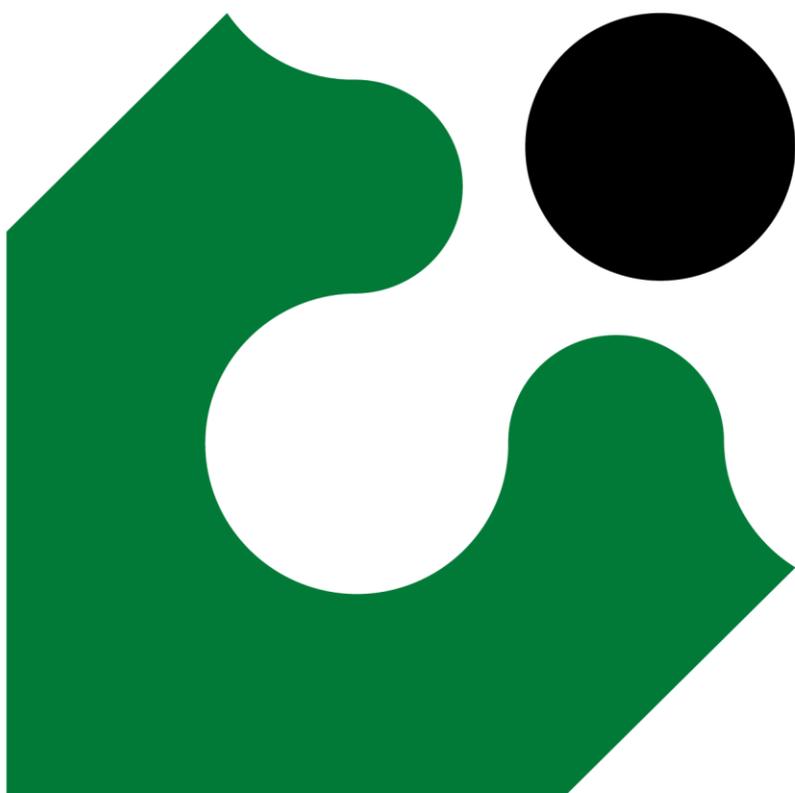


**Percorso per la presa in carico multidisciplinare
del malato oncologico anziano: dall'ospedale al
territorio**

Mary Cabiddu
Paolo Luigi Colombelli

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI-DSC 2101/CE

GLI AUTORI

- *Mary Cabiddu*, Responsabile UOS Oncologia Geriatrica, ASST Bergamo Ovest, mary_cabiddu@asst-bgovest.it
- *Paolo Luigi Colombelli*, Direttore UOC Medicina Generale 1, ASST Bergamo Ovest, paolo_colombelli@asst-bgovest.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano.

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario di Economia, Politica e Management Sanitario, Università degli Studi di Milano.

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

1. INDICE

1. INDICE.....	5
2. INTRODUZIONE E ANALISI DEL CONTESTO.....	7
3. OBIETTIVI DEL PROGETTO.....	12
4. BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	12
5. STRUMENTI.....	12
5.1 Valutazione dello stato funzionale.....	14
5.2 <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS).....	15
5.3 Mini- Cog.....	16
5.4 <i>Caregiver Burden Inventory</i> (CBI).....	16
5.5 <i>Cumulative Illness Rating Scale</i> (CIRS).....	17
5.6 <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA).....	19
6. IL PERCORSO.....	20
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	20
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	21
9. SWOT ANALYSIS.....	23
10. CRONOPROGRAMMA.....	23
11. STIMA DEI COSTI.....	23
12. CONTRIBUTO PERSONALE.....	24
13. BIBLIOGRAFIA.....	25
14. SITOGRAFIA.....	25
15. ALLEGATI.....	26

2. INTRODUZIONE E ANALISI DEL CONTESTO

L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad un incremento esponenziale del rischio di sviluppare una neoplasia anche in età avanzata: il 60% delle diagnosi di cancro avviene infatti dopo i 65 anni di età e il 70% delle morti per tumore si riscontrano nei pazienti anziani.

Nell'anziano il rischio di avere una diagnosi di cancro è almeno undici volte più alto di quello di una persona più giovane.

Lo studio *EUROpean CANcer REgistry-based study on survival and CARE of cancer patients 3* (EUROCARE3) mostra che i nostri anziani presentano una aspettativa di vita inferiore rispetto alla media europea e tale disparità si osserva nelle donne di età pari o superiore ai 75 anni e negli uomini di età superiore o uguale a 64 anni.

La causa di questa minore sopravvivenza può essere ricondotta a diversi fattori:

- Ritardo diagnostico per l'esclusione, ad esempio, dai programmi di screening e per la sottovalutazione dei sintomi.
- Minor accesso a trials clinici per i criteri di inclusione/esclusione o per il timore del clinico delle tossicità.
- Sovra o sotto trattamento oncologico per errata valutazione del paziente anziano.

L'invecchiamento è infatti caratterizzato da modificazioni irreversibili dei tessuti e degli organi, oltre che da potenziali problemi socio familiari, cognitivi e nutrizionali e se alcuni anziani mostrano chiaramente uno stato di fragilità, molti altri nascondono tale fragilità o si ritrovano in uno stato di pre fragilità che deve essere tempestivamente identificato e gestito per l'impatto dannoso che può avere nel decorso clinico.

Secondo i dati del 2015 dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave e con l'avanzare dell'età l'incidenza delle patologie aumentano in modo significativo: infatti, circa il 30,8% le persone di 65-69 anni dichiara almeno una patologia cronica grave, (percentuale che raggiunge il 59% tra gli ultraottantenni) e il 37,6% delle persone di 65-69 anni riporta almeno tre patologie croniche a fronte del 64,0% degli ultraottantenni.

Sempre L'ISTAT rileva che il 23,1% dei soggetti anziani ha gravi limitazioni motorie, 11,2% riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona, come fare il bagno o la doccia (10,3%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%) e il 30,3% incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico.

La malattia oncologica va quindi ad aggiungersi ad uno stato di cronicità di cui già inevitabilmente è affetto il soggetto anziano e necessità di una gestione multidisciplinare, all'interno di un percorso di cura ove lui rappresenti il centro e gli specialisti ruotano intorno a lui e non viceversa.

Nella stesura di un piano di cura del malato anziano, cronico, pluripatologico e oncologico gli specialisti devono interfacciarsi e confrontarsi, in quanto non è più la singola malattia che va curata ma l'intera omeostasi dell'individuo anziano.

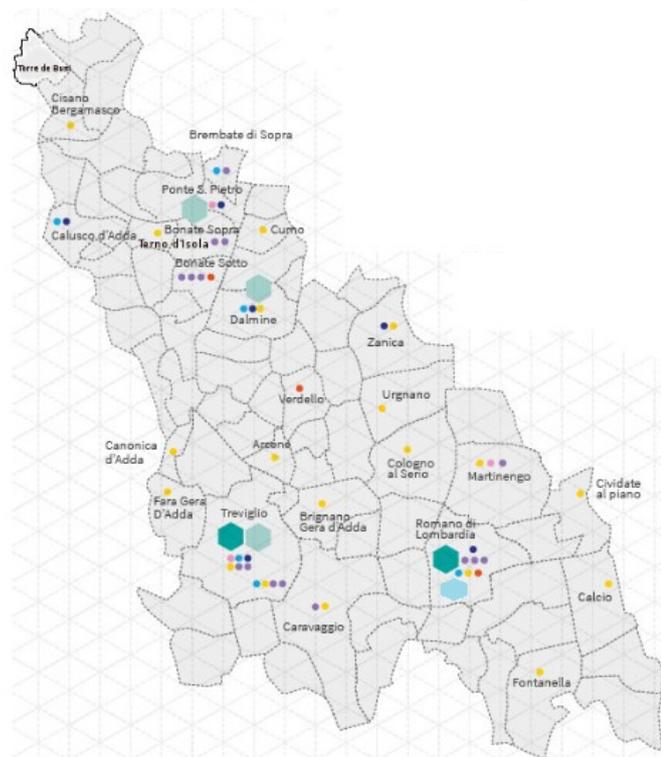
L'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) BERGAMO OVEST

L'ASST Bergamo Ovest opera su un territorio (figura 1) che conta oltre 475.000 abitanti su un totale di 1.113.170 (dato Istat al 31.12.2017) dell'intera Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e si compone di:

Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

- **due ospedali per acuti:** l'ospedale di Treviglio e l'ospedale di Romano di Lombardia (in cui è presente anche la degenza riabilitativa e sub acuta).
- **Sei poliambulatori territoriali:** Treviglio, Dalmine, Brembate di Sopra e Calusco;
- **Sedici centri prelievo:** Cisano Bergamasco, Curno, Zanica, Dalmine, Treviglio Centro, Brignano Gera D'Adda, Arcene, Caravaggio, Canonica D'Adda, Cologno al Serio, Fontanella, Civate al Piano, Calcio, Martinengo, Urgnano, Ospedale di Treviglio, Ospedale di Romano, Terno D'Isola.
- **sei consultori:** Calusco d'Adda, Dalmine, Ponte San Pietro, Romano di Lombardia, Treviglio e Zanica.
- **Diciassette unità psichiatriche e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza:** la psichiatria - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Treviglio; i Centri Diurni (CD) di Treviglio, Romano di Lombardia, di Bonate Sopra e Bonate Sotto; gli Ambulatori Psichiatrici di Caravaggio, Romano di Lombardia e Brembate di Sopra; la Comunità Protetta ad Alta assistenza (CPA) di Martinengo; le Unità Operative di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) di Verdello, Romano di Lombardia e Bonate Sotto; le Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) di Romano di Lombardia e Bonate Sotto; l'Ambulatorio del Centro Psico-Sociale (CPS) di Bonate Sotto.
- **Tre Servizi per le dipendenze patologiche (SERD)** rispettivamente nei comuni di Martinengo, Ponte San Pietro e Treviglio.

