

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Case Manager

un ruolo attivo per coordinare la cura

mercoledì 22 e giovedì 23 novembre

Il problema della cronicità nel mondo contemporaneo

Renzo ROZZINI

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero (Brescia)

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

Patologie croniche, pazienti cronici e modelli di cura

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero

Angelo Bianchetti

Istituto Clinico Sant'Anna

**The Chronic Care Paradox.
*We are still practicing acute
care medicine in a world of
chronic disease:
19th century models at the
dawn of the 21st century.***

RL Kane, 2005

La geriatria può essere considerata come l'epitome della cura delle malattie croniche. Tra le discipline mediche è certamente quella che più ha avuto a che fare con le malattie e con i pazienti cronici, studiandone evoluzione, impatto sulla funzione e sulla psiche, carico assistenziale e organizzazione dei servizi. I geriatri, pionieri della cura primaria "proattiva", hanno avuto una particolare necessità di esplorare e testare approcci innovativi per migliorare la cura dei pazienti cronici a loro affidati e valutarne la sostenibilità. Dalla geriatria si possono trarre gli spunti più avanzati per la cura delle patologie croniche e del paziente che ne è affetto.

EDITORIALS | 14 NOVEMBER 2017

Do the Tenets of Late-Life Disability Apply to Middle Age?

Thomas M. Gill, MD[Article, Author, and Disclosure Information](#)

FULL TEXT



MORE ▼

The correlates, consequences, and causes of disability are of fundamental concern to a U.S. population whose age structure is shifting dramatically. In 2030, the number of persons aged 65 years and older is projected to be twice as high as it was in 2000, growing from 35 million to 74 million and representing nearly 21% of the U.S. population (1). Regardless of the type of activity assessed, the prevalence of disability increases with advancing age and is consistently higher among women than men. To highlight its importance, disability has been identified as a universal outcome, and older persons consistently indicate that maintaining independent function is their top priority (2).

FULL TEXT

ORIGINAL RESEARCH | 14 NOVEMBER 2017

Functional Impairment and Decline in Middle Age: A Cohort Study

Rebecca T. Brown, MD, MPH; L. Grisell Diaz-Ramirez, MS; W. John Boscardin, PhD; Sei J. Lee, MD; Michael A. Steinman, MD

[Article, Author, and Disclosure Information](#)

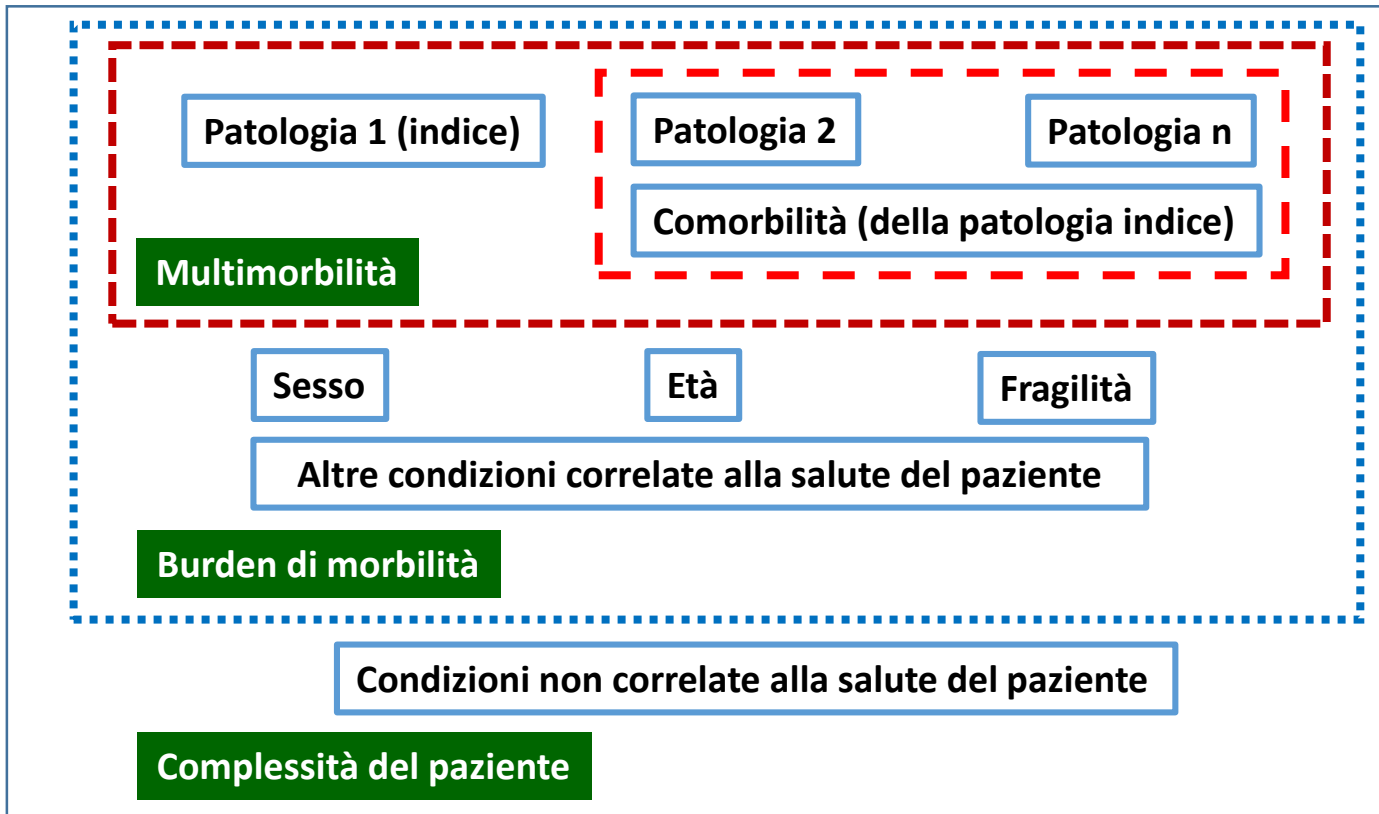
Conclusion: Functional impairment and decline are common in middle age, as are transitions from impairment to independence and back again. Because functional decline in older adults has similar features, current interventions used for prevention in older adults may hold promise for those in middle age.

1. *Cura primaria interdisciplinare*: modelli eterogenei di *team* costituiti da un medico di medicina generale e da uno o più operatori sanitari (infermieri, operatori sociali, terapisti della riabilitazione) che lavorano in stretta collaborazione ed erogano un'assistenza primaria completa.
2. *Case management* (CM): modello collaborativo che generalmente coinvolge un'infermiera o un assistente sociale in supporto ai malati cronici e alle loro famiglie per identificare i problemi rilevanti, fare da *trait d'union* con gli erogatori dell'assistenza sanitaria e muoversi tra i servizi del sistema sanitario.
3. *Disease management* (DM): integra l'assistenza primaria fornendo ai pazienti informazioni formali per la cura di una patologia cronica specifica (es. Diabete mellito o insufficienza cardiaca); controllo e supporto possono avvenire anche per via telefonica e tramite posta elettronica.
4. *Visite domiciliari preventive*: valutazioni multidimensionali effettuate da infermieri, da medici o da altre figure professionali, che generano raccomandazioni specifiche per il trattamento di problemi sanitari attivi e la prevenzione di nuovi.
5. *Valutazione multidimensionale (CGA) e valutazione e gestione multidimensionale geriatrica (GEM)*: servizi complementari finalizzati a identificare tutte le condizioni, cliniche ed extracliniche, che possono interferire con la salute di un paziente e sviluppare piani di trattamento a breve e lungo termine.
6. *Assistenza farmaceutica*: consulenza fornita da farmacisti ai pazienti o ai team di cura interdisciplinare per corretto impiego dei farmaci.
7. *Autogestione della malattia cronica*: fa riferimento a programmi strutturati di *self-care*, attraverso l'informazione e la motivazione di pazienti nella gestione attiva delle loro condizioni croniche.
8. *Riabilitazione proattiva*: modalità relativamente nuova in cui i terapisti di riabilitazione forniscono valutazioni ambulatoriali e interventi finalizzati ad aiutare le persone anziane disabili a massimizzare la loro autonomia funzionale e la sicurezza in casa.
9. *RSA (Nursing Home)*: diversi programmi sono stati sviluppati per migliorare la cura dei residenti in RSA. La maggior parte si basa sulla cura primaria fornita da un medico geriatra o da un infermiere con competenza specialistica.
10. *Prevenzione e gestione del delirium*: programmi speciali per prevenire il delirium, rilevarne la manifestazione precoce, valutarne le cause e avviare un trattamento tempestivo in caso di occorrenza.
11. *ACE-Medical Unit*: team interdisciplinari di consulenza geriatrica, unità operative per la cura di pazienti affetti da patologia acuta (ACE), Unità di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (CGA) e Unità di Valutazione e Gestione Multidimensionale (GEM) ospedaliere.

