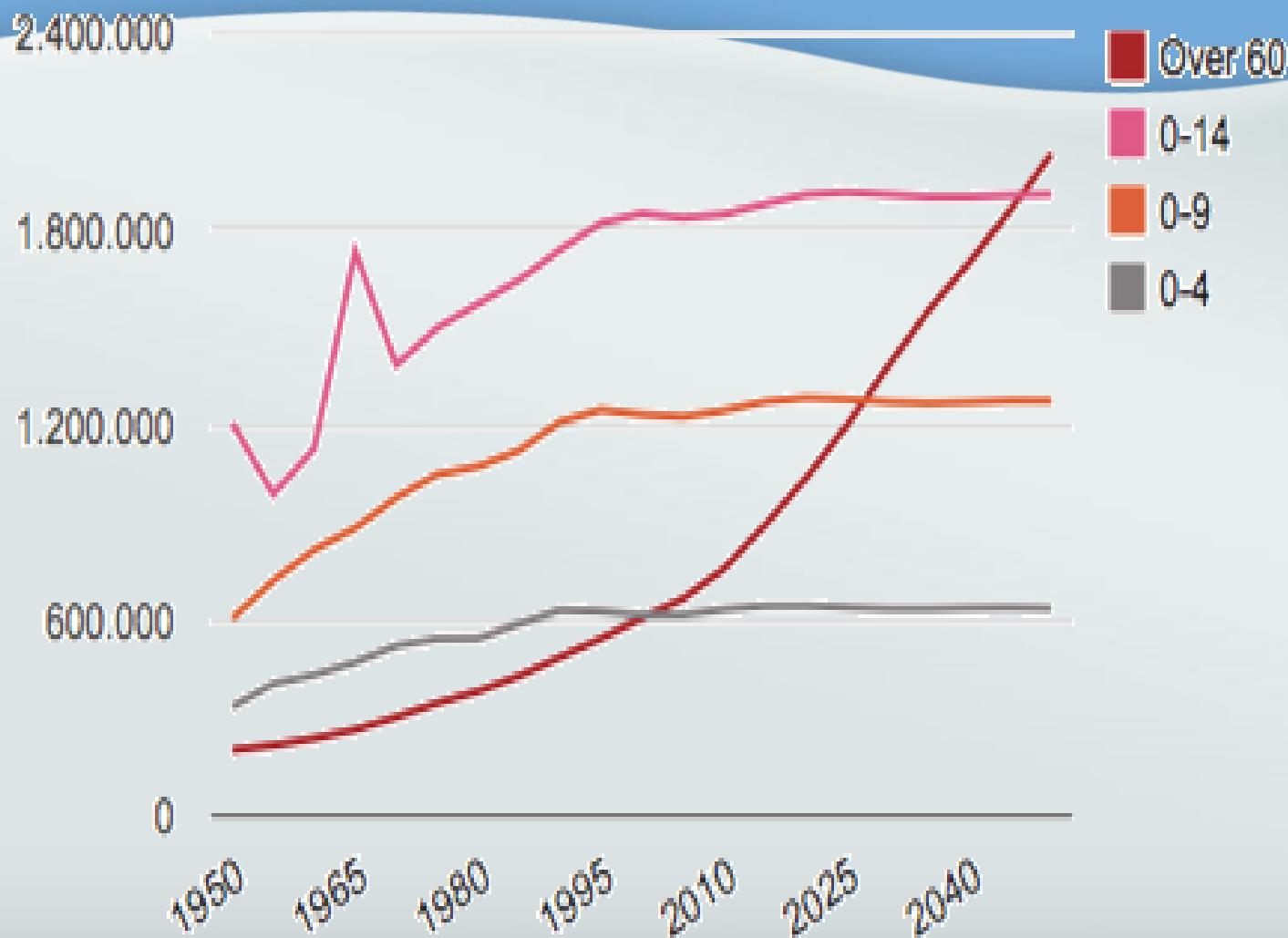


LA VMD E LA CONSULENZA GERIATRICA: UN AUSILIO QUALI-QUANTITATIVO A SUPPORTO DEL MEDICO INPS

Graziamarie Corbi, MD, PhD
Università degli Studi del Molise

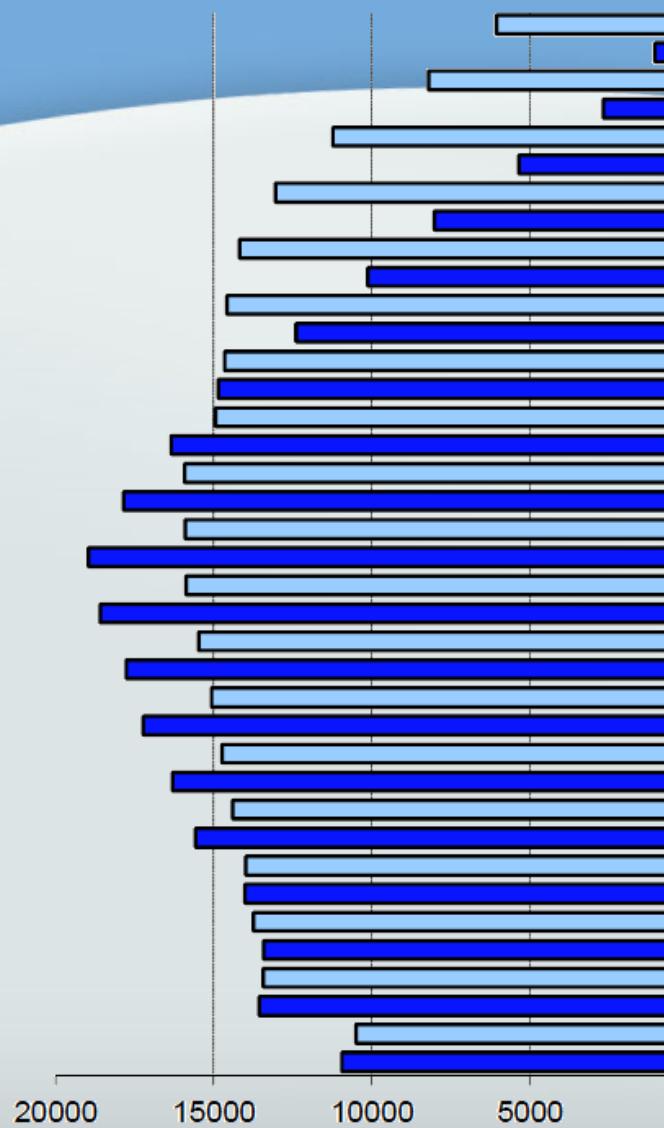


Numero soggetti over 60



EU28 - Population by age groups and sex

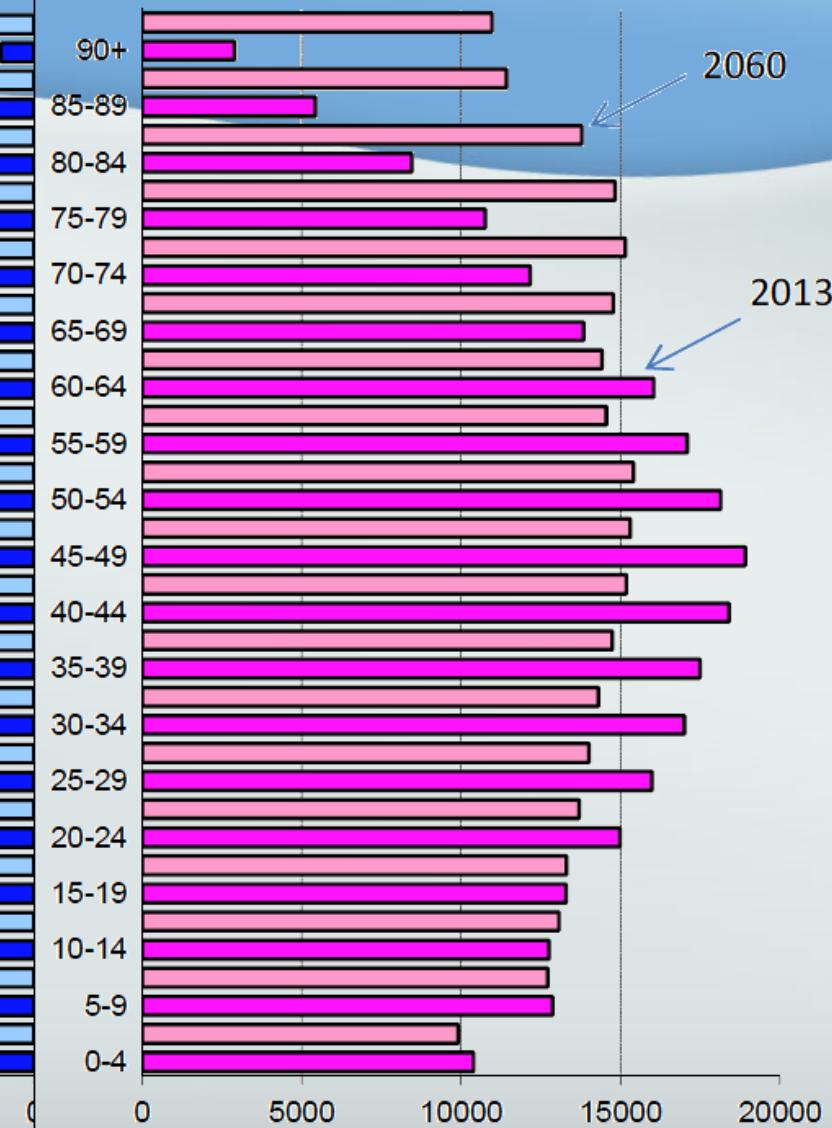
Males



Age groups

European Commission. The 2015 Ageing Report

Females

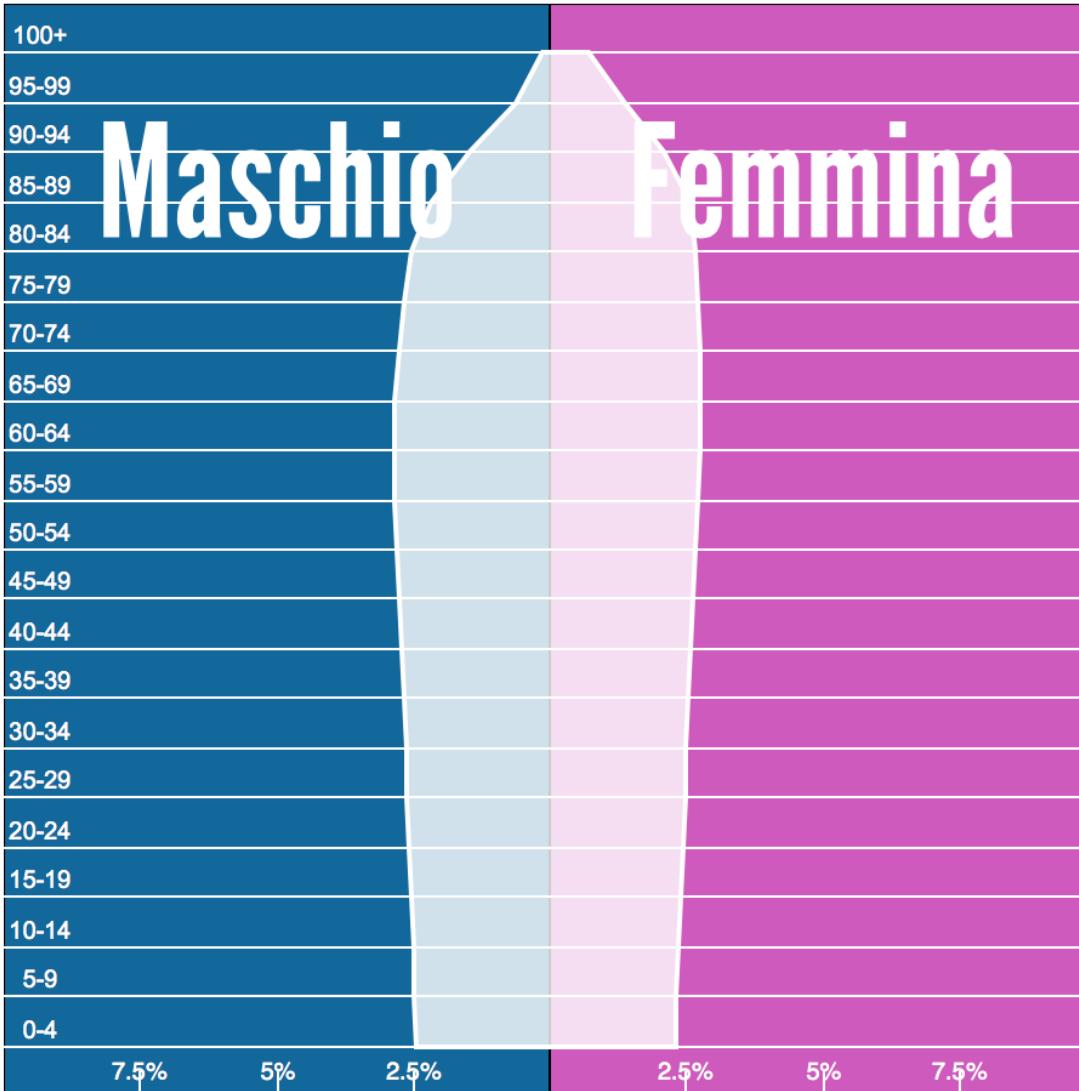