Figura 1 – Territorio di competenza dell'ASST Bergamo Ovest



UNITA OPERATIVA COMPLESSA (UOC) MEDICINA 1 DI TREVIGLIO

La struttura Complessa di Medicina Generale 1 del Presidio di Treviglio afferisce al dipartimento Scienze Mediche ed opera in stretta collaborazione con il Dipartimento di Emergenza/Area Critica. I principali ambiti di attività sono costituiti da: presa in carico di pazienti ricoverati, consulenza

Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

specialistica per il Pronto Soccorso (PS) e altre Unità Operative (UO) di degenza, collaborazione all'attività di guardia in PS, attività ambulatoriale specialistica in Allergologia, Infettivologia, Medicina Interna, Reumatologia, Cardiovascolare, attività ambulatoriale dedicata alla diagnostica all'orientamento terapeutico dei disabili gravi con deficit comunicativo (Progetto *Disabled Advanced Medical Assistance* - DAMA).

La struttura è chiamata a contribuire alla piena implementazione dei percorsi per la presa in carico delle patologie acute e croniche della branca della medicina generale, di provenienza dal Dipartimento di Emergenza (DEA), partecipando sia alle attività di guardia del PS sia ad attività programmate nel pieno rispetto del ruolo che le diverse strutture aziendali ricoprono nelle reti per patologie tempo-dipendenti. Garantisce pertanto uno stretto raccordo con le altre UO aziendali ed opera per un'integrazione fattiva ed efficace con le altre strutture regionali di riferimento per le reti di patologia e con i centri Hub.

La Medicina 1 svolge anche attività ambulatoriale specialistica e terapeutica relativa alle patologie internistiche e nello specifico:

- allergologia;
- reumatologia;
- ambito cardiovascolare e oncologico.

Inoltre, funge da raccordo con la l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) Pneumologia, alla quale sono affidate le attività di diagnostica clinica e l'Unità Operativa Semplice (UOS) Epatologia, alla quale sono affidate le attività di diagnostica clinica e consulenza.

L'UO ha comprovata capacità di definizione di adeguati PDTA, compreso anche l'area di emergenza urgenza in collaborazione con il DEA e svolge attività di formazione dei medici specializzandi in Medicina Interna delle Università convenzionate.

Nell'ambito della "mission" aziendale assegnata, la degenza ordinaria è organizzata in 74 posti letto accreditati. L'UOC di Medicina Generale 1 opera con un'équipe di 17 medici compreso il Direttore di Struttura. Sono attivi posti letto attivi di degenza ordinaria, diurna e tecnologie strumentali, MAC Reumatologia e Allergologia, ambulatorio monitoraggio pressione arteriosa (ABPM), ambulatorio Reumatologia e Piano di Assistenza Individuale (PAI).

L'attività svolta nel 2019 è stata:

- 1.504 ricoveri ordinari;
- 518 prime visite reumatologiche;
- 983 visite reumatologiche di follow up;
- 36 artrocentesi – infiltrazioni intrarticolari;
- 719 terapie in Macro Attività Ambulatoriale (MAC) e 118 terapie in regime File F ambulatoriale Reumatologia;
- 54 capillaroscopie;
- 300 visite ambulatorio Medicina Interna – Centro Ipertensione;
- 92 prestazioni presso l'*Ambulatory Blood Pressure Monitoring* (ABPM);
- 66 MAC allergologia;
- 1.375 prestazioni ambulatorio Allergologia.

Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

Facendo riferimento all'anno 2019, dei 1.504 pazienti ricoverati, 268 pazienti avevano un'età uguale o maggiore a 70 anni (età media 79 anni, range 70-97 anni, 115 femmine [43%] e 153 maschi [57%]) e una diagnosi di neoplasia presente in almeno una delle sei diagnosi della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO; di questi 268 pazienti, 60 avevano una prima diagnosi di neoplasia solida).

La maggioranza dei pazienti over 70 anni è quindi stata sottoposta a ricovero per complicanze e presentavano in anamnesi una neoplasia pregressa, altre neoplasie non solide o neoplasie solide precedentemente diagnosticate.

UOC ONCOLOGIA

L'UOC di Oncologia, dotata di certificazione ISO 9001:2015 (norma riconosciuta a livello internazionale per la creazione, implementazione e gestione di un Sistema di Gestione della Qualità), è dislocata nei due presidi ospedalieri aziendali ed è costituita da:

- l'UOC di Treviglio;
- l'Unità Operativa Semplice (UOS) di Oncologia Geriatrica di Romano di Lombardia.

La mission della UO di Oncologia è sin dalla sua nascita la presa in carico globale del malato: dalla prima visita, alla terapia, al follow-up sino all'assistenza del malato in fase avanzata.

Entrambe lavorano su ciclo diurno, dal lunedì al venerdì, con attività ambulatoriale, diagnostica e terapeutica.

Lo staff sanitario è composto dal Direttore della UOC, cinque medici oncologi (di cui uno responsabile della UOS di Romano di Lombardia) di 1° livello e un ematologo di 1° livello. I cinque medici oncologi ruotano nello stesso giorno della settimana per garantire al paziente la continuità di rapporto, sul presidio di Romano.

L'UOC si avvale inoltre di una coordinatrice, nove infermiere a tempo pieno e un Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (OTA), una data manager con contratto amministrativo a tempo determinato per gli studi clinici in atto e di un Servizio di Psico-Oncologia, con una psicologa assunta a tempo indeterminato.

Le due UO sono dotate di quattro posti letto dedicati ai pazienti più fragili presso il Presidio di Treviglio e di un posto letto presso quello di Romano, a cui si aggiungono 10 poltrone per le infusioni più brevi. L'attività terapeutica copre tutte le fasi delle malattie oncologiche: vengono svolte infatti terapie neo-adiuvanti, adjuvanti, palliative e di supporto, sia standard sia all'interno di protocolli sperimentali approvati dal Comitato Etico Provinciale. La maggior parte dell'attività oncologica viene svolta in regime di Macro Attività Ambulatoriale (MAC), che prevede la medesima gestione del paziente come se fosse ricoverato in Day Hospital (e quindi dal punto di vista amministrativo con un numero di pratica e con un numero massimo di 35 accessi per tipologia MAC) ma con rendicontazione ambulatoriale. Anche le terapie di supporto vengono gestite e rendicontate prevalentemente come macroattività ambulatoriale. Una quota minore di terapie è svolta come File F ambulatoriale.

L'UOC svolge attività di guardia inter divisionale all'interno del Dipartimento di Scienze Mediche nel presidio di Treviglio e garantisce le consulenze specialistiche per il PS e le altre UO aziendali in entrambi i presidi.

Nel Presidio di Treviglio, l'UOC collabora nella gestione dell'ambulatorio multidisciplinare di Oncologia-Otorinolaringoiatria e radioterapia ed è coordinatrice dei tavoli multidisciplinari di:

- chirurgia oncologica;

Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

- urologia;
- ginecologia;
- Breast Unit.

Due giorni alla settimana è attivo, inoltre, un ambulatorio di Cure Simultanee per la terapia di supporto e del dolore nei malati oncologici, gestito da un medico oncologo con Master di II livello in Cure Palliative.

L'UO è dotata anche di un Ufficio Sperimentazioni per la gestione dei protocolli clinici attivi e di un Servizio di Psico-oncologia che si fa carico dei pazienti e delle loro famiglie durante tutto il percorso di cura.

Da diversi anni l'oncologia collabora nella attività di tirocinio per i Corsi Regionali per i Medici di Medicina Generale (MMG), svolge attività didattica formativa per il personale infermieristico e dal 2022 sono attive:

- una convenzione formativa per la Scuola di Specialità in Oncologia dell'Università degli Studi di Milano – La Statale.
- Una convenzione come struttura collegata per la Scuola di Specialità in Geriatria dell'Università degli Studi di Milano – La Statale.
- Una convenzione come struttura collegata per la Scuola di Specialità in Oncologia dell'Università di Brescia.

In epoca pre COVID, la stretta collaborazione con due associazioni di Volontariato (l'associazione Amici di Gabry e l'associazione Nico Fenili) aveva permesso alla UO di attivare un servizio di prelievi domiciliari e di trasporto per i malati, che lentamente (alla stesura di questo documento) sta ripartendo dopo la quarta ondata.

Infine, la UO collabora alla stesura dei PAI.

In merito ai volumi di attività principali, riferiti ai tumori solidi e all'anno 2019 in cui erano in servizio un facente funzione e quattro dirigenti oncologi, questi sono stati:

- 542 prime visite oncologiche, di cui 249 nuovi pazienti di età uguale o maggiore a 70 anni;
- 5.133 visite di follow up;
- 4.395 terapie in regime MAC/File F ambulatoriale.

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il percorso ha quattro scopi principali:

1. Introdurre all'interno della ASST una metodologia di valutazione comune dei pazienti oncologici anziani.
2. Definire l'ambito dell'iter diagnostico con tempistiche adeguate a limitare il trauma da ospedalizzazione del paziente anziano fragile.
3. Riconoscere per tempo le fragilità sanitarie e sociali del paziente.
4. Attivare precocemente tutti quei servizi territoriali che potrebbero permettere di recuperare la fragilità del paziente al fine di ricevere il trattamento oncologico più idoneo.