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

I costrutti della comorbidità



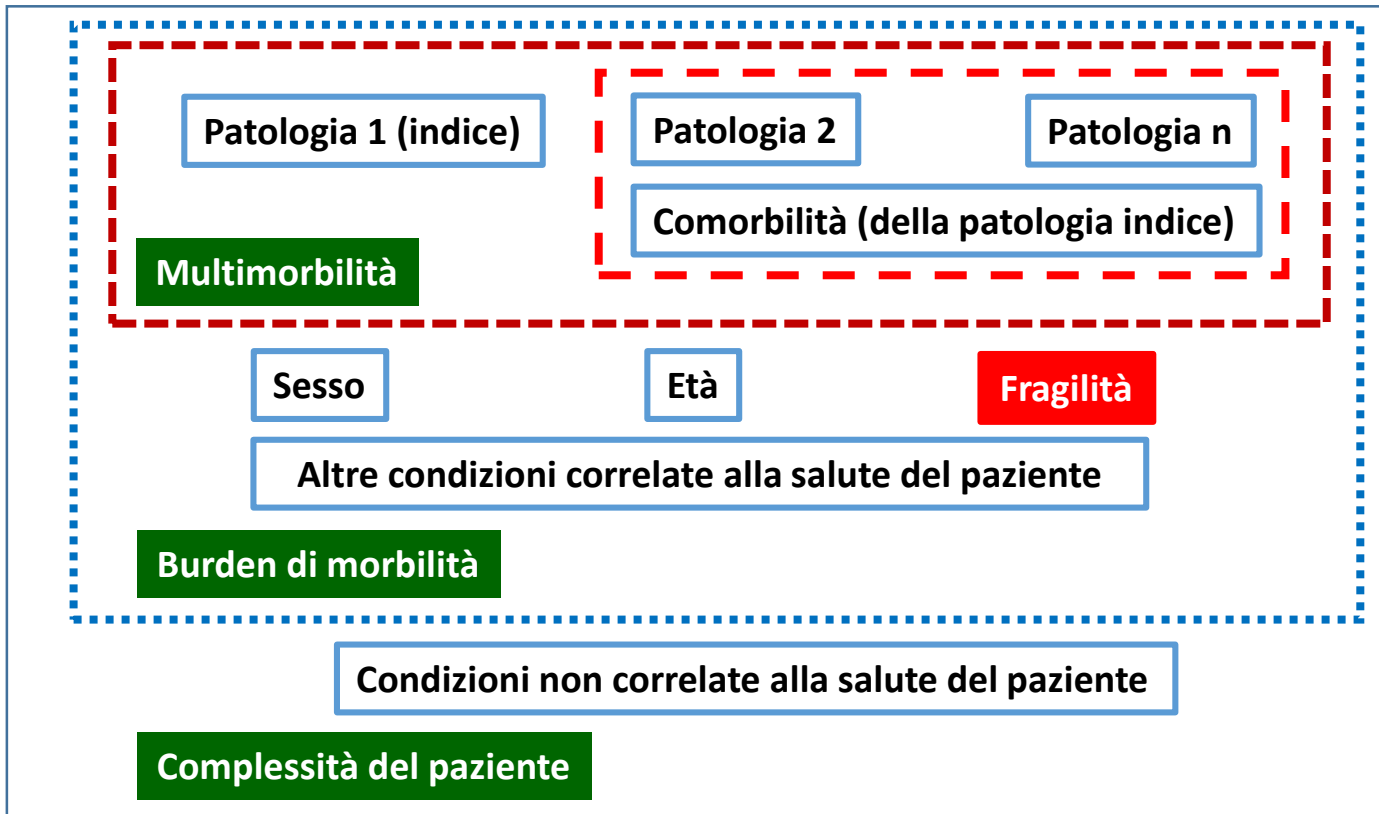
Comorbilità: presenza di una patologia aggiuntiva rispetto a una patologia indice

Multimorbidità: presenza di più patologie in uno stesso paziente

Burden di morbidità: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene in conto la loro gravità

Complessità del paziente: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene conto della loro gravità e di altri fattori correlati alla salute

I costrutti della comorbidità



Comorbilità: presenza di una patologia aggiuntiva rispetto a una patologia indice

Multimorbidità: presenza di più patologie in uno stesso paziente

Burden di morbidità: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene in conto la loro gravità

Complessità del paziente: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene conto della loro gravità e di altri fattori correlati alla salute

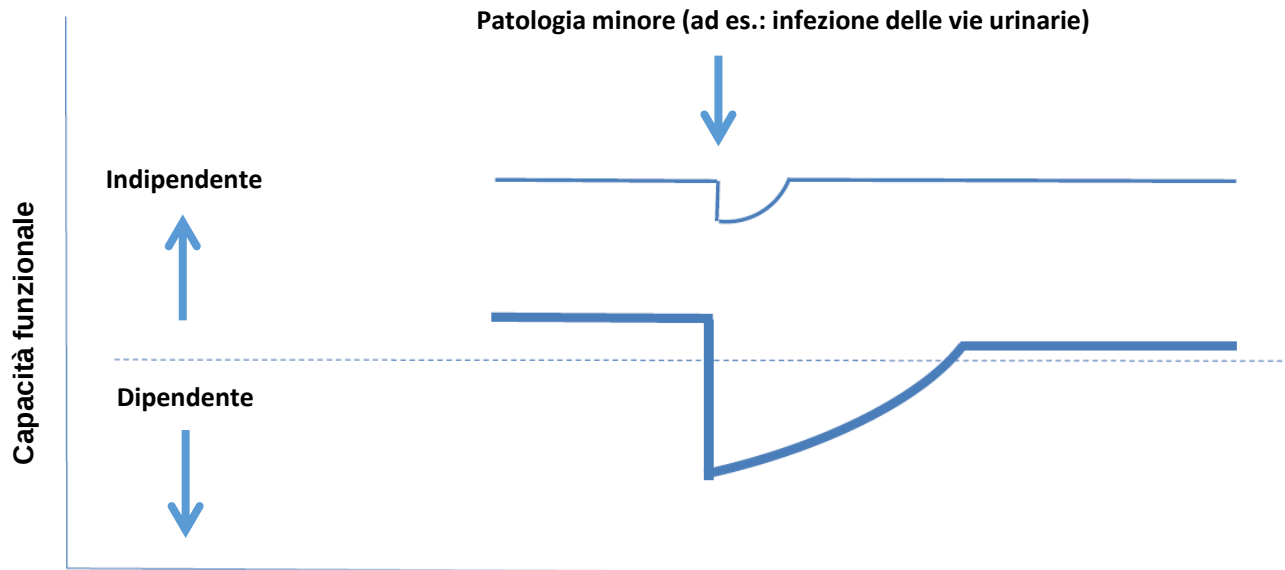
Frailty in elderly people

Andrew Clegg, John Young, Steve Iliffe, Marcel Olde Rikkert, Kenneth Rockwood

Frailty is the most problematic expression of population ageing. It is a state of vulnerability to poor resolution of homoeostasis after a stressor event and is a consequence of cumulative decline in many physiological systems during a lifetime. This cumulative decline depletes homoeostatic reserves until minor stressor events trigger disproportionate changes in health status. In landmark studies, investigators have developed valid models of frailty and these models have allowed epidemiological investigations that show the association between frailty and adverse health outcomes. We need to develop more efficient methods to detect frailty and measure its severity in routine clinical practice, especially methods that are useful for primary care. Such progress would greatly inform the appropriate selection of elderly people for invasive procedures or drug treatments and would be the basis for a shift in the care of frail elderly people towards more appropriate goal-directed care.

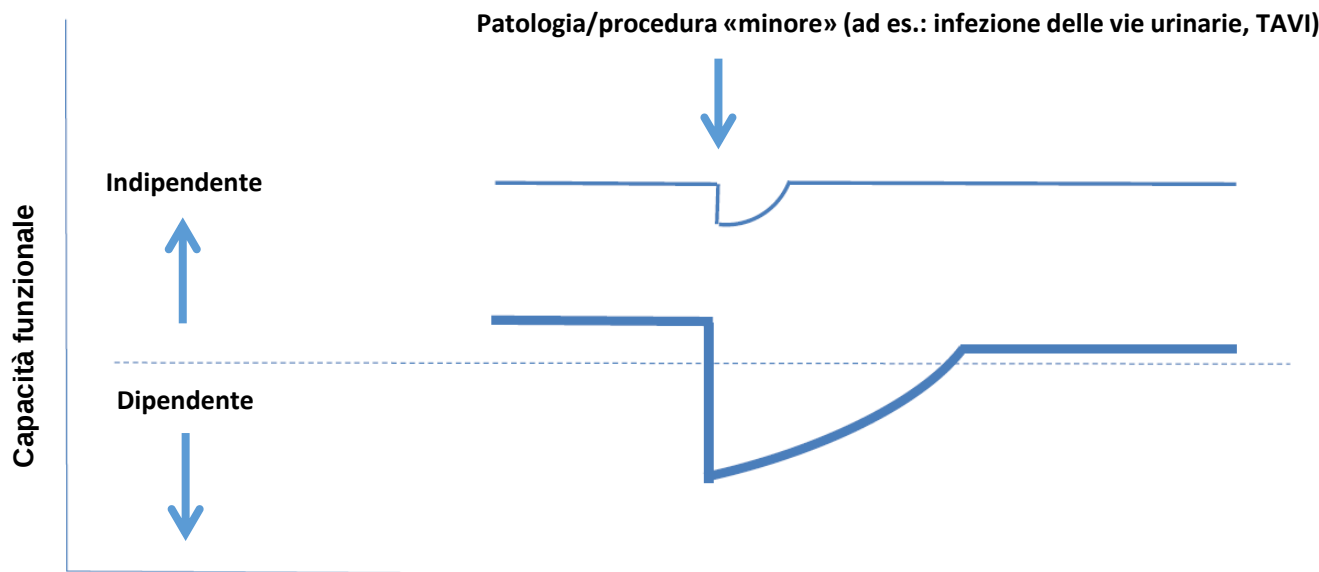
Lancet 2013; 381: 752–62

Vulnerabilità del paziente rispetto a un repentino cambio dello stato di salute conseguente a un evento morboso acuto.



