



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI

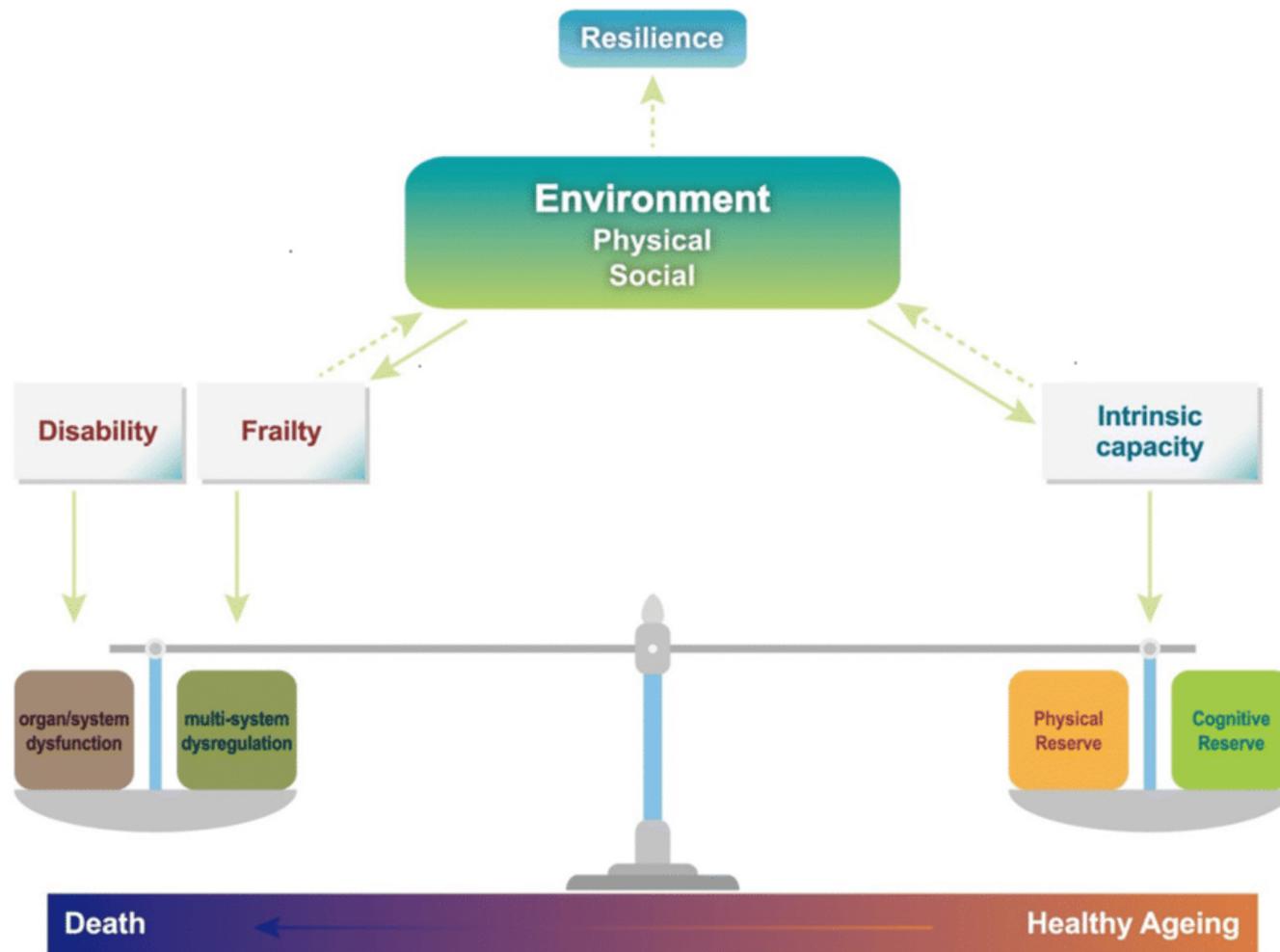


VALENTINO CONDOLEO

A.F. Toscani, A. Propati, A. Giacumbo, R. Blotta, A.T. Falbo, V. Settembrini, A. Greco, R. E. Rullo, M. Berardelli, M. Perticone, S. Miceli, R. Maio, A. Sciacqua