2060

2013

**Italia
2100**

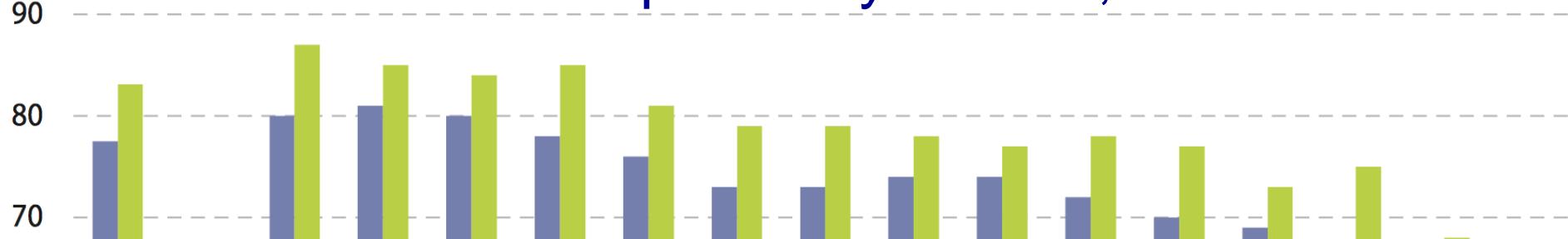
Popolazione: **54.597.000**



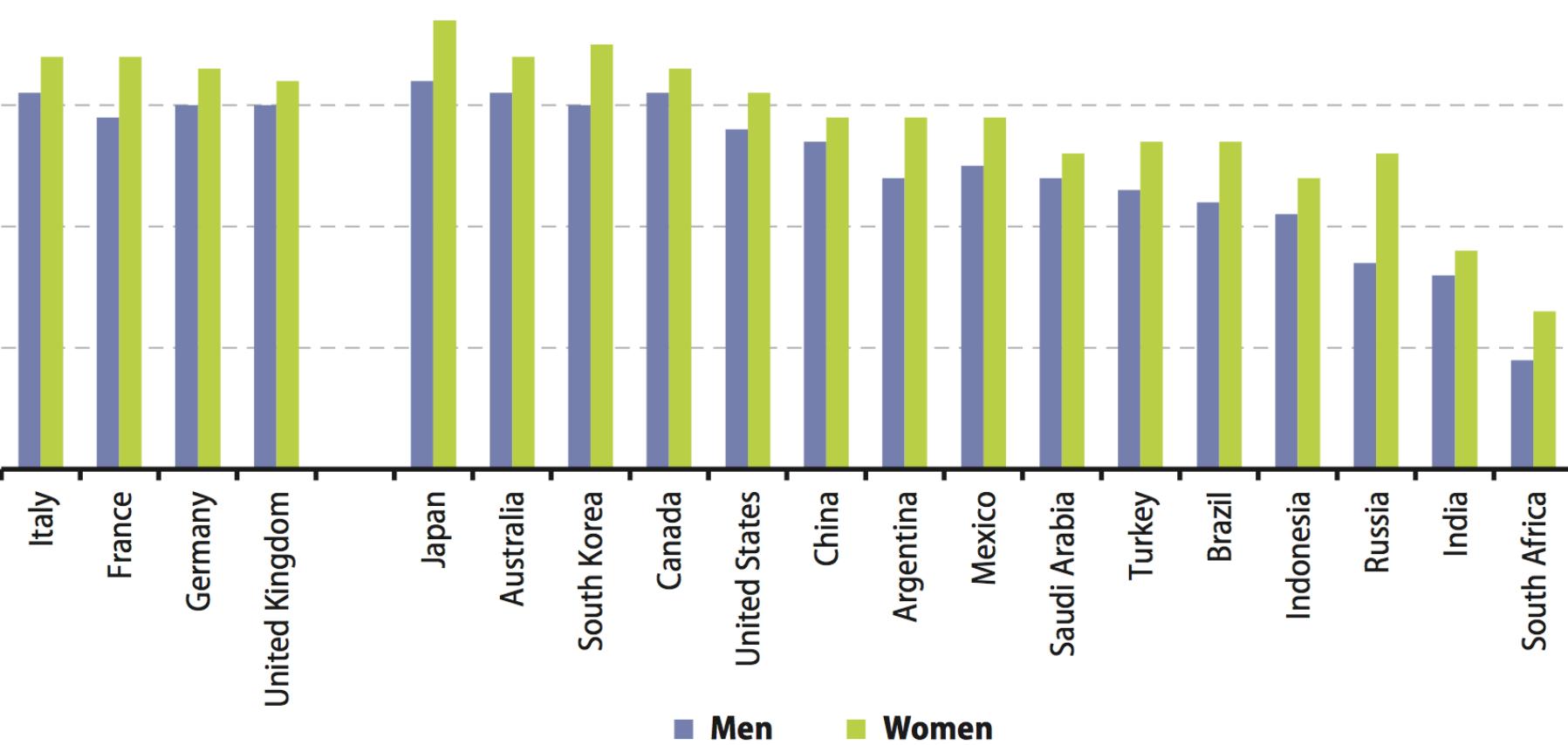
ISTAT 2015

(years)

Life expectancy at birth, 2012



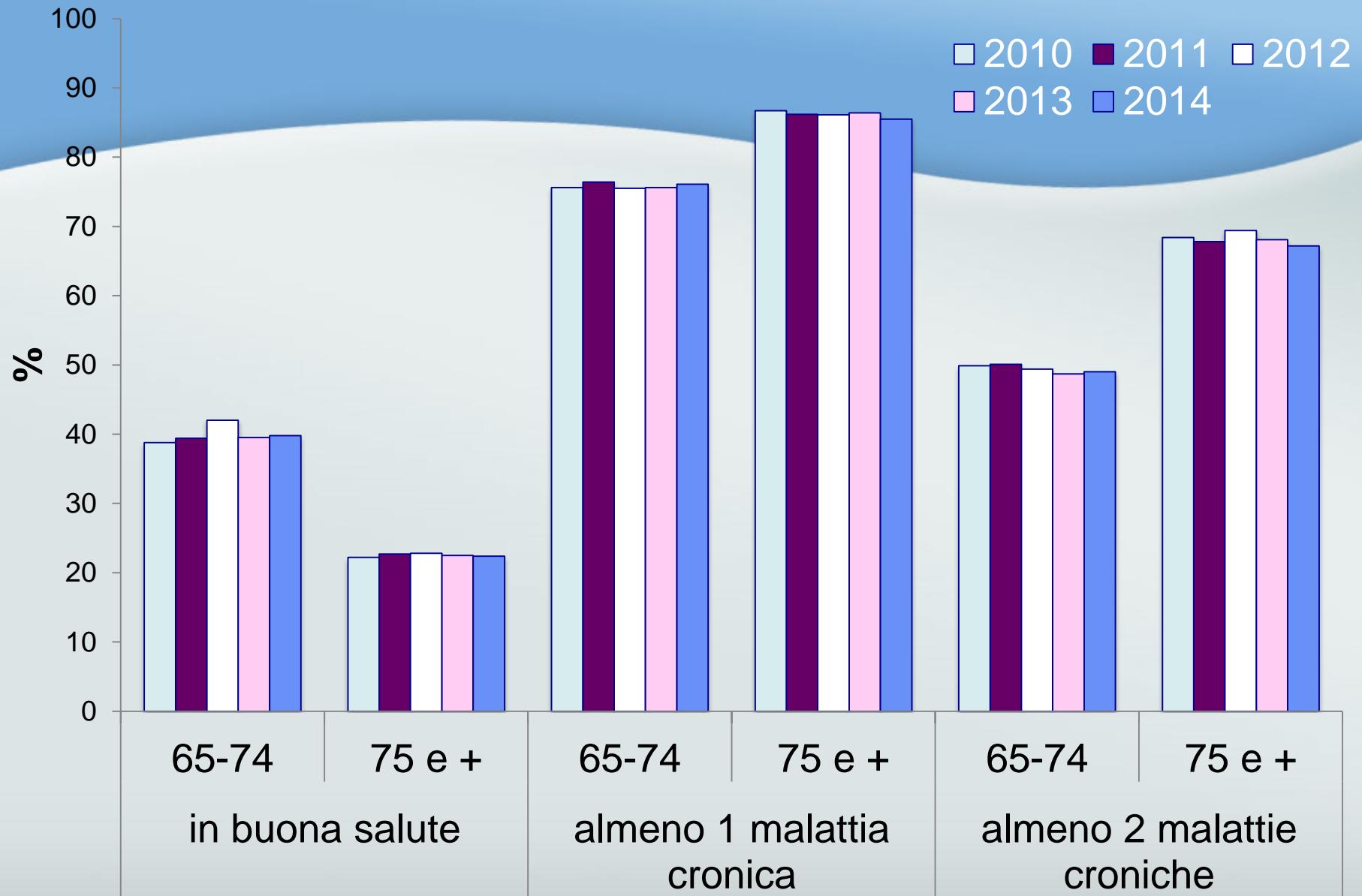
Healthy life expectancy at birth, 2012



(*) Note: y-axis does not start at 0. Ranked on the healthy life expectancy.

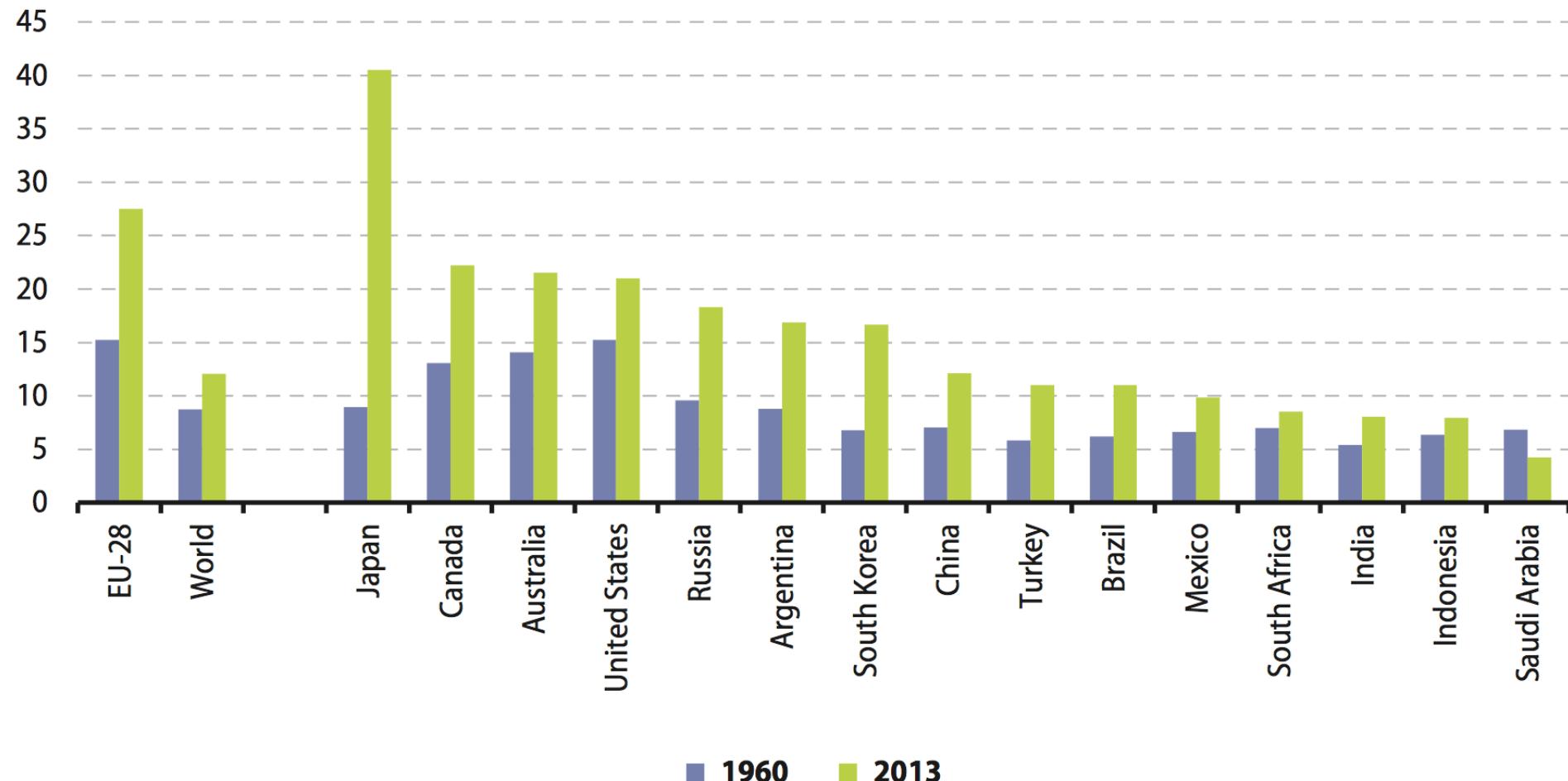
The EU in the world — 2015 edition - Eurostat

