

Vmd: principi generali

Marco Trabucchi

Alla ricerca di una peculiarità della geriatria

- ovvero perché un medico
bravo è sempre un pò geriatra,**
- ovvero perché un giovane
intelligente si deve interessare
di vecchi fragili.**

Se si mette al centro del dibattito solo il fatto che diventiamo sempre più vecchi come paese e che la speranza di vita anche in età avanzata è sempre più lunga, e che quindi il sistema di protezione diviene sempre più costoso, non ci restano grandi spazi per soluzioni ispirate alla giustizia. Ma questa è ancora una parola che oggi si può usare?

La ricerca faticosa di modelli interpretativi (e quindi di cura) in condizioni complesse evitando il riflesso ageistico, la dispersione senza indirizzo, i falsi obiettivi.

L'assessment multidimensionale geriatrico

- **La storia**
- **La cultura**
- **La prognosi**
- **La volontà del paziente**
- **Le aree di indagine**
- **Il futuro**

Quando agli inizi degli anni '80 Rozzini ha incominciato a portare in Italia il concetto di assessment eravamo nel tempo dei trionfi della medicina tecnologica, che tendeva a ridurre gli spazi di conoscenza dell'ammalato alle specificità biologiche. Fu quindi un intervento controcorrente di rilevante portata storica e clinica.

Oggi la formalizzazione dell'assessment continua ad avere uno spazio, perchè vi è il rischio di banalizzare il concetto di multidimensionalità in un olismo retorico e vuoto di contenuti operativi

La geriatria è collocata all'interno di un pensiero medico che continua anche oggi ad oscillare tra i "magic bullets" di Paul Ehrlich e le genericità della psicosomatica approssimativa. Due mondi che non comunicano e quindi non si arricchiscono vicendevolmente.

**La geriatria ha il compito
difficilissimo di ricomporre un
pensiero ancora frantumato,
misurando analiticamente
l'efficacia degli interventi che
sono guidati da questa sintesi.
L'assessment come strumento
fondamentale.**

L'assessment e lo scopo della geriatrica: allungare la vita, preservare l'autonomia, lenire il dolore del corpo e della mente, evitando interventi che accrescono la sofferenza.

L'assessment e la prognosi. Il fine delle cure deve essere calibrato rispetto alle condizioni oggettive (devono permettere il raggiungimento del spettanza di vita); in questo modo il fine giustifica i mezzi, in una prospettiva di proporzionalità. Anche l'intervento palliativo si colloca in una logica clinica e non puramente assistenziale.

**La costruzione di una prognosi,
e quindi l'ipotesi di un futuro, è il
massimo atto di rispetto verso
l'anziano fragile.**

In geriatria non esiste il concetto di accanimento, ma solo quello di errore. Chi non capisce quando deve fermarsi compie un errore clinico grave (che pure soggettivamente può essere giustificato).

L'assessment multidimensionale, assieme ad un'osservazione clinica accurata, permette una prognosi che non è puro esercizio di preveggenza, ma strumento per interventi mirati di prevenzione, di cura e psicosociali.

Relationship Between Functional Loss Before Hospital Admission and Mortality in Elderly Persons With Medical Illness

Renzo Rozzini,¹ Tony Sabatini,¹ Angela Cassinadri,¹ Stefano Boffelli,¹
Marco Ferri,¹ Piera Barbisoni,¹ Giovanni B. Frisoni,² and Marco Trabucchi¹

Characteristics of 950 Non-Bedridden Hospitalized Elderly Patients According to Decrements in Functional Status as Assessed by Barthel Index 2 Weeks Before and at Admission to Hospital