L'ipotesi è che valutando correttamente e supportando in modo adeguato il paziente, si riescano ad evitare sovra o sotto trattamenti, accessi impropri al PS, ricoveri ripetuti in ambiente internistico e/o complicanze terapeutiche nell'ottica di ottimizzare le risorse e ridurre i risvolti negativi di carattere psicologico, assistenziale e sociale dei pazienti e delle loro famiglie.

Si sono identificati tre indicatori:

- percentuale di ricoveri in UOC di Medicina nei 30 giorni successivi alla dimissione < 10%.
- percentuale di accessi impropri in PS < 10%;
- percentuale di ricoveri per complicanze da terapie (se in terapia attiva) < 10%.

Il percorso è disegnato in modo trasversale, attivando tutti quei servizi già presenti all'interno della ASST e avrà carattere sperimentale per i primi sei mesi dalla sua validazione.

4. BENEFICIARI DEL PROGETTO

Entreranno nel progetto tutti i pazienti con prima diagnosi di neoplasia solida effettuata nella UOC Medicina 1, di età \geq a 70 anni e presi in carico successivamente dalla UOC di Oncologia.

Il progetto è considerato sperimentale per i suoi primi sei mesi di implementazione.

Si ipotizzano venti pazienti per la fase sperimentale e questi verranno monitorati per l'outcome per sei mesi dall'ingresso nel percorso. Stiamo infatti che siano necessari almeno sei mesi per valutare i seguenti fattori:

- usufruibilità degli strumenti implementati;
- outcome clinico;
- ritorno economico della sua implementazione (crf. pag. 24 paragrafo11 - Stima dei costi)

5. STRUMENTI

Per disegnare un percorso di cura personalizzato, definire il miglior setting di cura e la presa in carico globale del paziente verrà utilizzata la Valutazione Geriatrica Muldimensionale (VGM).

La VGM è uno strumento di valutazione sviluppato dalla medicina geriatrica con la finalità di pianificare l'assistenza medica e sociosanitaria per il paziente. Il suo obiettivo è quello di definire in modo

complessivo ed analitico lo stato di salute di una persona ed è rivolta ad analizzare con accuratezza le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni, quali:

- biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia ...);
- funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale...).
- Psicologica (tono dell'umore, capacità mentali superiori...);
- sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica...).

Diversi studi, quali ad esempio quello di Landefeld (1985) e di Freyer (2005) hanno dimostrato sia come la VGM sia in gradi di prevenire il peggioramento della disabilità, il rischio di morte e le cadute ricorrenti, sia la sua utilità per programmare il piano di assistenza nei confronti di anziani che vivono in comunità o istituzionalizzati, al momento della dimissione dall'ospedale.

Inoltre, la VGM permette di identificare i soggetti anziani fragili. La fragilità in ambito medico può essere può essere concettualizzata come il risultato di un accumulo di deficit, quali malattie e disabilità, che concorrono nel rendere il soggetto maggiormente suscettibile al peggioramento dello stato di salute ed all'insorgenza di complicazione, determinando un aumentato rischio di mortalità. L'anziano fragile conseguentemente è un soggetto ad alto rischio di sviluppare disabilità, tossicità, complicanze ed effetti collaterali conseguenti ai trattamenti oncologici.

Esistono diverse definizioni di fragilità; la più utilizzata per la sua praticità è probabilmente quella dell'Intergruppo Italiano Linfomi (2012), riportata nella figura 2.

Non da ultimo verranno indagati lo stato nutrizionale del paziente in quanto, come dimostra lo studio di Martucci (2017), uno stato di denutrizione si correla ad un aumento rischio di morte, ed i bisogni del caregiver.

Figura 2- Definizione di fragilità

Anziano FIT	
non UNFIT, non FRAIL	
Anziano "UNFIT"	
CRITERIO CRONOLOGICO:	età ≥ 80 con caratteristiche FIT
CRITERIO CLINICO FUNZIONALE:	in base a ADL ¹ , IADL ²
Anziano "FRAIL"	
CRITERIO CRONOLOGICO:	età 80-85 anni * con caratteristiche UNFIT
CRITERIO CLINICO FUNZIONALE:	in base a ADL, IADL
*80 anni per il Linfomi; 85 anni per i tumori solidi	

MISURA	FIT	UNFIT	FRAIL
ADL	6	5	≤ 4
IADL	15-19	10-14	5-9
CIRS ³	Nessuno score di grado 3-4 o Meno di 5 score con punteggio 2	Nessuno score di grado 3-4 o 5-8 score con punteggio 2	Nessuno score di grado 3-4 o > 8 score con punteggio 2
ETÀ		≥ 80-85 FIT	> 80-85 UNFIT

1 ADL: *Activities of Daily Living* - Attività di base della vita quotidiana;

2 IADL: *Instrumental activities daily living* - Attività strumentali della vita quotidiana;

3 CIRS: *Cumulative Illness Rating Scale* – Indice di comorbidità.

Fonte: elaborazione degli autori da "Linee Guida AIOM – Tumori dell'anziano" 2019 e "Strumenti per la valutazione del paziente anziano affetto da linfoma" Fondazione Intergruppo Italiano Linfomi – ONLUS- 2012

5.1 Valutazione dello stato funzionale

Lo stato funzionale del paziente verrà valutato attraverso due strumenti:

- ADL: viene ancora oggi utilizzato il modello proposto da Kanz (1963) e permette di valutare in modo accurato sei attività di base: fare il bagno, vestirsi, toilette, spostarsi, continenza urinaria e fecale, alimentarsi. (Figura 3)
- IADL: proposta da Lawton e Brody (1969), valuta la capacità dei soggetti anziani di compiere attività che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza. (Figura 4)

Figura 3 – ADL

LAVARSI	
È autonomo (entra ed esce dalla vasca da solo)	1
Riceve assistenza solo nella pulizia di una parte del corpo (es schiena, gambe)	1
Riceve assistenza in due o più parti del corpo	0
VESTIRSI	
Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza	1
Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza eccetto per l'allacciatura delle scarpe o poche altre operazioni difficili	1
Riceve assistenza per vestirsi o rimane parzialmente svestito	0
ALIMENTARSI	
Senza assistenza	1
Assistenza nel tagliare la carne o nell'imbrattare il pane	1
Riceve assistenza per alimentarsi	0
SPOSTARSI	
Entra ed esce dal letto, si alza dalla sedia e si siede senza assistenza (fa uso del bastone o di altro supporto)	1
Riceve assistenza per entrare o uscire dal letto, o sedersi o alzarsi dalla sedia	0
È allettato/a	0
USO DEI SERVIZI IGIENICI	
Raggiunge la toilette, ne fa uso conveniente, si sistema i vestiti ed esce senza alcuna assistenza (usa il bastone come supporto, fa uso della padella o del pappagallo di notte)	1
Riceve assistenza per andare alla toilette, per ripulirsi, per vestirsi, per l'utilizzo del vaso da notte	0
Non è in grado di andare alla toilette per l'evacuazione di feci e urine	0
CONTINENZA	
È in grado di controllare autonomamente la vescica e l'intestino (senza incidenti occasionali)	1
È saltuariamente incontinente	0
È incontinente, usa il catetere, è necessaria una supervisione	0
PUNTEGGIO: ___/6	

Fonte: elaborazione degli autori da "Strumenti per la valutazione del paziente anziano affetto da linfoma" Linfomi – Fondazione Intergruppo Italiano ONLUS (2012)

Figura 4: IADL

Uso del telefono	Autonomo	4
	Solo numeri noti	3
	Risponde, non chiama	2
	Incapace	1
Amministrazione delle finanze	Autonomo	3
	Piccoli acquisti	2
	Incapace	1
Acquisti nei negozi	Autonomo	4
	Solo piccoli acquisti	3
	Necessita di assistenza	2
	Incapace	1
Uso dei mezzi di trasporto	Autonomo	5
	Non mezzi pubblici	4
	Mezzi pubblici se accompagnato	3
	Taxi-auto con aiuto	2
	Incapace	1
Uso dei medicinali	Autonomo	3
	In dosi già preparate	2
	Incapace	1
PUNTEGGIO: ___/19		

Fonte: elaborazione degli autori da "Strumenti per la valutazione del paziente anziano affetto da linfoma"
Linfomi – Fondazione Intergruppo Italiano ONLUS (2012)

5.2 Geriatric Depression Scale (GDS)

La GDS, in italiano scala della depressione geriatrica, è una delle scale di valutazione più diffusa per la rilevazione dei sintomi depressivi nel paziente anziano fragile e nel paziente che presenta lieve demenza.