CONDIZIONI DI SALUTE ANZIANI IN ITALIA



Old-age dependency ratio

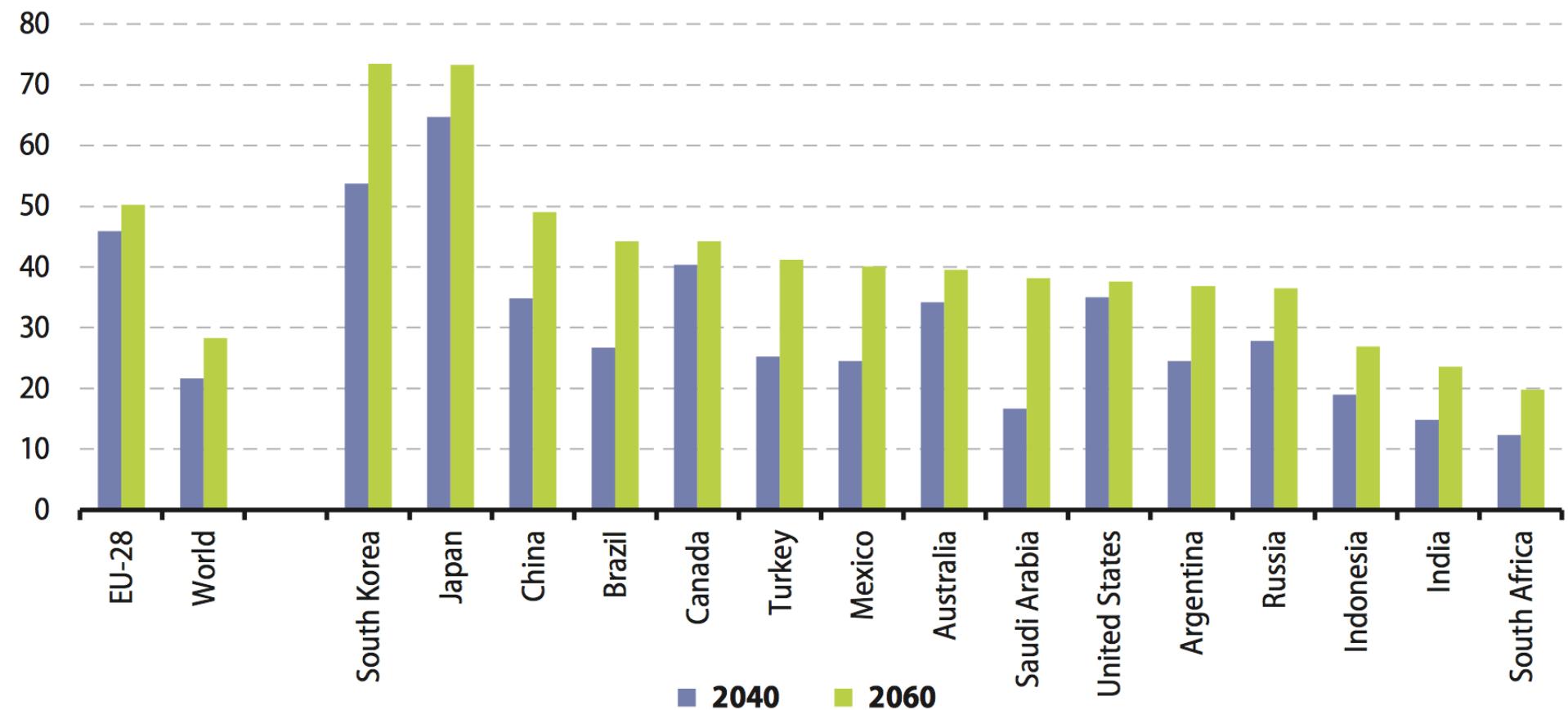
(population aged 65 or more as a percentage of the population aged 15–64)



Source: Eurostat (online data code: [demo_pjanind](#)) and the World Bank (Health Nutrition and Population Statistics)

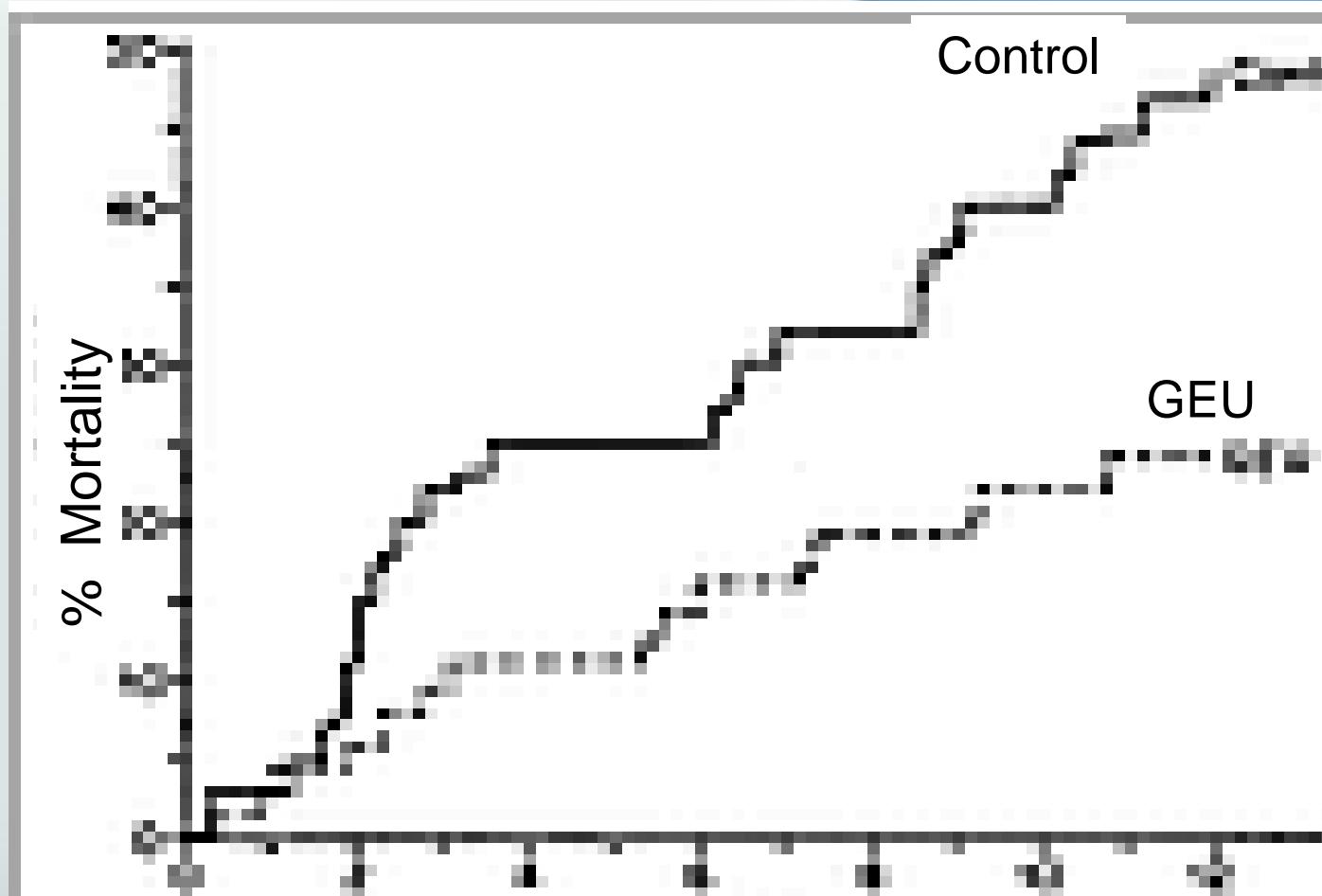
Projections for old-age dependency ratio, 2040 and 2060

(population aged 65 or more as a percentage of the population aged 15–64)



(¹) EU-28 projections made on the basis of Europop2013 convergence scenario. All remaining projections are made on the basis of the UN's medium fertility projection variant.

One-Year Mortality Curves for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients



Laurence Z. Rubenstein, M.D et al., N Engl J Med 1984; 311:1664-1670

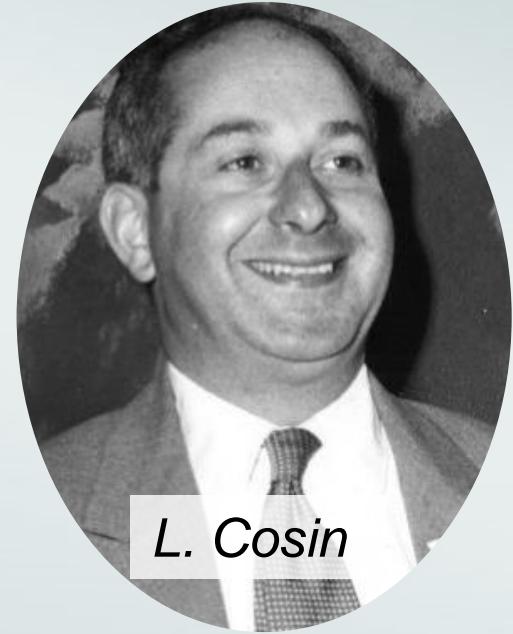
National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-making

is defined as a multidisciplinary evaluation in which the multiple problems of older persons are uncovered, described, and explained, if possible, and in which the resources and strengths of the person are catalogued, need for services assessed, and a coordinated care plan developed to focus interventions on the person's problems.



*“Gli anziani in ospedale ricevono:
• insufficiente trattamento,
• diagnosi sommarie,
• necessitano di interventi riabilitativi e
multidisciplinari”*

Br Med J 1943; ii:822-3.



Bed is bad !!

