TERMINALITA' ONCOLOGICA NELL'ANZIANO

Dr. Bagarolo Renzo
Direttore Sanitario Istituto Palazzolo – FdG

Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

Annals of Oncology 29: 1987–1994, 2018
doi:10.1093/annonc/mdy210
Published online 14 June 2018

ORIGINAL ARTICLE

Adherence to geriatric assessment-based recommendations in older patients with cancer: a multicenter prospective cohort study in Belgium

Background: In the general older population, geriatric assessment (GA)-guided treatment plans can improve overall survival, quality of life and functional status (FS). In GA-related research in geriatric oncology, studies mainly focused on geriatric screening and GA but not on geriatric recommendations, interventions and follow-up. The aim of this study was to investigate the adherence to geriatric recommendations and subsequent actions undertaken in older patients with cancer.

Patient and methods: A prospective Belgian multicenter ($N = 22$) cohort study included patients $\geq$70 years with a malignant tumor upon oncologic treatment decision. Patients with an abnormal result on the geriatric screening (G8 $\leq$14/17) underwent GA. Geriatric recommendations were formulated based on GA results. At follow-up the adherence to geriatric recommendations was documented including a description of actions undertaken.

Results: From November 2012 till February 2015, G8 screening was carried out in 8451 patients, of which 5838 patients had an abnormal result. Geriatric recommendations data were available for 5631 patients. Geriatric recommendations were made for 4459 patients. Geriatric interventions data were available for 4167 patients. A total of 12 384 geriatric recommendations were made. At least one different geriatric recommendation was implemented in 2874 patients. A dietician, social worker and geriatrician intervened most frequently for problems detected on the nutritional, social and functional domain. A total of 7569 actions were undertaken for a total of 5725 geriatric interventions, most frequently nutritional support and supplements, extended home care and psychological support.

Oncologia Geriatrica

Diagnosi, cura e riabilitazione al servizio dell'anziano fragile

Istituto Palazzolo - Don Gnocchi
via Don Luigi Palazzolo, 21 - Milano
Tel 02 3970.3233-3366 - Fax 02 39210325
direzione.mi.palazzolo@dongnocchi.it

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

ARGOMENTI TRATTATI

- NOTE EPIDEMIOLOGICHE E CAMBIO DI PARADIGMA
- OLTRE LA DIAGNOSI LA NECESSITA' DELLA PROGNOSI:
  L'ANZIANO MUORE PER IL TUMORE o CON IL TUMORE
- LA VALUTAZIONE PER LA DEFINIZIONE DELLA PROGNOSI E
  DEL PERCORSO DI CURA
- QUALI BISOGNI E QUALI SERVIZI PER L'ANZIANO CON PATOLOGIA ONCOLOGICA
- L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO PALAZZOLO: MEDICINA DELLA FRAGILITA'
  E TERMINALITA'

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

NOTE EPIDEMIOLOGICHE E CAMBIO DI PARADIGMA

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

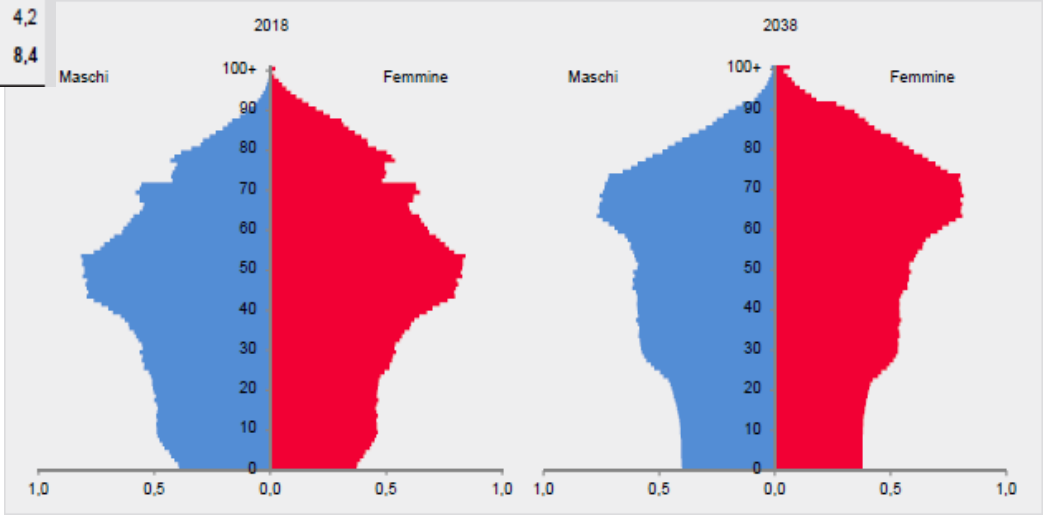
CAMBIAMENTO DEL PARADIGMA 1

La transizione demografica, epidemiologica, sociale impongono un cambiamento di paradigma ovvero passare dalla medicina delle «acuzie» a quella della «cronicità», una medicina della complessità che non esclude quando occorre l'intensività di trattamento, ma deve essere «proporzionata» al caso.

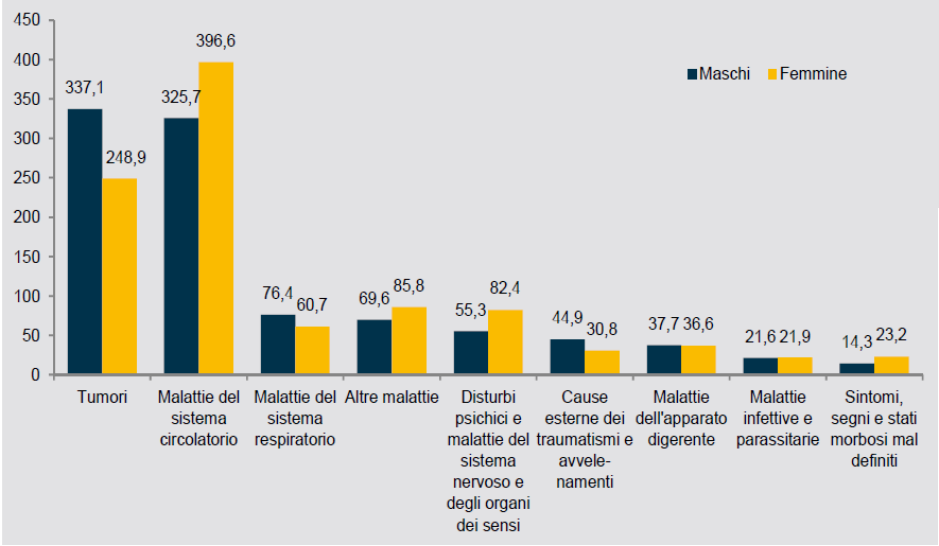
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

