



GIC specifico per patologia e paziente anziano “fit”



Silvia Zai
szai@ospedale.al.it

La Rete Oncologica: obiettivi

- **Rispondere** all’incremento dell’incidenza delle patologie tumorali
- **Ottimizzare** il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale del paziente
- **Razionalizzare** l’impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario
- **Superare** la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in campo oncologico



La Rete Oncologica Piemontese: il modello

Il modello di cura e
assistenza si basa
su **3** risposte

**filosofico-
culturale**

**organizzativo-
strutturale**

**clinico-
metodologica**

La risposta filosofico-culturale

è la **centralità** del paziente
rispetto a un processo di cura e assistenza
che si irradia sul territorio spingendosi, se
necessario, fino alla dimensione domiciliare.

La risposta filosofico-culturale è

la Rete

La risposta organizzativo-strutturale

è l'**assistenza** continua al paziente sotto tutti gli aspetti inerenti al percorso diagnostico-terapeutico.

La risposta
organizzativo-strutturale è

il Centro Accoglienza e Servizi

Attività del Centro Accoglienza e Servizi



La risposta clinico-metodologica

è l'**interdisciplinarietà** dell'approccio clinico determinata da una visione complessiva del paziente e della sua patologia.

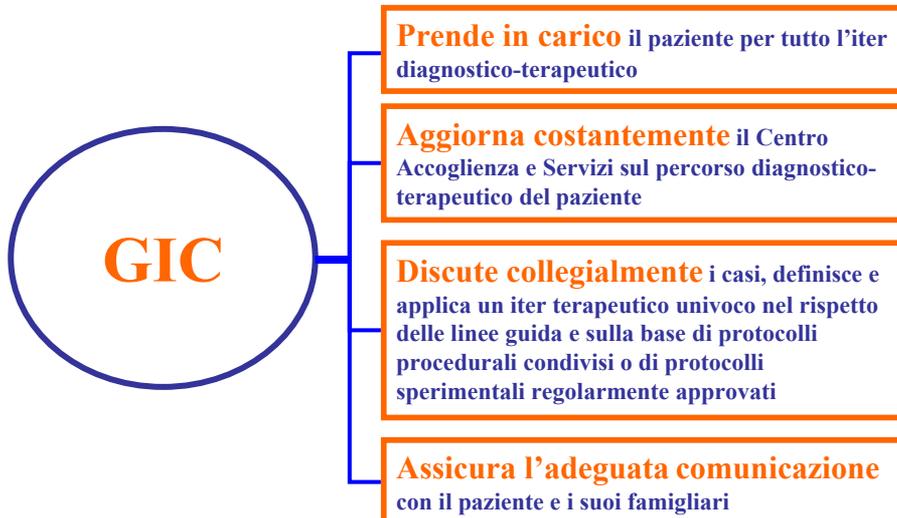
La risposta clinico-metodologica è

**il Gruppo Interdisciplinare Cure
G.I.C.**

Il Gruppo Interdisciplinare Cure

È una **modalità operativa** resa possibile dal **lavoro interdisciplinare** di tutte le professionalità mediche (interne o esterne al dipartimento oncologico) impegnate nel processo **diagnostico-terapeutico**

Attività del Gruppo Interdisciplinare Cure



Gruppi Interdisciplinari Cure: tipologie attivate

- Mammella
- Gastrointestinale
- Polmone
- Uro-genitale
- Testa-collo
- Esofago – stomaco
- Pancreas-vie biliari
- Colon retto
- Pleuro-polmonare
- Melanoma
- Urologico
- Cure palliative
- Apparato genitale
- Tumori solidi e cerebrali
- Leucemie e linfomi
- Genetica oncologica
- Onco-geriatrico
- Neuroncologico
- Dermat oncologia
- Trapianto midollo
- Tiroide
- Sarcomi

AMBULATORIO DI ONCO-GERIATRIA

- 2011: “Gruppo di Lavoro Oncologico” per l’individuazione del percorso del Paziente Oncologico Anziano
- 2013 ASO AL: ambulatorio di ONCO-GERIATRIA



AMBULATORIO DI ONCOGERIATRIA

- L’ambulatorio Onco-Geriatrico si inserisce in un punto focale dell’algoritmo del paziente di età > di 75 anni.
- il Paziente viene inviato dal MMG o dal Medico specialista al CAS dove gli viene somministrato il G8 (Geriatric Assesment Screening).

