

**LA FIBRILLAZIONE
ATRIALE E LA**

**TERAPIA
ANTICOAGULANTE
NELL'ANZIANO**

**2/3 MARZO 2018
POLLENZO**

Le Sindromi Geriatriche e il ruolo della Valutazione Multidimensionale

Dr. Piero Secreto

S. C. Geriatria / U.O. Alzheimer e altre Demenze
Presidio Ospedaliero Beata vergine Consolata
«Fatebenefratelli» San Maurizio Cse. (Torino)

Worldwide Epidemiology of Atrial Fibrillation

A Global Burden of Disease 2010 Study

Prevalence of atrial fibrillation and flutter (per 100,000) by region, 2010

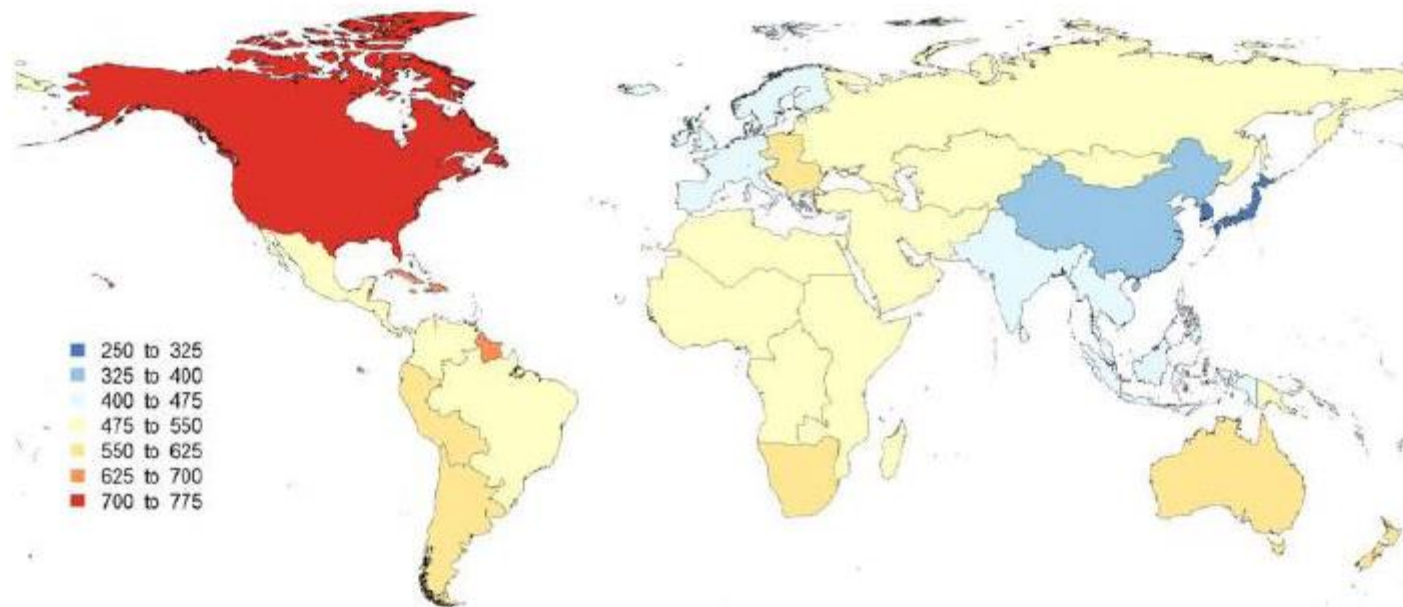
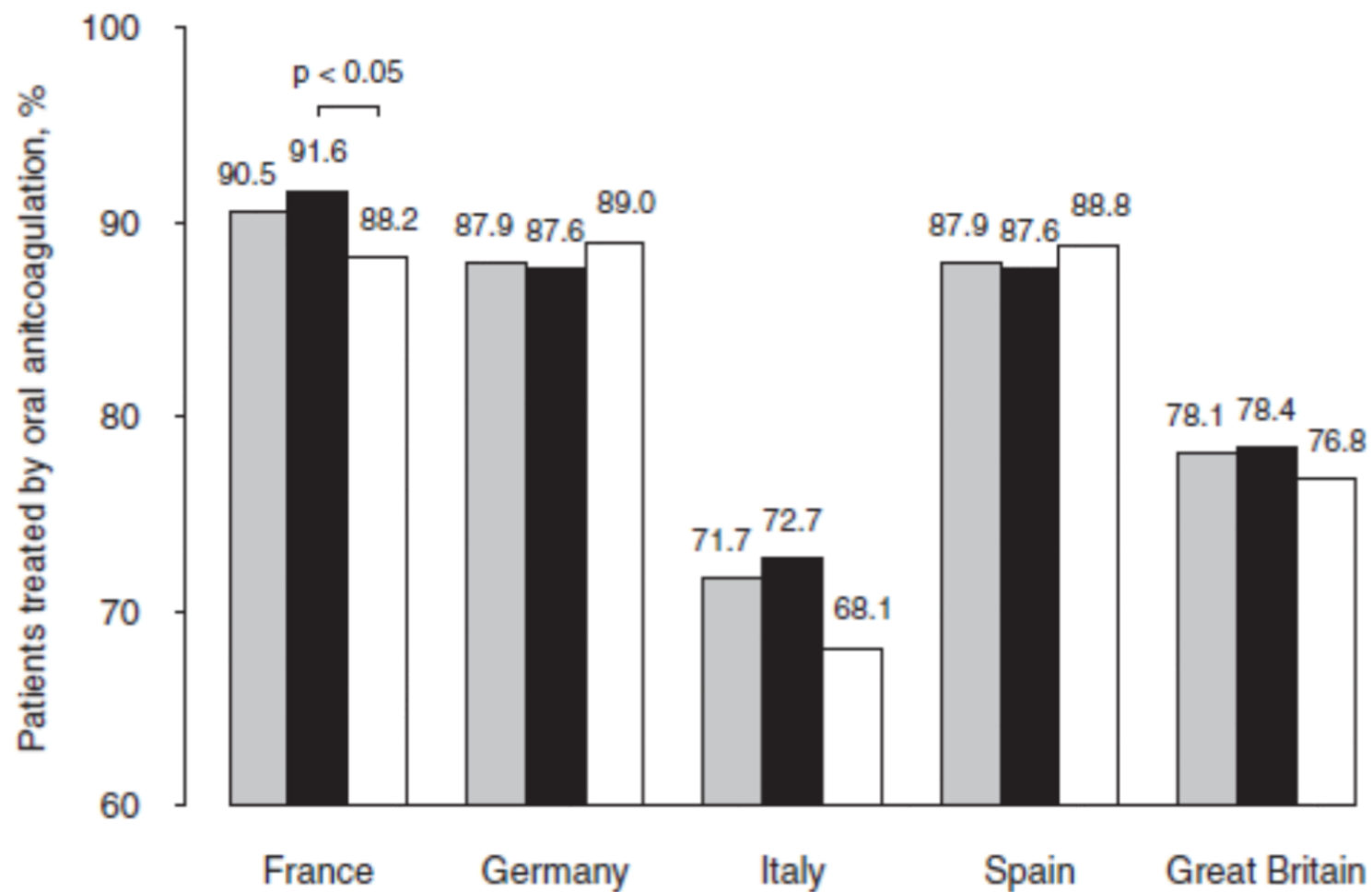