DEMOGRAFIA

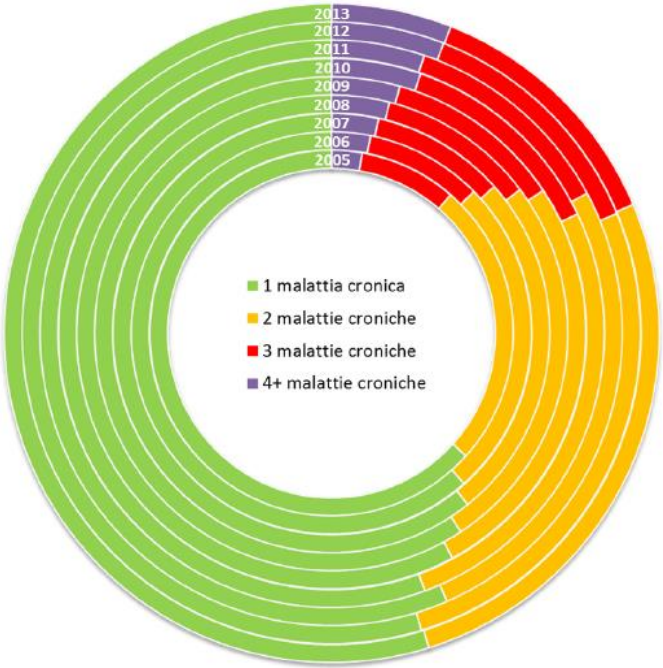
	Speranza di vita alla nascita		Tasso di fecondità totale	Indice di vecchiaia al 1° gennaio	Stranieri al 1° gennaio (per cento residenti)
	Maschi	Femmine			
1998	75,5	81,5	1,21	121,5	1,7
2003	77,2	82,8	1,29	133,5	2,6
2009	78,9	84,1	1,45	144,1	5,8
2016	80,6	85,0	1,34	161,4	8,3
			ANNO 2017		
Nord-ovest	80,9	85,3	1,40	179,6	10,5
Nord-est	81,2	85,6	1,39	173,4	10,3
Centro	81,0	85,2	1,28	178,2	10,8
Mezzogiorno	79,8	84,1	1,30	152,7	4,2
Italia	**80,6**	**84,9**	**1,34**	**168,7**	**8,4**



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

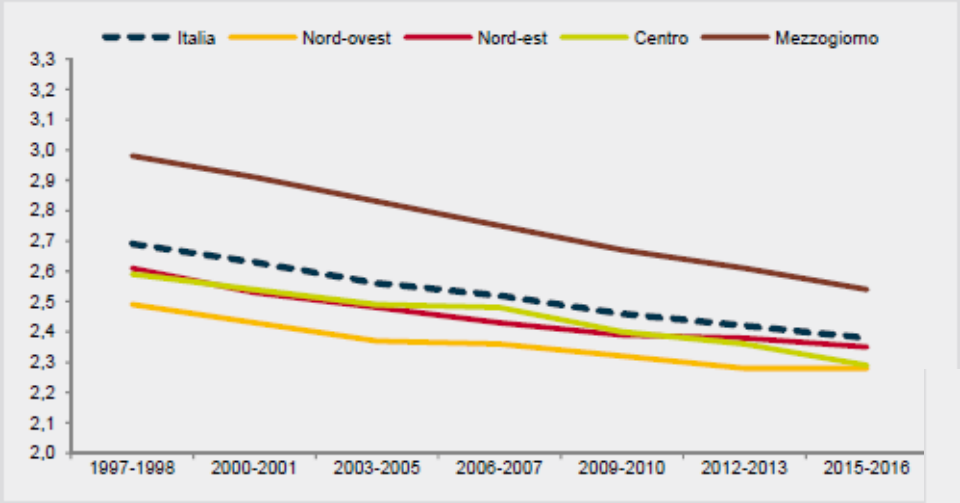


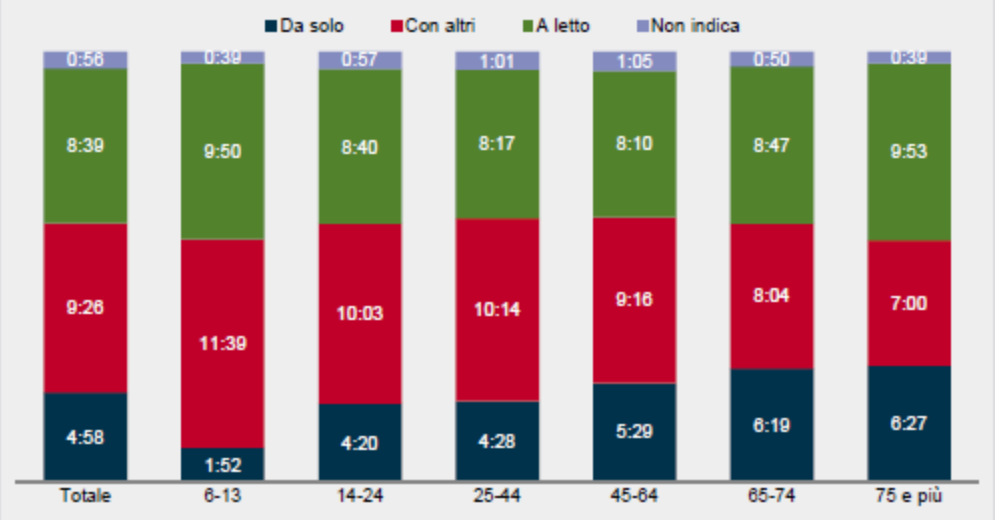
EPIDEMIOLOGIA



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

CONDIZIONE SOCIALE

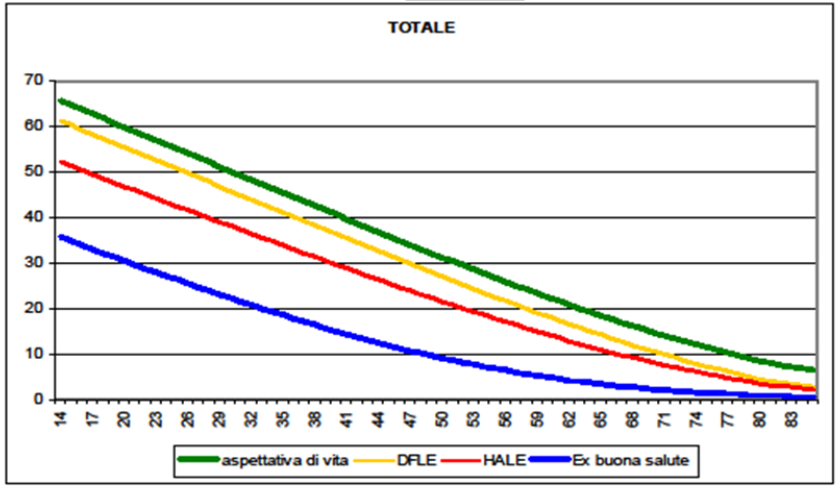




Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

HALE e speranza di vita ISTAT

Totale	Ex	DFLE	HALE	Ex in buona salute
15	64.70	60.24	51.27	34.81
45	35.88	31.58	25.49	11.83
65	18.46	14.22	10.99	3.38
75	11.47	7.29	5.62	1.51
85eoltre	6.45	2.75	2.30	0.68



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

«Stratificazione» per la prognosi

Per definire meglio gli obiettivi di intervento può essere utile «stratificare» la condizione dello stato di salute sulla base della «riserva di funzione»:

SALUTE= stato di benessere bio-psico-sociale

VULNERABILITA'= perdita temporanea della salute ma capacità di risponde re autonomamente agli insulti

FRAGILITA'= perdita temporanea e/o prolungata della salute e necessità di sostegno nella per rispondere agli insulti

DISABILITA'= perdita permanente della salute e condizione di dipendenza

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

EPIDEMIOLOGIA NEOPLASIE

- Epidemiologia:
  270000 casi/anno di tumore di cui 165000 (61%) in ultra65enni, di cui 90000 (33%) anziani tra 65-74anni e 75000 (28%) in ultra75enni

- Mortalità (Fonte LG AIOM 2005)

Cause di morte in italia

Età	Tutte	Cardiovascolare	Tumori
65-74	110000	40000	50000
75 oltre	320000	170000	60000
Totale	550000	240000	150000

- Negli uomini i tumori più frequenti sono quelli dei polmone, dello stomaco, della prostata, della vescica e del colon-retto.
  Nelle donne i tumori più frequenti sono a carico della mammella, del polmone, dello stomaco, del colon e della vescica.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

CAMBIAMENTO DEL PARADIGMA 2

Il paradigma clinico della malattia acuta prevede un processo clinico lineare: diagnosi, terapia, durata più o meno breve del decorso, esito definito con guarigione o morte (esempio malattia infettiva).