Esistono versioni a trenta, quindici e a cinque *items*. Si è deciso di adottare la versione a cinque *items* validata da Rinaldi (2003). (Figura 5)

Figura 5 – GDS

	SI	NO
1. È soddisfatto della sua vita?	0	1
2. Si annoia spesso?	1	0
3. Si sente spesso senza aiuto?	1	0
4. Preferisce stare in casa invece di uscire a fare cose nuove?	1	0
5. Ritiene che adesso la sua vita sia inutile?	1	0
0-1: punteggio normale; 2-5: presenza di sintomatologia depressiva		

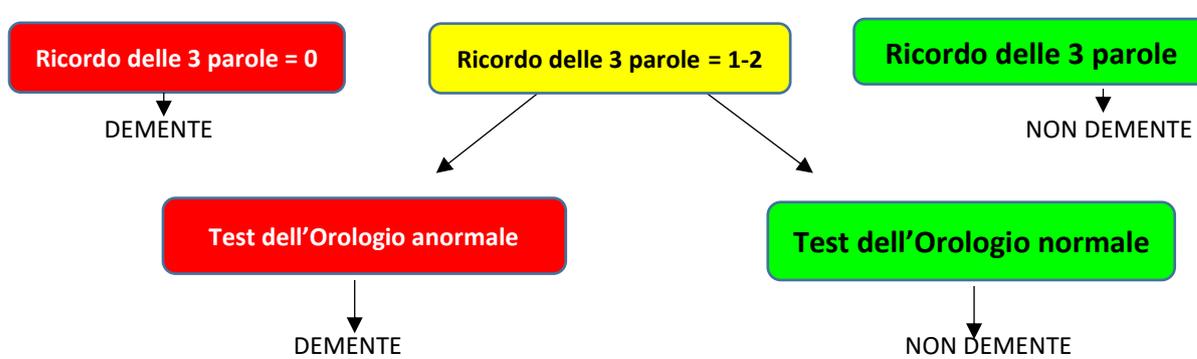
Fonte: elaborazione degli autori da "Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings" – Rinaldi (2003)

5.3 Mini- Cog

Il Mini Cog (Figura 6), sviluppato da Borson (2000), è un test rapido per identificare tratti di demenza nell'anziano. Ha il vantaggio di essere rapido e di non essere influenzato dal livello di istruzione o dalle abilità linguistiche del paziente.

Consente di verificare la memoria a lungo e a breve termine, la capacità di rappresentazione visiva e spaziale, la capacità di attenzione e le funzioni esecutive.

Figura 6 – Mini Cog

1	Si chiede al paziente di ripetere tre parole prive di attinenza tra loro
2	<p>Si chiede al paziente di disegnare un orologio e di posizionare le lancette alle 11 e 10</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><i>il test è considerato normale se tutti i numeri sono presenti nella sequenza e nella posizione corretta e se le lancette indicano l'ora richiesta).</i></p>
3	Si chiede al paziente di ripetere le tre parole iniziali
	<p>Il test risulta sospetto per demenza sulla base dell'algoritmo seguente:</p> <div style="text-align: center;">  </div>

Fonte: elaborazione degli autori da *The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly-* Borson (2000)

5.4 Caregiver Burden Inventory (CBI)

Il CBI consente di valutare fattori diversi dello stress del familiare di riferimento (caregiver) del paziente:

1. **CARICO OGGETTIVO:** dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza; descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver.
2. **CARICO PSICOLOGICO:** inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori, rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei.
3. **CARICO FISICO:** descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute somatica.

4. **CARICO SOCIALE:** descrive la percezione di un conflitto di ruolo.
5. **CARICO EMOTIVO:** descrive i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

Il CBI, riportato nella figura 7, permette di ottenere un profilo grafico del *burden* (termine inglese che identifica il carico, il peso e la fatica del prendersi cura del caregiver) nei diversi domini al fine di pianificare interventi di sollievo nei punti di fragilità rilevati nel test.

Figura 7 – CBI

1	Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane	CARICO OGGETTIVO
2	Il mio familiare è dipendente da me	
3	Devo vigilarlo costantemente	
4	Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (lavarlo, vestirlo, uso dei servizi igienici)	
5	Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza	
6	Sento che mi sto perdendo la vita	CARICO PSICOLOGICO
7	Desidererei poter fuggire da questa situazione	
8	La mia vita sociale ne ha risentito	
9	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente	
10	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita	CARICO FISICO
11	Non riesco a dormire a sufficienza	
12	La mia salute ne ha risentito	
13	Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute	
14	Sono fisicamente stanco	
15	Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto	CARICO SOCIALE
16	I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari	
17	Ho avuto problemi con il coniuge	
18	Sul lavoro non rendo come di consueto	
19	Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno	CARICO EMOTIVO
20	Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare	
21	Mi vergogno di lui/lei	
22	Provo del risentimento nei suoi confronti	
23	Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa	
24	Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi	

Fonte: elaborazione degli autori da *Application of a multidimensional caregiver burden inventory* – Novak (1989)

5.5 Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

La CIRS (figura 8) 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 quattordici 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:

- **ASSENTE:** nessuna compromissione d'organo/sistema.

Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio

- **LIEVE:** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può non essere richiesto e la prognosi è eccellente (ad esempio abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
- **MODERATO:** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario e la prognosi è buona (ad esempio ipertensione, colelitiasi, diabete o fratture).
- **GRAVE:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona (ad esempio carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
- **MOLTO GRAVE:** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave (ad esempio infarto del miocardio, stroke, sanguinamenti gastro-intestinali, embolia).

Si ottengono due indici:

- **INDICE DI SEVERITÀ:** risulta dalla media dei punteggi delle prime tredici categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).
- **INDICE DI COMORBIDITÀ:** rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a tre (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

Un indice di severità > 2 oppure una categoria con uno score pari a 3-4 sono indicatori di fragilità.

Figura 8 – CIRS

1	Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2	Iperensione (si valuti solo la severità)	0	1	2	3	4
3	Patologie vascolari (sangue vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	0	1	2	3	4
4	Patologie respiratori (polmoni, bronchi, trachea)	0	1	2	3	4
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola laringe)	0	1	2	3	4
6	Apparato gastrointestinale superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Apparato gastrointestinale inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8	Patologie epatiche (solo fegato)	0	1	2	3	4
9	Patologie renali (solo rene)	0	1	2	3	4
10	Altre patologie genito urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11	Sistema muscolo-scheletro-cute	0	1	2	3	4
12	Patologie del sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico (<u>non include</u> la demenza)	0	1	2	3	4
13	Patologie endocrino e metaboliche (<u>include</u> diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatriche e comportamentali (<u>include</u> demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4
1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave						

Fonte: elaborazione degli autori da *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population* – Parmelee (1995)

5.6 Mini Nutritional Assessment (MNA)

L'MNA è uno strumento di monitoraggio e valutazione ideato allo scopo di individuare i pazienti anziani a rischio di malnutrizione.

La versione breve (Figura 8) nello studio di Martucci (2017) si è dimostrato strumento utile per identificare i pazienti anziani a più alto rischio di mortalità a 1 anno.

Figura 9 – MNS-short form

A	Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione) 0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo	
B	Perdita di peso recente (<3 mesi) 0 = perdita di peso > 3 kg 1 = non sa 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg 3 = nessuna perdita di peso	
C	Motricità 0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa	
D	Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = Sì 2 = No	
E	Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun problema psicologico	
F1	Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m)² 0 = IMC < 19 1 = IMC ≥ 19 - < 21 2 = IMC ≥ 21 - < 23 3 = IMC ≥ 23	
SE L'IMC NON È DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2. NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1 È GIÀ STATA COMPLETATA.		
F2	Circonferenza del polpaccio (CP) 0 = CP < 31 cm 3 = CP ≥ 31 cm	
VALUTAZIONE DI SCREENING (massimo 14 punti)		
12-14 punti: stato nutrizionale normale		
8-11 punti: a rischio di malnutrizione		
0-7 punti: malnutrito		

Fonte: tradotto dall'inglese dagli autori, disponibile su <https://www.mna-elderly.com/>

6. IL PERCORSO

A tutti i pazienti anziani con diagnosi di neoplasia solida, ricoverati nella UO Medicina I[^], verrà somministrato un questionario (allegato 1) auto compilabile finalizzato da una parte ad una integrazione della anamnesi personale del paziente e dall'altra a valutare l'ADL, la IALD e la GDS.

Il medico internista eseguirà il Mini-Gog (allegato 2), il MNS-short form (allegato 3) e valuterà il paziente mediante il CIRS (allegato 4).

Identificato il caregiver del paziente, a questo verrà somministrato il CBI (allegato 5), che verrà allegato alla cartella.

Sulla base dei risultati verranno attivati i servizi di supporto ospedalieri e territoriali come riportati nel diagramma di flusso (cfr. paragrafo 6.2).

I risultati dei questionari verranno riportati nella cartella clinica e nella lettera di dimissione.