Characteristic	Functional Status Deficits			
	Total <i>N</i> = 950 <i>N</i> (%) / mean ± <i>SD</i>	No Decrements <i>N</i> = 722 <i>N</i> (%) / mean ± <i>SD</i>	Minor Decrements (5–30) <i>N</i> = 133 <i>N</i> (%) / mean ± <i>SD</i>	Major Decrements (35+) <i>N</i> = 95 <i>N</i> (%) / mean ± <i>SD</i>
Sex (female)	658 (69.3)	489 (67.7)	99 (74.4)	70 (73.7)
Age	78.3 ± 8.5	77.2 ± 8.4	80.9 ± 7.6	82.8 ± 7.9
Barthel Index (2 wk before admission)	88.9 ± 15.6	90.6 ± 14.7	85.2 ± 16.7	81.7 ± 17.7
Barthel Index (on admission)	81.6 ± 24.8	90.7 ± 14.7	68.3 ± 20.6	31.3 ± 23.2
MMSE	23.9 ± 6.2	25.0 ± 5.2	21.3 ± 7.1	19.1 ± 8.9
Dementia (MMSE <18)	150 (15.8)	83 (11.5)	30 (22.5)	37 (38.9)
GDS*	5.1 ± 3.6	4.9 ± 3.6	5.8 ± 3.6	5.8 ± 3.8
Depressed (GDS 5+)	417 (51.4)	380 (58.6)	70 (67.3)	38 (64.4)
APS	1.5 ± 2.3	1.2 ± 1.8	2.0 ± 2.8	3.3 ± 4.0
APS (4+)	157 (16.4)	93 (13.0)	27 (20.5)	37 (38.8)
Serum albumin	4.1 ± 0.6	4.2 ± 0.6	3.9 ± 0.5	3.6 ± 0.9
Serum albumin (<3.5 g/dl)	136 (14.3)	80 (11.1)	23 (17.3)	33 (34.7)
Charlson score	6.2 ± 1.8	6.1 ± 1.8	6.5 ± 1.9	7.2 ± 2.0
Charlson score (8+)	168 (17.6)	94 (13.6)	38 (25.5)	35 (32.8)
Anemia	85 (9.0)	42 (6.1)	24 (16.1)	18 (17.2)
Cancer	148 (15.6)	85 (12.3)	35 (23.6)	28 (25.9)
Heart failure (ischemic/organic)	110 (11.6)	78 (11.2)	17 (11.2)	16 (14.7)
Heart failure (extracardiac)	40 (4.2)	19 (2.7)	10 (6.8)	11 (10.3)
Pulmonary disease	197 (20.7)	114 (16.5)	39 (26.1)	44 (40.5)
Chronic renal failure	32 (3.4)	23 (3.3)	3 (1.9)	6 (6.0)
Length of stay	6.7 ± 3.2	6.4 ± 2.7	7.0 ± 3.1	8.3 ± 5.4
6-month mortality	86 (9.1)	43 (6.0)	15 (11.3)	28 (29.5)

Note: *On 811 patients with MMSE > 14 (648, 104, and 59, respectively).

SD = standard deviation; MMSE = Mini-Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale; APS = Acute Physiology Score.

(Rozzini R et al, J Gerontol: Med Sci, 60A: 1180-1183, 2005)

Crude and Adjusted Associations of Clinical Variables and 6-Month Mortality in 950 Hospitalized Elderly Patients