Il paradigma della malattia cronica presenta un processo clinico non lineare poiché la durata e l'esito della malattia possono essere non definiti e certi, la diagnosi da sola non è sufficiente a inquadrare la condizione di malattia e della persona malata, devono essere definiti livello di gravità delle malattie, impatto sullo stato funzionale e sulla qualità di vita.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

CHIAVI DI LETTURA

Diversi studi hanno dimostrato che il cancro viene diagnosticato nella persona anziana più tardivamente rispetto ai soggetti più giovani probabilmente in relazione alla tendenza a sottovalutare nell'età avanzata vari sintomi che vengono erroneamente attribuiti a fenomeni di invecchiamento.

L'età di per sé non è un parametro sufficiente per dare un giudizio sullo stato di salute dell'anziano, anche se, sopra gli ottanta anni, la possibilità di presenza di malattie o di inabilità diviene maggiore (Ageismo).

La VGM è stata sviluppata in clinica geriatrica per pianificare l’assistenza socio-sanitaria, integrando informazioni su aspetti quali disabilità, comorbilità, stato cognitivo, stato psicologico, ruolo sociale, condizioni economiche e dell’ambiente di riferimento, che possono condizionare lo stato di salute di un soggetto anziano. Obiettivo individuare le problematiche che possono rendere l'anziano "fragile“ e le possibili “riserve funzionali” utili ad affrontare la malattia e definire la prognosi

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

LA VALUTAZIONE PER LA DEFINIZIONE DELLA PROGNOSI E DEL PERCORSO DI CURA

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Medicina della complessità e Valutazione

Complessità quando i problemi sono:

Multipli – Compresenti - Interattivi

Aspetti da Valutare:

- Gravità della patologia e altre condizioni di rischio
- Riserva funzionale
- Individuazione delle «aree» a rischio e degli obiettivi di intervento
- Definizione del livello di Disabilità e Capacità funzionali residue

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

LA VALUTAZIONE DELLA COMORBOSITA'

Indice di Comorbidità di Charlson

Comorbidità	Punti
Infarto miocardio	1
Cardiopatia	1
Malattie vascolari	1
Malattie cerebrovascolari	1
Demenza	1
Malattie polmonari croniche	1
Malattie del tessuto connettivo	1
Ulcera	1
Lievi malattie del fegato	1
Diabete (senza complicazioni)	1
Diabete con danneggiamento degli organi	2
Ictus	2
Moderate o gravi malattie renali	2
Secondo tumore non metastatico	2
Leucemia	2
Linfoma, MM	2
Moderate o gravi malattie del fegato	3
Secondo tumore metastatico	6
AIDS	6

Punteggio totale .....

Sezione 3: Indice di comorbilità (CIRS)

Menomazione: 1=nessuna 2= lieve 3= moderata 4= grave 5= molto grave

		Ingresso					1 mese				
1.	**Patologie cardiache** (solo cuore)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.	**Ipertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.	**Patologie vascolari** (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.	**Patologie respiratorie** (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.	**Occhi/O.R.L.** (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.	**Apparato gastroenterico superiore** (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche; escluso diabete)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.	**Apparato gastroenterico inferiore** (intestino, ernie)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.	**Patologie epatiche**	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.	**Patologie renali** (solo rene)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10.	**Altre patologie genito-urinarie** (ureteri, vescica, uretra, prostata e genitali)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.	**Sistema muscolo-scheletrico-cute**	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.	**Patologie sistema nervoso** (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13.	**Patologie endocrino-metaboliche** (include diabete, sepsi, stati tossici)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14.	**Patologie psichiatriche e comportamentali** (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	CIRS SEVERITY INDEX										
	CIRS COMORBILITY INDEX										

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

INDICE DI COMORBIDITÀ (CIRS)

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano.

Questo strumento richiede che il medico definisca la severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie. Il medico sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

1. assente: nessuna compromissione d'organo/sistema
2. lieve: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
3. moderato: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete o fratture).
4. grave: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5. molto grave: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio; stroke; sanguinamenti gastro-intestinali; embolia).

Si ottengono due indici:

l'Indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali);

L'Indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Principali Sindromi Geriatriche

Delirio (stato confusionale)

Incontinenza

Cadute

Lesioni da decubito

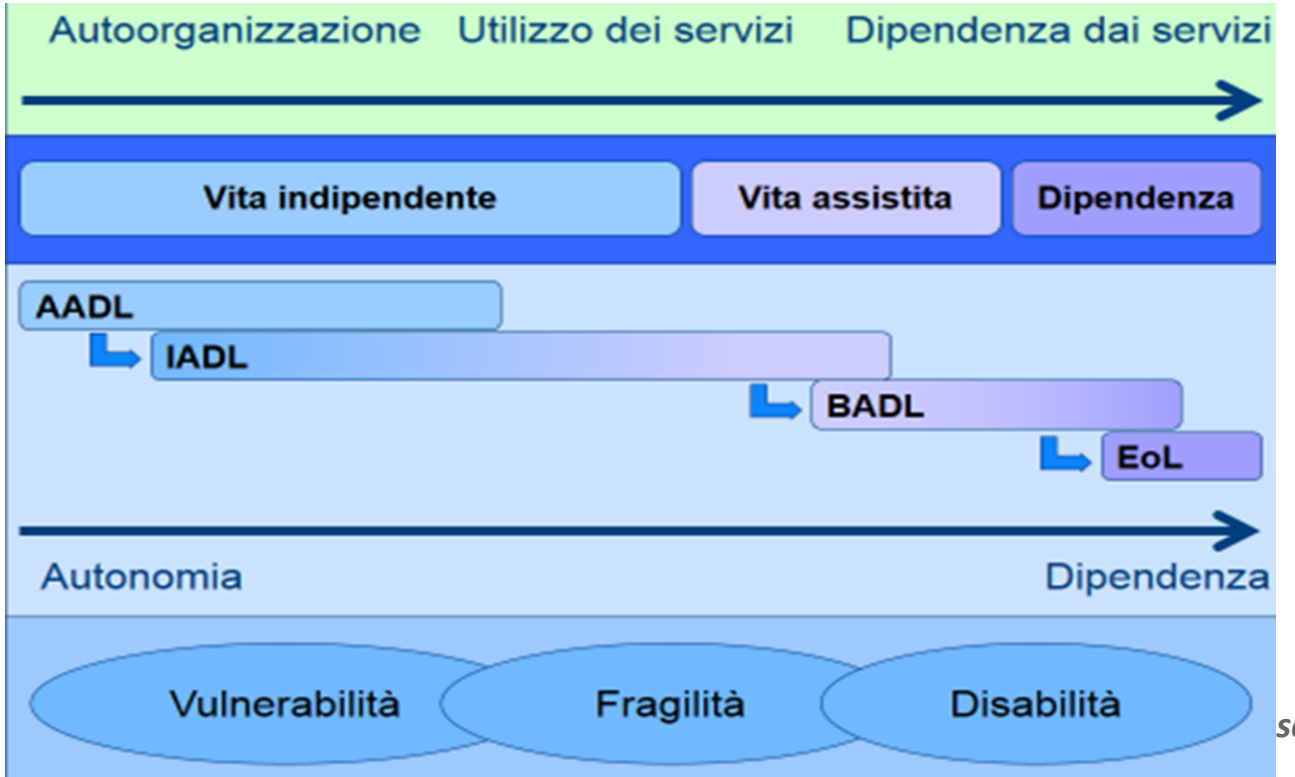
Malnutrizione («marker» e indicatore di fragilità)