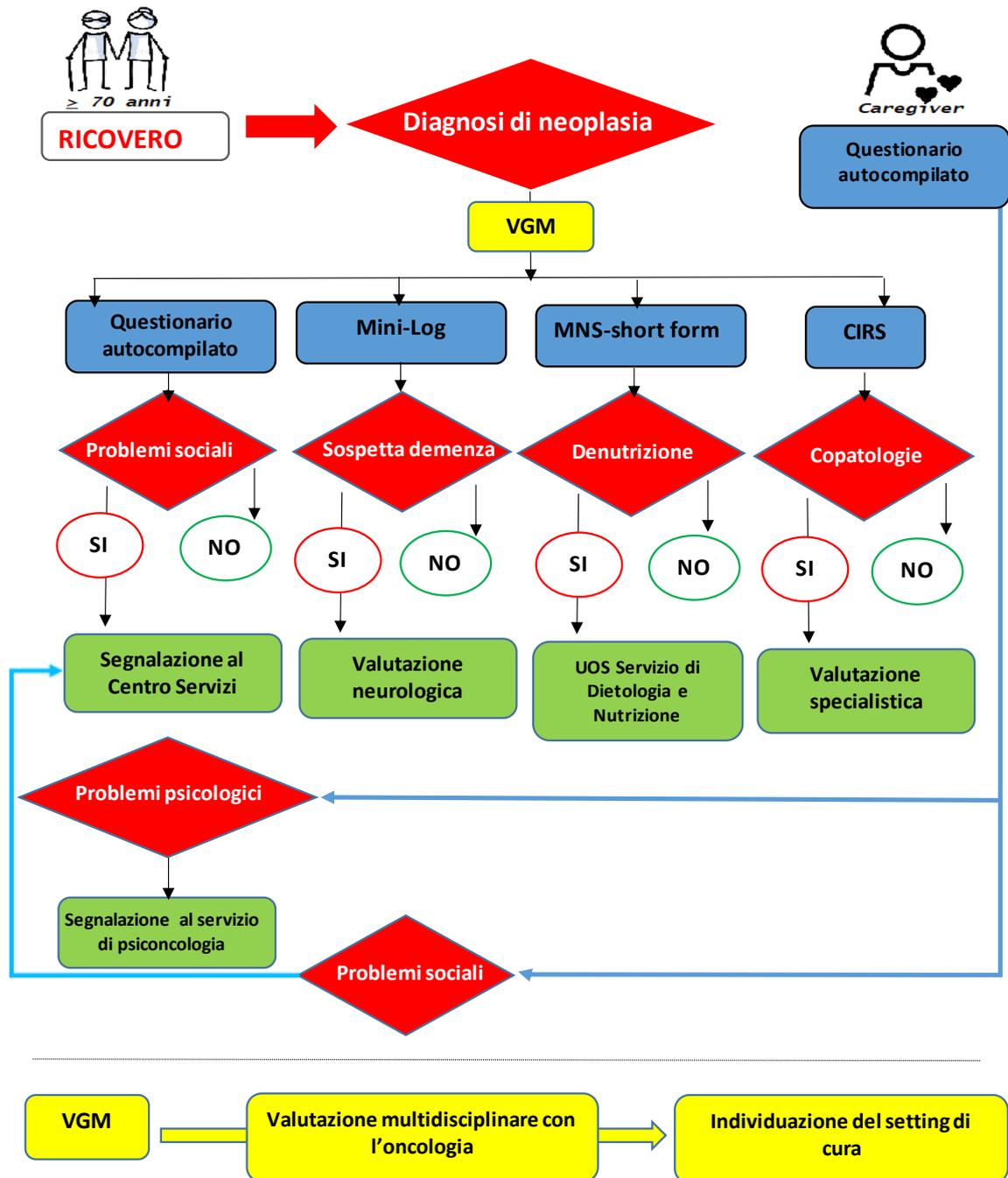
Al primo accesso nella UOC Oncologia, al paziente e al caregiver verranno somministrati i medesimi questionari per valutare l'impatto del ricovero e della diagnosi sul paziente e sulla famiglia, e pianificare un percorso di cura adeguato. Nel caso in cui emergessero nuovi bisogni verranno attivati i servizi di supporto necessari.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

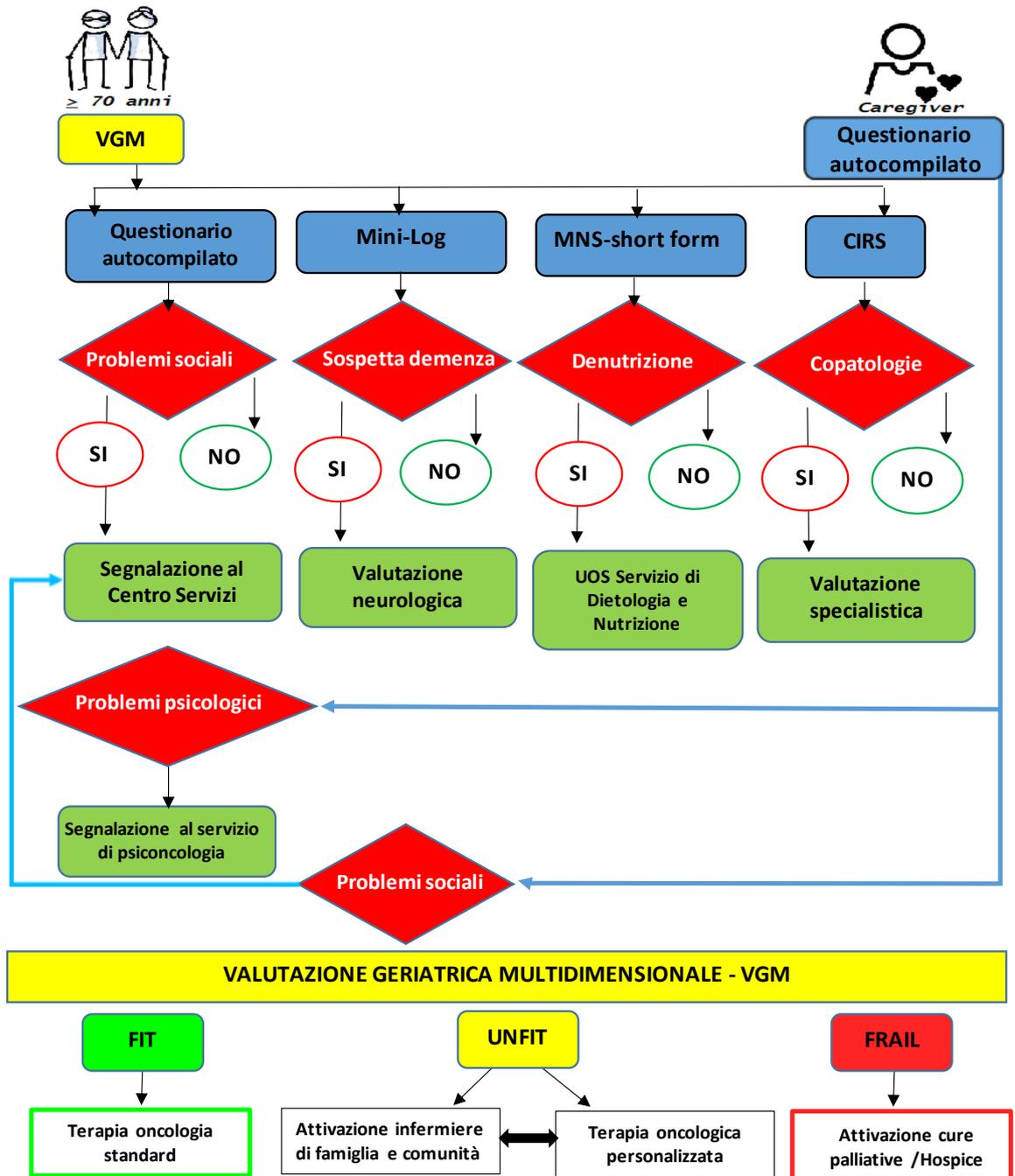
	Medico	Infermiere	Paziente	Caregiver	Segreteria Oncologia
Consegna i moduli	X	X			X
Compila i moduli	X		X	X	
Supporta nella compilazione	X	X		X	
Esegue i test	X		X	X	
Valuta i test	X				
Attiva i servizi di supporto	X	X			

8. DIAGRAMMA DI FLUSSO

8.1 UOC Medicina 1



8.2 UOC Oncologia



9. SWOT ANALYSIS

	Vantaggi e opportunità	Rischi e pericoli
Fattori interni	<p>Forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> – UOS Servizio di Dietologia e Nutrizione. – Due medici con specialità in geriatria in servizio presso l'UOC Medicina 1. – Centro Servizi aziendale; – multidisciplinarietà 	<p>Debolezze:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assenza di canali preferenziali per la presa in carico dei servizi di supporto. – Assenza di informatizzazione.
Fattori esterni	<p>Opportunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infermiere di famiglia e comunità; – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). – Associazioni di Volontariato. 	<p>Minacce:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Carenza di medici di Medicina Generale (MMG) di ruolo. – Carenza strutture ricettive di lungo degenza o degenza bassa intensità. – Assenza di informatizzazione.

10. CRONOPROGRAMMA

Fasi	Tempo (mesi)											
	gen-22	feb-22	mar-22	apr-22	mag-22	giu-22	lug-22	ago-22	set-22	ott-22	nov-22	dic-22
Stesura del percorso secondo le norme editoriali del Sistema Qualità												
Inserimento all'interno del Sistema qualità												
Arruolamento dei pazienti nel percorso												
Analisi critica degli indicatori												

11. STIMA DEI COSTI

L'implementazione del percorso non prevede costi aggiuntivi in quanto andrà semplicemente a mettere in rete tutte le multi professionalità dell'ASST già presenti presso il polo ospedaliero e quello territoriale.

Se l'ipotesi iniziale è corretta, ovvero che mettendo in rete tutti quei servizi utili a correggere o prevenire le fragilità del paziente si riusciranno ad evitare:

- ricoveri ripetuti;
- accessi impropri al PS;
- ritardi e/o dropout delle terapie oncologiche.

e si avranno, oltre ad una migliore qualità di cura, ricadute economiche positive sia in termini di costi sanitari sia di costi sociali.

Se infatti facciamo un'analisi complessiva dei dati relativi ai ricoveri in degenza ordinaria (crf. pag.7, paragrafo 2) nel periodo preso come riferimento (2019) vediamo come la media delle giornate di degenza è stata di:

- 16 giorni nel gruppo complessivo di 268 di pazienti di età maggiore o uguale a 70 anni;
- 15 giorni nel gruppo di pazienti ricoverati non per prima diagnosi di neoplasia;
- 19 giorni nei soggetti in prima diagnosi (range 5 - 48 giorni), con una media valore DRG pari a 4.397 € in questo specifico gruppo.

I dati sopradescritti, meritevoli anche di ulteriori approfondimenti, documentano nello specifico gruppo di pazienti con prima diagnosi di neoplasia l'impatto che il processo di ospedalizzazione determina sia in termini economici (maggiore è il periodo di degenza minore è il valore del DRG⁴ corrispondente) sia le possibili ricadute, spesso negative, sul paziente e sui caregivers in termini psicologici, autonomia del paziente e socio assistenziali.