Figure 2. World map showing the age-adjusted prevalence rates (per 100000 population) of atrial fibrillation in the 21 Global Burden of Disease regions, 2010.



Stroke. 2006;37(4):1075-1080.

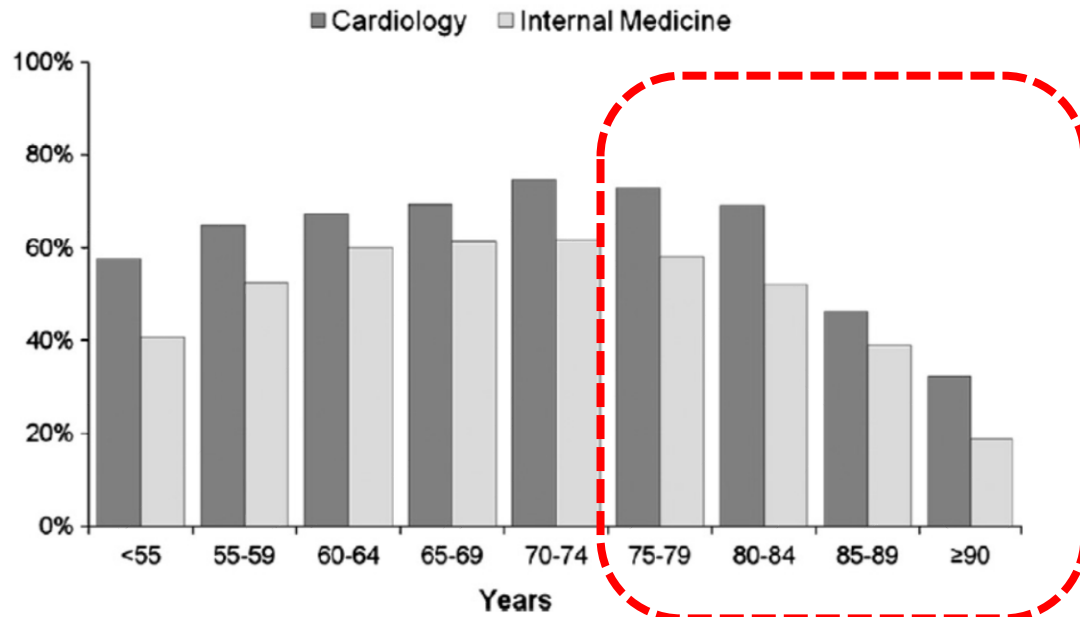
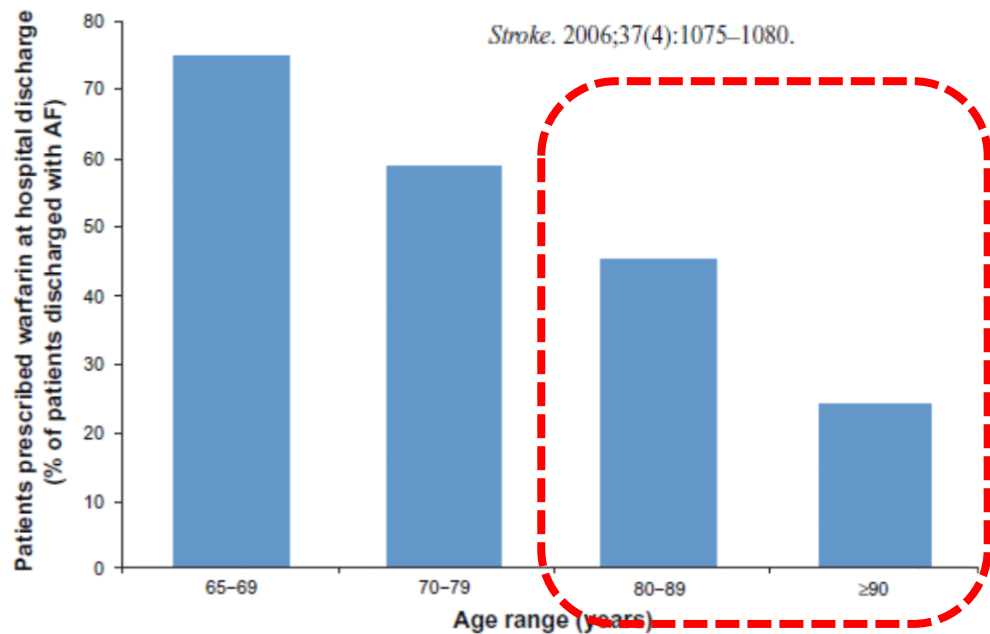


Fig. 5. OAC prescription at discharge from cardiology and internal medicine patients according to the age.