Iatrogenicità

……

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

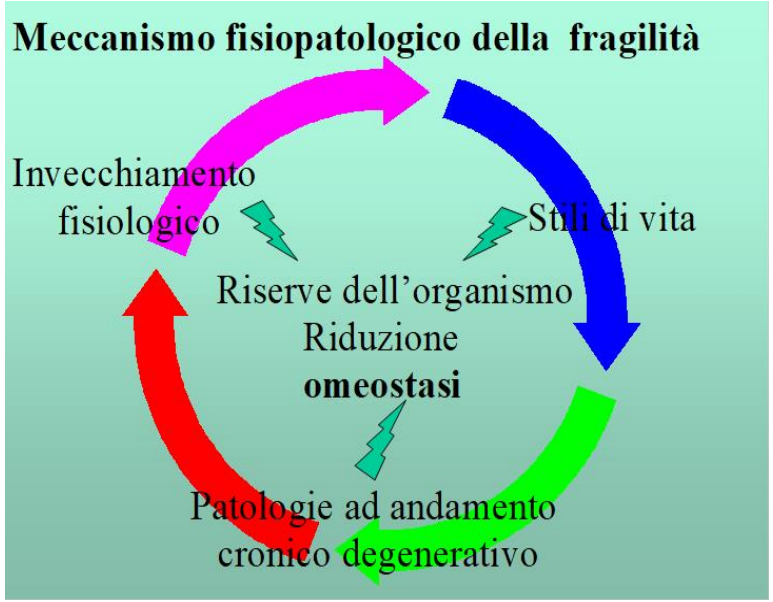
DALLA MALATTIA ALLA FUNZIONE



scia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

La condizione di Fragilità



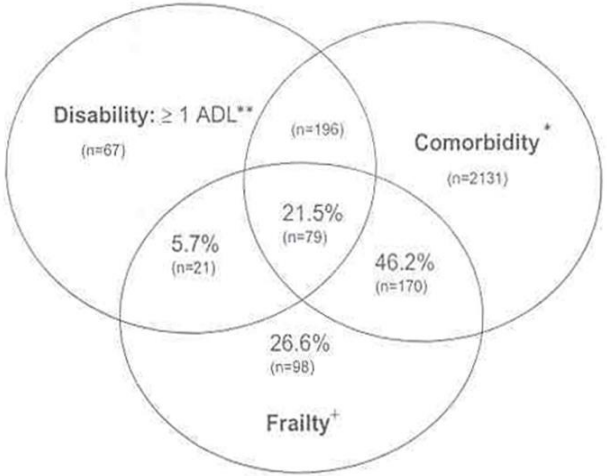


Figure 3. Venn diagram displaying extent of overlap of frailty with ADL disability and comorbidity (≥2 diseases). Total represented: 2,762 subjects who had comorbidity and/or disability and/or frailty. *n* of each subgroup indicated in parentheses. + Frail: overall *n* = 368 frail subjects (both cohorts). *Comorbidity: overall *n* = 2,576 with 2 or more out of the following 9 diseases: myocardial infarction, angina, congestive heart failure, claudication, arthritis, cancer, diabetes, hypertension, COPD. Of these, 249 were also frail. **Disabled: overall *n* = 363 with an ADL disability; of these, 100 were frail.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

«Screening» della Fragilità

CRITERI DI FRIED PER FRAGILITA'
(Fried et al.; J Gerontol Med Sci; 2001; 56A(3)

immettere "x" se presente		Punti
perdita di peso non volontaria		0
debolezza muscolare		0
facile esauribilità		0
ridotta attività fisica		0
ridotta velocità di deambulazione		0
FRAGILITA'	NO	0 su 5

FRAGILE: Quel soggetto di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetto da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabile, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso com plicati da problematiche di tipo socio-economico. Sulla base di questa definizione, la fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale e un elevato consumo di risorse.

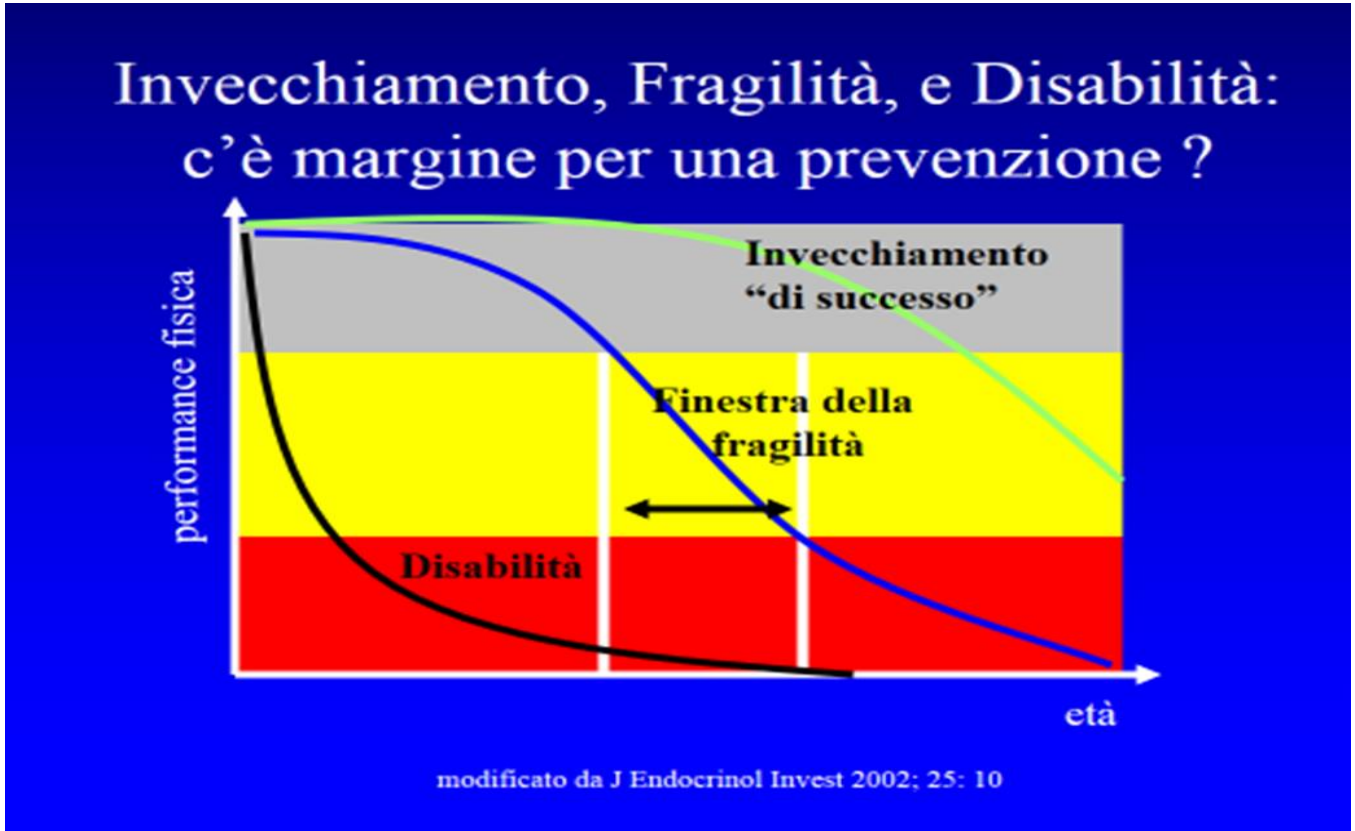
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Clinica della Fragilità

