



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 biomarkers; and use this information for a discussion with the patient. Electronic assessment and manipulation of utilities is further away, but specialized decision support counselors may provide an interim solution (Health Dialog 2004), particularly if they can be 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 prescritti (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 Variables in a Population of 330 Elderly Inpatients admitted to our ACU, According to the Presence or the Absence of Delirium or Dementia

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