Gli anziani “fragili” con FA ricevono meno frequentemente una terapia anticoagulante appropriata e, allo stesso tempo, sono quelli a maggior rischio di ictus embolico e morte .

CHA2DS2-VASc score

Risk Factors	Score	CHA2DS2-VASc score	Stroke Risk per Year
Congestive Heart Failure/LV dysfunction	1	0	0%
		1	1.3%
Hypertension	1	2	2.2%
Age \geq 75 years	2	3	3.2%
Diabetes Mellitus	1	4	4.0%
Stroke/TIA/Thromboembolism	2	5	6.7%
Vascular Disease	1	6	9.8%
Age 65 – 74	1	7	9.6%
Female	1	8	6.7%
Total	9	9	15.2%

HAS-BLED Score

Valutazione del rischio emorragico.		
Lettera	Caratteristiche cliniche	Punti
H	(Hypertension) ipertensione arteriosa sistolica > 160 mmHg	1
A	Funzione renale e/o epatica Anormali (1 punto ognuna)*	1 o 2
S	Stroke precedente	1
B	(Bleeding) sanguinamento anamnestico o predisposizione (anemia)	1
L	INR labile (< 60 % del tempo in range terapeutico TTR)	1
E	Età >65 anni	1
D	Uso concomitante di FANS, antiaggreganti piastrinici (Drugs) o abuso di alcool (1 punto ognuno)	1 o 2
* Per funzione renale anormale si intende dialisi renale, trapianto renale o creatinina $\geq 2,2$ mg/dl; per funzione epatica anormale si intende una cirrosi o valori di bilirubina > 2 volte il valore superiore del normale con ALT o AST o fosfatasi alcalina > 3 volte il valore superiore del normale.		

Prescrizione TAO/NAO pz anziani

Valutazione globale del paziente...

1. comorbidità
2. aspettativa di vita
3. status cognitivo e funzionale

...piuttosto che un semplice bilancio tra le scale di rischio cardioembolico ed emorragico.

TAO/Processo decisionale

- Età avanzata / Speranza di vita residua stimata
- Deficit funzionali
- Deterioramento cognitivo
- Ridotta autonomia
- Instabilità motoria/Rischio di caduta
- Comorbilità
- Hb / Rischio di sanguinamento
- Rientro al domicilio
- Problemi sociali (povertà, isolamento, scolarità...)
- « Fragilità» (FA marker di fragilità nell'anziano)

(Bo M. et al. Geriatr. Gerontol. Int. 2016; O'Brien EC et al. Am. Heart J. 2014; Mazzone A et al. Arch. Gerontol. Geriatr. 2016)

Frailty syndrome: an emerging clinical problem in the everyday management of clinical arrhythmias. The results of the European Heart Rhythm Association survey

**Stefano Fumagalli^{1*}, Tatjana S. Potpara², Torben Bjerregaard Larsen³,
Kristina H. Haugaa⁴, Dan Dobreanu⁵, Alessandro Proclemer⁶, and Nikolaos Dages⁷**

¹Geriatric Intensive Care Unit, Department of Experimental and Clinical Medicine, University of Florence and AOU Careggi, Viale Pieraccini 6, 50139 Florence, Italy; ²School of Medicine, Cardiology Clinic, Clinical Centre of Serbia, University of Belgrade, Visegradska 26, Belgrade 11000, Serbia; ³Department of Cardiology, Cardiovascular Research Centre, Aalborg University Hospital, Søndre Skovvej 15, DK-9100 Aalborg, Denmark; ⁴Department of Cardiology, Institute for Surgical Research, Institute for Clinical Medicine, Center for Cardiological Innovation, Oslo University Hospital, University of Oslo, Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20, 0372 Oslo, Norway; ⁵Cardiology Clinic, Emergency Institute for Cardiovascular Diseases and Transplant, University of Medicine and Pharmacy, 540136 Tîrgu Mureș, Romania; ⁶Cardiology Division, University Hospital S. Maria della Misericordia, P.le Santa Maria della Misericordia 15, 33100 Udine, Italy; and ⁷Department of Electrophysiology, Leipzig University - Heart Centre, 04289 Leipzig, Germany

Received 4 August 2017; editorial decision 21 August 2017; accepted 22 August 2017