Variable	N/Events	Unadjusted RR (95% CI)	Adjusted RR (95% CI)
Sex (male)	335/61	1.6 (1.0–2.9)	1.5 (0.9–2.6)
Age (>80)	470/78	1.5 (1.1–2.2)	1.0 (0.9–1.1)
Change in functional status			
No change	670/58	1.0 (reference)	1.0 (reference)
Minor change (5–25)	130/24	1.8 (1.0–4.0)	1.3 (0.6–3.0)
Major change (30+)	148/48	6.2 (3.5–11.5)	2.8 (1.3–5.7)
Mini-Mental State			
Examination (<18)	167/41	3.6 (2.0–6.4)	1.9 (1.1–3.8)
Geriatric Depression Scale (>4)	547/71	1.4 (0.9–2.1)	NS
Acute Physiology Score (>4)	185/57	3.6 (2.1–6.4)	2.3 (1.3–4.3)
Serum albumin (<3.5 g/dl)	177/52	4.5 (2.6–8.0)	2.3 (1.3–4.6)
Charlson Index (8+)	199/75	2.5 (1.3–4.8)	NS
Anemia	97/28	3.4 (1.7–6.6)	2.2 (1.0–5.4)
Cancer	170/66	2.7 (1.8–5.5)	NS
Heart failure (ischemic/organic)	123/24	1.6 (0.8–3.9)	NS
Heart failure (extracardiac)	40/11	2.5 (0.9–7.0)	NS
Pulmonary disease	364/69	1.7 (1.0–3.2)	NS
Chronic renal failure	155/31	2.7 (0.9–8.9)	NS

Notes: Unadjusted: computed in bivariate Cox regression models. Adjusted: computed in a multivariate model where all the variables of the unadjusted analysis were tested for independent association in a stepwise Cox model.

NS = variables failing to reach the threshold for inclusion (see Methods); RR = relative risk; CI = confidence interval.

(Rozzini R et al, J Gerontol: Med Sci, 60A: 1180-1183, 2005)

**Perdita di funzione dopo malattia
acuta → perdita della capacità
omeostatica → fragilità →
aumento della mortalità**

Un adeguato assessment ripetuto nel tempo permette di comprendere i “punti critici” della storia naturale e di predisporre interventi mirati.

**Il dovere della conoscenza del
paziente: l'assessment
multidimensionale come base di
una clinica attenta alla storia che
caratterizza il passato e segna il
presente.**

Guest Editorial

Ptolemaic Bathing

Robert L. Kane

University of Minnesota, School of Public Health, Minneapolis.

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2006, Vol. 61A, No. 8, 819–820

The relationship between functional status and 5 year mortality in elderly people living at home (Cox proportional hazard models).

		A	B
	n/events	RR (95% C.I.)	RR (95% C.I.)
(a) BADL unimpaired	406/75	1.0 (reference)	1.0 (reference)
(b) Disabled in bathing	67/28	2.8 (1.8-4.3)	2.1 (1.3-3.4)
(c) Disabled in dressing, toileting and transferring	56/30	3.9 (2.6-6.0)	2.6 (1.5-4.4)

A: crude analysis.

B: Adjusted analysis for age, gender, education, cognitive and depressive status, number of diseases, social interaction, and living alone.

RR: relative risk. C.I.: Confidence Interval.

(Rozzini R et al, JAGS, 2006)

Come si raccolgono dalla realtà le informazioni necessarie per curare una persona anziana?

L'assessment multidimensionale è il secondo gradino, dopo aver indagato in modo informale la storia clinica del paziente, che comprende anche il capire le sue speranze e le scelte che conseguono.

Nella realtà clinica talvolta mancano indicazioni chiare sulla volontà del paziente (difficoltà comunicative operatore-paziente, demenza, incomprensione dei problemi, ecc.). In questi casi l'assessment multidimensionale diviene ancora più importante per compiere scelte che sostanzialmente non siano irrispettose della vita della persona anziana.

Cosa indaga l'assessment? La sfera affettivo-cognitiva, quella delle malattie somatiche, delle relazioni umane, dei supporti e dei servizi disponibili.

**Quale sintesi si deve compiere,
rispetto alla definizione del
bisogno del paziente e quindi
degli interventi più adeguati?**

“The association between **Heart Failure and mortality was progressively weaker with the worsening of health status and when adjusted for biological markers of frailty”.**

(Trabucchi, 2005)

Ciò comporta un’attenzione alla specificità della malattia coniugata con quella alla condizione di fragilità.

The Care Transitions Intervention

Results of a Randomized Controlled Trial

*Eric A. Coleman, MD, MPH; Carla Parry, PhD, MSW;
Sandra Chalmers, MPH; Sung-joon Min, PhD*

Conclusion: Coaching chronically ill older patients and their caregivers to ensure that their needs are met during care transitions may reduce the rates of subsequent rehospitalization.