Fragilità e capacità intrinseca: due modelli geriatrici a confronto

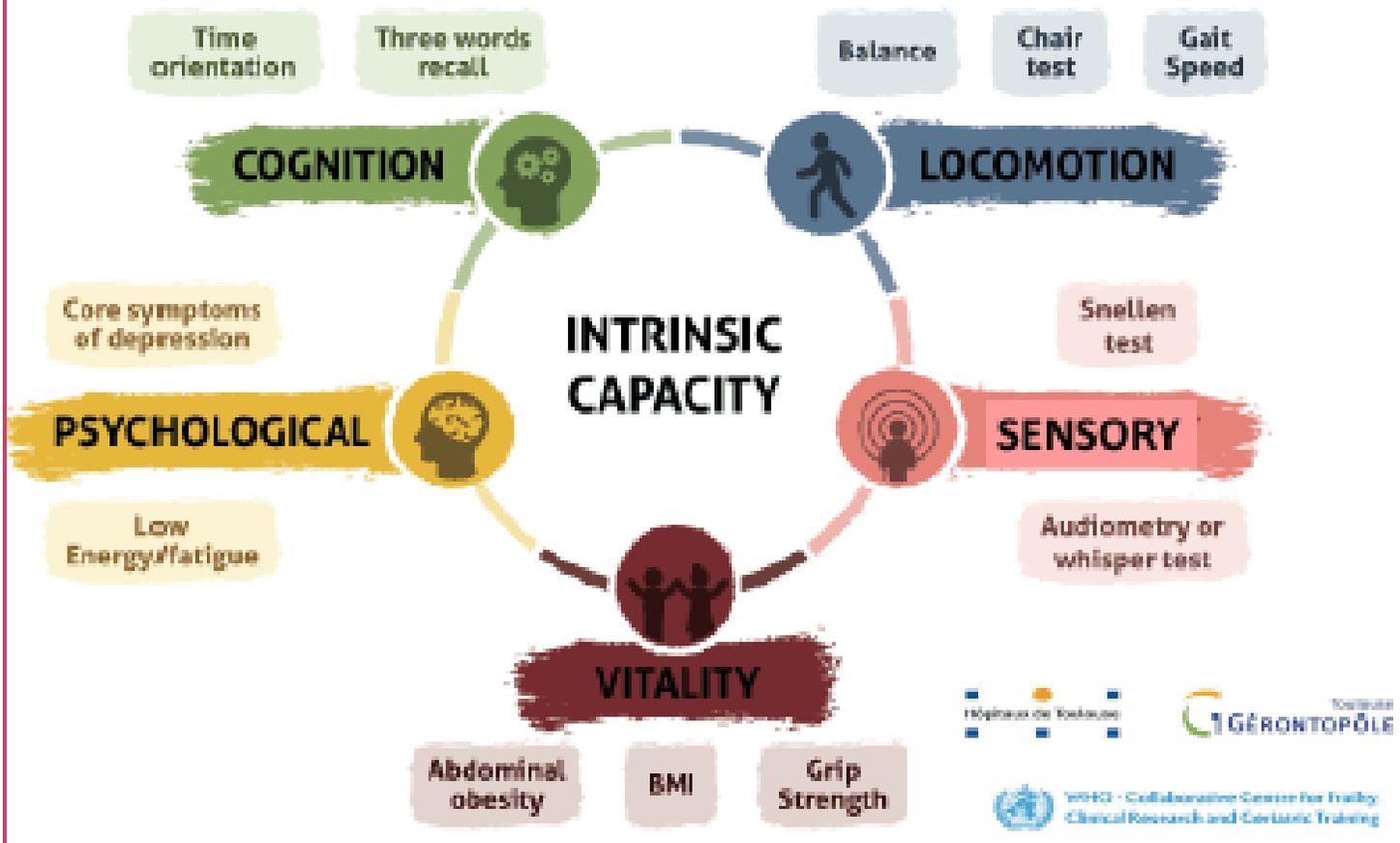
*Segretario Regionale S.I.G.G. Calabria
Dirigente Medico – U.O.C. Geriatria
A.O.U. Renato Dulbecco
Direttore: Prof.ssa Angela Sciacqua*



- ❖ La geriatria è costantemente alla ricerca di strumenti in grado di caratterizzare e standardizzare i fenotipi delle diverse popolazioni di anziani.
- ❖ In particolare, c'è un recente cambiamento di attenzione dal punto di vista della mera presenza o assenza di malattia a un approccio basato sulla funzionalità di un invecchiamento sano che è mirato a costruire e mantenere le abilità delle persone anziane
- ❖ L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2015 ha proposto il modello di capacità intrinseca (CI) per guidare l'implementazione di un piano di cura centrato sulla persona, volto a preservare l'abilità funzionale, specialmente negli anziani fragili.