Semeiotica della fragilità	Conseguenza primarie	Conseguenze secondarie
Sintomi • Astenia • Affaticamento • Anoressia • Iponutrizione • Perdita di peso	• Instabilità dell'equilibrio e del cammino •Deficit sensoriali • Calo ponderale/malnutrizione • Deterioramento cognitivo • Sindromi depressive • Alterazioni comportamentali • Incontinenza urinaria • Polipatologia • Polifarmacoterapia	• Cadute • Ferite, ulcere • Malattie acute (infezioni ricorrenti) • Ospedalizzazione • Disabilità, dipendenza • Istituzionalizzazione • Morte
Segni: • Riduzione della massa muscolare (sarcopenia); • Riduzione della massa ossea		

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

OBIETTIVO LA PREVENZIONE DELLA DISABILITA'



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

MODELLO OPERATIVO GERIATRICO

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Definizione di prognosi

La prognosi è la previsione del decorso, della durata e dell'esito di una malattia, della quale è stata fatta la diagnosi.
Il decorso, la durata e l'esito di una malattia possono essere non modificati (storia naturale) o modificati da un intervento terapeutico effettuato per quella malattia o per un'altra.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

STRUMENTI PROGNOSTICI
- Gagne 1 Year Index
- Mitchell Index

The following information was generated using ePrognosis (www.ePrognosis.org). ePrognosis converts information from published literature into web-based tools for estimating prognosis in older adults.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Table 3. Risk Factors Associated with 1-Year Mortality in the Derivation Cohort in Multivariable Analyses

Risk Factor	Adjusted Odds Ratio (95% Confidence Interval)	*P* Value	Points
Male sex	1.4 (1.1-1.8)	.01	1
ADL dependencies at discharge*			
Dependent in 1-4 ADLs	2.1 (1.6-2.8)	<.001	2
Dependent in all ADLs	5.7 (4.2-7.7)	<.001	5
Comorbid conditions			
Congestive heart failure	2.0 (1.5-2.5)	<.001	2
Cancer			
Solitary cancer	2.6 (1.7-3.9)	<.001	3
Metastatic cancer	13.4 (6.2-29)	<.001	8
Laboratory values on admission			
Creatinine, mg/dL†			
>3.0	1.7 (1.2-2.5)	.01	2
Albumin, g/dL			
3.0-3.4	1.7 (1.2-2.3)	.001	1
<3.0	2.1 (1.4-3.0)	<.001	2

*ADL indicates activities of daily living.
†To convert to μmol/L, multiply by 88.4.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Table 3. Independent Risk Factors for 4-Year Mortality in the Development Cohort in the Multivariable Analysis

Risk Factor	Adjusted OR (95% CI)*	Points
Demographics		
Age, y		
60-64	1.9 (1.4-2.5)	1
65-69	2.8 (2.1-3.7)	2
70-74	3.7 (2.8-4.9)	3
75-79	5.4 (4.1-7.1)	4
80-84	8.3 (6.3-11.0)	5
≥85	16.2 (12.2-21.6)	7
Male sex	2.0 (1.8-2.3)	2
Comorbidities and behaviors		
Diabetes mellitus	1.8 (1.5-2.1)	1
Cancer	2.1 (1.7-2.4)	2
Lung disease	2.3 (1.8-2.9)	2
Heart failure	2.3 (1.8-3.1)	2
BMI<25	1.7 (1.4-1.9)	1
Current smoker	2.1 (1.7-2.5)	2
Functional measures		
Bathing	2.0 (1.6-2.4)	2
Managing finances	1.9 (1.6-2.3)	2
Walking several blocks	2.1 (1.8-2.4)	2
Pushing/pulling heavy objects	1.5 (1.3-1.8)	1

Abbreviation: BMI, body mass index, which is calculated as weight in kilograms divided by the square of height in meters; CI, confidence interval; OR, odds ratio.
*Each OR was adjusted for the other risk factors in the table.

Development and Validation of a Prognostic Index for 4-Year Mortality in Older Adults

Sei J. Lee, MD
Karla Lindquist, MS
Mark R. Segal, PhD
Kenneth E. Covinsky, MD, MPH

Context Both comorbid conditions and functional measures predict mortality in older adults, but few prognostic indexes combine both classes of predictors. Combining easily obtained measures into an accurate predictive model could be useful to clinicians advising patients, as well as policy makers and epidemiologists interested in risk adjustment.

JAMA. 2006;295:801-808

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

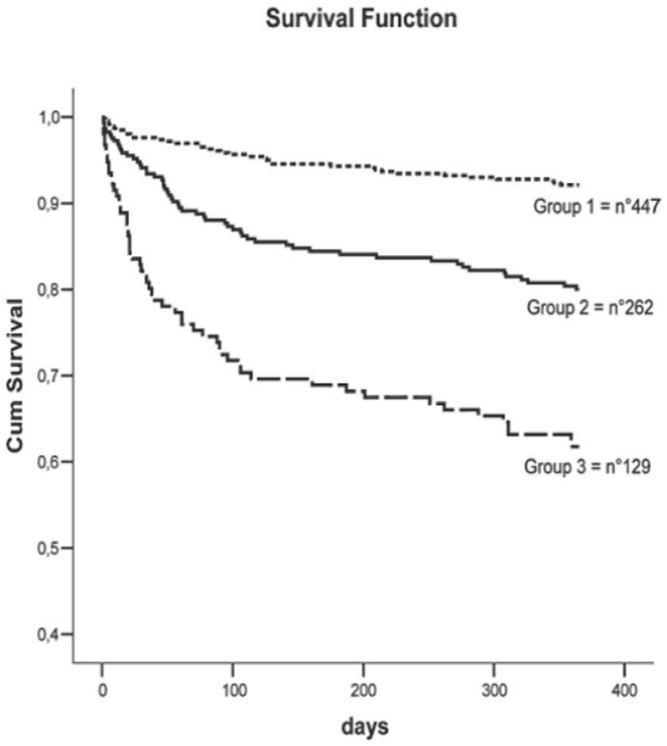


FIG. 1. Survival curves, adjusted for age and gender, for different grades of Multidimensional Prognostic Index as obtained in the development cohort of patients.