La linea più sottile indica la modificazione funzionale di un paziente robusto dopo un evento patologico minore, quale un' infezione urinaria; la linea più larga indica il peggioramento della funzione dopo un evento analogo di un paziente fragile, che può diventare dipendente e non riuscire a ritornare al livello premorboso. La linea orizzontale tratteggiata indica il cut-off tra lo stato di indipendenza e quello di dipendenza.

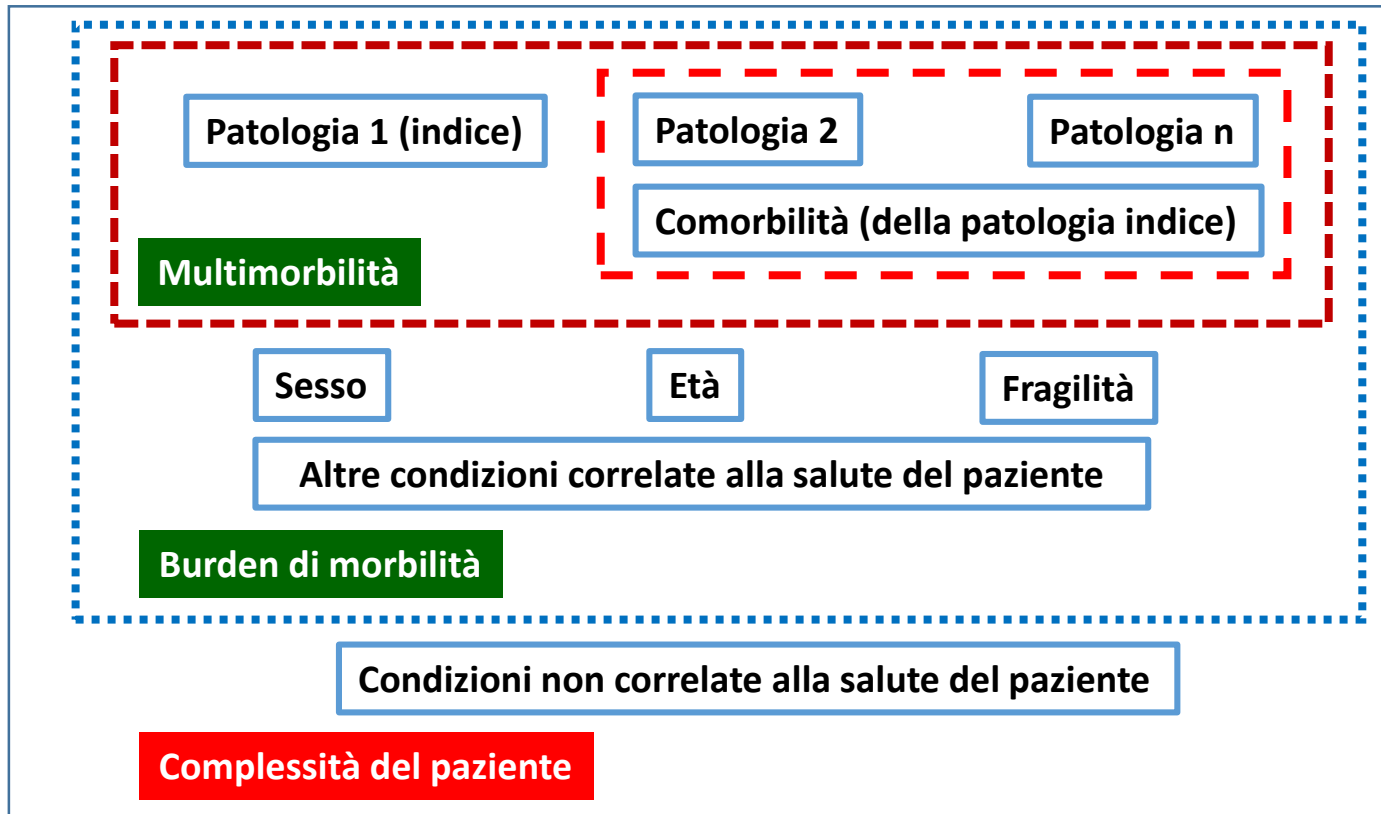
Vulnerabilità del paziente rispetto a un repentino cambio dello stato di salute conseguente a un evento morboso acuto (procedura)



La linea più sottile indica la modificazione funzionale di un paziente robusto dopo un evento patologico o procedura minore, quale un' infezione urinaria/TAVI; la linea più larga indica il peggioramento della funzione dopo un evento analogo di un paziente fragile, che può diventare dipendente e non riuscire a ritornare al livello premorboso. La linea orizzontale tratteggiata indica il cut-off tra lo stato di indipendenza e quello di dipendenza.

Modificato da Lancet 2013; 381: 752-62

I costrutti della comorbidità

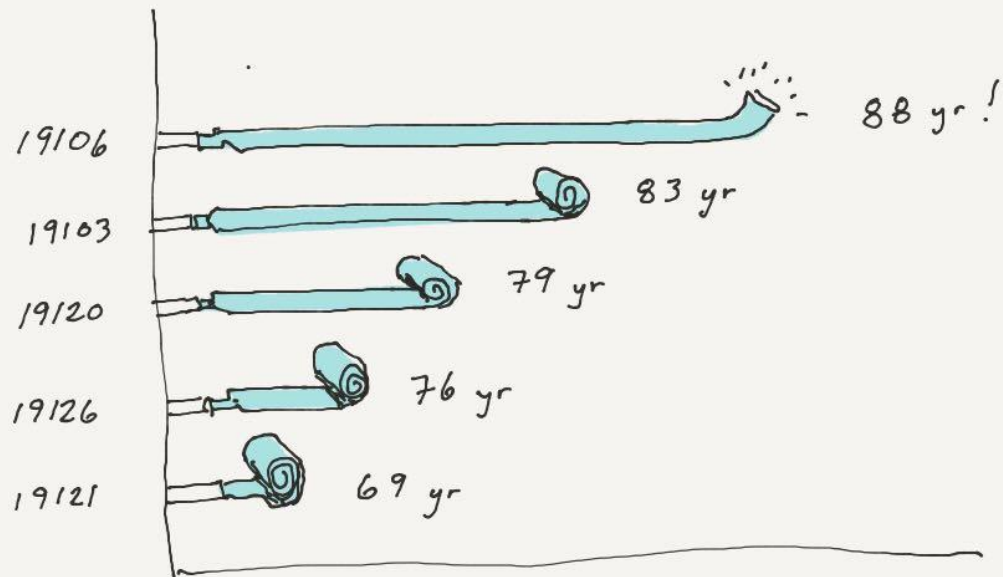


Comorbilità: presenza di una patologia aggiuntiva rispetto a una patologia indice

Multimorbidità: presenza di più patologie in uno stesso paziente

Burden di morbidità: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene in conto la loro gravità

Complessità del paziente: impatto complessivo di diverse patologie in un paziente che tiene conto della loro gravità e di altri fattori correlati alla salute

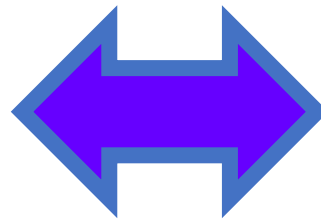


Life expectancies in Philadelphia
by zip code

@chrislandau



The future is about putting the patient at the center and realizing that a one-size-fits-all approach won't work, and that we need to be much less focused on clinical guidelines that act as if we have a homogenous population."