ASSESSMENT OF INTRINSIC CAPACITY



❖ La CI è l'insieme di tutte le capacità fisiche e mentali dell'individuo, e delle sue interazioni con le caratteristiche ambientali rilevanti che determinano l'abilità funzionale di quella persona.

❖ Per rendere ulteriormente applicabile il modello di CI in un contesto clinico, nel 2017 l'OMS ha organizzato un consorzio clinico sul sano invecchiamento per identificare le componenti fondamentali della CI. Sono stati proposti cinque domini chiave: **locomozione, vitalità, quadro cognitivo, psicologico e sensoriale.**



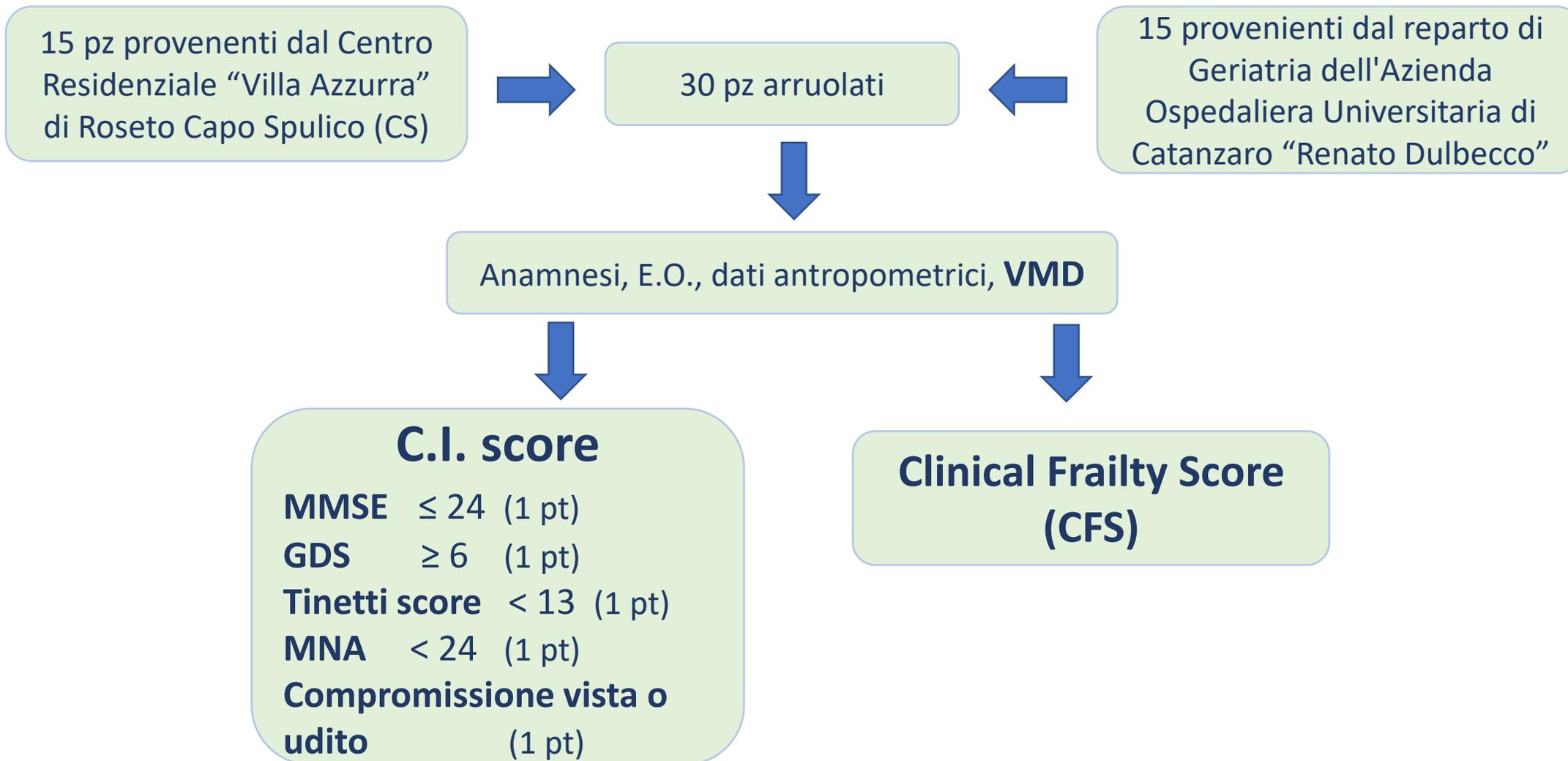
SCOPO DEL LAVORO

Sebbene il modello di CI abbia ricevuto sempre più interesse dalla sua creazione, esistono ancora delle **zone grigie** nella letteratura riguardanti la **validazione della CI come predittore di multimorbilità nei diversi setting assistenziali**

Lo scopo di questo studio preliminare ed esplorativo è stato di valutare le alterazioni della CI in due piccole popolazioni di pazienti geriatrici provenienti da due setting assistenziali differenti, nonché la capacità predittiva della CI di individuare pazienti con multimorbilità rispetto al Clinical Frailty Scale (CFS).



MATERIALI E METODI





MATERIALI E METODI

- ❖ Le due popolazioni sono state messe a confronto attraverso un'analisi descrittiva sulla prevalenza dei domini di CI compromessi e sul grado di fragilità