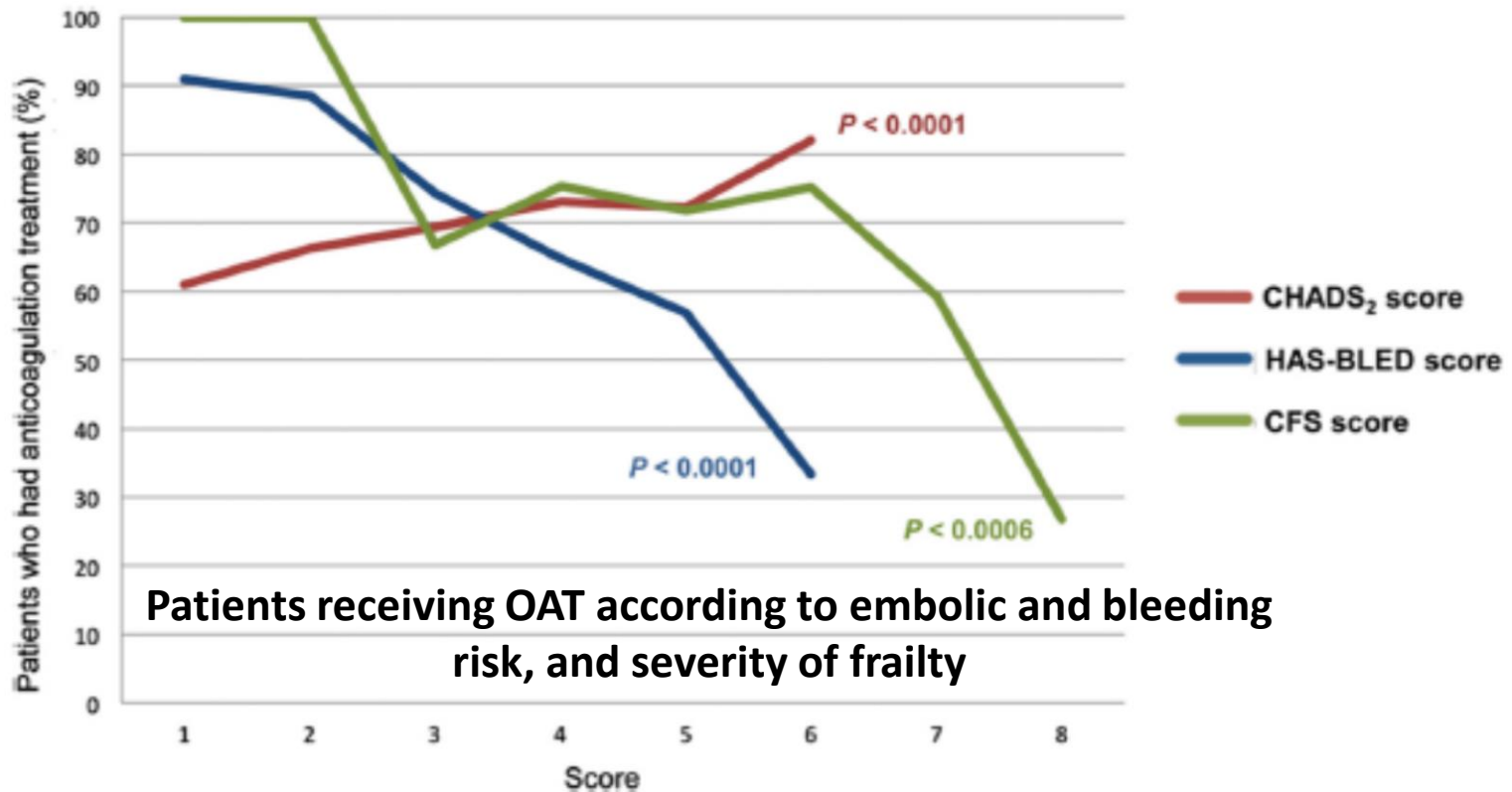
«... in the preceding twelve months, **patients > 70 years** represented the 53% of entire managed population (70-79 years 30%; 80-85 years 15%; > 85 years 8%)...»

«... almost all respondents (91.7%) reported **treating frail subjects** during the previous year...»

Clinical Research

The Effect of Bleeding Risk and Frailty Status on Anticoagulation Patterns in Octogenarians With Atrial Fibrillation: The FRAIL-AF Study

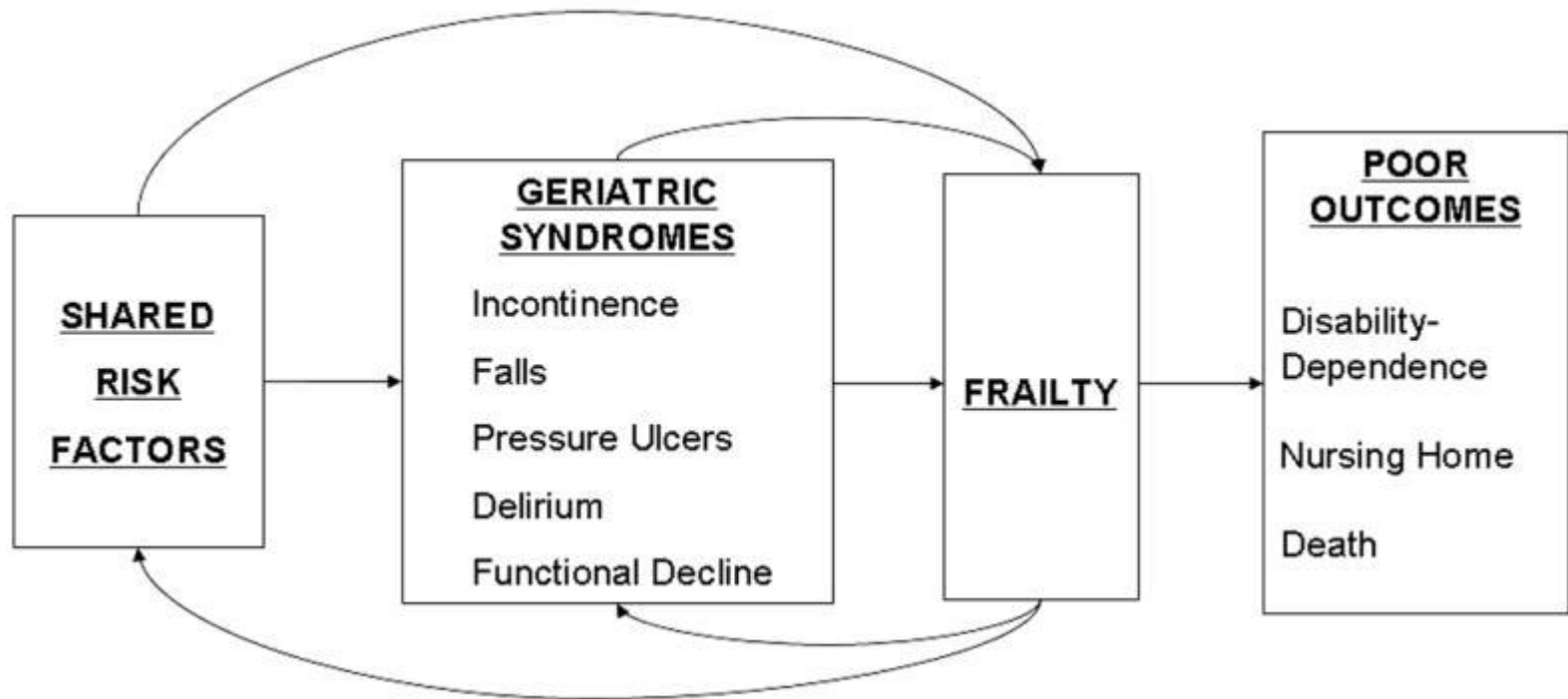
682 hospitalized patients aged 80 years and older