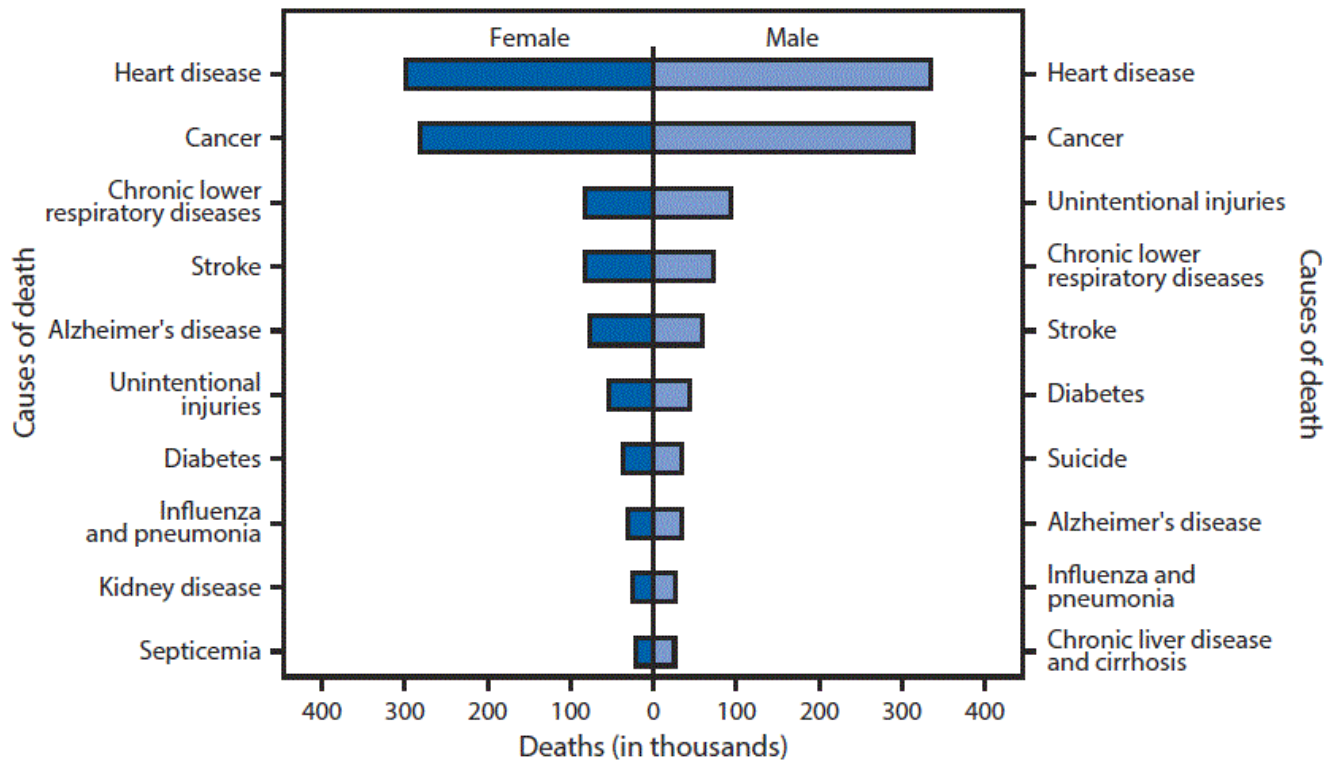
La complessità impone riferimenti sempre più specifici

***What Happens When We Can't Cope
Victor M. Montori, Mayo Clinic
February 6, 2017 –NEJM-Catalyst***

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

Number of Deaths from 10 Leading Causes,* by Sex — National Vital Statistics System, United States, 2015



Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

Accessi PS-Poliambulanza stratificati per classi di età

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
< 65	79,7%	32.618	79,4%	32.393	77,7%	32.557	77,3%	34.297	76,4%	34.502	76,0%	37.043	76,4%	40.728
65 - 74	9,0%	3.670	9,0%	3.671	9,5%	3.974	9,5%	4.196	9,9%	4.484	9,6%	4.693	9,3%	4.934
75 - 84	7,9%	3.232	8,2%	3.350	8,8%	3.689	8,9%	3.966	9,2%	4.167	9,2%	4.491	9,0%	4.813
85 +	2,5%	1.171	2,3%	1.358	1,0%	1.655	1,3%	1.892	1,5%	2.032	1,7%	2.522	1,4%	2.859
	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	76,0%	43.831	76,2%	45.466	76,6%	49.963	76,2%	52.371	76,3%	56.501	75,2%	57.778	75,7%	62.279
	9,9%	5.691	9,6%	5.715	9,0%	5.896	9,1%	6.244	9,3%	6.882	9,3%	7.110	9,0%	7.367
	9,2%	5.322	9,3%	5.530	9,2%	6.026	9,6%	6.602	9,4%	6.932	9,6%	7.375	9,9%	8.106
	4,9%	2.799	4,9%	2.943	5,1%	3.318	5,1%	3.505	5,1%	3.760	5,9%	4.531	5,5%	4.512

12.618

Ricoveri da PS-Poliambulanza stratificati per classi di età e distinti secondo la tipologia del DRG generato dal ricovero

	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C
< 65	1.685	807	1.772	968	1.684	933	1.783	1.036	1.694	989	1.841	910	1.724	1.056
65 - 74	641	268	617	261	654	326	624	315	719	345	628	380	677	364
75 - 84	740	246	844	266	852	301	973	338	966	386	1044	361	1047	393
85 +	470	90	530	83	562	132	708	152	728	175	832	183	871	213
	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C
	1818	995	1827	994	2427	1044	2975	1178	3129	1229	3159	1066	3419	1160
	664	351	657	394	770	371	991	433	1055	418	1048	405	1189	423
	945	414	1013	431	1291	471	1685	535	1688	513	1745	516	1946	543
	738	224	694	199	986	240	1278	245	1290	267	1496	263	1523	272

3468 M

815 C

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

Tabella 6. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano.

		No=0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?	☐	☐
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?	☐	☐
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?	☐	☐
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?	☐	☐
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?	☐	☐
6	È seguito dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)	☐	☐
	Totale		☐
	Codice argento se punteggio totale ≥ 3		☐

30 APRILE 2017

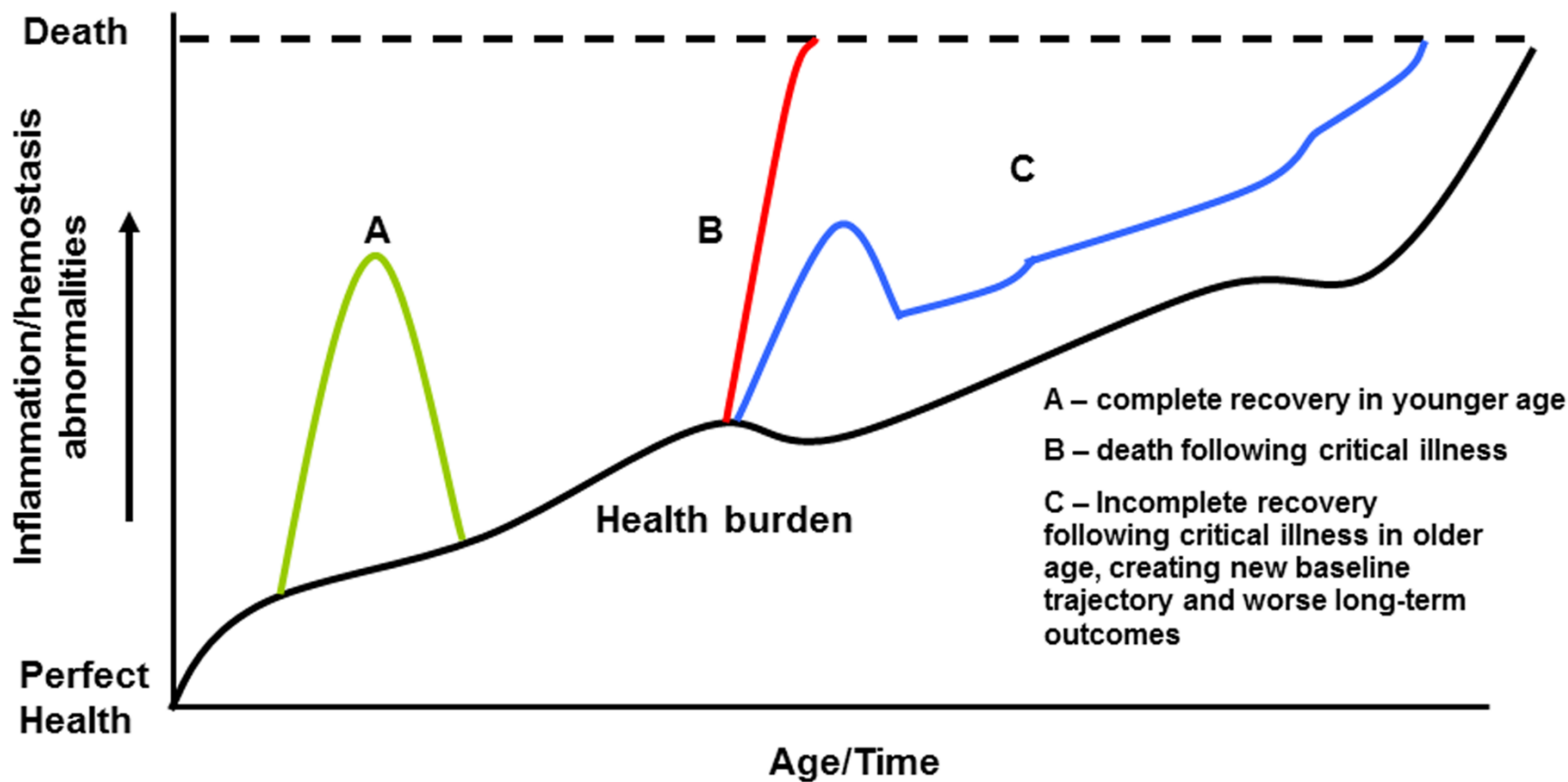
93^a GIORNATA PER
L'UNIVERSITÀ
CATTOLICA