- ❖ Per valutare il migliore predittore di multimorbidità nei due setting assistenziali è stata effettuata una regressione lineare semplice utilizzando come variabile indipendente il numero di comorbidità, e come variabile dipendente rispettivamente il numero di domini della C.I. alterati e il valore di CFS per entrambe le popolazioni



RISULTATI

	Popolazione Generale (n.30)	Istituzionalizzati (n.15)	Ospedalizzati (n.15)	p
Sesso, f/m	23/7 (77/23)	12/3 (80/20)	11/4 (73/27)	0.665
Età, anni	84±11	83.6±4.65	78.3±9.75	0.067
MACE, n (%)	10 (33.3)	4 (26.6)	6 (40)	0.438
F.A., n (%)	14 (46.6)	6 (40)	8 (53.3)	0.464
I.A., n (%)	21 (70)	12 (80)	9 (60)	0.231
BPCO, n (%)	7 (23.3)	3 (20)	4 (26.6)	0.665
DM 2, n (%)	16 (53.3)	7 (46.6)	9 (60)	0.464
Dislipidemia, n (%)	14 (46.6)	8 (53.3)	6 (40)	0.464
I.R.C., n (%)	21 (70)	11 (73.3)	10 (66.6)	0.690
Epatopatia, n (%)	5 (16.6)	3 (20)	2 (13.3)	0.624
Osteoporosi, n (%)	8 (26.6)	5 (33.3)	3 (20)	0.408



RISULTATI

	Popolazione Generale (n.30)	Istituzionalizzati (n.15)	Ospedalizzati (n.15)	p
CFS 3/9, n (%)	3 (10)	2 (13.3)	1 (6)	0.542
CFS 4/9, n (%)	8 (26.7)	5 (33.3)	3 (20)	0.408
CFS 5/9, n (%)	7 (23.3)	4 (26.6)	3 (20)	0.665
CFS 6/9, n (%)	4 (13.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1
CFS 7/9, n (%)	4 (13.3)	1 (6)	3 (20)	0.282
CFS 8/9, n (%)	2 (6.7)	0	2 (13.3)	0.482
CFS 9/9, n (%)	2 (6.7)	1 (6)	1 (6)	1



