Gruppo di ricerca geriatrica

Journal Club – 14 gennaio 2005

PER UNA STANDARDIZZAZIONE DELL'APPROCCIO AL SINGOLO CASO IN GERIATRIA

Marco Trabucchi

E‘ possibile una standardizzazione?

Un esempio semplice ed immediato: l'adozione della CAM e della RASS ha aumentato la prevalenza di delirium a Cremona dal 14% al 18% in popolazioni di pazienti confrontabili

EBM
versus
“La luce del bosco”

“Noi vediamo più in là perché siamo nani sulle spalle di giganti”

(Bernardo di Chartres)

Lifting the fog of uncertainty from the practice of medicine

(BMJ, 25 december 2004)

First. **It is time to ensure that doctors in training are as adept at interpreting a meta-analysis as at reading an electrocardiogram.**

Second. **Clinicians begin to consider research data on the basis of comparing the recruited sample with the number of potentially eligible participants and the overall population of patients.**

Third. **Embrace clinically significant outcomes that are meaningful to patients, their attendants, and care organisations.**

Finally. **Let us not neglect the central role of patients as decision-makers in their own care.**

Lancet 1.1.05

We become confident in our educated guesswork to the point where it is easy to confuse personal opinion with evidence, or personal ignorance with genuine scientific uncertainty.

Lancet, 1.1.05

The day may not be far off when a practitioner, using a handheld PDA, or personal digital assistant, will be able to calculate a patient's baseline susceptibility and prognosis using validated clinical prediction rules; assess responsiveness and vulnerability to a therapeutic agent based on genotyping and measurement of byomarkers; and use this information for a discussion with the patient. Electronic assessment and manipulation of utilities is further away, but specialized decision support conuselors may provide an interim solution (Health Dialog 2004), particularly if they can bee worked into primary care practice.

Milbank Quarterly, 82. 661, 2004

Individual medications that impart disease-specific benefits may be less beneficial, or even harmful, when taken along with other medications by patients with multiple coexisting conditions and variable health outcomes. Few physicians would advocate tight glucose control in patients with terminal cancer. What about less obvious but more common situations? Is a statin or beta-blocker, for example, as part of an 11-drug regimen, likely to provide greater benefit of greater harm to a 73-year-old whose priority in maximal energy, strength, and alertness today and who is willing to take on an increased risk of myocardial infarction or stroke over the next 5 or 10 years?

(Tinetti et al, NEJM, 2004)

Il metodo, che è più della standardizzazione, come supporto nell'incertezza

Un esempio di metodo

- più di 4 farmaci aumentano il rischio di delirium
- più di 4 farmaci sono un marcatore di outcome negativo
- contenere il numero dei farmaci pre-scritti (non copiare, ma pensare)
- un concetto ancora intuitivo (fragilità) vs un dato preciso (numero di farmaci)

La responsabilità del medico: la conoscenza del singolo paziente per permettergli di "galleggiare" anche in uno scenario incerto

Un “pregiudizio” ideologico: dignità e rispetto del paziente

Una personale, stabile, serena, colta lettura del reale in grado di adattarsi alla mutevolezza dei quadri clinici

Lettura “personale e colta”: come formarsi?
La sensibilità che viene dallo studio e dall’esperienza

Lettura “stabile e serena”: la capacità di “compassione” senza coinvolgimento emotivo e di capire i “nodi” del problema clinico, senza distrazioni

Come avvicinare la “delicatezza” della fragilità
(il vaso di cristallo)
come avvicinare la “ricchezza” della fragilità
(il discernimento dello spirito)
come avvicinare la “continuità” della fragilità
(la nave di Teseo)

Demenza e delirium: un esempio di “delicatezza” della fragilità

Clinical Varables in a Population of 330 Elderly Inpatients admitted to our ACU, According to the Presence or the Absence of Delirium or Dementia

	Dementia			No Dementia		
	Delirium (n=26)	No Delirium (n=18)		Delirum (n=37)	No Delirium (n=249)	
	Mean±Standard Deviation		*P*-value	Mean±Standard Deviation		*P*-value
Variable						
Age (years)	83,8±6,6	82,0±6,8	NS	80,1±7,3	79,6±8,7	NS
Hospital stay (days)	10,5±4,5	9,0±2,3	0,018	10,4±4,6	9,3±2,7	0,018
Barthel Index (one mounth before admission)§	62,7±22,7	57,0±39,6	NS	76,3±19,3	82,4±28,3	NS
Barthel Index (on admission)§	28,2±22,1	45,0±40,3	NS	32,3±21,5	66,6±36,2	0,000
Functional Loss§§	34,5±18,8	11,9±12,4	0,000	44,0±19,2	15,5±22,2	0,000
Instrumental Activities of Daily Living (functions lost) § §	6,3±1,8	4,9±2,8	NS	3,3±2,1	3,1±3,1	NS
Mini Mental State Examination §	12,2±6,8	12,8±9,2	NS	20,1±4,5	22,8±6,2	0,012
Acute Physiology Age and Chronic Health Evaluation§ §	9,9±3,3	9,5±5,3	NS	17,0±5,0	8,8±4,9	0,000
Serum albumin (mg/dl)	3,3±0,5	3,5±0,5	NS	3,2±0,5	3,6±0,5	0,000
Leucocytes ($10^3/mm^{3)}$	8,9±3,5	8,8±3,6	NS	12,1±5,3	8,7±4,2	0,000
Erythrocytes Sedimentation Rate (mm/h)	42,6±25,3	29,1±18,0	0,045	45,6±31,3	31,5±27,2	0,005
Serum creatine (mg/dl)	1,3±0,5	1,5±0,9	NS	2,3±2,1	1,3±0,7	0,000
Serum Glucose (mg/dl)	115,9 ± 41,9	131,1±105,1	NS	153,9±65,5	125,9±64,4	0,015

^Independent sample t-Test

Function Loss= barthel Index Score one month before admission – Barthel Index Score on admission

§ Lower score indicates grater severity

§§ Higher score indicates grater severity

Il problema del "senso" complessivo dell'atto di cura e del significato di ogni pezzo della storia *(l'aereosol per un homeless)*

La medicina geriatrica come “giusta misura”, “armonia etica”

La geriatria come “arte”: mediazione tra oggettività clinica, intuizione, schemi culturali, etica. Però l’arte è sofferenza, nulla è lasciato al caso

Vivere con la crisi delle professioni di cura.
Dov'è l'orgoglio?
Un potere esercitato senza dignità è sopraffazione.