STUDIARE IL MONDO
È GIÀ CAMBIARLO

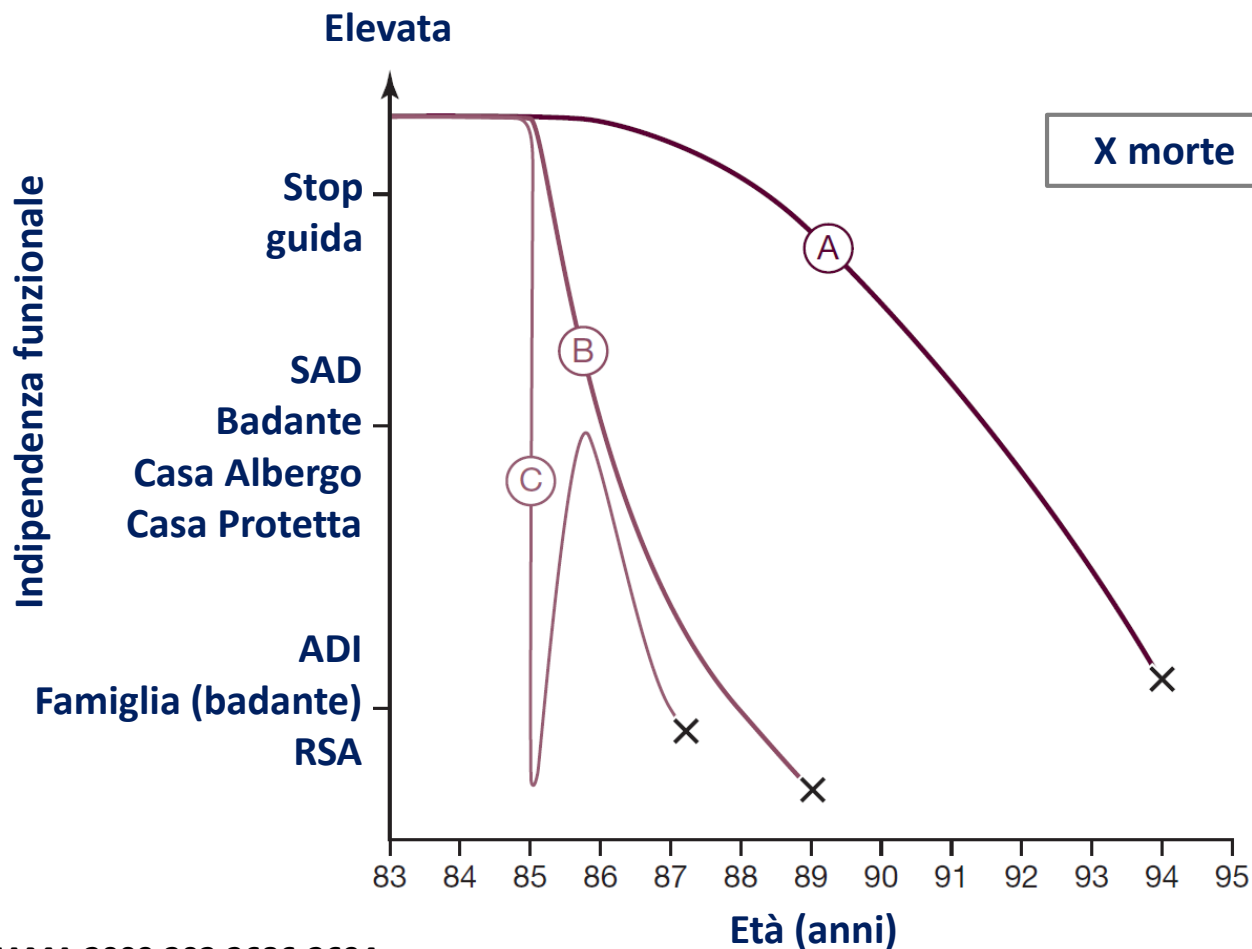


Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni



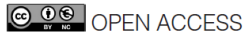
Traiettorie ipotetiche di declino funzionale per il signor R.



Reuben, D. B. JAMA 2009;302:2686-2694

JAMA

Traiettorie ipotetiche di declino funzionale per il signor R. Traiettoria A: stato di salute buono; buona aspettanza di vita. Traiettoria B: il paziente ha una malattia cronica degenerativa (ad es., malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson): declino funzionale costante con un periodo di dipendenza funzionale prolungato. Traiettoria C: evento catastrofico improvviso (ad es., frattura di femore, stroke, sepsi, polmonite) con qualche miglioramento funzionale, ma senza tornare allo stato di partenza, riduzione della aspettanza di vita.



¹Yale School of Medicine,
Department of Internal
Medicine, New Haven, CT, USA

²Adler Geriatric Center, New
Haven, CT 06510, USA

Correspondence to: T M Gill
thomas.gill@yale.edu

Additional material is published
online only. To view please visit
the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2361>)

Cite this as: *BMJ* 2015;350:h2361
doi: 10.1136/bmj.h2361

Accepted: 18 March 2015

The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people

Thomas M Gill,^{1,2} Evelyn A Gahbauer,¹ Ling Han,¹ Heather G Allore¹

ABSTRACT

OBJECTIVE

To evaluate the role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life.

DESIGN

Prospective cohort study.

SETTING

Greater New Haven, Connecticut, United States, from March 1998 to June 2013.

PARTICIPANTS

552 decedents from a cohort of 754 community living people, aged 70 years or older, who were initially non-disabled in four essential activities of daily living: bathing, dressing, walking, and transferring.

MAIN OUTCOME MEASURE

Occurrence of admissions to hospital and severity of disability (range 0-4), ascertained during monthly interviews for more than 15 years.

RESULTS

In the last year of life, six distinct trajectories of disability were identified, from least disabled to most disabled: 95 participants (17.2%) had no disability, 61 (11.1%) had catastrophic disability, 53 (9.6%) had accelerated disability, 61 (11.1%) had progressively mild disability, 127 (23.0%) had progressively severe disability, and 155 (28.1%) had persistently severe disability. 392 (71.0%) participants had at least one hospital admission and 248 (44.9%) had multiple hospital admissions. For each trajectory the course of disability closely tracked the monthly prevalence of hospital admission. In a set of multivariable models that included several potential confounders, hospital admission in a given month had a strong independent effect on the severity of disability, in both relative and absolute terms. The largest absolute effect was observed for catastrophic disability, with a mean increase in disability score of 1.9 (95% confidence

interval 1.5 to 2.4) in the setting of a hospital admission, corresponding to a rate ratio (or relative effect) of 2.0 (95% confidence interval 1.5 to 2.7).

CONCLUSIONS

In the last year of life, acute hospital admissions play an important role in the disabling process. Knowledge about the course of disability before these intervening events may facilitate clinical decision making at the end of life. For older patients admitted to hospital with progressive or persistent levels of severe disability, representing more than half of the decedents, clinicians might consider a palliative care approach to facilitate discussions about advance care planning and to better deal with personal care needs.