RISULTATI

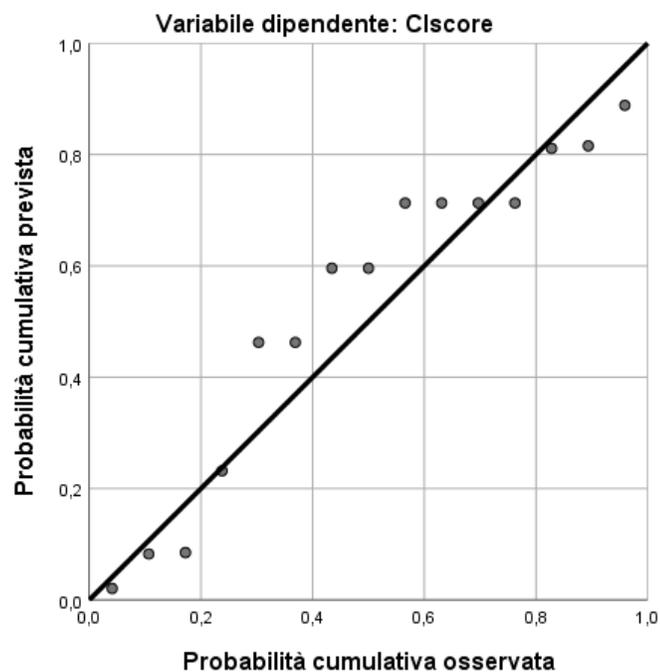
	Popolazione Generale (n.30)	Istituzionalizzati (n.15)	Ospedalizzati (n.15)	p
MMSE patologico, n (%)	18 (60%)	11 (73.3%)	7 (46.7%)	0.136
Tinetti patologico, n (%)	16 (43.3%)	7 (46.7%)	9 (60%)	0.535
C. vista/udito, n (%)	17 (56,7%)	9 (60%)	8 (53.3%)	0.712
GDS patologico, n (%)	13 (43.3%)	5 (33.3%)	8 (53.3%)	0.269
MNA patologico, n (%)	16 (53.3%)	8 (53.3%)	8 (53.3%)	1
C.I. score	2.7 ± 1.09	2.73 ± 1.03	2.66 ± 1.11	0.857



RISULTATI

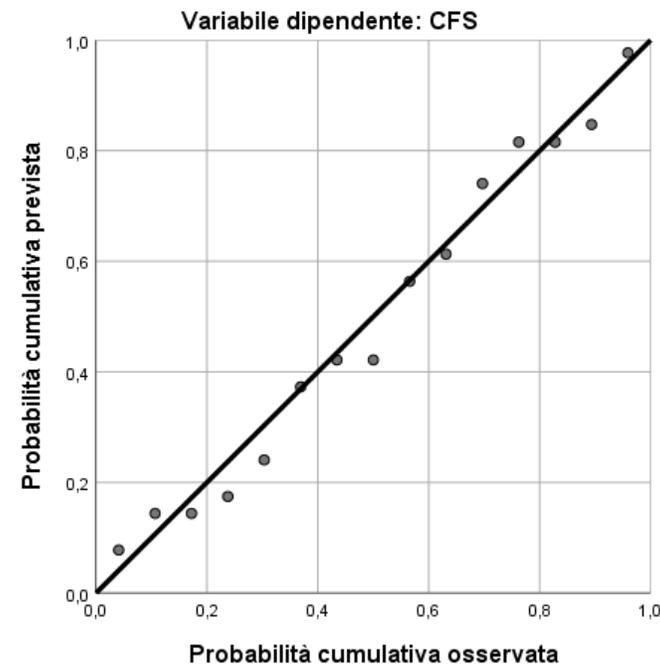
CI e CFS nei pazienti istituzionalizzati