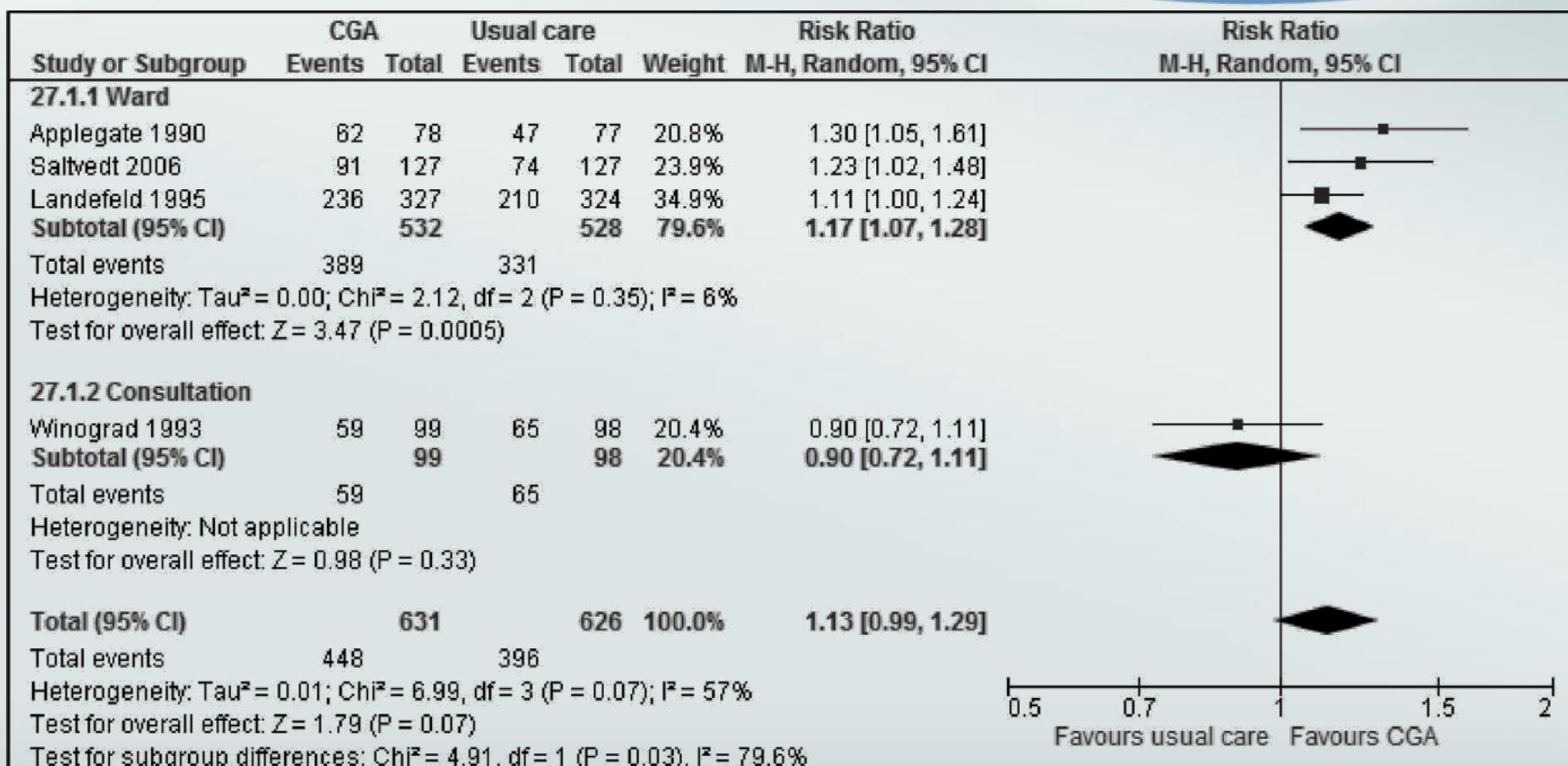
*Br Med J 1947;2(4538):1044-6
Geriatrics., 1948;3(5):294.*



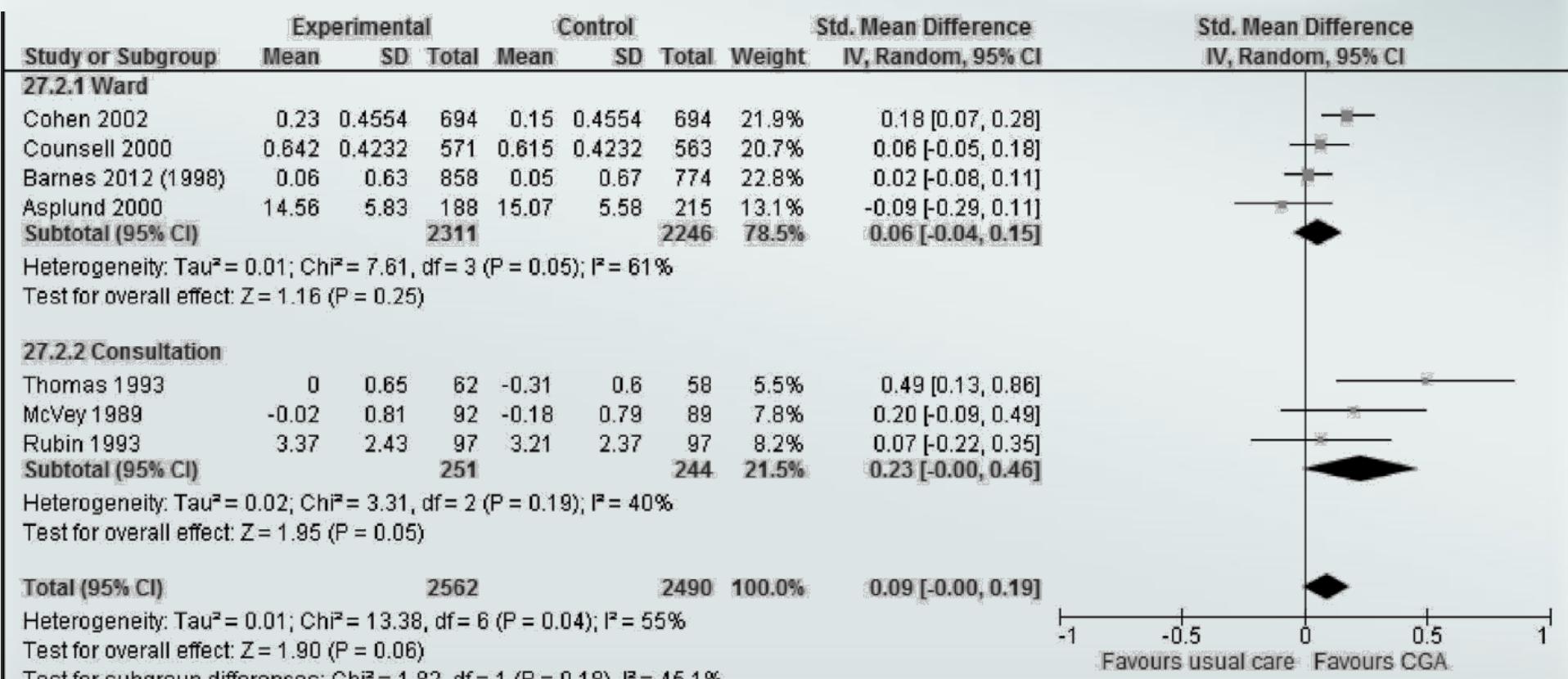
La valutazione a domicilio può migliorare la qualità delle cure per gli anziani

Eric Brooke

EFFECTS ON THE CHANGE IN HOUSING OUTCOME IN THE FRAIL GROUP BY CGA-CONSULT AND CGA-WARD.



EFFECTS ON THE PERSONAL ACTIVITIES IN DAILY LIVING OUTCOME IN THE MODERATELY FRAIL GROUP BY CGA-CONSULT AND CGA-WARD





ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



Original Study

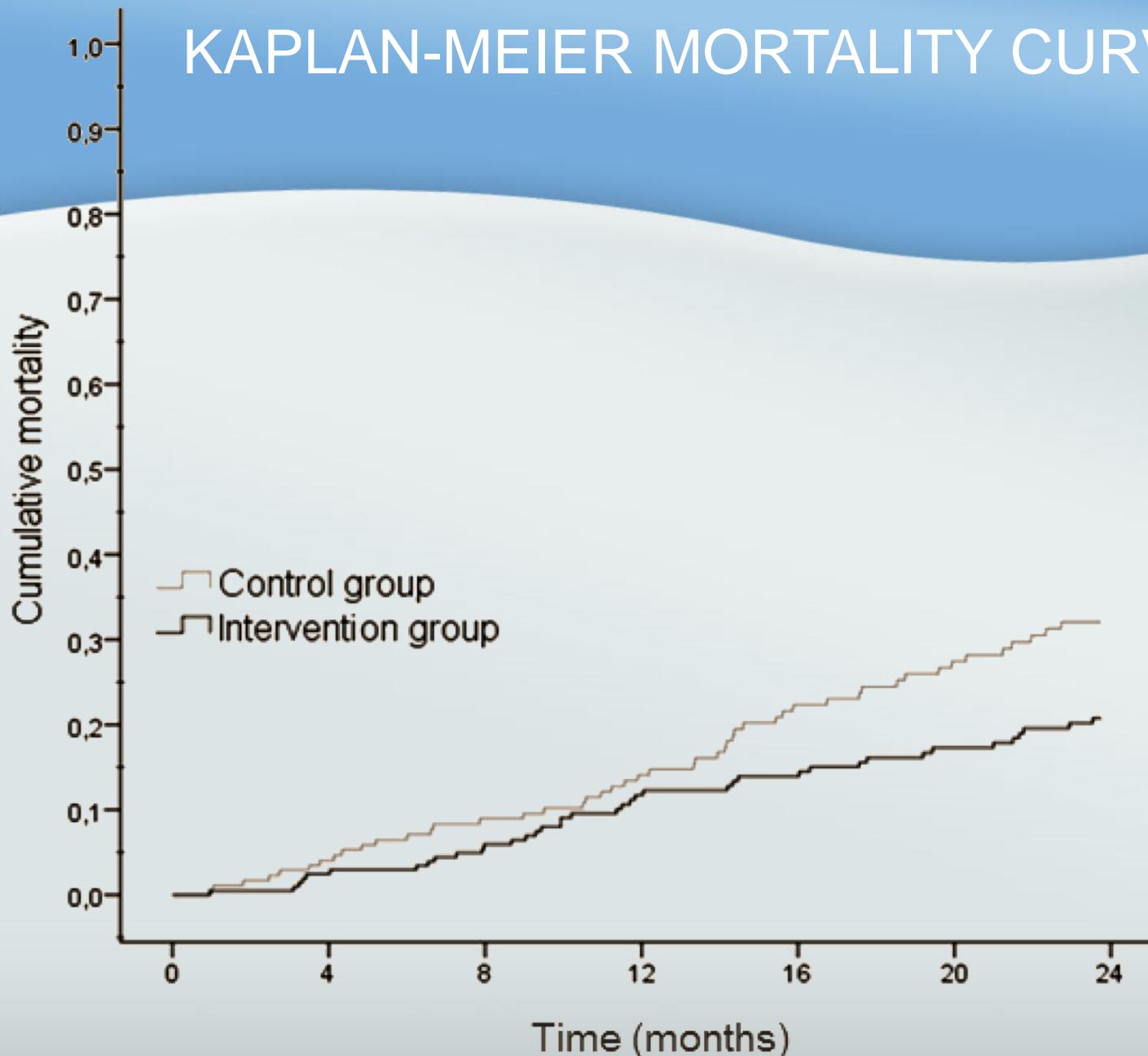
Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit
(the AGe-FIT Study): A Randomized Controlled Trial



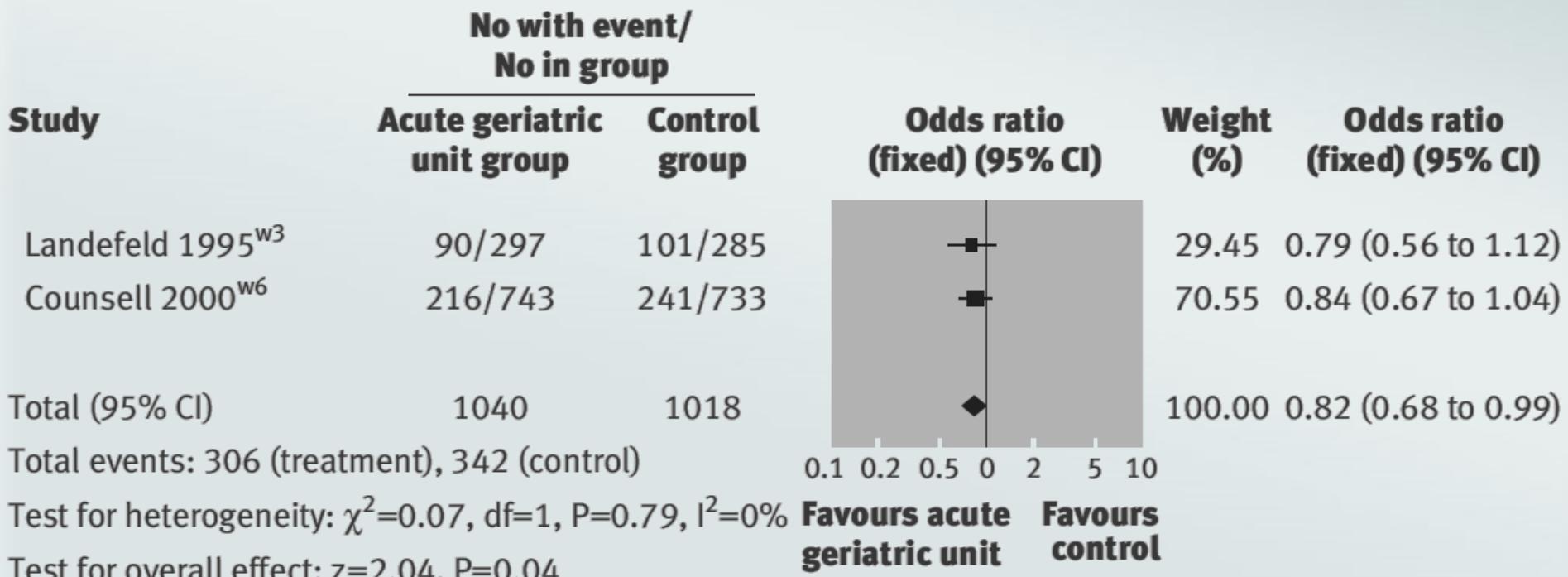
Anne W. Ekdahl MD, PhD ^{a,b,*}, Ann-Britt Wirehn PhD ^c, Jenny Alwin PhD ^d,
Tiny Jaarsma RN, PhD ^e, Mitra Unosson RN, PhD ^e, Magnus Husberg BA ^d,
Jeanette Eckerblad RN, MSc ^e, Anna Milberg MD, PhD ^{e,f}, Barbro Krevers OcT, PhD ^d,
Per Carlsson PhD ^d