TABLE 1. MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX SCORE ASSIGNED TO EACH DOMAIN BASED ON THE SEVERITY OF THE PROBLEM

	Problem		
Assessment	*No (value = 0)*	*Minor (value = 0.5)*	*Severe (value = 1)*
Activities of Daily Living (ADL)[a]	6–5	4–3	2–0
Instrumental ADL (IADL)[a]	8–6	5–4	3–0
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)[b]	0–3	4–7	8–10
Comorbidity Index (CIRS-CI)[c]	0	1–2	≥3
Mini Nutritional Assessment (MNA)[d]	≥24	17–23.5	<17
Exton Smith Scale (ESS)[e]	16–20	10–15	5–9
Number of medications	0–3	4–6	≥7
Social support network	Living with family	Institutionalized	Living alone

[a]Number of active functional activities.
[b]Number of errors.
[c]Number of diseases (see text).
[d]MNA score: ≥24, satisfactory nutritional status; 17–23.5, at risk of malnutrition; <17, malnutrition.
[e]ESS score: 16–20, minimum risk; 10–15, moderate risk; 5–9, high risk of developing scores.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

OLTRE LA DIAGNOSI LA NECESSITA' DELLA PROGNOSI: L'ANZIANO MUORE PER IL TUMORE o CON IL TUMORE

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Quesito prognostico:

l'anziano morirà **per** il tumore o sopravvivrà (e come) **con** il tumore

L'aspetto dinamico dell'onco-geriatrica è fondato sulla utilizzazione della VGM (valutazione geriatrica multidimensionale) al fine di determinare lo stato di comorbidità come parametro efficace di eleggibilità al trattamento chemioterapico, modulando con opportuni protocolli l'impatto della tossicità su soggetti fragili per ottenere la sopravvivenza con una migliore qualità della vita e, possibilmente, un grado di autonomia che possa evitare il maggior numero di ricoveri con il minor disagio derivante dal distacco del paziente dall'ambiente domestico.

Valutare l'aspettativa di vita, basata sullo stato funzionale, la comorbidità, lo stato cognitivo, la presenza o assenza di sindromi geriatriche è difficile e complesso soprattutto per i trattamenti per i quali i vantaggi sono evidenziabili solo a distanza di tempo, come ad esempio i trattamenti adiuvanti per i tumori mammari e colonrettali, il trattamento primitivo per il tumore della prostata o l'uso dei chemioterapici in caso di mielodisplasia

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI

OVER-TREATMENT

- Comorbidità e Dipendenza funzionale
- Assenza di caregiver
- Interazioni farmacologiche
- ……..

ANZIANO FIT ⟷ ANZIANO UN-FIT

UNDER-TREATMENT

- Discriminazione a priori per età
- Minore informazione
- Minore accesso a standard terapeutici, seconda opinione, Centri oncologici terziari, etc

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

MALATTIA LOCALIZZATA

Health status groups: Evaluation of chance of living

Group 1 (Healthy)	Group 2 (Vulnerable, i.e. reversible problem)	Group 3 (Frail, i.e. non-reversible problem)	Group 4 (Terminal illness)
• Comorbidity (CISR-G): Grade 0, 1, and 2 • Independent in IADL • No malnutrition	• Comorbidity (CISR-G): at least one Grade 3 • Dependent in ≥1 IADL • At risk for malnutrition	• Comorbidity (CISR-G): several Grade 3 or at least one Grade 4 • Dependency: ≥1 ADL impaired • Severe malnutrition	• Terminal • Bedridden • Major comorbidities • Cognitive impairment
Standard treatment as for younger patients	Standard treatment as for younger patients except prostatectomy	Symptomatic management including specific treatments (hormones, PTUP...)	Only palliative treatment

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

	Parametri VGM	Mortalità a 2 anni	Indicazioni terapeutiche
Classe I: paziente "fit">/B>	Non dipendenza in ADL o IADL Non comorbidità rilevanti Non sindromi geriatriche	8-12%	Stessa terapia dei pazienti più giovani
Classe II: paziente "vulnerabile"	Dipendenza in una o più IADL ma non in ADL Comorbidità di medio grado Lievi disordini cognitivi e/o depressione Non sindromi geriatriche	16-25%	Trattamenti personalizzati o adattati, ad es. con riduzione di dose
Classe III: paziente "frail"	Età >=85 anni Dipendenza in una o più ADLs Presenza di una p più sindromi geriatriche 3 o più comorbidità di grado 3 (CIRS-G) o una grave comorbidità che limita pesantemente le attività quotidiane	> 40%	Sola terapia di supporto e palliazione

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

PROGNOSI + FAVOREVOLE

Tumore	Adulti	Anziani
Mammella	+	-
Polmone	+	-
Stomaco	+	-
Colon	+	-
Pancreas	+	-
Retto	+	-
Vescica	-	+
Rene	+	-
ORL (in toto)	=	=
ORL (rinofaringe)	-	+
Ovaio	-	+
Utero	-	+
Leucemia acuta	-	+
Linfoma non - Hodgkin	=	=
Mieloma Multiplo	+	-
Linfoma di Hodgkin	-	+
Melanoma	-	+

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Prognosis: its renewed importance

- Prevalence of chronic diseases
- The bureaucratization of health care delivery (6 mos for Hospice care)
- The need to compare health care providers and rationalize expenditures (determine which systems lead to good or bad outcomes)
- The reliance of randomized, controlled trial to evaluate drugs and on health services research to evaluate other, non-pharmaceutical medical interventions
- The use of novel biomedical technologies (before symptoms)
- The attention paid to patients self-determination and to other ethical issues in medical care, especially at the end of life
- The expectations that patients express regarding access to information and respect for their "right" (physicians have the duty to inform their patients about their illness, and patients have a right to know)

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

For patients and caregivers, prognostic information is needed to inform decisions concerning clinical management, discharge plan, and follow-up. This may be particularly important in old age, in which life expectancy may directly influence the care planning of patients. For example, in older patients with limited life expectancy, multiple pathologies and disabilities, and elevated risk of rapid deterioration in health and functional status, the goal of care may be to plan programs of advanced care. Conversely, older patients with good life expectancies should receive the standard level of care, including preventive

Since mortality in older subjects results from a combination of biological, functional, psychological, pathological, and environmental factors, tools that effectively identify patients with low life expectancy should take a multidimensional approach.

Pilotto et al, Rej Res. 2008

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

QUALI BISOGNI E QUALI SERVIZI PER L'ANZIANO CON PATOLOGIA ONCOLOGICA

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Aiom

ROMA, HOTEL SHERATON
Via del Pattinaggio, 100
19-20 SETTEMBRE 2013

LE RACCOMANDAZIONI I

- In ogni U.O.C. di oncologia va identificato un **percorso ad hoc per il paziente in fase metastatica con prognosi < 2 anni**
- Dedicare il **tempo necessario per comunicare diagnosi, PROGNOSI, obiettivi (realistici) delle terapie, e successivamente condividere un progetto terapeutico-assistenziale col paziente e la famiglia.**

I CONFERENZA AIOM di consenso sulle CURE SIMULTANEE

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

LA TERMINALITA'

Those with chronic, progressive illness usually arrive at death by one of three roads, exemplified by the cancer patient's long high-function plateau followed by decline; the decline punctuated by acute exacerbations seen commonly among patients with heart failure and obstructive lung disease; and the slow, progressive demise that comes typically from degenerative neurological diseases such as Alzheimer- type dementia.

Of course, patients sometimes take more than one road: the dementia patient may suffer frequent episodes of sepsis, or the heart failure patient may develop acute renal failure and decline precipitously to death.