- “...AF could be interpreted as an emerging marker of frailty...”

(Rockwood K., J Am Geriatr Soc 2016)

Sindromi geriatriche/Fragilità



La specificità geriatrica nelle discipline mediche

Le sindromi geriatriche

- Il delirium
- I disturbi del tono dell'umore
- Il declino funzionale
- L'impairment cognitivo
- Le alterazioni sensoriali
- L'omeostenosi e le ridotte riserve funzionali dell'anziano



L'imprescindibilità e l'importanza della valutazione multidimensionale

L'importanza e la metodologia della **valutazione prognostica** nel paziente anziano

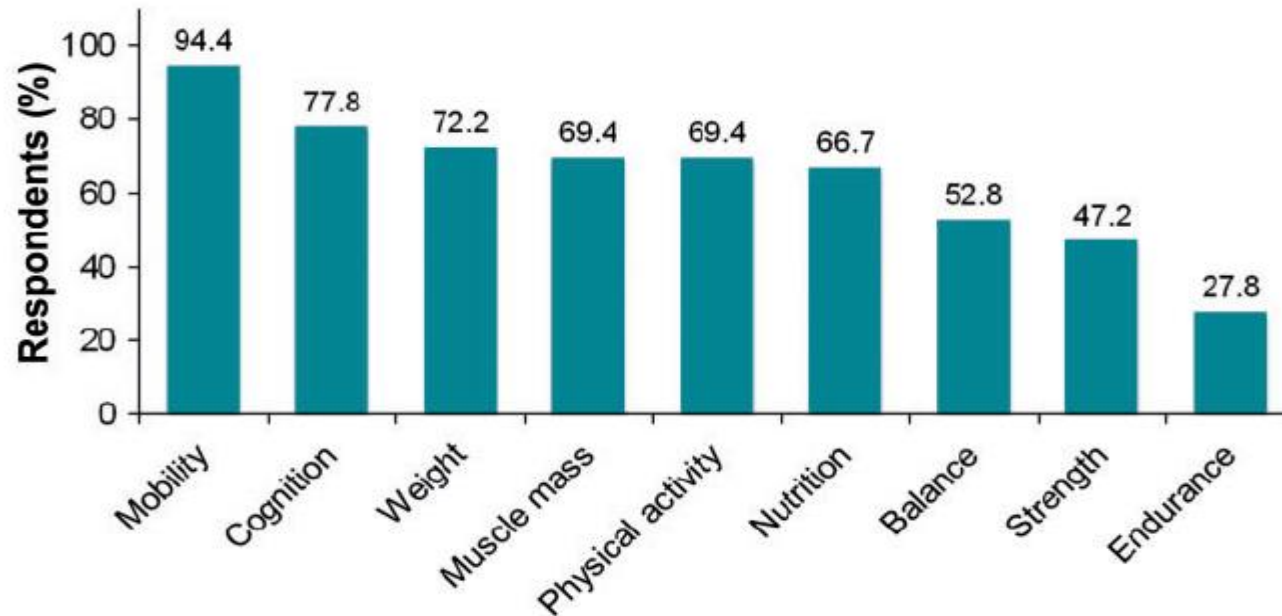
Prognosticare bene per curare meglio

L' **impatto multidisciplinare** nella medicina clinica: l'importanza del riconoscimento precoce, il significato prognostico e le misure di prevenzione e trattamento, **privilegiando in molti casi gli aspetti «qualitativi»** su quelli «quantitativi» della spettanza di vita

TAO/ Sindromi Geriatriche

Le sindromi geriatriche sono associate con una maggiore riluttanza a prescrivere anticoagulanti

Frailty syndrome: an emerging clinical problem in the everyday management of clinical arrhythmias. The results of the European Heart Rhythm Association survey



Features that characterize frailty syndrome according to the participants' opinion.

Frailty syndrome: an emerging clinical problem in the everyday management of clinical arrhythmias. The results of the European Heart Rhythm Association survey