Arch Intern Med. 2006;166:1822-1828

Day Care Service Use Is Associated with Lower Mortality in Community-Dwelling Frail Older People

Masafumi Kuzuya, MD, PhD, Yuichiro Masuda, MD, PhD, Yoshihisa Hirakawa, MD, PhD, Mitsunaga Iwata, MD, Hiromi Enoki, MS, Jun Hasegawa, MD, and Akihisa Iguchi, MD, PhD

CONCLUSION: Among community-dwelling frail older people, day care service use two or more times per week was associated with 44% to 63% lower 21-month mortality. *J Am Geriatr Soc* 54:1364–1371, 2006.

For most infectious diseases, injuries, and other acute conditions, prompt diagnosis and treatment –often carried out during a single encounter by a solo clinician- are sufficient to restore the patient’s health. Most chronic conditions, in contrast, require a much broader set of health and supportive services spanning assessment, diagnosis, prevention of exacerbations, rehabilitation, and monitoring –often provided by many different clinicians over a long period of time- to maintain health, slow decline, and mitigate the condition’s impact of the patient’s life. Chronic conditions such as arthritis, heart disease, and Parkinson disease are more than an isolated failure of a person’s body or organ; they threaten the integrity of a person’s being and transform personal, intimate, and family relationships. Like the conditions themselves, the care required is complex and dynamic. Far too frequently, however, the care provided is fragmented, uncoordinated, or incomplete as components of the many services needed for optimal care are overlooked, or inadequately linked, or in conflict with each other.

(Kane RL, et al. Meeting the Challenge of Chronic Illness, Johns Hopkins University Press, 2005)

- a) la malattia dell'anziano e la persona**
- b) la malattia dell'anziano e le relazioni sociali**
- c) la malattia dell'anziano e la funzione**
- d) la malattia dell'anziano e le malattie**
- e) la malattia dell'anziano e la continuità delle cure**
- f) la malattia dell'anziano e la mediazione tra professionalità**

L'assessment è lo strumento per guidare l'atto di cura attraverso le varie tappe, senza frammentare gli interventi sul piano operativo e su quello culturale.

Apathy and satisfaction with the status quo are tough adversaries. It often takes a crisis to develop the momentum needed to accomplish real change, but by that time change will be disruptive and painful. Sometimes it seems like the science fiction movie where the hero scientist sees the asteroid coming toward earth but cannot get enough attention from anyone in power to institute evasive action or at least make preparations to manage the effects of the impact. Our asteroid is a combination of an aging population and enough medical success to permit many who would have died to survive with their chronic illnesses intact. Some people may cling to the hope that some clever scientist will find a cure for all these problems that will obviate the need to treat them, but it seems prudent, nonetheless, to start making preparations for the asteroid's impact. Maybe it's time we started looking upward.

(Kane RL, et al. Meeting the Challenge of Chronic Illness, Johns Hopkins University Press, 2005)

“To my italian colleagues. Keep up the good fight!”

La responsabilità pesante -all'inizio dell'anno 2007- di indirizzare al meglio gli atti di cura, in modo che ciascuno nel suo luogo di impegno professionale possa contribuire al cambiamento, per evitare fallimenti clinici e di conseguenza anche una visione pessimistica della vita della persona che invecchia.

**Il trend demografico ed
epidemiologico** 

**“i poveri saranno sempre in
mezzo a Voi”**

 **.....la storia non finisce e
la medicina deve adeguare la sua
prassi.**

Cultura, tecnologia, relazione: una sintesi a favore dell'anziano fragile, nella quale trova spazio rilevante l'assessment multidimensionale. Il medico e la sua personale ricerca di senso nell'epoca delle passioni tristi attraverso una intensa conoscenza del paziente.