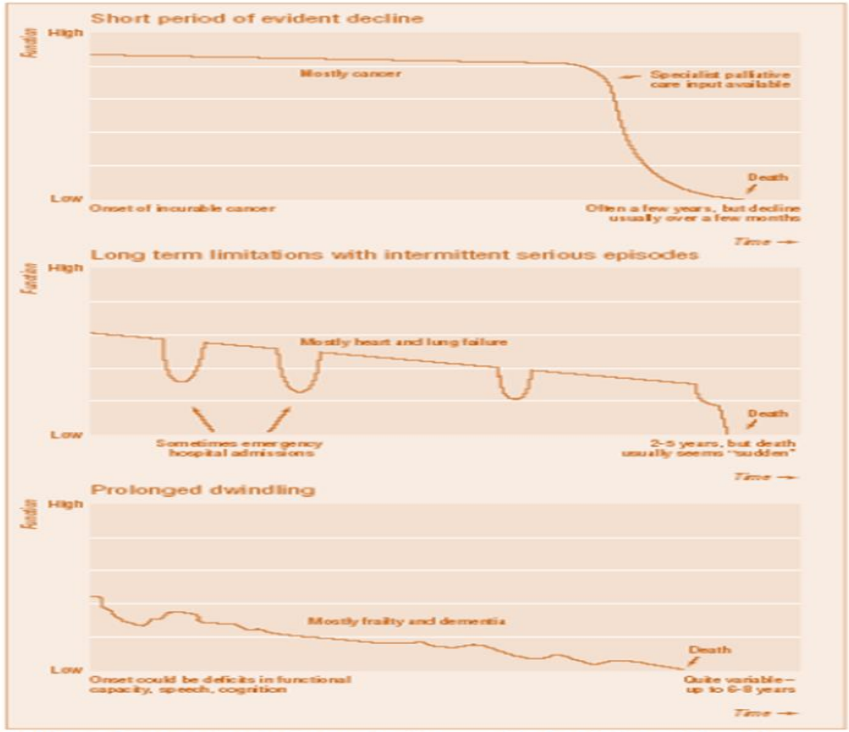
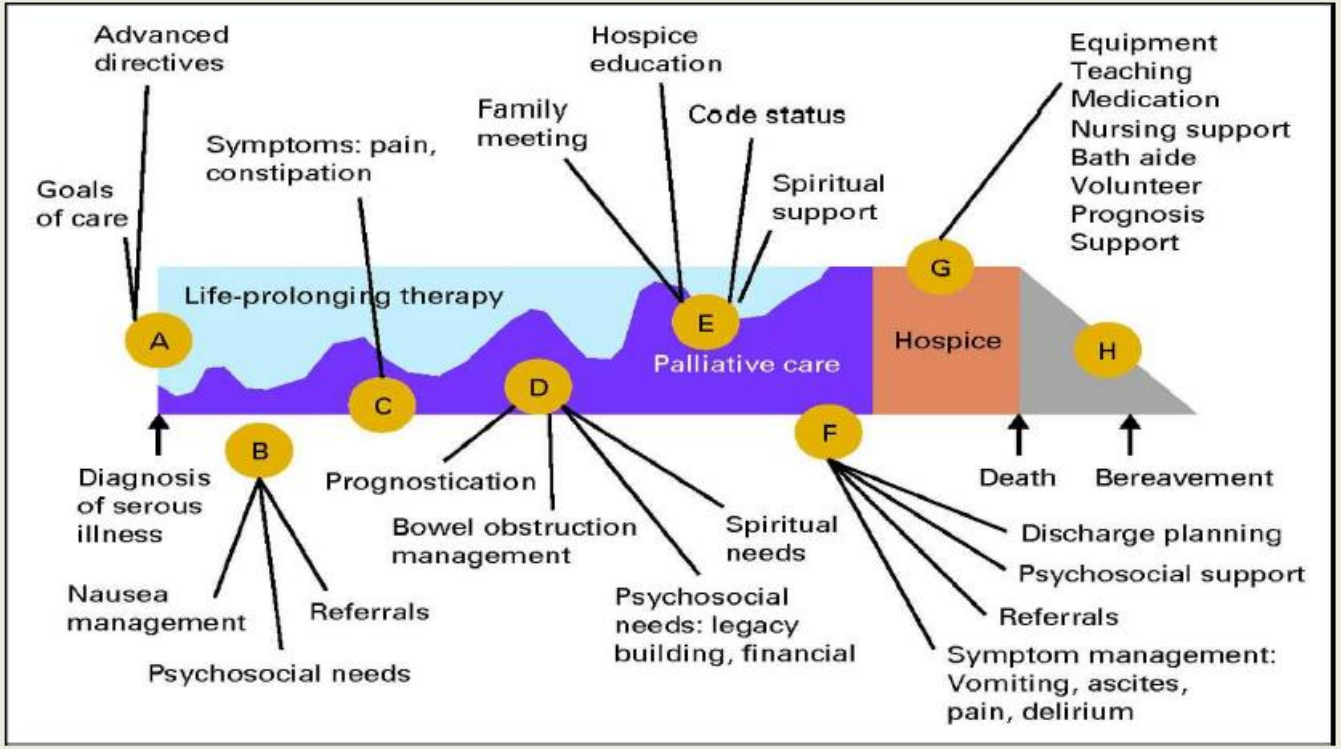


Fig 1 Typical illness trajectories for people with progressive chronic illness. Adapted from Lynn and Adamson, 2003.[7] With permission from RAND Corporation, Santa Monica, California, USA.

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

LE CURE SIMULTANEE



Hennessy J E et al. JOP 2013;9:78-80

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Simultaneous Care model

DIAGNOSIS | POTENTIALLY CURABLE | NON-CURABLE | TERMINAL

Screening

Terapie antitumorali

Terapie di supporto e palliative

Riabilitazione

Elaborazione del lutto

PIANO ONCOLOGICO NAZIONALE 2010-2013

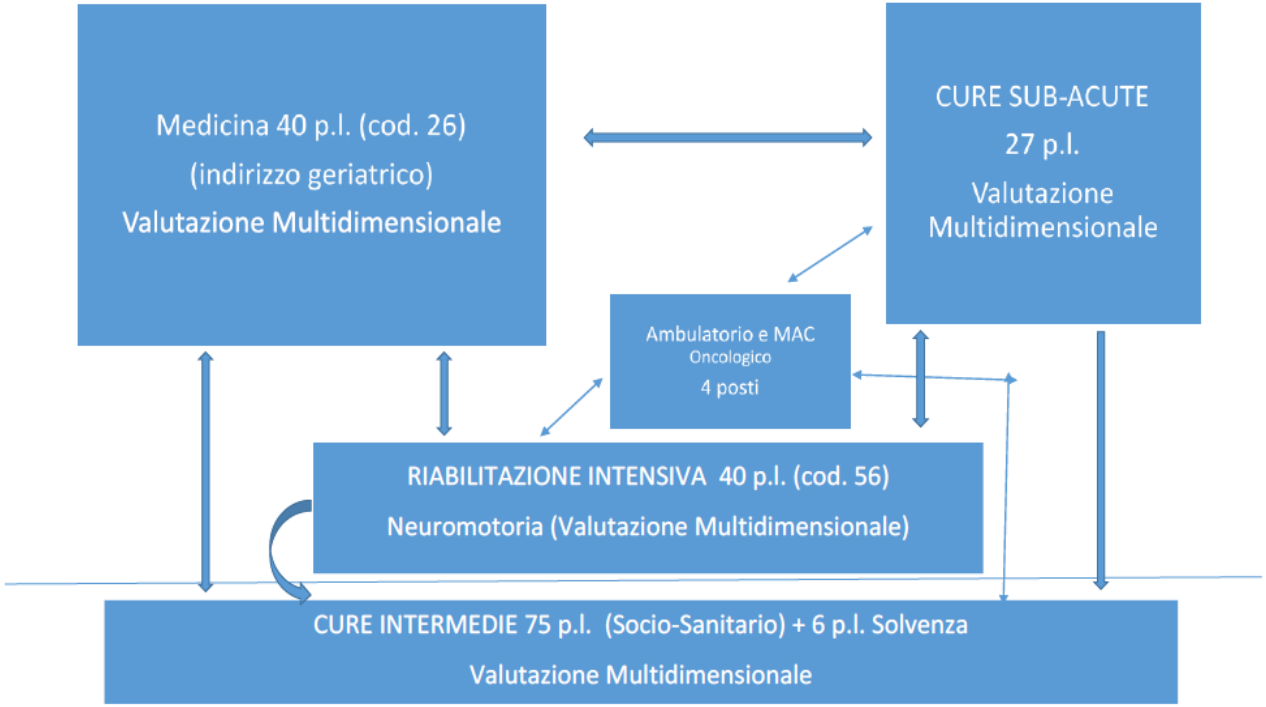
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO PALAZZOLO: MEDICINA DELLA FRAGILITA' E TERMINALITA'