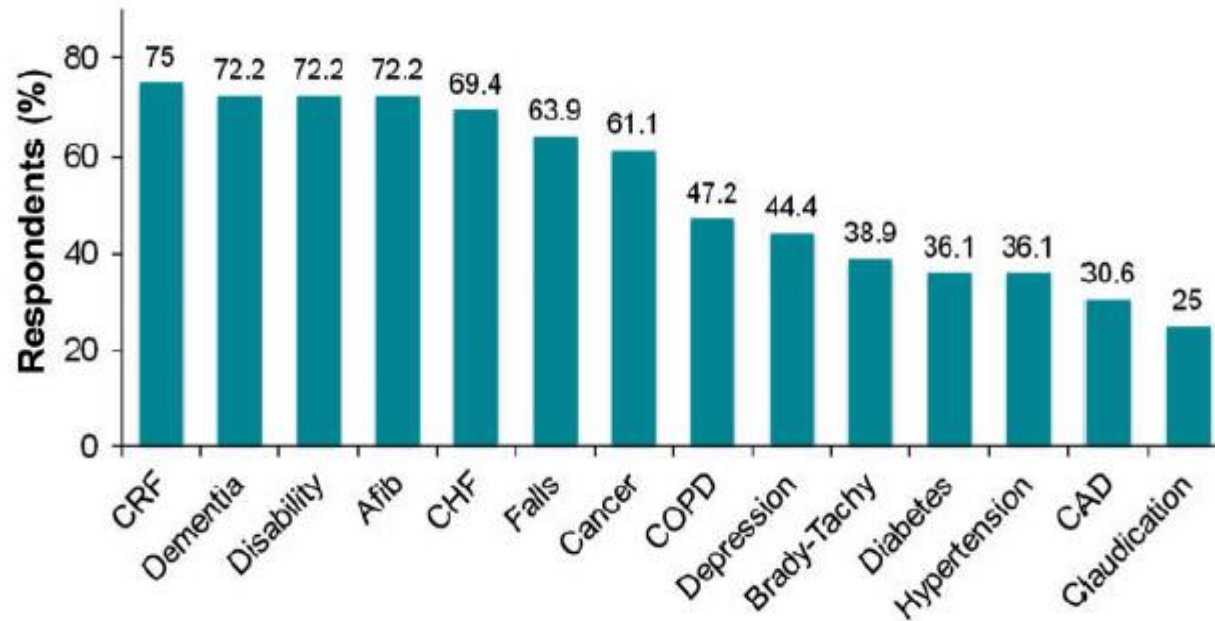


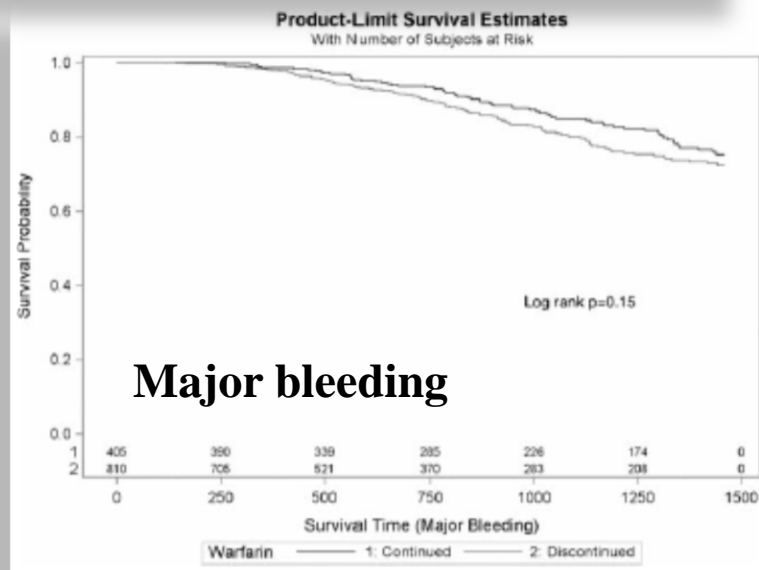
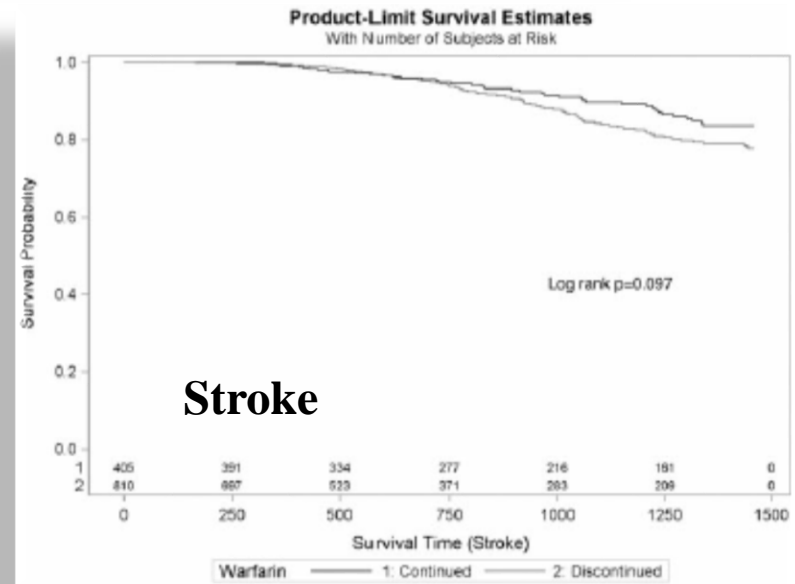
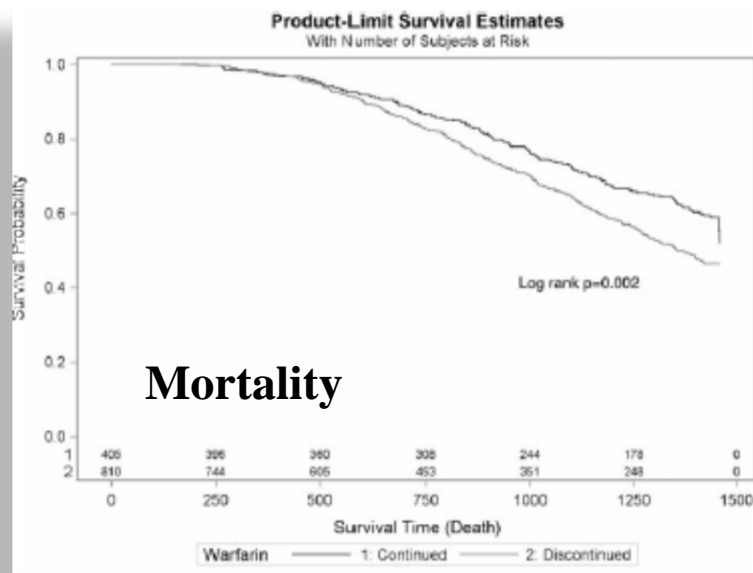
Figure 2 Comorbidities most frequently associated to the frailty syndrome according to the participants' opinion. Afib, atrial fibrillation; Brady-Tachy, bradycardia tachycardia syndrome; CAD, coronary artery disease; CHF, chronic heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CRF, chronic renal failure.