Grafico P-P normale di regressione Residuo standardizzato



CI score
r quadrato: 0.343
p: 0,013

Grafico P-P normale di regressione Residuo standardizzato



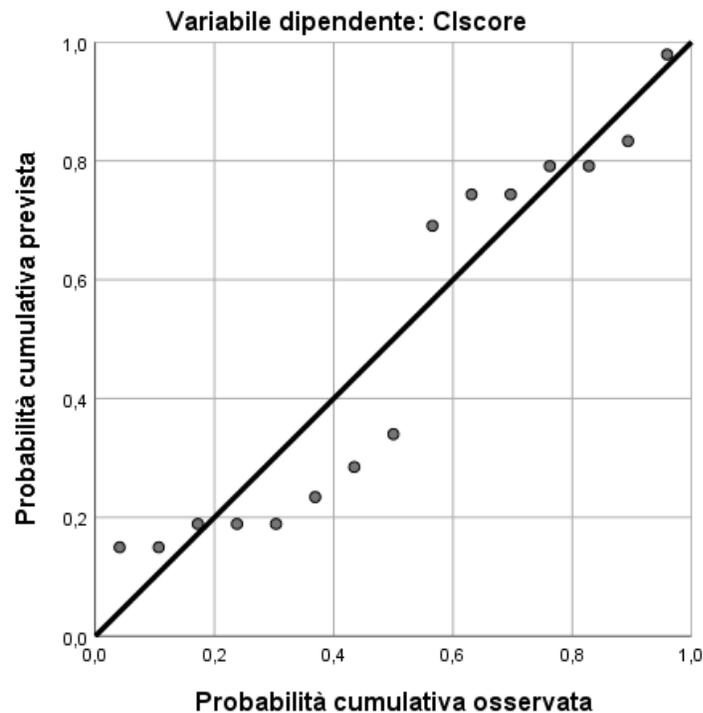
CFS
r quadrato: 0.202
p: 0,049



RISULTATI

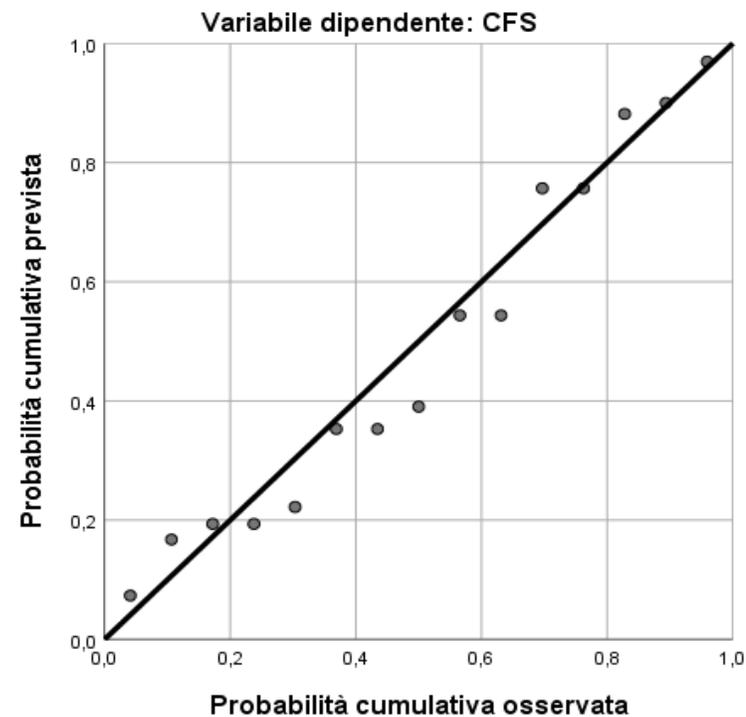
CI e CFS nei pazienti ospedalizzati

Grafico P-P normale di regressione Residuo standardizzato



CI score
r quadrato: 0.541
p: 0,001

Grafico P-P normale di regressione Residuo standardizzato



CFS
r quadrato: 0.227
p: 0,041



LIMITI E FUTURE DIREZIONI

- ❖ Studio preliminare ed esplorativo
- ❖ Piccolo sample size
- ❖ Assenza di analisi di correlazione con outcome clinici
- ❖ Aumentare il campione dei due setting per evidenziare la predittività della CI su outcome clinici
- ❖ Mettere a confronto la capacità predittiva delle CI rispetto ad altre scale di misurazione della fragilità



CONCLUSIONI

- ❖ La capacità intrinseca è l'insieme di tutte le capacità fisiche e mentali dell'individuo, e delle sue interazioni con le caratteristiche ambientali rilevanti che determinano l'abilità funzionale di quella persona.
- ❖ La capacità intrinseca valuta un approccio basato sulla funzionalità di un invecchiamento sano attraverso la valutazione di 5 domini, al contrario della fragilità che ha come obiettivo la valutazione dei deficit, della disabilità e della riduzione della riserva omeostatica.
- ❖ Questo studio preliminare ed esplorativo ha dimostrato come sia in un setting ospedaliero che in un setting residenziale, il numero di domini della CI alterato sia un migliore predittore di multimorbilità rispetto a quanto lo sia il CFS.