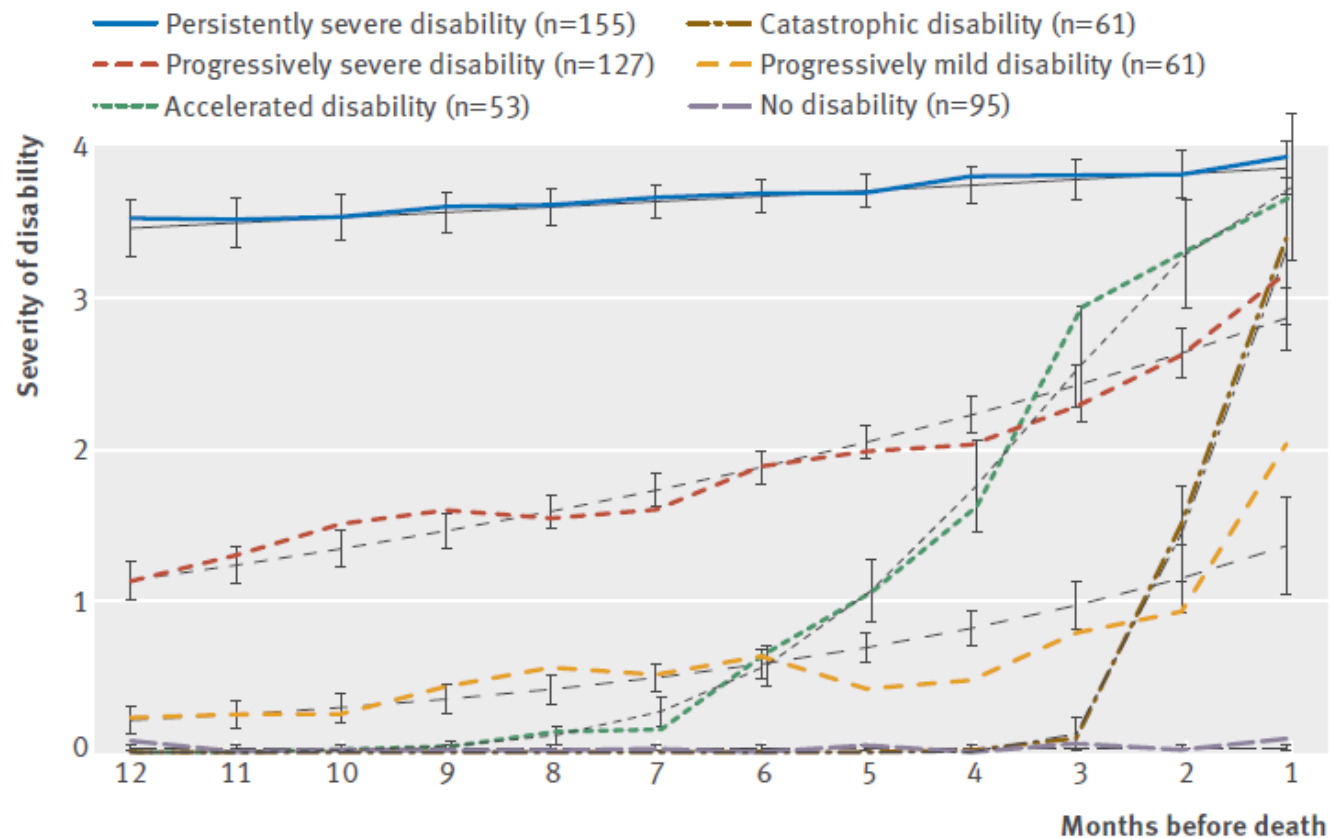


Fig 1 | Trajectories of disability in last year of life among 552 decedents. Values for severity of disability represent the mean number of disabled activities of daily living (from 0 to 4). Black lines depict predicted trajectories, and companion lines depict observed trajectories. I bars represent 95% confidence intervals for predicted disability scores. Only 45 (8.2%) of the decedents had a probability of their assigned trajectory <0.70, with values ranging from 0.48 to 0.68; and in all cases, an adjacent trajectory had the next highest probability of membership, with values ranging from 0.16 to 0.42. Nearly 78% (n=35) of these trajectories were characterized by episodes of recovery from a more severe form of disability, while 20% (n=9) were characterized by disability in a single activity in the month before death without any preceding disability

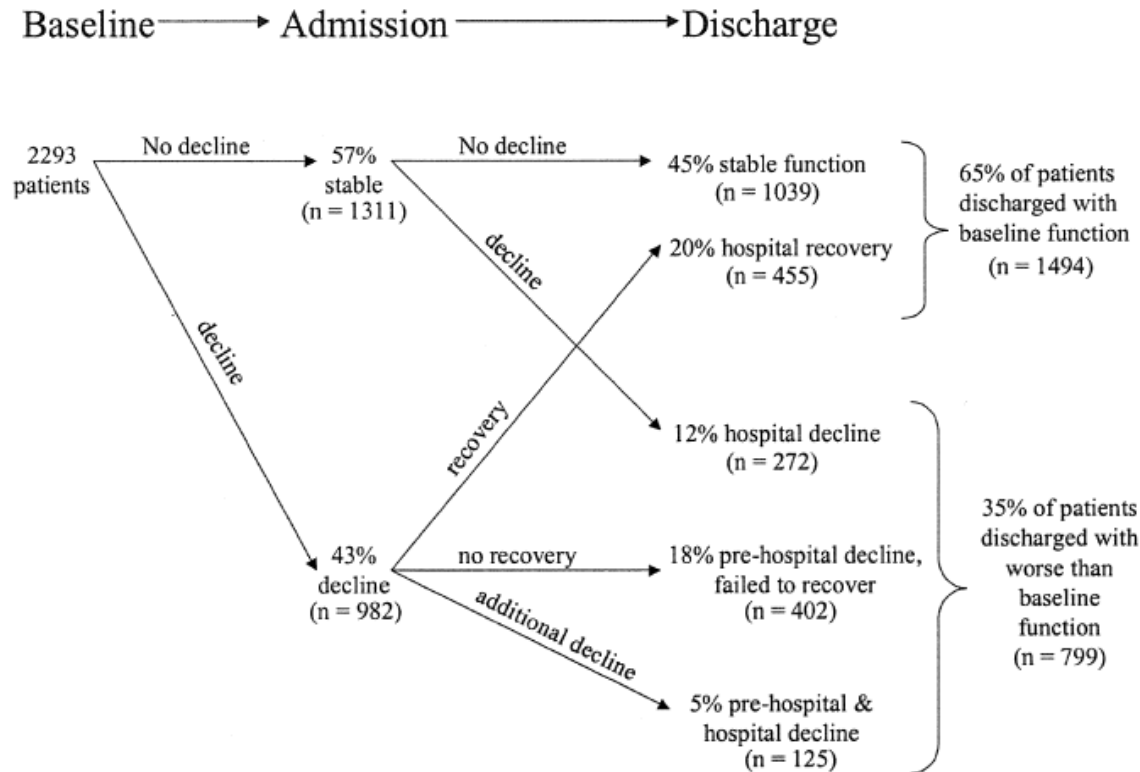


Figure 1. Functional transitions of patients between baseline (2 weeks before admission), hospital admission, and discharge. The left portion of the figure depicts the functional course of patients between these three time points. Decline refers to loss of activities of daily living (ADL) function, defined as a lower ADL independence score. The recovery refers to return of ADL independence score to the baseline level. Right side of figure depicts the end result of these functional transitions.

Crude and adjusted associations of clinical variables and 6-month mortality in 950 hospitalized elderly patients.

	n/events	Unadjusted RR (95% C.I.)	Adjusted RR (95% C.I.)
Gender (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)
MMSE (<18)	167/41	3.6 (2.0-6.4)	1.9 (1.1-3.8)
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)
Anemia	97/28	3.4 (1.7-6.6)	2.2 (1.0-5.4)

Factors Associated with 3 Months Mortality in a Group of 1119 Acutely Ill Elderly Hospitalized Patients.

		Unadjusted	Model 1	Adjusted ** Model 2	Model 3
	N/events				
Age (80+)	611/123	1.4 (1.0-1.9)	NS	NS	NS
Gender (males)	450/88	1.2 (1.0-1.6)	NS	NS	NS
Dementia (moderate-severe) (or MMSE<18)*	306/82	2.7 (1.9-3.7)	1.8 (1.2-2.6)	1.9 (1.3-2.7)	1.8 (1.2-2.6)
APACHE II (>15) [†]	383/107	2.7 (2.0-3.6)	1.6 (1.1-2.2)	1.6 (1.1-2.2)	1.5 (1.1-2.2)
Charlson (≥ 4)	344/90	2.1 (1.6-2.9)	1.4 (1.0-2.1)	1.5 (1.0-2.1)	1.4 (1.0-2.1)
Drugs (n ≥ 8)	331/91	2.1 (1.5-2.9)	1.7 (1.2-2.4)	1.7 (1.2-2.4)	1.7 (1.2-2.4)
S-albumin (<3.5 g/dl)	597/141	2.5 (1.8-3.5)	1.5 (1.1-2.2)	1.6 (1.0-2.2)	1.4 (1.0-2.1)
Barthel Index (<60) (before admission)	299/86	2.5 (1.8-3.4)	1.4 (0.9-2.0)		
Barthel Index (<60) (at admission)	872/181	3.1 (1.9-5.6)		1.8 (0.9-3.4)	
Barthel Index (<60) (at discharge)	589/157	4.1 (2.9-5.6)			1.6 (1.0-2.5)
Group a (moderate loss®ain)	244/26	Ref	Ref	Ref	Ref
Group b (moderate loss¬ regain)	497/72	1.8 (1.1-2.6)	1.5 (1.0-2.7)	1.5 (1.0-2.7)	1.4 (0.9-2.5)
Group c (severe loss®ain)	193/34	1.3 (1.1-3.0)	1.1 (0.6-1.7)	0.9 (0.5-1.5)	1.0 (0.6-1.6)
Group d (severe loss¬ regain)	185/68	4.9 (3.1-7.8)	2.3 (1.3-3.9)	1.8 (1.1-3.2)	1.8 (1.0-3.1)

*MMSE=Mini Mental State Examination. [†]APACHE II= Acute Physiology And Chronic Health Evaluation. NS= not significant

Univariate and multivariate Cox proportional hazards regression models were applied to identify factors statistically associated with 3 month mortality.

** Adjusted for Barthel Index (<60) before admission (Model 1), at admission (Model 2), and at discharge (Model 3).



Tabella 13.5 - Luogo del decesso di persone morte per demenza nel 2008 (N= 262.993) (valori percentuali)

Luogo	BE	NL	ENG	WAL	FRA	ITA	ESP	HUN	CZR	NZE	USA	CAN	MEX	KOR
Ospedale	21,6	1,6	31,7	43,1	35,9	31,1	33,6	62,3	27,5	14,3	13,2	32,3	26,2	73,6
Casa	11,2	3,8	5,0	4,2	27,2	42,2	46,1	–	10,6	4,5	15,3	3,4	69,3	20,5
Residenze Sanitarie Assistenziali	66,7	93,1	61,7	48,9	34,0	19,5	20,1	–	61,5	76,6	62,6	59,4	–	5,5
Hospice	–	–	0,1	0,1	–	–	–	–	–	0,3	2,9	–	–	–
Altro	0,5	1,5	1,5	1,5	3,7	2,9	0,2	37,7	0,4	4,4	6,0	4,9	4,5	0,4

Legenda: BE, Belgio; NL, Paesi Bassi; ENG, Inghilterra; WAL, Galles; FRA, Francia; ITA, Italia; ESP, Spagna (Andalusia); HUN, Ungheria; CZR, Repubblica Ceca; NZE, Nuova Zelanda; USA, Stati Uniti; CAN, Canada (Quebec escluso); MEX, Messico; KOR, Corea del Sud.