KAPLAN-MEIER MORTALITY CURVES



FUNCTIONAL DECLINE AT DISCHARGE FROM HOSPITAL



LIVING AT HOME AT DISCHARGE FROM HOSPITAL AND 3 MONTHS AFTER

Study	No with event/ No in group		Odds ratio (fixed) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (fixed) (95% CI)
	Acute geriatric unit group	Control group			
At discharge					
Collard 1985 ^{w1}	162/218	340/502	0.38 (0.16 to 0.99)	18.91	1.38 (0.96 to 1.97)

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

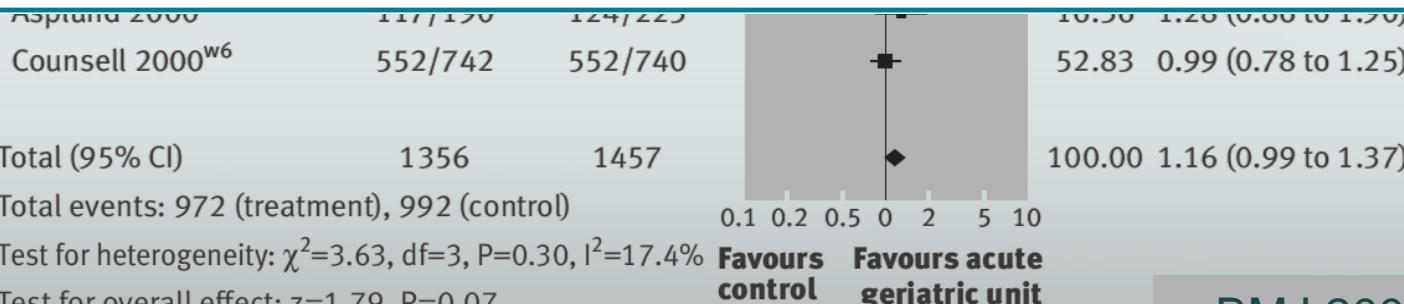
The effect of geriatric assessment has been evaluated in hospital and community settings

In older people admitted to hospital with acute disorders, the intervention of consultation teams has not shown clinical or administrative benefits

WHAT THIS STUDY ADDS

Care of older people with acute disorders in acute geriatric units reduces the risk of functional decline at discharge and increases the probability of returning home

This benefit is not accompanied by an increase in case fatality, readmissions, or hospital costs



MANCANZA DI VALUTAZIONE

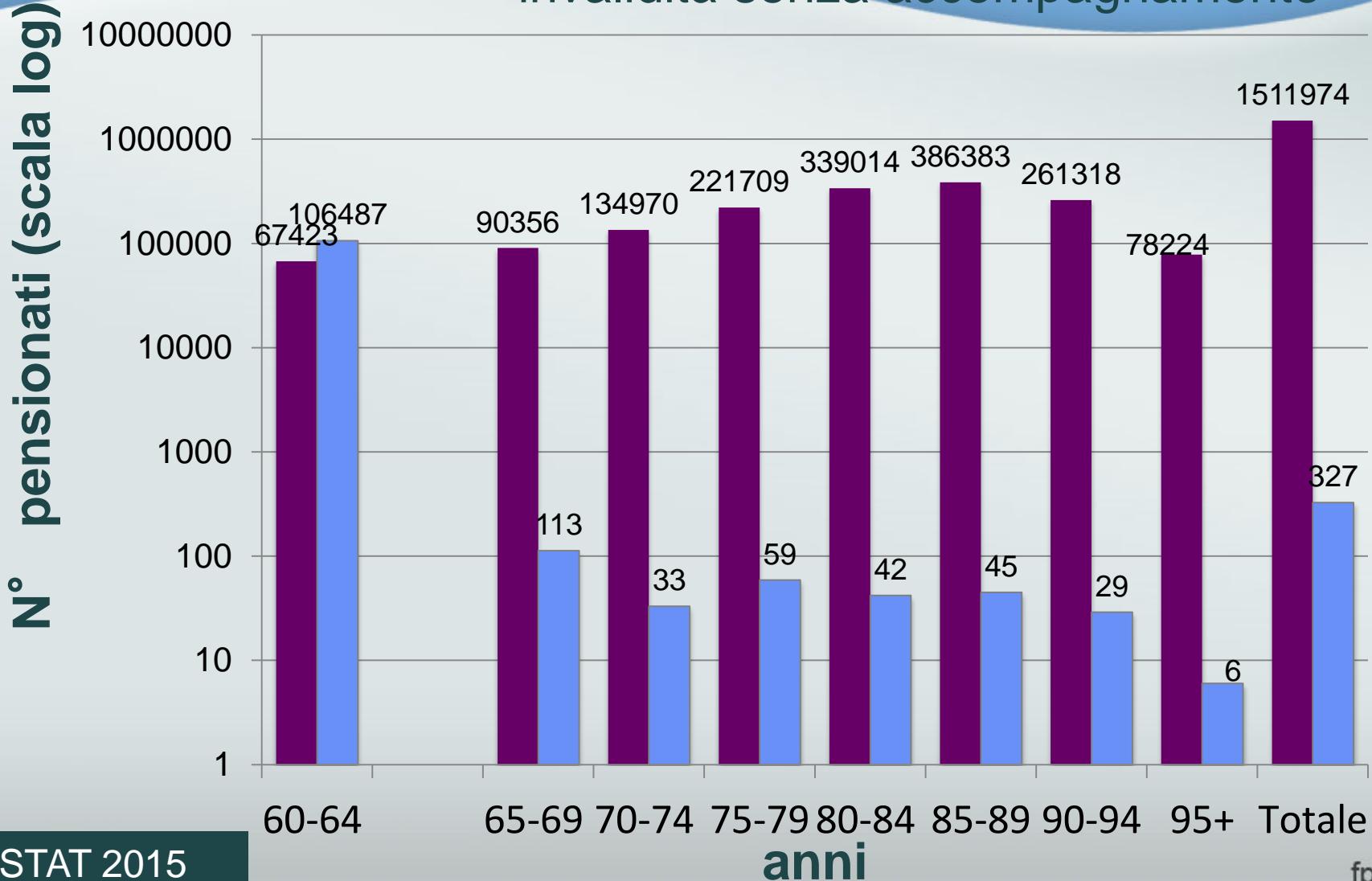
QUALI-QUANTITATIVA

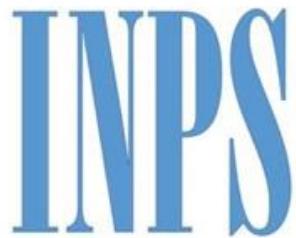


ITALIA 2013

Totale invalidi
2.626.676

- invalidità con accompagnamento
- invalidità senza accompagnamento





Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

CONGRESSO NAZIONALE 60°

NAPOLI 25-28 Novembre 2015



LA VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE IN INVALIDITÀ CIVILE: STUDIO OSSERVAZIONALE

**Ambrosino I¹, Corbi G², Campobasso CP², Massari M³, De Lucia O⁴,
Simplicio S¹, Dragone M¹, Fallani P⁴, Ferrara N⁵, Paolisso G⁶,
Piccioni M⁴**

1 Unità Operativa Complessa INPS di Bari 1

2 Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute “V. Tiberio”, Università degli Studi del Molise

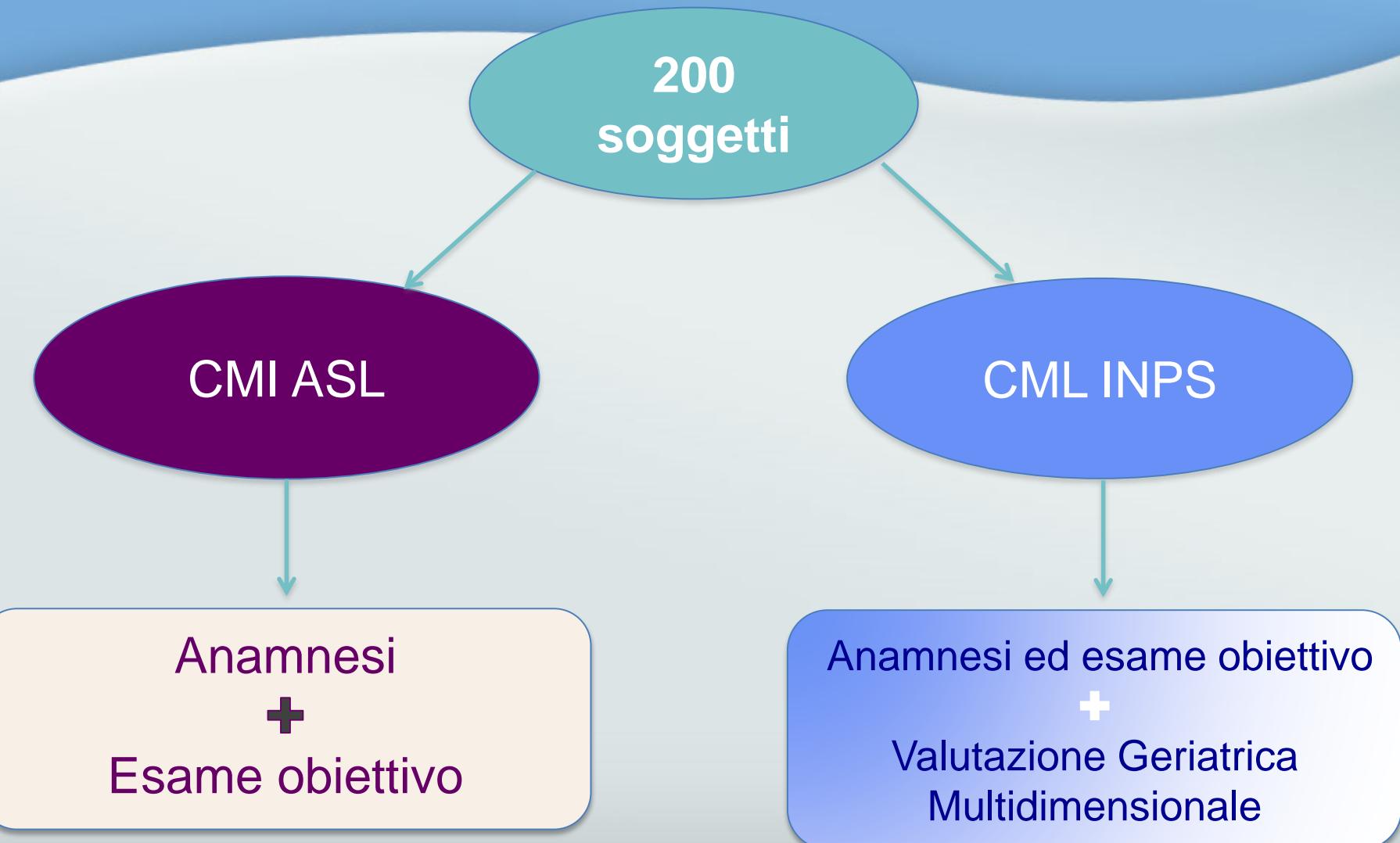
3 Coordinamento Regionale INPS - Puglia

4 Coordinamento Generale INPS - Nazionale

5 Dipartimento di Scienze Mediche e Traslazionali, Università “Federico II” di Napoli

6 Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell’ Invecchiamento, Seconda Università degli Studi di Napoli (SUN)

MATERIALI E METODI



VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE

Test di Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

	Ingresso	
	Sì	No
0-2 punti: severo deterioramento cognitivo		
1. Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	1	0
2. 3-4 punti: moderato deterioramento cognitivo	1	0
3. Qual'è il nome di questo posto?	1	0
4. 5-7 punti: lieve deterioramento cognitivo	1	0
5. Quanti anni ha?	1	0
6. 8-10 punti: funzioni cognitive intatte	1	0
7. Chi è l'attuale Papa?	1	0
8. Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	1	0
9. Qual'era il cognome di Lincoln?	1	0
10. Faccia 20-3, poi sottrae 12.	1	0
TOTALE SPMSQ		

cut-off ≤ 4

VALUTAZIONE DELLO STATO FUNZIONALE

Indice di Barthel

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ*			
Paziente:	Età:	Data ing.	/ /
Diagnosi:		Data dim.	/ /
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente	Indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente			
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)			
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente	Totale dipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana		
Controllo 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continentе			
Controllo della vescica 0= incontinentе 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continentе			
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto 10= indipendente			
Trasferimenti 0= incapace, non si muove 5= in grado di sedersi 10= minima assistenza 15= indipendente			
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con qualche difficoltà 10= necessita di aiuto 15= indipendente per camminare 20= indipendente per girellarsi			
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili			
TOTALE (0 – 100)			

VALUTAZIONE DEI SINTOMI NON COGNITIVI

Geriatric Depression Scale Short Form (GDS SF)

11-15: depressione grave

Hai abbandonato molte delle sue attività e divertimenti?