In questo contesto si inserisce, in termini concreti di ulteriore valore aggiunto per quanto riguarda il processo complessivo clinico assistenziale, l'attivazione a breve di un ambulatorio di Geriatria dedicato a pazienti con problematiche internistiche-oncologiche a supporto della gestione specialistica presso la UOC di Oncologia. In tal senso è atteso un esito in positivo sia per i volumi sia per il valore delle prestazioni ambulatoriali, in relazione alla gestione organizzativa del personale della UOC di Medicina che non richiede peraltro ulteriori costi aggiuntivi al processo.

12. CONTRIBUTO PERSONALE

L'idea del percorso è nata dalla necessità di migliorare i percorsi di cura dei malati oncologici anziani sia dal punto di vista internistico sia dal punto di vista oncologico e quindi dal confronto quotidiano tra i due autori dell'elaborato.

Ciascuno si è preoccupato della raccolta dati della propria UO di appartenenza.

La dottoressa Cabiddu ha raccolto gli strumenti validati in oncologia geriatrica e la scelta degli stessi per la creazione dei questionari è scaturita dal confronto degli autori poiché era fondamentale avere questionari semplici, rapidi, parzialmente auto compilabili dai pazienti al fine di ottimizzare il tempo e

⁴ DRG: *Diagnosis Related Group*, sistema di classificazione isorisorse dei ricoveri ospedalieri impiegato in Italia come strumento di finanziamento delle strutture ospedaliere nel sistema sanitario nazionale; ad ogni DRG è associata una tariffa che rispecchia una stima del costo medio di ciascun ricovero, in base alla quale si remunera l'attività ospedaliera erogata.

applicabili in due setting diversi (UO di degenza di Medicina e UO di Oncologia in setting ambulatoriale).

L'elaborato finale è stato redatto dalla dr.ssa Cabiddu e revisionato da entrambi gli autori.

Il dottor Colombelli ha stilato l'abstract finale.

La dottoressa Cabiddu ha elaborato la presentazione in power point.

13. BIBLIOGRAFIA

- Borson S. (2000). *The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly*. Int J Geriatr Psychiatry;15(11):1021-7.
- Freyer G (2005). *Comprehensive geriatric assessment predicts tolerance to chemotherapy and survival in elderly patients with advanced ovarian carcinoma: a GINECO study*. Ann Oncol; 16:1795-1800.
- Katz S (1963). *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 185:914-9
- Landefeld CS (1995). *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*. N Engl J Med; 332:1338-44.
- Lawton M.P. e Brody E.M. (1969), *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist; 9:179-186.
- Legge regionale 14 dicembre 2021 - n. 22 - *Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33* (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- Martucci R.B. (2017). *Undernutrition as independent predictor of early mortality in elderly cancer patients*, Nutrition; 34:65-70.
- Novak M. (1989). *Application of a multidimensional caregiver burden inventory*. Gerontologist; 29(6):798-803.
- Rinaldi P. (2003). *Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings*. J Am Geriatr Soc;51(5):694-8.

14. SITOGRAFIA

- EUROCARE3. Disponibile su <https://www.epicentro.iss.it/tumori/eurocare3> [Data di accesso: 05/03/2022].
- <https://www.mna-elderly.com/> [data di accesso: 13/03/22]
- Report ISTAT *Anziani: le condizioni di salute in Italia e in Unione Europea- 2015*. Disponibile su https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf [data di accesso 02/04/22]
- *Strumenti per la valutazione del paziente anziano affetto da linfoma*. Disponibile su <http://filinf.it/wp-content/uploads/2010/05/Opuscolo-pazienti-anziani.pdf> [data di accesso 05/03/2022]

15. ALLEGATI

- Allegato 1 - VGM
- Allegato 2 - Mini-Cog
- Allegato 3 - MNA SHORT FORM
- Allegato 4 – CIRS
- Allegato 5 - CIRS: Strumenti per la valutazione

Allegato 1 – VGM

UOC Medicina I

UOC Oncologia

Data _____

Egregio/a signore/a Le chiediamo la cortesia di compilare questo questionario e di consegnarlo al personale sanitario. Se necessita di aiuto nella compilazione non esiti a chiedercelo.

Grazie

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Vive da solo?	Si	No
Vive con qualcuno che la può assistere se ha bisogno di aiuto?	Si	No
È caduto a terra negli ultimi 6 mesi?	Si	No
Ha sempre possibilità di trasporto in Ospedale?	Si	No
A che piano abita?	_____	
Deve fare delle scale per uscire o sono presenti nella casa?	Si	No
Se ha risposto di si alla domanda precedente, quante rampe?	_____	

Stato civile	
Celibe/nubile	<input type="checkbox"/>
Coniugato/a	<input type="checkbox"/>
Divorziato/a o separato/a	<input type="checkbox"/>
Vedovo/a	<input type="checkbox"/>
Scolarità	
Nessuna/elementare	<input type="checkbox"/>
Media inferiore	<input type="checkbox"/>
Media superiore	<input type="checkbox"/>
Universitaria	<input type="checkbox"/>
Convivenza	<input type="checkbox"/>
Solo/a	<input type="checkbox"/>
Con il coniuge	<input type="checkbox"/>
Con altro parente (specificare): _____	<input type="checkbox"/>
Con assistente personale (badante) per _____ ore/settimana	<input type="checkbox"/>
Con altra persona (specificare): _____	<input type="checkbox"/>

LAVARSI	
È autonomo	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza solo nella pulizia di una parte del corpo (es schiena, gambe)	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza in due o più parti del corpo	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	
Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza	<input type="checkbox"/>
Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza eccetto per L'allacciatura delle scarpe o poche altre operazioni difficili	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza per vestirsi o rimane parzialmente svestito	<input type="checkbox"/>
ALIMENTARSI	
Senza assistenza	<input type="checkbox"/>
Assistenza nel tagliare la carne o nell'imbrattare il pane	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza per alimentarsi	<input type="checkbox"/>
SPOSTARSI:	
Entra ed esce dal letto, si alza dalla sedia e si siede senza assistenza (fa uso del bastone o di altro supporto)	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza per entrare o uscire dal letto, o sedersi o alzarsi dalla sedia	<input type="checkbox"/>
È allettato/a	<input type="checkbox"/>
USO DEI SERVIZI IGIENICI	
Raggiunge la toilette, ne fa uso conveniente, si sistema i vestiti ed esce senza alcuna assistenza (usa il bastone come supporto, fa uso della padella o del pappagallo di notte)	<input type="checkbox"/>
Riceve assistenza per andare alla toilette, per ripulirsi, per vestirsi, per l'utilizzo del vaso da notte	<input type="checkbox"/>
Non è in grado di andare alla toilette per l'evacuazione di feci e urine	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA	
È in grado di controllare autonomamente la vescica e l'intestino (senza incidenti occasionali)	<input type="checkbox"/>
È saltuariamente incontinente	<input type="checkbox"/>
È incontinente, usa il catetere, è necessaria una supervisione	<input type="checkbox"/>

IADL

Uso del telefono	Autonomo	<input type="checkbox"/>
	Solo numeri noti	<input type="checkbox"/>
	Risponde, non chiama	<input type="checkbox"/>
	Incapace	<input type="checkbox"/>
Amministrazione delle finanze	Autonomo	<input type="checkbox"/>
	Piccoli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Incapace	<input type="checkbox"/>
Acquisti nei negozi	Autonomo	<input type="checkbox"/>
	Solo piccoli acquisti	<input type="checkbox"/>
	Necessita di assistenza	<input type="checkbox"/>
	Incapace	<input type="checkbox"/>
Uso dei mezzi di trasporto	Autonomo	<input type="checkbox"/>
	Non mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>
	Mezzi pubblici se accompagnato	<input type="checkbox"/>
	Taxi-auto con aiuto	<input type="checkbox"/>
	Incapace	<input type="checkbox"/>
Uso dei medicinali	Autonomo	<input type="checkbox"/>
	In dosi già preparate	<input type="checkbox"/>
	Incapace	<input type="checkbox"/>

GDS

Mi risponda in base a come si è sentito la settimana scorsa

	SI	NO
1. È soddisfatto della sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si annoia spesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si sente spesso senza aiuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preferisce stare in casa invece di uscire a fare cose nuove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ritiene che adesso la sua vita sia inutile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I questionari sono stati compilati

- Dal paziente
- Con l'aiuto del caregiver
- Con l'aiuto di un operatore sanitario

Allegato 2 – Mini-Cog

UOC Medicina I

UOC Oncologia

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1) Chiedere al paziente di ripetere: casa, pane, gatto

Parole ripetute correttamente _____

2) Far disegnare sul retro del foglio un orologio con le lancette posizionate sulle ore 11 e 10

Esercizio eseguito correttamente: SI NO

3) Chiedere al paziente di ripetere le tre parole dell'inizio del test

Parole ripetute correttamente _____

Valutazione finale:

È stata richiesta la valutazione neurologica?