Fonte: modificato da Reyniers *et al.*, 2015.

Pazienti ricoverati e deceduti nel reparto di Geriatria (Poliambulanza) (2012-16)

	2012	2013	2014	2015	2016
deceduti	96	146	157	192	186
dimessi	1.863	2.438	2.379	2.181	2.284
incidenza	5,2%	6,0%	6,6%	8,8%	8,1%

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

The New York Times

HEALTH

One Last Question Before the Operation: Just How Frail Are You?

Paula Span

THE NEW OLD AGE OCT. 27, 2017



In geriatrics, frail is not merely an adjective. A syndrome marked by slowness, weakness, fatigue and often weight loss, frailty tells doctors a lot about their patients' likely futures. It can, for example, predict how well older patients rebound from physical stresses — like surgery.

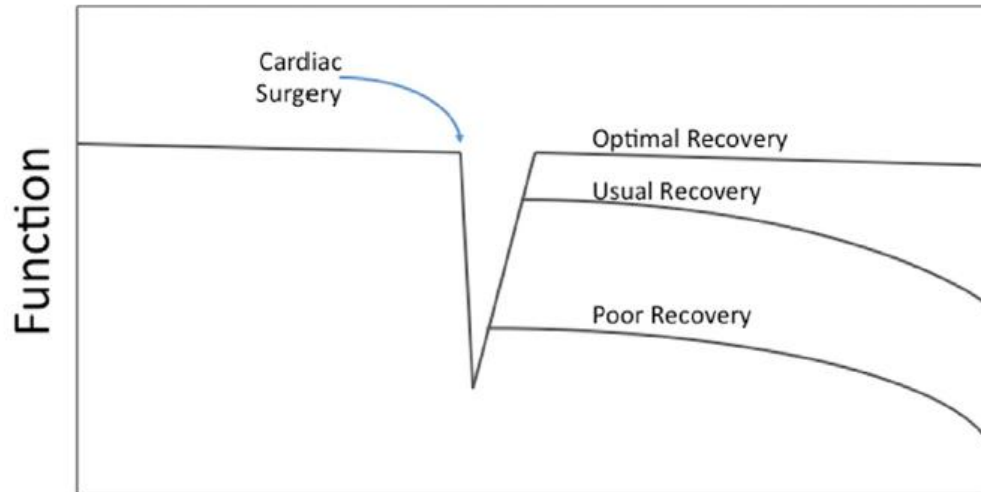
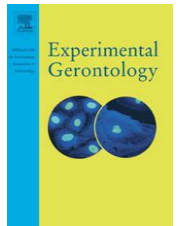
Cardiac surgery as a stressor and the response of the vulnerable older adult

Iva Neupane^{a,c}, Rakesh C. Arora^b, James L. Rudolph^{a,c,*}

^a Center of Innovation in Long Term Services and Support, Providence VA Medical Center, Providence, RI, United States

^b University of Manitoba, College of Medicine, Department of Surgery, Winnipeg, Manitoba, Canada

^c Warren Alpert School of Medicine at Brown University, Providence, RI, United States



Response to stressors. When a frail patient is subjected to a stressor, such as cardiac surgery, there is a reduced ability to return to the prior level of functioning and frequently negative outcomes. They tend to attend a new “baseline”. As these stressors become more severe or more often, the baseline status continues to trend down. Patients with preexisting vulnerabilities may undergo cardiac surgery at lower functional levels (i.e. cardiac surgery stress is shifted right).

.....vulnerabilities in biological, psychological, and social domains can limit recovery after the stress of cardiac surgery. Identification of vulnerability in these domains can allow better understanding of the risks of cardiac surgery and tailoring of interventions to improve outcomes.....

Association of Patient Frailty With Increased Morbidity After Common Ambulatory General Surgery Operations

Carolyn D. Seib, MD, MAS; Holly Rochefort, MD; Kathryn Chomsky-Higgins, MD, MS; Jessica E. Gosnell, MD; Insoo Suh, MD; Wen T. Shen, MD, MA; Quan-Yang Duh, MD; Emily Finlayson, MD, MS

 [Supplemental content](#)

IMPORTANCE Frailty is a measure of decreased physiological reserve that is associated with morbidity and mortality in major elective and emergency general surgery operations, independent of chronological age. To date, the association of frailty with outcomes in ambulatory general surgery has not been established.

OBJECTIVE To determine the association between frailty and perioperative morbidity in patients undergoing ambulatory general surgery operations.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS A retrospective cohort study was conducted of 140 828 patients older than 40 years of age from the 2007-2010 American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program Participant Use File who underwent ambulatory and 23-hour-stay hernia, breast, thyroid, or parathyroid surgery. Data analysis was performed from August 18, 2016, to June 21, 2017.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The association between the National Surgical Quality Improvement Program modified frailty index and perioperative morbidity was determined via multivariable logistic regression with random-effects modeling to control for clustering within *Current Procedural Terminology* codes.

Il paziente anziano e la procedura invasiva

- Le malattie cardiovascolari, pneumologiche e renali sono le più frequenti e quelle che contribuiscono maggiormente alle complicanze periprocedurali del paziente anziano
- Accanto a queste comorbidità condivise col giovane adulto, il paziente anziano può avere una condizione di *“malnutrizione”*, una compromissione cognitiva e funzionale.
- La compromissione cognitiva predispone il delirium post-procedurale
- La compromissione funzionale premorbosa limita la mobilità del paziente
- La compromissione funzionale e la «malnutrizione» sono fattori di rischio indipendente di complicanze periprocedurali e di declino funzionale

Finalità di una procedura invasiva (da condividere con paziente e famiglia)

- Prolungamento della vita
- Miglioramento dello stato funzionale e dell'autonomia
- Mantenimento dell'integrità dello stato mentale
- Comfort

Possibile ruolo delle procedure terapeutiche nel soddisfacimento delle finalità del paziente e delle sue priorità

Possibili benefici

- Cura della malattia
- Prolungamento della vita
- Terapia-controllo dei sintomi
- Miglioramento dello stato funzionale (i.e. ripristino della mobilità articolare)

Possibili rischi

- Morte prematura
- Delirium, peggioramento cognitivo
- Peggioramento funzionale
- Perdita dell'indipendenza (i.e. →RSA)

Fattori di rischio di esiti avversi post-procedurali nei pazienti anziani e molto anziani

Mortalità

- Compromissione cognitiva
- Compromissione funzionale
- Malnutrizione
- Fragilità
- Luogo di residenza (i.e. ←RSA)

Esiti non fatali

- Delirium (←compromissione cognitiva, disabilità)
- Compromissione funzionale (←disabilità premorbosa)
- Luogo di residenza (RSA) (←compromissione cognitiva, fragilità, residenza protetta)

La valutazione geriatrica pre-procedura deve esprimere un giudizio su:

- **Rischio di morte prematura (considera item geriatrici specifici)**
- **Delirium, peggioramento della cognitività**
- **Peggioramento funzionale**
- **Perdita dell'indipendenza (i.e. →PAC → RSA)**