SI	NO
0	1
1	0

Le sembra che la sua vita vuota?

1	0
---	---

Si sente spesso annoiato?

1	0
---	---

Si sente di buon umore per un tempo più corto?

1	0
---	---

6-10: depressione lieve-moderata

Teme che le possa accadere qualcosa di brutto?

1	0
---	---

Si sente felice in genere?

0-5: assente

Si sente spesso privo di aiuto?

0	1
---	---

Preferisce stare in casa piuttosto che uscire?

1	0
---	---

Le sembra di avere più problemi di memoria rispetto agli altri?

1	0
---	---

Pensa che sia bello stare al mondo oggi?

0	1
---	---

Le sembra che la sua vita sia interessante?

1	0
---	---

Si sente pieno di energia?

1	0
---	---

Le sembra di essere in una situazione positiva?

1	0
---	---

Pensa che la maggior parte della gente è simile a lei?

1	0
---	---

cut-off > 11

Punteggio _____ /15

VALUTAZIONE DELLA COMORBIDITÀ

Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologie cardiache (solo cuore)	<input type="checkbox"/>				
Ipertensione	<input type="checkbox"/>				
Patologia vascolare	<input type="checkbox"/>				
Patologie respiratorie	<input type="checkbox"/>				
Occhio, Orecchio, Naso, Gola, Laringe Osteoarticolazioni e muscoli all'albero	<input type="checkbox"/>				
Apparato GI inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>				
Patologie epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>				
Patologie renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>				
Altre patologie genito-urinarie	<input type="checkbox"/>				
Sistema muscolo-scheletro-cutaneo	<input type="checkbox"/>				
Patologie del sistema nervoso	<input type="checkbox"/>				
Patologie endocrino-metaboliche	<input type="checkbox"/>				

Indice di severità

media dei punteggi delle prime 13 categorie

5

Indice di comorbidità

Numero delle categorie con punteggio ≥ 3

13

2. **Lieve:** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con le attività quotidiane; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è buona (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3. **Moderato:** la compromissione d'organo/sistema interferisce con le attività quotidiane; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture)

4. **Grave:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

5. **Molto grave:** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia)

RISULTATI

200 soggetti

79 Uomini

121 Donne

Età
BMI
FC
PAS
PAD

77 ± 7 anni
 29 ± 6 Kg/m²
 81 ± 11 b/min
 123 ± 11 mmHg
 81 ± 9 mmHg

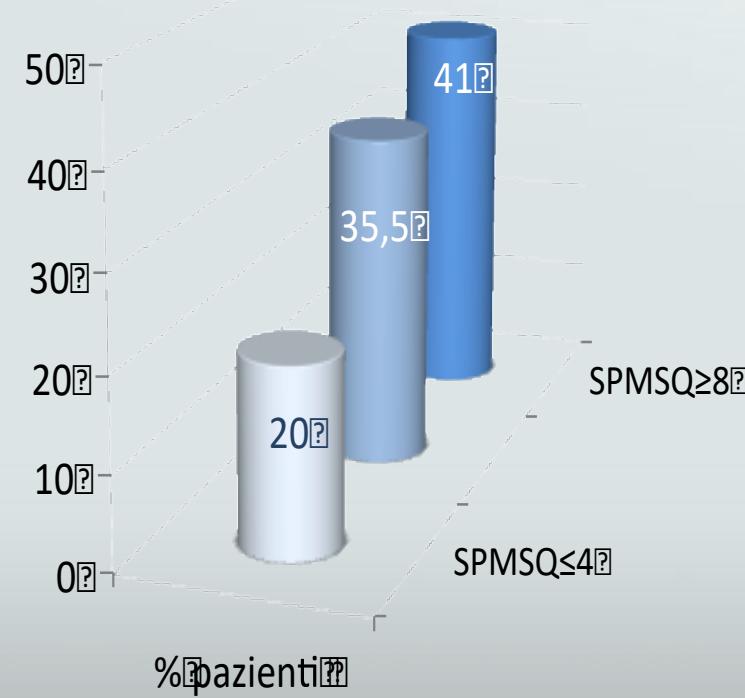
	N (%)
Patologie artrosiche	151 (75.5)
Iipertensione	135(67.5)
Malattia cerebrovascolare cronica	97 (48.5)
Incontinenza sfinterica	73 (36.5)
Diabete	47(23.5)
Decadimento cognitivo	45 (22.5)
Depressione	43 (21.5)
BPCO	42 (21)
Patologie neoplastiche	41 (20.5)
Patologie neurologiche	41 (20.5)
Cardiopatia ischemica cronica	37 (18.5)
Insufficienza renale cronica	27 (13.5)
Fibrillazione atriale	25 (12.5)
Patologie psicotiche	13 (6.5)
Epatopatia cronica	8 (4)
Cirrosi epatica	2 (1)
Lesioni da decubito	2 (1)

200 pazienti

Test di Pfeiffer (SPMSQ)

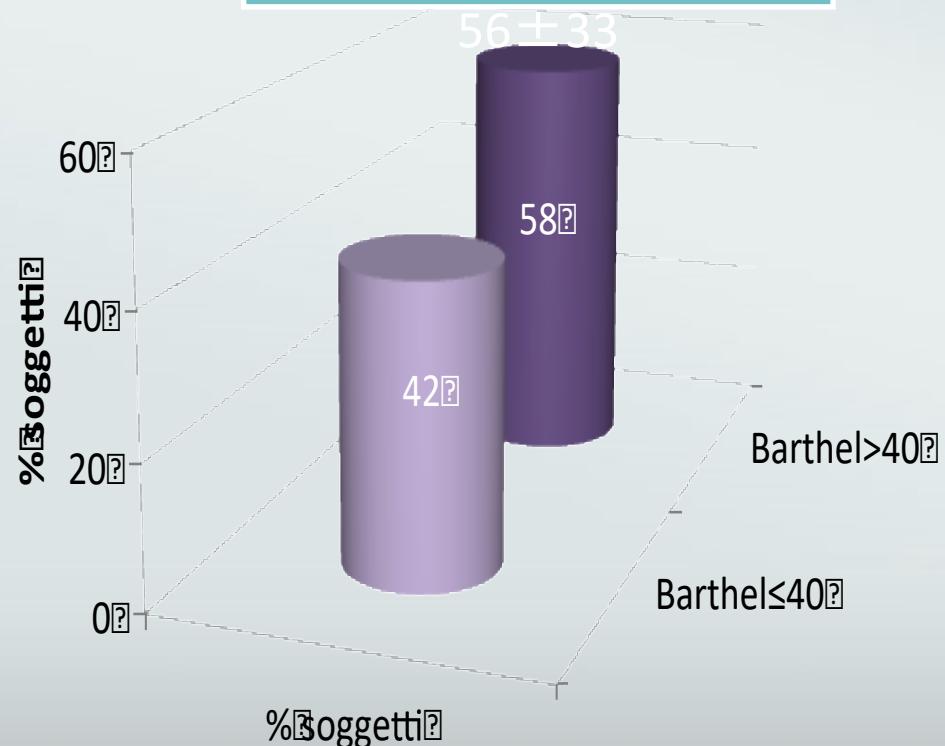


Punteggio medio: 6 ± 3



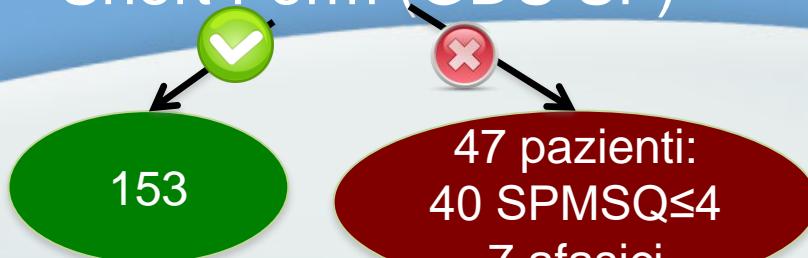
Indice di Barthel

Punteggio medio:

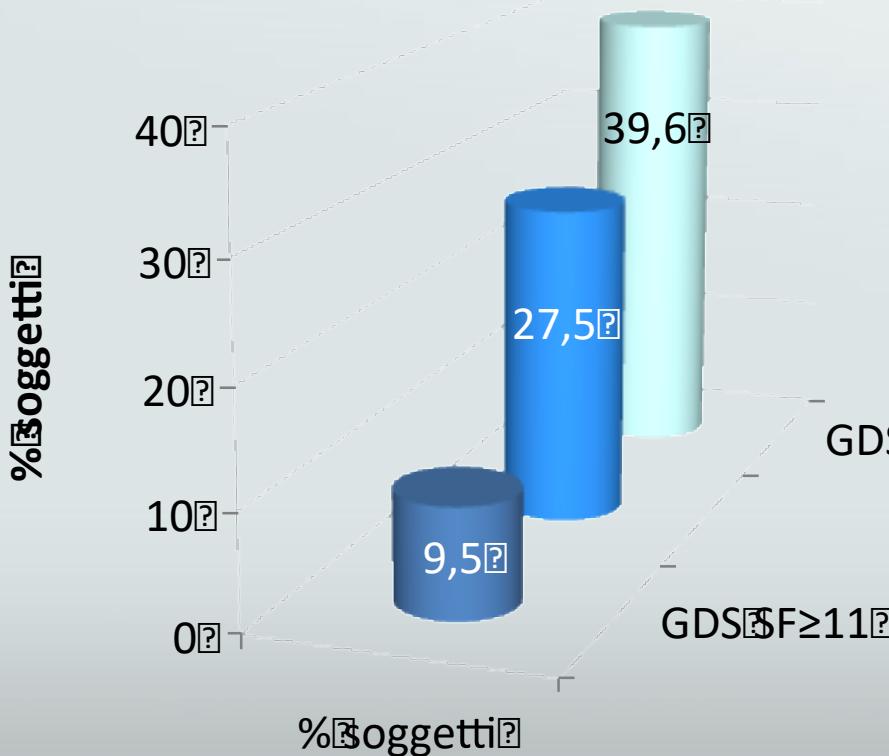


200 pazienti

Geriatric Depression Scale Short Form (GDS SF)