NO

SI

Data _____

Allegato 3 – MNA SHORT FORM

UOC Medicina I

UOC Oncologia

DATA : _____

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

SESSO: M F

PESO (Kg):

ALTEZZA (cm):

<p>A. Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione)</p> <p>0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo</p>	
<p>B. Perdita di peso recente (<3 mesi)</p> <p>0 = perdita di peso > 3 kg 1 = non sa 2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg 3 = nessuna perdita di peso</p>	
<p>C. Motricità</p> <p>0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa</p>	
<p>D. Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?</p> <p>0 = Sì 2 = No</p>	
<p>E. Problemi neuropsicologici</p> <p>0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun problema psicologico</p>	
<p>F1. Indice di massa corporea (IMC) = peso in kg / (altezza in m²)</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	
<p>SE L'IMC NON È DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2. NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1 È GIÀ STATA COMPLETATA.</p>	
<p>F2. Circonferenza del polpaccio (CP in cm)</p> <p>0 = CP inferiore a 31 3 = CP 31 o superiore</p>	
<p>VALUTAZIONE DI SCREENING (max 14 punti)</p> <p>12-14 punti: stato nutrizionale normale 8-11 punti: a rischio di malnutrizione 0-7 punti: malnutrito</p>	

Allegato 4 – CIRS

CIRS

1	Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2	Iipertensione (si valuti solo la severità)	0	1	2	3	4
3	Patologie vascolari (sangue vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	0	1	2	3	4
4	Patologie respiratori (polmoni, bronchi, trachea)	0	1	2	3	4
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola laringe)	0	1	2	3	4
6	Apparato gastrointestinale superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Apparato gastrointestinale inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8	Patologie epatiche (solo fegato)	0	1	2	3	4
9	Patologie renali (solo rene)	0	1	2	3	4
10	Altre patologie genito urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11	Sistema muscolo-scheletro-cute	0	1	2	3	4
12	Patologie del sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico (<u>non include</u> la demenza)	0	1	2	3	4
13	Patologie endocrino e metaboliche (<u>include</u> diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatriche e comportamentali (<u>include</u> demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4
1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave						

- **INDICE DI SEVERITÀ:** risulta dalla media dei punteggi delle prime tredici categorie (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).
- **INDICE DI COMORBIDITÀ:** rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a tre (escludendo la categoria patologie psichiatriche/comportamentali).

UN INDICE DI SEVERITÀ > 2 OPPURE UNA CATEGORIA CON UNO SCORE PARI A 3-4 SONO INDICATORI DI FRAGILITÀ

Allegato 5 – CIRS: Strumenti per la valutazione

<p>1. Cardiaco</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. IMA precedente (più di 5 anni fa); angina occasionale [sotto sforzo]; valvulopatia asintomatica.</p> <p>2. ICC compensata da farmaci (NYHA I-II); farmaci antianginosi e farmaci antiaritmici quotidiani; ipertrofia del ventricolo sinistro, fibrillazione atriale, blocco di branca; presenza di pacemaker per bradicardia asintomatica; valvulopatia che richiede un trattamento medico.</p> <p>3. IMA più di 5 anni fa; test sotto sforzo anormale; pregressa angioplastica coronarica percutanea, intervento per l'inserimento di by-pass coronarico o altri interventi chirurgici cardiaci (sostituzione di valvola); ICC moderata (NYHA II-III) o trattamento medico complesso; blocco bifascicolare; presenza di pacemaker per sincope cardiogena; versamento pericardico o pericardite.</p> <p>4. Sindrome coronarica acuta, angina instabile o IMA acuto; ICC non trattabile (NYHA III-IV acuto o cronico); limitazione significativa delle normali attività della vita quotidiana a causa delle condizioni cardiache.</p>
<p>2. Ipertensione arteriosa</p> <p>0. Valori normali.</p> <p>1. Valori limite; ipertensione compensata dalla riduzione della quantità di sale e dalla perdita di peso, nessun farmaco.</p> <p>2. Farmaci anti-ipertensivi quotidiani: ipertensione controllata dall'assunzione di 1 compressa (anche con combinazioni a dose fissa).</p> <p>3. Ipertensione che necessita di essere controllata con l'assunzione di due o più compresse.</p> <p>4. Ipertensione arteriosa maligna, oppure ipertensione non controllata da un regime terapeutico complesso.</p>
<p>3. Vascolare-ematopoietico</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Insufficienza venosa, varici, linfedemi; stenosi carotide a <70%; emoglobina 10-12 g/dl (nelle donne), 12-14 g/dl (negli uomini); anemia legata a una malattia infiammatoria cronica.</p> <p>2. TVP precedente; un sintomo di arteriosclerosi (claudicazione, soffio, amaurosi fugace, assenza di riflesso patellare) o farmaci quotidiani (ad es. antiaggreganti); AACP IIa-IIb classificazione di Fontaine; stenosi carotide > 70%; aneurisma aortico <4 cm; emoglobina 8-10 g/dl (nelle donne), 10-12 g/dl (negli uomini); anemia dovuta a una carenza di ferro, vitamina B12 o folati, oppure a insufficienza renale cronica; numero totale dei leucociti 2000-4000/mm³; trombocitopenia lieve (50000-150000/mm³).</p> <p>3. TVP o TVP recente (meno di 6 mesi fa); due o più sintomi di arteriosclerosi (v. sopra); AACP III classificazione di Fontaine o angioplastica recente/precedente (con o senza inserimento di stent); emoglobina <8 g/dl (nelle donne), <10 g/dl (negli uomini); anemia diseritropoietica; WBC <2000/mm³; trombocitopenia grave (<50000/mm³).</p> <p>4. Embolia polmonare (acuta o recente/precedente); arteriosclerosi che necessita di intervento chirurgico (ad es. aneurisma aortico >4 cm, stenosi carotidea sintomatica >70%, AACP IV classificazione di Fontaine o amputazione per motivi vascolari, ecc.); chirurgia vascolare recente/precedente; qualsiasi tumore maligno ematologico o vascolare (compresi mielomi multipli).</p>
<p>4. Apparato respiratorio</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>2. Episodi ricorrenti di bronchite acuta; asma in corso di trattamento mediante inalatori al bisogno ove necessario; fumatore di sigarette >10 ma <20 pacchetti-anno; ex fumatore da 20 anni 20 sigarette al giorno per 25 anni.</p> <p>3. Diagnosi strumentale di BPCO o malattia polmonare interstiziale (radiografia, tomografia computerizzata, spirometria); inalatori al bisogno quotidiani (≤ 2 classi farmacologiche); due o più episodi di polmonite negli ultimi 5 anni; fumatore di sigarette >20 ma <40 pacchetti-anno; ex fumatore da 5 anni 20 sigarette al giorno per 25 anni.</p> <p>4. Dispnea da sforzo dovuta a una capacità respiratoria limitata, non controllata a sufficienza mediante farmaci quotidiani; assunzione di steroidi ora li a causa di una malattia polmonare; inalatori al bisogno quotidiani (3 classi farmacologiche); polmonite acuta trattata in ambulatorio; fumatore > 50 pacchetti-anno.</p> <p>5. Integrazione cronica di ossigeno; insufficienza respiratoria che richiede assistenza respiratoria, oppure episodio precedente (almeno uno); qualsiasi neoplasia polmonare o pleurica; polmonite acuta che richiede il ricovero.</p>
<p>5. Occhi, orecchie, naso, faringe e laringe</p> <p>0. Assenza di problemi</p> <p>1. Correzione della vista con l'aiuto di occhiali; perdita uditiva lieve; sinusite cronica</p> <p>2. Difficoltà nella lettura del giornale o alla guida nonostante l'uso di occhiali; necessità di protesi acustica; disturbi naso-sinusali cronici che necessitano di farmaci, vertigini che necessitano di farmaci quotidiani</p> <p>3. Ipovisione grave, cecità parziale (bisogno di assistenza per uscire, incapacità di leggere il giornale); disturbi uditivi gravi (la comunicazione è limitata, nonostante l'uso di una protesi acustica); disfonia laringea (assenza di disartria neurologica)</p> <p>4. Cecità funzionale/sordità: in capacità di leggere, riconoscere un viso familiare, intrattenere una conversazione nonostante la persona non sia completamente non vedente o sorda, laringectomia (qualsiasi causa)); intervento chirurgico necessario per le vertigini; afonia dovuta a un danno alla laringe.</p>