Comorbilità

“Un elevato tasso di comorbilità era negativamente associato con la prescrizione di TAO in pazienti che non presentavano controindicazioni all’anticoagulazione ...”

Continued Use of Warfarin in Veterans with Atrial Fibrillation After Dementia Diagnosis

J Am Geriatr Soc 65:249–256, 2017.



Using propensity score matching, the protective effect of continuing warfarin persisted in prevention of stroke (HR = 0.74, 95% CI = 0.54–0.996, $P = .047$) and mortality (HR = 0.72, 95% CI = 0.60–0.87, $P < .001$), with no statistically significant decrease in risk of major bleeding (HR = 0.78, 95% CI = 0.61–1.01, $P = .06$).

CONCLUSION: Discontinuing warfarin after a diagnosis of dementia is associated with a significant increase in stroke and mortality. J Am Geriatr Soc 65:249–256, 2017.



TOTALE PAZIENTI RICOVERATI NEL 2017: 354

PZ con FA alla dimissione: **36** (prev. 10,2%)

PZ con FA in TAO/NAO all'ingresso: **24** (67%)



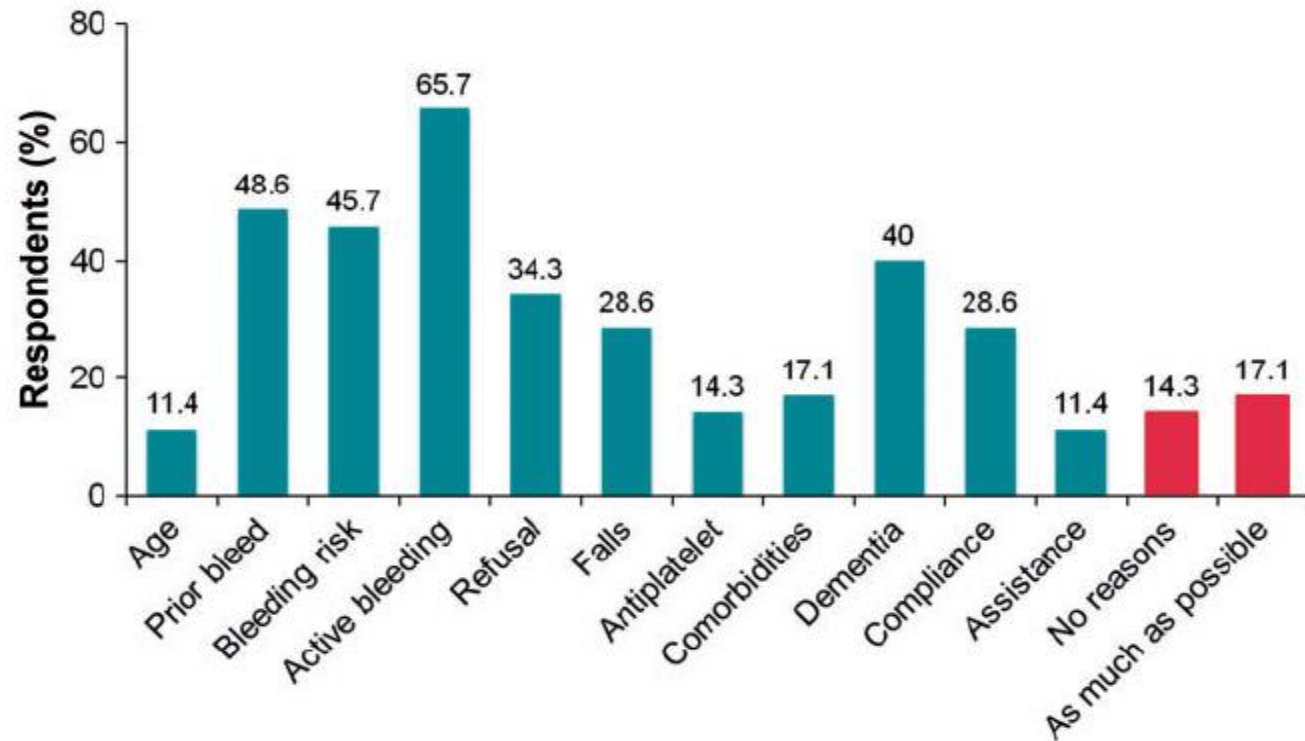
PZ con FA **sospesa** TAO/NAO: **2**



PZ con FA **inserito** TAO/NAO: **10**

PZ con FA in TAO/NAO alle dimissioni: **32** (89%)

Frailty syndrome: an emerging clinical problem in the everyday management of clinical arrhythmias. The results of the European Heart Rhythm Association survey