Punteggio medio: 5 ± 4



Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

Indice di severità

Punteggio medio: 1.6 ± 0.3

Indice di comorbidità

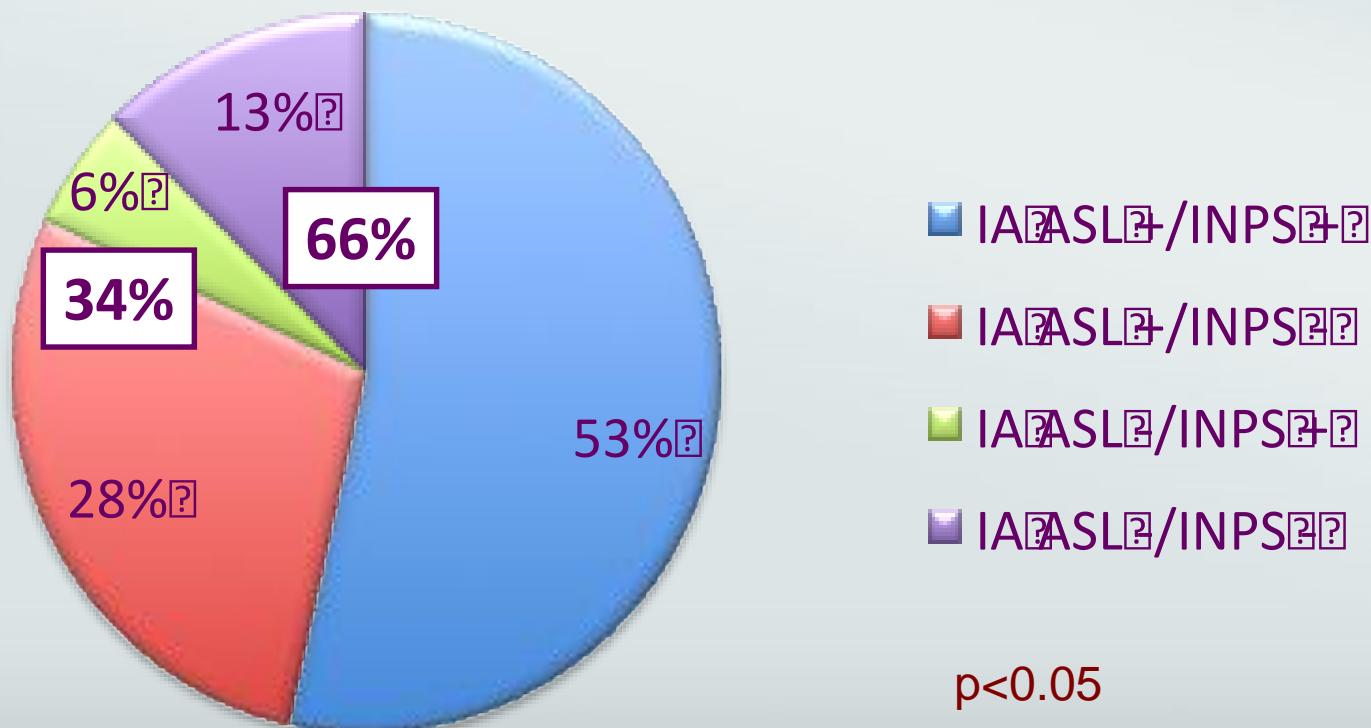
Punteggio medio: 3 ± 1.7

RISULTATI



RISULTATI

	IA INPS +	IA INPS -	Totale
IA ASL +	107	57	164
IA ASL -	11	25	36
Totale	118	82	200



RISULTATI

	ASL				INPS			
	p	Beta	95% CI		p	Beta	95% CI	
			Low	High			Low	High
Sesso (F)	.026	2.421	1.111	5.279	---	---	---	---
Età	.180	1.043	.981	1.109	.146	.883	.747	1.044
Insuff. Renale (si)	.078	6.447	.809	51.357	.826	.624	.009	41.650
Barthel ≤40	.591	.605	.097	3.787	---	---	---	---
Bartel punteggio	.003	.981	.969	.994	.000	.818	.753	.890
SPMSQ	.430	1.102	.866	1.402	.034	.534	.299	.954
Deficit cognitivo	.567	1.317	.512	3.387	.799	1.890	.014	255.456
Neoplasia (si)	---	---	---	---	.004	72.899	4.089	1299.681

RISULTATI

1. Perdita di peso (maggiore di 4,5 Kg. nell'ultimo anno)

Si No

2. Affaticamento (fatica in almeno 3 giorni/settimana)

Si No

	IA ASL+	IA INPS+	
3. Riduzione della capacità di funzionamento (per le femmine)			
No Frail	2	0	
Pre-Frail	53	1	
4. Ridotta attività quotidiana (for the Elderly)			
Frail	109	117	
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

5. Riduzione della velocità del cammino (>7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto)

Si No

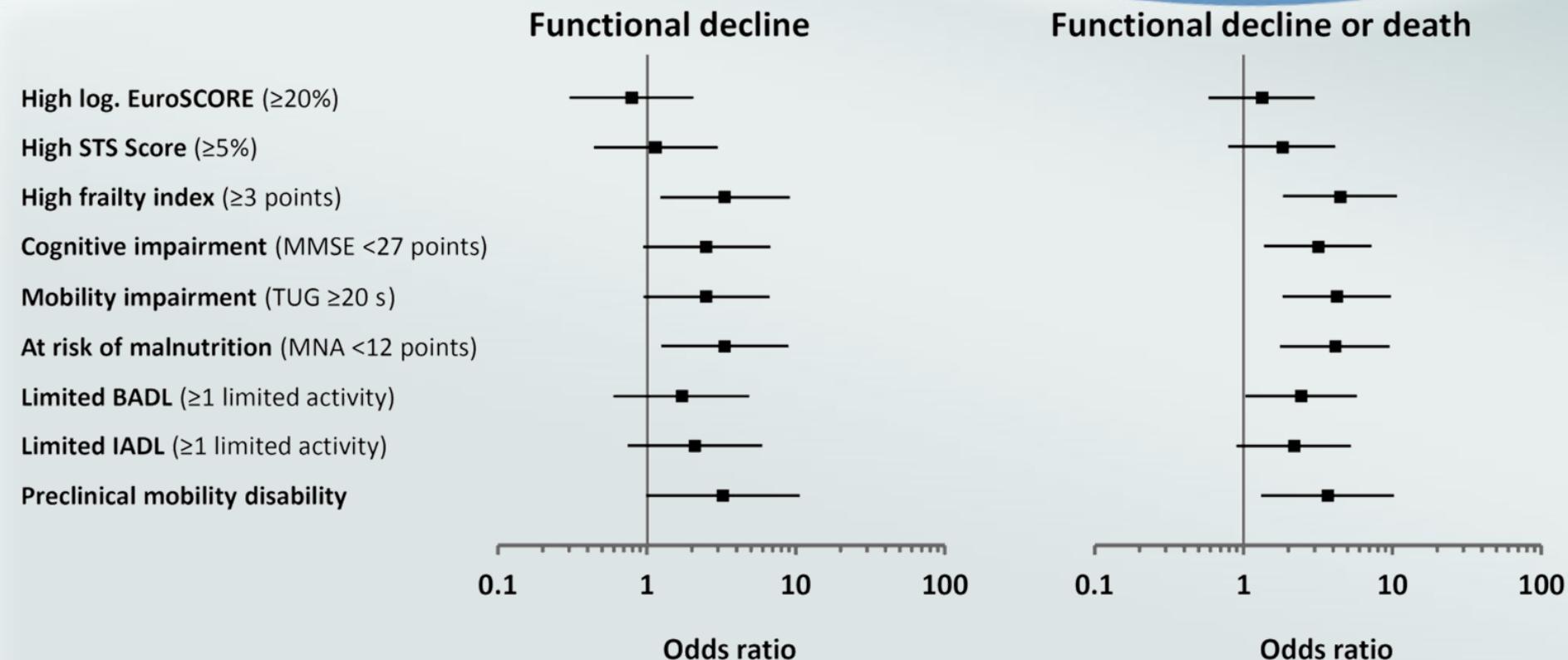
Punteggio

≥3 Frail

1-2 Pre-Frail

0 No Frail

ODDS RATIOS OF UNIVARIABLE ASSOCIATIONS OF DICHOTOMIZED RISK PREDICTORS WITH FUNCTIONAL DECLINE AND FUNCTIONAL DECLINE OR DEATH



Andreas W. Schoenenberger et al. Eur Heart J
2013;34:684-692

Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial

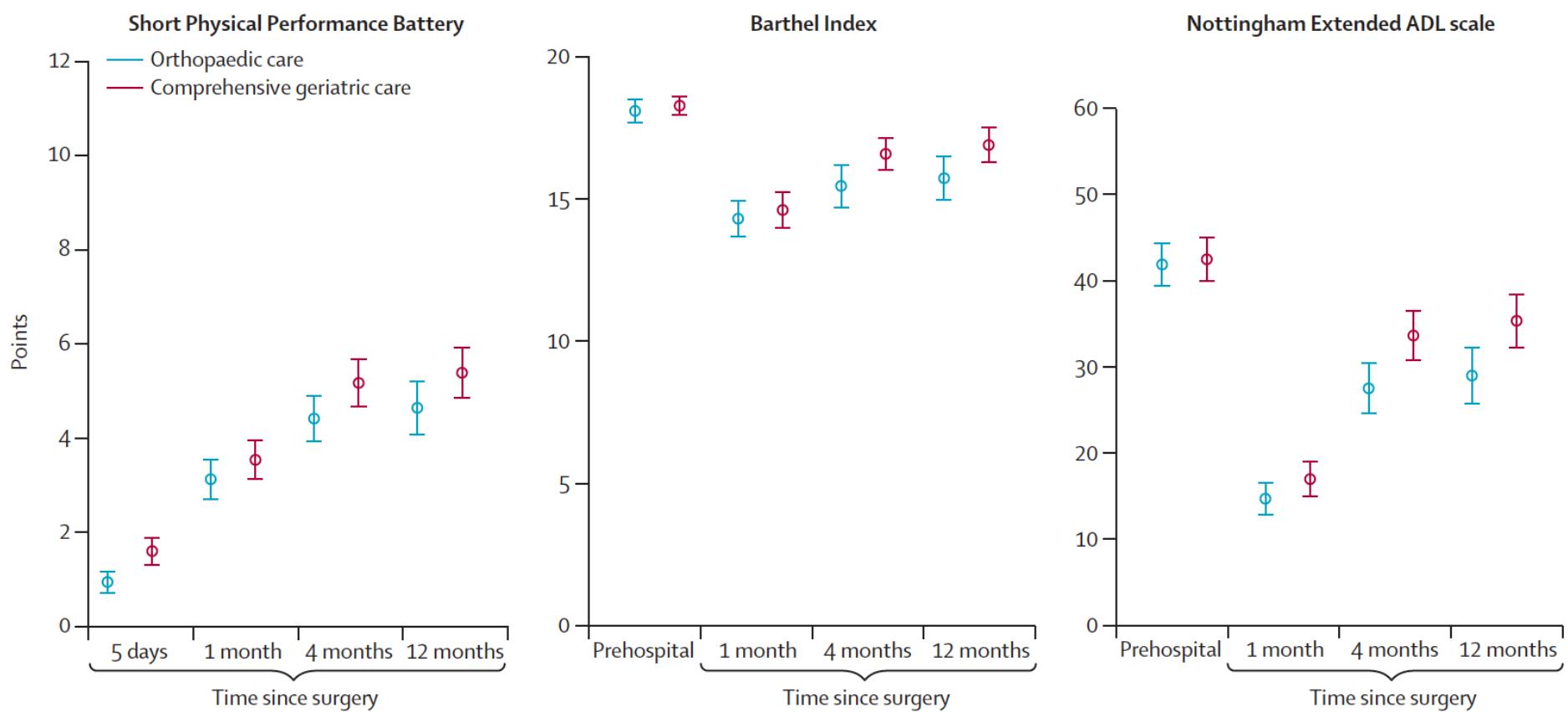


Anders Prestmo*, Gunhild Hagen*, Olav Sletvold, Jorunn L Helbostad, Pernille Thingstad, Kristin Taraldsen, Stian Lydersen, Vidar Halsteinli, Turi Saltnes, Sarah E Lamb, Lars G Johnsen, Ingvild Saltvedt

	Comprehensive geriatric care	Orthopaedic care
Department	Department of Geriatrics, Clinic of Internal Medicine	Department of Orthopaedic Surgery, Clinic of Orthopaedics and Rheumatology
Facilities*	Geriatric ward: Five one-bed rooms organised in a group together reserved for patients with hip fractures within a 15-bed ward	Orthopaedic trauma ward: One, two, or four-bed rooms in a 19-bed ward before, or single rooms in a 24-bed ward after relocation Mixed orthopaedic trauma patient population
Team members,†number per bed		
Geriatricians	0·13	..
Registered nurses, licensed practical nurses	1·67	1·48
Physiotherapists	0·13	0·09 (0·07 after relocation)
Occupational therapists	0·13	None
Orthopaedic surgeons	..	0·11 (0·08 after relocation)
Treatment	Structured, systematic interdisciplinary comprehensive geriatric assessment and care focusing on: somatic health (comorbidity management, review of drug regimens, pain, nutrition, elimination, hydration, osteoporosis, and prevention of falls); mental health (depression, delirium); function (mobility, p-ADL and i-ADL) and social situation Early discharge planning Early mobilisation and initiation of rehabilitation	Following of routines of Department of Orthopaedic Surgery