G8

	Argomenti	Risposte possibili	Punteggio
A	L'apporto alimentare è diminuito negli ultimi tre mesi per calo di appetito, problemi di digestione, difficoltà di masticazione o di deglutizione?	0: grave riduzione di apporto 1: moderata riduzione di apporto 2: normale apporto
B	Calo di peso nel corso degli ultimi 3 mesi?	0: calo > di 3 kg 1: non noto 2: calo di peso fra 1 e 3 kg 3: nessun calo di peso
C	Mobilità	0: costretto a letto 1: in grado di scendere da letto, ma non di uscire 2: in grado di uscire
E	Problemi neuropsicologici	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione lieve 2: nessun problema psicologico
F	Body Mass Index (BMI) o indice di Massa Corporea (peso in kg/altezza elevata al quadrato)	0: BMI < 19 1: BMI 19 o 20 2: BMI 21 o 22 3: BMI > 23
H	Assume più di tre farmaci al giorno?	0: sì 1: no
P	In confronto ad altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non altrettanto buono 0,5: non è noto 1: altrettanto buono 2: migliore
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
	Punteggio totale (0-17)	

G8

- **Consente di utilizzare un preciso cut-off (score 14)**
- **Se lo score è > di 14 il Paziente viene inviato al GIC per patologia d'organo.**
- **Se lo score è < di 14 il Paziente sarà indirizzato all'Ambulatorio di Onco – Geriatria, dove sarà valutato da un Geriatra ed un Oncologo.**

**Utilizzo della valutazione
geriatrica multidimensionale
per la scelta del trattamento**

V.G.M.

V.G.M.

“Comprehensive Geriatric Assessment”

**Strumento tecnologico della medicina geriatrica,
validato da Masotti G. et al.,1994, che non si limita al
solo momento valutativo-diagnostico, essendo anche
strumento operativo di gestione del paziente (Williams
F, 1998)**

V.G.M.

- Numerosi sono gli studi condotti in differenti ambiti assistenziali (ospedale per acuti, RSA, domicilio) che hanno dimostrato l'efficacia di tale metodologia.
- I risultati complessivi, valutati mediante metanalisi, consentono di concludere che la gestione del paziente anziano, con questa metodologia, porta vantaggi in termine di riduzione di morbilità, mortalità, disabilità e miglioramento della qualità della vita (Stuck A.E. et al.,1993)

Parametri e funzioni della VGM (Masotti G. et al., 1994)

Parametri

Attività di base della vita quotidiana (ADL) (Index of Independence in Activities of Daily Living) Katz S.,Downs T.D.,Grotz R.C., 1970

Attività strumentale della vita quotidiana (IADL)(Instrumental Activities of Daily Living Scale) Lawton M.P.,BrodyE.M., 1969

Sfera dell'affettività (GDS) (Geriatric Depression Scale) Brink TL.,Yesavag JA.,1982 Versione ultra breve-Rinaldi P.et al.,2003

Stato cognitivo (SPMSQ) (Short Portable Mental Status Questionnaire) Pfeiffer E.,1975

Funzioni

Capacità di eseguire azioni semplici della vita quotidiana(vestirsi, mangiare ect), continenza

Capacità di eseguire azioni complesse (attività strumentali della vita quotidiana: cucinare, uso telefono, uso denaro, ect)

Disturbi depressivi

Identificazione della compromissione cognitiva, orientamento,concentrazione

Parametri e funzioni della VGM

Parametri

Indice Medico di

Non Autosufficienza (DMI)

Fabris F. e Coll., 1989

Area dei disturbi del

comportamento (A.Di.Co.)

Morgagni S. et al. modificata 1999

Barthel Index (Situazione

Funzionale + Mobilità=indice di

Katz) Shah S., Vanclay, Cooper B. (1989) "Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation"

CIRS (Cumulative Illness Rating

Scale) Linn B.S. et al., 1968

MNA (Mini Nutritional Assessment)

Vellas B., Villars H., Abellang G. et al. "Overview of MNA" 2006

Funzioni

Ragioni sanitarie di non autosufficienza

Azioni che causano malessere/danno a caregiver o ad altre persone

Determinazione del livello di autonomia

Indice di comorbidità

Stato nutrizionale

VGM

Paziente "fit":
•no comorbidità

chemioterapia
standard

Paziente "unfit":
•IADL dipendente
•fino a 2 comorbidità

chemioterapia
adattata

Paziente "fragile":
•ADL dipendente
•3 o + comorbidità
•sindrome geriatrica
•età > 85 anni

terapia di
supporto

L'ambulatorio di Onco –Geriatrics ha lo scopo di valutare collegialmente il paziente anziano oncologico per fornirgli un piano di cure individuale il più specifico possibile

szai@ospedale.al.it