<p>6. Apparato gastro-intestinale superiore</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Ernia iatale, MRGE o gastrite che necessita di farmaci al bisogno; ulcera precedente (più di 5 anni fa); terapia precedente per l'eradicazione dell'H. Pylori (più di 5 anni fa).</p> <p>2. Farmaci inibitori della pompa protonica/anti-acidi quotidiani; ulcera gastrica o duodenale documentata o terapia per l'eradicazione dell'H. Pylori negli ultimi 5 anni.</p> <p>3. Ulcera gastrica o duodenale in corso; esame per la ricerca di sangue occulto nelle feci positivo; qualsiasi problema nella deglutizione o disfagia; pancreatite cronica che richiede l'assunzione di enzimi digestivi supplementari; episodio precedente di pancreatite acuta.</p> <p>4. Qualsiasi tipologia di tumore maligno; chirurgia gastrica precedente a causa di un cancro; precedenti di ulcera perforata (chirurgia gastrica indipendente dal cancro, sutura della perforazione di un'ulcera); melena /sanguinamento abbondante proveniente dall'apparato digerente superiore; pancreatite acuta.</p>
<p>7. Apparato gastro-intestinale inferior</p> <p>0. Assenza di problemi, appendicectomia precedente, riparazione precedente dell'ernia (senza complicanze).</p> <p>1. Stipsi gestita con farmaci al bisogno; emorroidi in corso; ernia intestinale che necessita di intervento chirurgico; riparazione precedente dell'ernia con complicanze (aderenze intestinali, laparocoele, ecc.); sindrome dell'intestino irritabile (pochi sintomi).</p> <p>2. Stipsi che necessita quotidianamente di dosi significative di lassativi oppure di emollienti delle feci; diverticolosi (diverticolite precedente); malattia intestinale infiammatoria in remissione trattata con l'aiuto di farmaci (più di 5 anni fa).</p> <p>3. Compattazione fecale/diverticolite nell'ultimo anno; assunzione quotidiana di lassativi o clisteri; infiammazione intestinale cronica in remissione trattata con l'aiuto di farmaci (meno di 5 anni fa).</p> <p>4. Riacutizzazione di diverticolite; malattia infiammatoria in corso; compattazione fecale in corso; ematochezia /sanguinamento in corso proveniente dall'apparato gastro-intestinale inferiore; carcinoma all'intestino.</p>
<p>8. Patologie epatiche (solo fegato)</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Epatite precedente (valori delle transaminasi); colecistectomia.</p> <p>2. Litiasi biliare; epatite cronica o epatite precedente (meno di 5 anni fa) o qualsiasi altra malattia del fegato (emocromatosi, cirrosi biliare primitiva) con transaminasi entro 3 volte i valori normali; abuso di alcool negli ultimi 5 anni (da valutare anche in «Disturbi psichiatrici»).</p> <p>3. Epatite cronica o qualsiasi altra malattia del fegato con transaminasi >3 volte i valori normali; bilirubina alta.</p> <p>4. Colecistite acuta; qualsiasi ostruzione dei dotti biliari; epatite/cirrosi del fegato in corso; qualsiasi carcinoma epatocellulare o dei dotti biliari.</p>
<p>9. Patologie renali (solo reni)</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Calcolo renale asintomatico; passaggio di calcoli renali negli ultimi dieci anni; pielonefrite negli ultimi 5 anni; cisti renali senza ematuria.</p> <p>2. Creatinina sierica >133 ma <266 mol/l senza farmaci diuretici o anti-ipertensivi; calcoli renali che necessitano di farmaci quotidiani.</p> <p>3. Creatinina sierica >266 mol/l o >133 µmol/l associata a diuretici, anti-ipertensivi o a una terapia con bicarbonato; pielonefrite in corso; sindrome nefrosica; sintomi di coliche trattati in ambulatorio.</p> <p>4. Necessità di dialisi; carcinoma renale; sintomi di coliche per cui è necessario il ricovero.</p>
<p>10. Apparato genito-urinario</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Incontinenza da sforzo; IPB senza sintomi urinari; isterectomia od ovariectomia (fibroma uterino, tumore benigno).</p> <p>2. Patologia rilevata dal PAP test (o 2 risultati anormali consecutivi); ITU frequenti (3 o più nell'ultimo anno) nelle donne o ITU in corso; in continenza urinaria (esclusa l'incontinenza da sforzo) nelle donne; IPB sintomatica; condizioni post TURP; qualsiasi procedura di derivazione urinaria; catetere permanente; calcoli vescicali.</p> <p>3. Cancro alla prostata in situ; perdite vaginali di sangue; carcinoma della cervice in situ; ematuria (qualsiasi causa); incontinenza urinaria (esclusa l'incontinenza da sforzo) negli uomini; polipi vescicali.</p> <p>4. Ritenzione urinaria acuta; infezione urinaria in corso; qualsiasi altro tumore maligno genito-urinario, esclusi quelli elencati in precedenza.</p>
<p>11. Sistema muscolo-scheletro-cute</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Necessità di farmaci al bisogno contro l'artrosi (FANS) o limitazione moderata delle IADL a causa di una patologia articolare; cancro alla pelle rimosso (escluso il melanoma); infezioni cutanee che hanno richiesto un trattamento con antibiotici nell'ultimo anno.</p> <p>2. Farmaci antiartrosi quotidiani (FANS) o uso di dispositivi di assistenza o limitazione moderata delle ADL (artroprotesi precedente o frattura trattata che ha comportato un livello basso di disabilità); osteoporosi senza frattura vertebrale; farmaci quotidiani contro le malattie croniche della pelle (anche locali, come psoriasi o piaghe da decubito); melanoma non metastatico; farmaci quotidiani contro l'artrite reumatoide (esclusi gli steroidi) con un livello basso di disabilità.</p>

<p>3. Artrosi con un livello moderato di disabilità per le ADL; trattamento cronico necessario con steroidi contro le affezioni artriche, le deformazioni articolari o le articolazioni gravemente danneggiate; osteoporosi con fratture vertebrali da compressione.</p> <p>4. Paziente costretto su una sedia a rotelle a causa di una malattia osteomuscolare; gravi deformazioni articolari o in cui l'uso è gravemente compromesso; osteomielite; qualsiasi tumore osseo, muscolare o del tessuto connettivo; melanoma metastatico.</p>
<p>12. Patologie del sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza))</p> <p>0. Assenza di problemi (o pochi episodi di convulsioni nell'infanzia).</p> <p>1. Mal di testa frequenti che necessitano di farmaci al bisogno senza ripercussioni sulle ADL avanzate; TIA precedente (un solo evento); epilessia precedente non trattata, nessuna crisi da più di 10 anni.</p> <p>3. Mal di testa cronici che necessitano di farmaci quotidiani (anche per la profilassi) o che provocano una disabilità funzionale continua nelle ADL avanzate (paziente costretto a letto, incapacità di lavorare, ecc.); TIA in corso o più di un TIA precedente; ictus precedente senza sintomi residui importanti; malattie neurodegenerative lievemente gravi, trattate e ben controllate; epilessia controllata mediante farmaci.</p> <p>3. Ictus precedente con disfunzione residua lieve (emiparesi, disartria); qualsiasi procedura neurochirurgica; malattie neurodegenerative moderatamente gravi, non controllate a sufficienza dai farmaci; epilessia in corso di trattamento, ma accompagnata da crisi periodiche.</p> <p>4. Ictus acuto o ictus precedente con disfunzione residua grave (emiplegia, afasia, demenza vascolare grave) o più di un ictus precedente (encefalopatia multifartuale); malattie neurodegenerative gravi (v. sopra) che comportano disabilità nelle ADL; coma neurologico.</p>
<p>13. Patologie endocrino e metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)</p> <p>0. Assenza di problemi.</p> <p>1. Diabete e/o dislipidemia controllati da un regime dietetico; obesità lieve (BMI 30-35 kg/m²); ipotiroidismo in terapia sostitutiva (L-tiroxina); ipertiroidismo causato da un adenoma di Plummer, trattato chirurgicamente.</p> <p>2. Diabete trattato con farmaci ipoglicemizzanti orali o insulina (emoglobina A1c <7 %); dislipidemia ben controllata con farmaci quotidiani (c-LDL inferiore al valore target raccomandato in funzione del rischio cardiovascolare globale individuale); obesità moderata (IMC 35-45 kg/m²); ipertiroidismo (Basedow, Plummer) in trattamento farmacologico; iperparatiroidismo asintomatico o trattato chirurgicamente; malattia fibrocistica alla mammella.</p> <p>3. Diabete non controllato a sufficienza nonostante il trattamento (emoglobina A1c 7-8,5 %, complicanze); dislipidemia mal controllata (c-LDL superiore al valore target raccomandato in funzione del rischio cardiovascolare globale individuale); obesità grave (IMC >45 kg/m²); iperparatiroidismo sintomatico (ad es. ipercalcemia); terapia sostitutiva per insufficienza surrenalica; qualsiasi disturbo elettrolitico che richiede il ricovero.</p> <p>4. Diabete non controllato (emoglobina A1c >8,5%), coma per chetoacidosi diabetica o coma iperosmolare non chetotico nell'ultimo anno; dislipidemia genetica non controllata; insufficienza surrenalica acuta durante la terapia ormonale sostitutiva; qualsiasi tipologia di cancro alla tiroide, alla mammella o alle ghiandole surrenali.</p>
<p>14. Patologie psichiatriche e comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</p> <p>0. Assenza di problemi psichiatrici attuali o precedenti.</p> <p>1. Malattia psichiatrica minore attuale o precedente: trattamento psichiatrico precedente (occasionale) senza ricovero; episodio depressivo grave e/o assunzione di antidepressivi più di 10 anni fa senza ricovero; assunzione occasionale di tranquillanti minori (ad esempio benzodiazepine, usati anche come ipnoterapia contro l'insonnia); lieve deficit cognitivo.</p> <p>2. Precedenti di depressione maggiore negli ultimi 10 anni (trattata o meno); demenza lieve; ammissione precedente al servizio psichiatrico per qualsiasi motivo; precedenti di abuso di sostanze (più di dieci anni fa, compreso alcolismo).</p> <p>3. Depressione maggiore in corso (secondo i criteri del DSM-IV) o più di due episodi di depressione maggiore negli ultimi 10 anni; demenza moderata; assunzione quotidiana e attuale di ansiolitici (usati anche come ipnoterapia contro l'insonnia); attualmente o in passato, abuso o dipendenza da sostanze negli ultimi dieci anni; richiede un farmaco antipsicotico quotidiano; precedente tentativo di suicidio.</p> <p>4. Malattia mentale in corso che richiede un ricovero psichiatrico, un'ammissione presso un istituto, o una presa in carico ambulatoriale intensiva; demenza grave; delirio.</p>

Valutazione dei tumori

Livello 1:	Cancro diagnosticato molto tempo prima senza segni di recidiva né postumi negli ultimi 10 anni, oppure cancro alla pelle asportato in precedenza senza postumi significativi (diverso dal melanoma).
Livello 2:	Nessun segno di recidiva né postumi negli ultimi 5 anni.
Livello 3:	Necessità di chemioterapia, radioterapia, trattamento ormonale o intervento chirurgico per il cancro negli ultimi 5 anni.
Livello 4:	Malignità recidiva o metastasi (escluse le ghiandole linfatiche) o stadio di cure palliative.