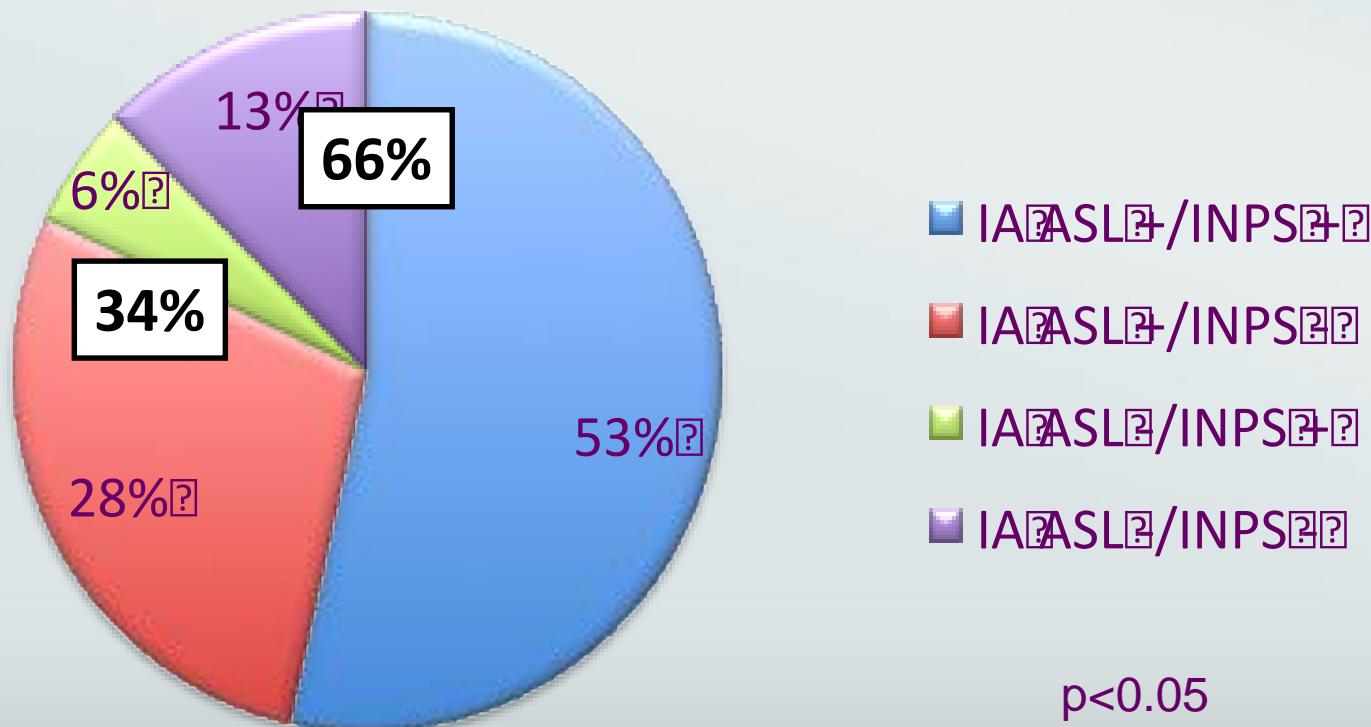
For both groups, management of standard treatment and surgery is the same: standard treatment consists of preoperative intravenous fluid, analgesia (preoperative femoral nerve block, regular paracetamol, opioids on demand), thromboembolic prophylaxis, perioperative antibiotic prophylaxis, use of pressure relieving mattresses to avoid decubitus ulcers, and preoperative assessments by an anaesthetist; surgery consists of spinal anaesthesia, two-screw fixation for non-dislocated femoral neck fractures, hemiarthroplasty for dislocated femoral neck fractures, and a sliding hip screw system for trochanteric and subtrochanteric fractures (some subtrochanteric fractures are fixed with antegrade intramedullary nailing). p-ADL=personal Activities of Daily Living. i-ADL=instrumental Activities of Daily living. *Orthopaedic care was relocated to a new hospital building after 219 of 397 patients were recruited. †Separate teams with no collaboration.

MOBILITY, ACTIVITIES OF DAILY LIVING, AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING



RISULTATI

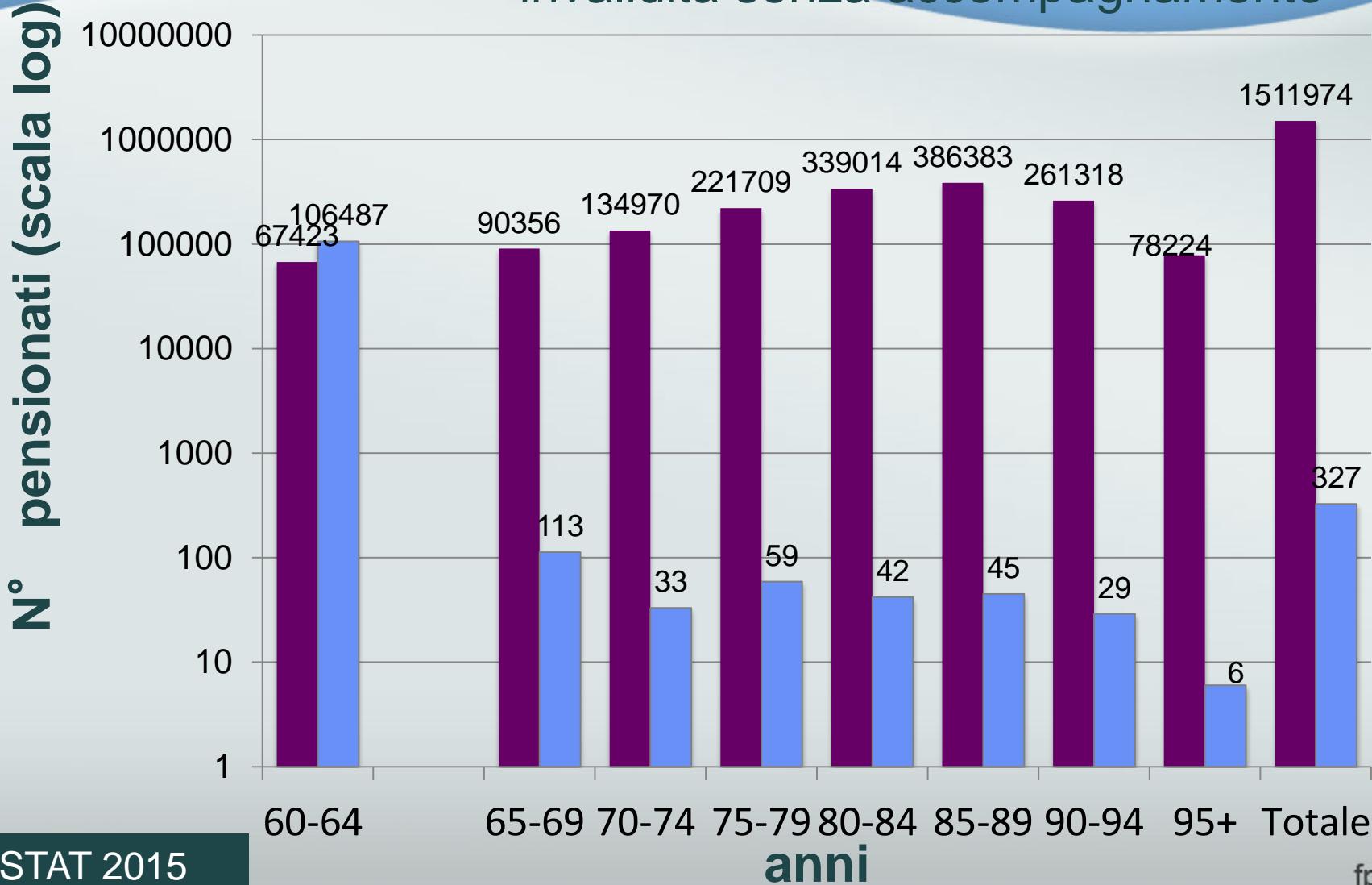
	IA INPS +	IA INPS -	Totale
IA ASL +	107	57	164
IA ASL -	11	25	36
Totale	118	82	200



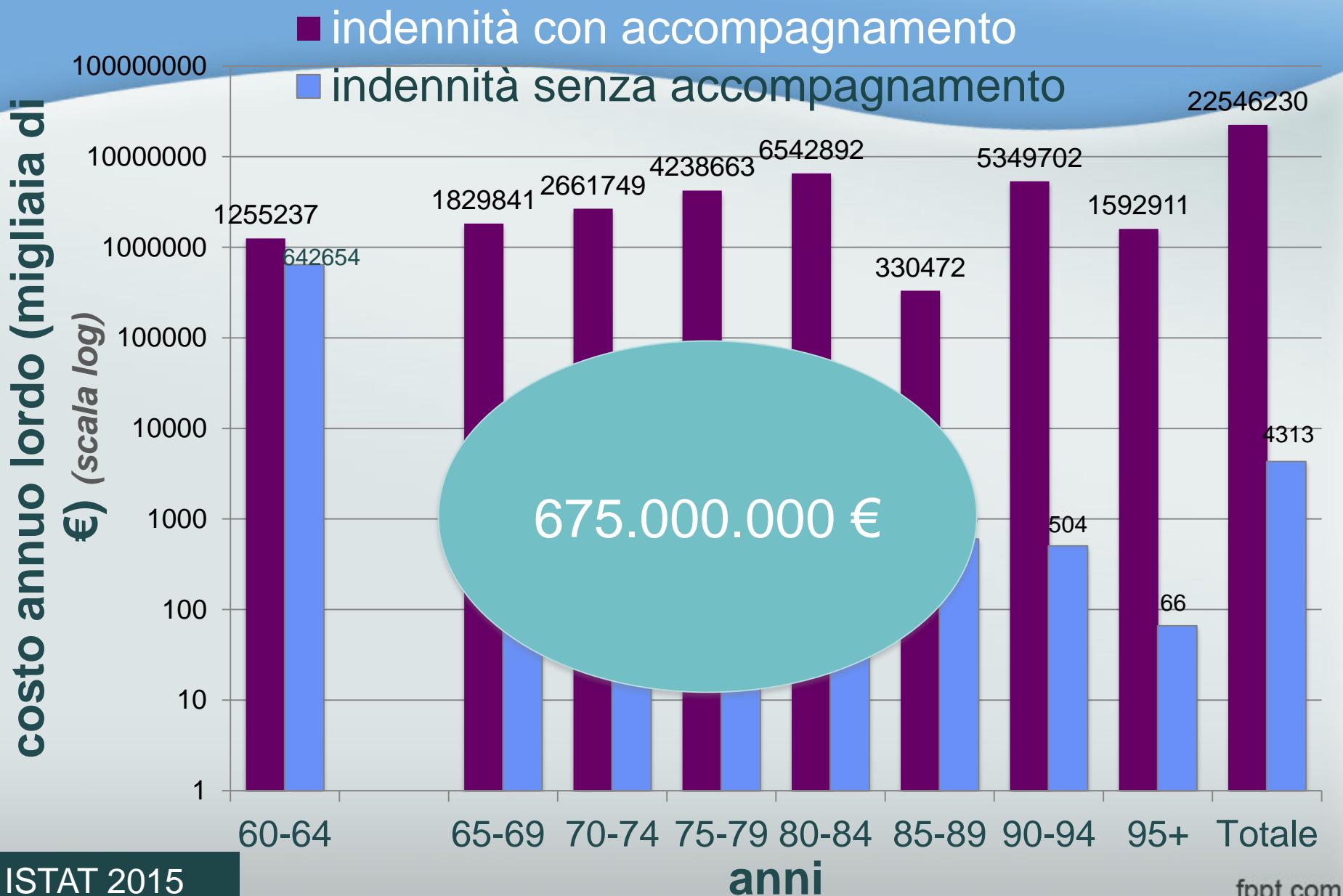
ITALIA 2013

Totale invalidi
2.626.676

- invalidità con accompagnamento
- invalidità senza accompagnamento



ITALIA 2013



If I knew I was going to live this long,

I would have taken better care of myself

*James Hubert
Blake*



**Grazie per
l'attenzione**