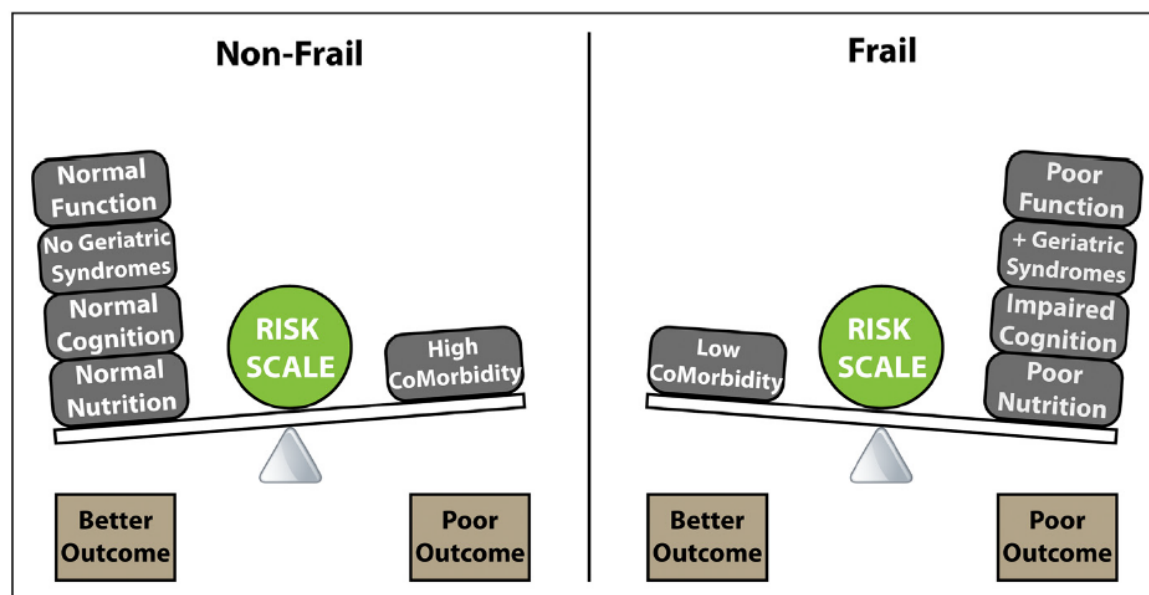
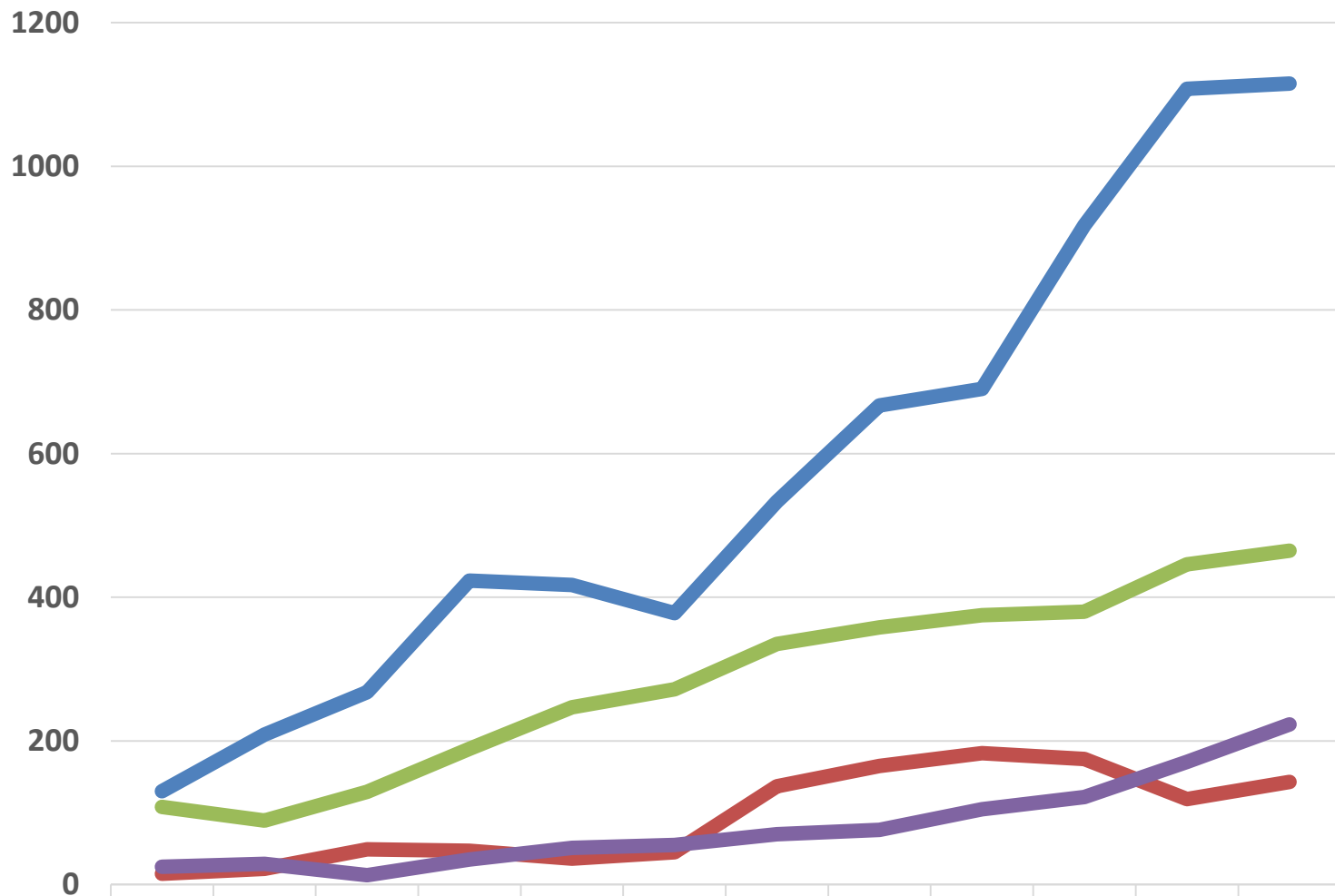


Figure 1 Summing geriatric assessment deficits to determine postoperative risk: the balance scale analogy. The analogy of a bar scale that weighs an individual's surgical risk is useful to understand the concept of summing abnormal geriatric assessment domains (or deficits) to predict postoperative risk.⁹ Blocks represent geriatric assessment domains (eg, function, cognition, nutrition, comorbidity burden, and geriatric syndromes). Blocks are placed opposite one another on the bar scale depending on whether the domain was measured as a normal characteristic or an abnormal deficit. Two older adults' assessments are depicted in this graphic. On the left is a nonfrail individual; the majority of the measured geriatric domains are normal, resulting in tilting the scale toward "better" postoperative outcomes. In contrast, on the right is a frail individual; the majority of geriatric domains are abnormal (or deficits), resulting in tilting the scale toward "poor" postoperative outcomes.

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- **L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione**
- Conclusioni

Servizio dimissioni protette - Fondazione Poliambulanza (2005-2016)



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casa (SAD-ADI-ANT-CP)	130	209	268	423	417	378	533	667	690	918	1108	1115
RSA	15	22	49	47	36	45	137	165	183	175	119	143
RIABILITAZIONE	108	89	129	189	247	272	335	358	375	380	446	465
HOSPICE	25	29	13	35	51	55	70	76	105	122	171	223

Le sfide della cronicità

- La cronicità
 - Lessico per un approccio discreto
- Cronicità (nei luoghi della cura)
 - Sul territorio
 - In paziente con malattia cronica in PS
 - Intercettare i bisogni e il loro potenziale cambiamento
 - (Codice argento)
 - Il paziente con patologia cronica nei reparti per acuti
 - Il paziente con patologia cronica nell'elezione chirurgica
- L'organizzazione dell'assistenza alla dimissione
- Conclusioni

OUR RESPONSIBILITY

"The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease".

- William Osler

The ideal physician treats the person who has the disease and their community.

@kbdesalvo

2017 HOSPITAL
MEDICINE

MAY 1-4, 2017

MANDALAY BAY RESORT AND CASINO
LAS VEGAS, NEVADA

shm
Society of Hospital Medicine

Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement

The FRAILTY-AVR Study

Jonathan Afilalo, MD, MSc,^{a,b} Sandra Lauck, PhD,^c Dae H. Kim, MD, ScD,^d Thierry Lefèvre, MD,^e Nicolo Piazza, MD, PhD,^f Kevin Lachapelle, MD, MSc,^g Giuseppe Martucci, MD,^f Andre Lamy, MD,^h Marino Labinaz, MD,ⁱ Mark D. Peterson, MD, PhD,^j Rakesh C. Arora, MD, PhD,^k Nicolas Noiseux, MD, MSc,^l Andrew Rassi, MD,^m Igor F. Palacios, MD,^m Philippe Gènéreux, MD,ⁿ Brian R. Lindman, MD, MSc,^o Anita W. Asgar, MD, MSc,^p Caroline A. Kim, MD, MS, MPH,^d Amanda Trnkus, MSc,^b José A. Morais, MD,^q Yves Langlois, MD,^r Lawrence G. Rudski, MD,^a Jean-Francois Morin, MD,^r Jeffrey J. Popma, MD,^s John G. Webb, MD,^c Louis P. Perrault, MD, PhD^t

ABSTRACT

BACKGROUND Frailty is a geriatric syndrome that diminishes the potential for functional recovery after a transcatheter aortic valve replacement (TAVR) or surgical aortic valve replacement (SAVR) procedure; however, its integration in clinical practice has been limited by a lack of consensus on how to measure it.

OBJECTIVES This study sought to compare the incremental predictive value of 7 different frailty scales to predict poor outcomes following TAVR or SAVR.



CENTRAL ILLUSTRATION Essential Frailty Toolset in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement

	Five chair rises <15 seconds	0 Points
	Five chair rises ≥15 seconds	1 Point
	Unable to complete	2 Points
	No cognitive impairment	0 Points
	Cognitive impairment	1 Point
	Hemoglobin ≥13.0 g/dL ♂ ≥12.0 g/dL ♀	0 Points
	Hemoglobin <13.0 g/dL ♂ <12.0 g/dL ♀	1 Point
	Serum albumin ≥3.5 g/dL	0 Points
	Serum albumin <3.5 g/dL	1 Point

EFT Score	1-Year Mortality	
	TAVR	SAVR
0-1	6%	3%
2	15%	7%
3	28%	16%
4	30%	38%
5	65%	50%

EFT Points: _____

Afilalo, J. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(6):689-700.

CONCLUSIONS Frailty is a risk factor for death and disability following TAVR and SAVR. A brief 4-item scale encompassing lower-extremity weakness, cognitive impairment, anemia, and hypoalbuminemia outperformed other frailty scales and is recommended for use in this setting. (Frailty Assessment Before Cardiac Surgery & Transcatheter Interventions; [NCT01845207](#)) (J Am Coll Cardiol 2017;70:689-700)