Dr. Bagarolo Renzo - Brescia 30 marzo 2019

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Progetto Medicina Fragilità



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

PALAZZOLO - FDG

SERVIZI SANITARI

Medicina
Subacuti
Riabilitazione
Diagnostiche
Ambulatori
Ex. Art. 26

SERVIZI RESIDENZIALI

RSA
Cure intermedie
Nucleo Alzheimer
Hospice
SV/MNM
Ricoveri di sollievo

UAR PASS

Case management, continuità e governo di rete

SERVIZI TERRITORIALI

CDI Palazzolo

ADI

Prestazionale
Generale
Demenze
Cure palliative
Complessa

DGR 2942/2014

Misura 4
RSA/RSD
aperta

Misura 2
Res. leggera
(Casa Aurora)

Servizi di prossimità e custodi sociali

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Questo documento ha lo scopo di sintetizzare le informazioni, condivise con la persona e i suoi familiari, necessarie a collocare la storia di malattia in un orizzonte prognostico. Questo, per garantire cure appropriate e proporzionate anche nella fasi avanzate di malattia, evitando interventi che potrebbero rappresentare un aggravio di sofferenza e garantendo una particolare attenzione al confort della persona e al controllo dei sintomi. ***Compilare la scheda che segue, condividere e seguire le sue indicazioni quando la Surprise Question e gli altri indicatori prognostici suggeriscono un aumento significativo del rischio di morte a 6-12 mesi****.*

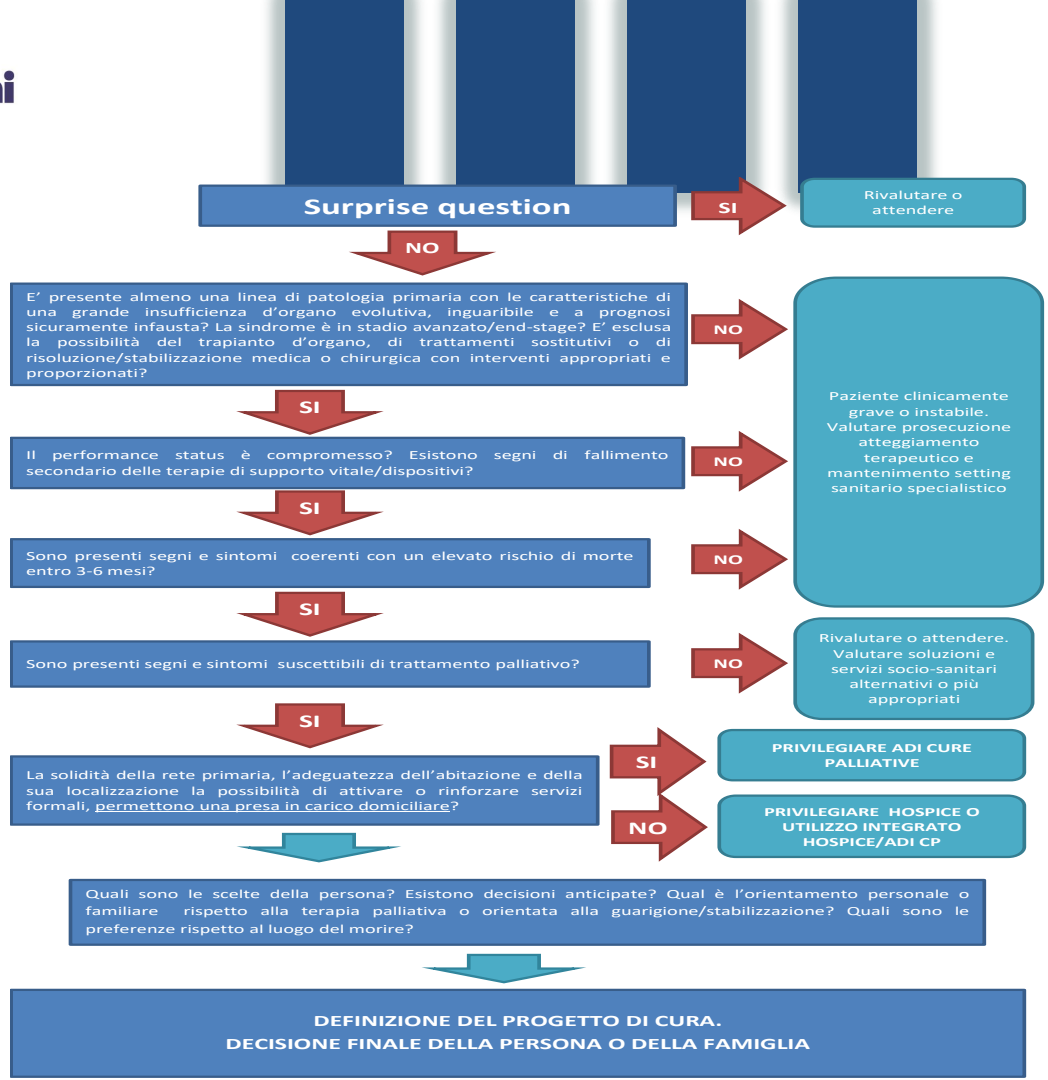
***Surprise Question*: "Sareste sorpresi se la persona morisse entro i prossimi?"**

1. 12 mesi ☐ Si ☐ No
2. 6 mesi ☐ Si ☐ No
3. 3 mesi ☐ Si ☐ No
4. 30 giorni ☐ Si ☐ No

Altri indicatori prognostici

☐	Calo di peso non desiderato superiore al 10% del peso corporeo negli ultimi sei mesi
☐	Difficoltà a garantire il normale supporto nutrizionale
☐	Frequenti episodi di aspirazione
☐	Febbre ricorrente di origine non determinata
☐	Karnofsky-PS inferiore o uguale a 30%
☐	ECOG-PS inferiore o uguale a 3
☐	FAST superiore a 7d
☐	CDR 5

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus



Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

STEPS

Definizione/comunicazione
PROGNOSI
Scelta del trattamento

Comunicazione/relazione

Rilievo e trattamento dei sintomi fisici

Rilievo e trattamento dei bisogni riabilitativi

Rilievo e trattamento dei bisogni psicologici

Rilievo e supporto ai bisogni spirituali

Rilievo e supporto ai bisogni sociali

POSSIAMO GARANTIRE TUTTO QUESTO?

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

GRAZIE !!!