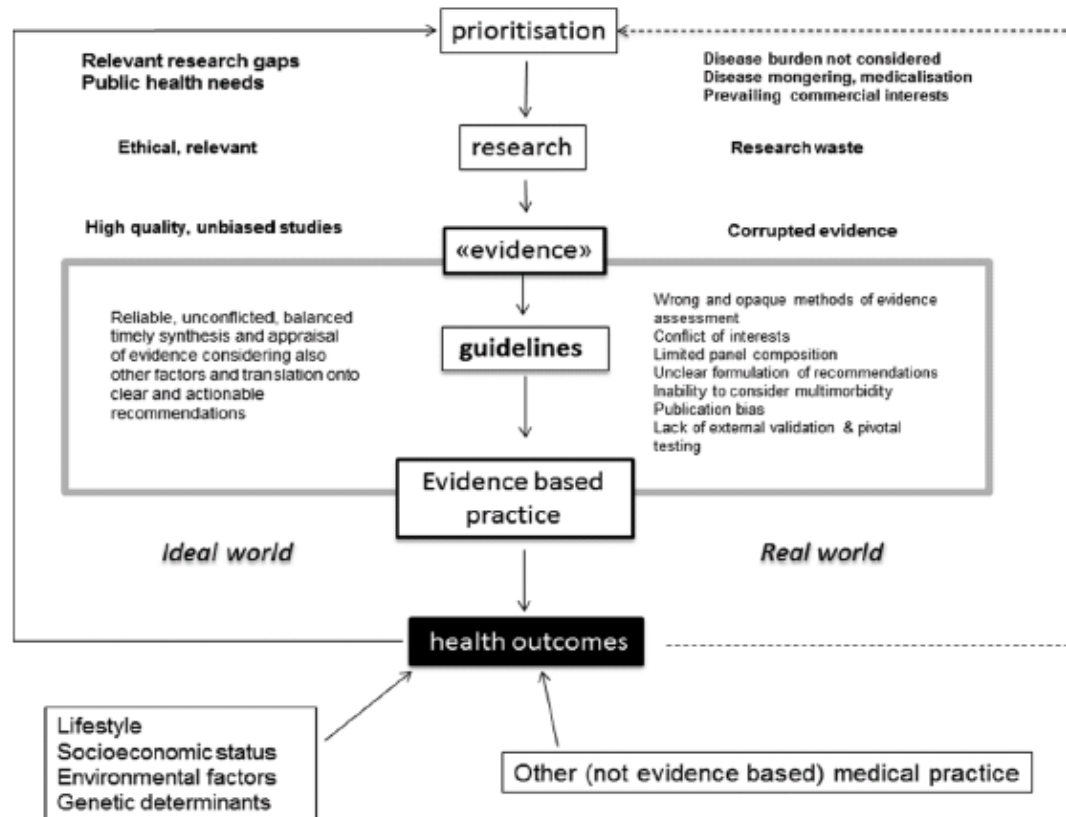


Most important reasons not to prescribe an anticoagulant drug to a frail patient with atrial fibrillation. Red bars

Wrong guidelines: why and how often they occur

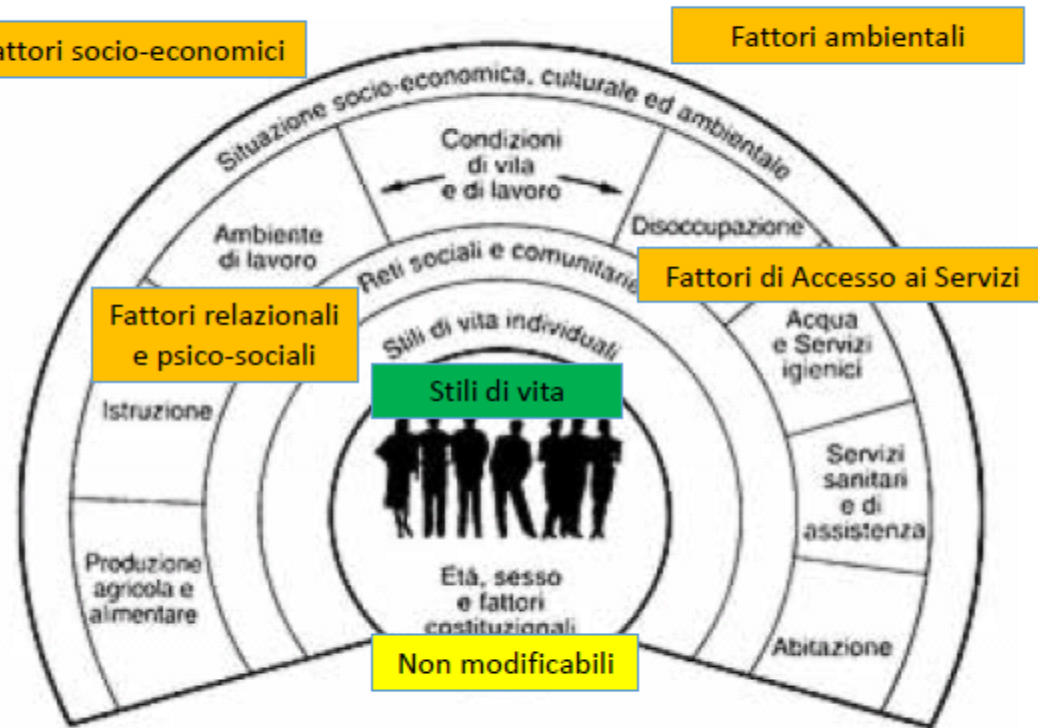
Primiano Iannone,¹ Nicola Montano,² Monica Minardi,³ James Doyle,³ Paolo Cavagnaro,⁴ Antonino Cartabellotta⁵

BMJ 2017;354:g1251



Fattori che agiscono come determinanti della salute

Determinanti di salute. L'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo *stato di salute* di individui o popolazioni.



Fattori protettivi:

- Stile di vita sano (es. attività fisica; alimentazione equilibrata)
- Accesso ai Servizi (es. livello di istruzione alto)
- Fattori socio economici (es. appartenere ad un paese ad alto reddito)

Fattori di rischio:

- Stile di vita a rischio (es. fumare; consumi a rischio di alcol, inattività fisica)
- Accesso ai Servizi (es. basso livello di istruzione; inadeguatezza della distribuzione dei servizi sanitari)
- Fattori socio-economici (es. appartenere a paesi in via di sviluppo; mancanza di politiche sanitarie eque)

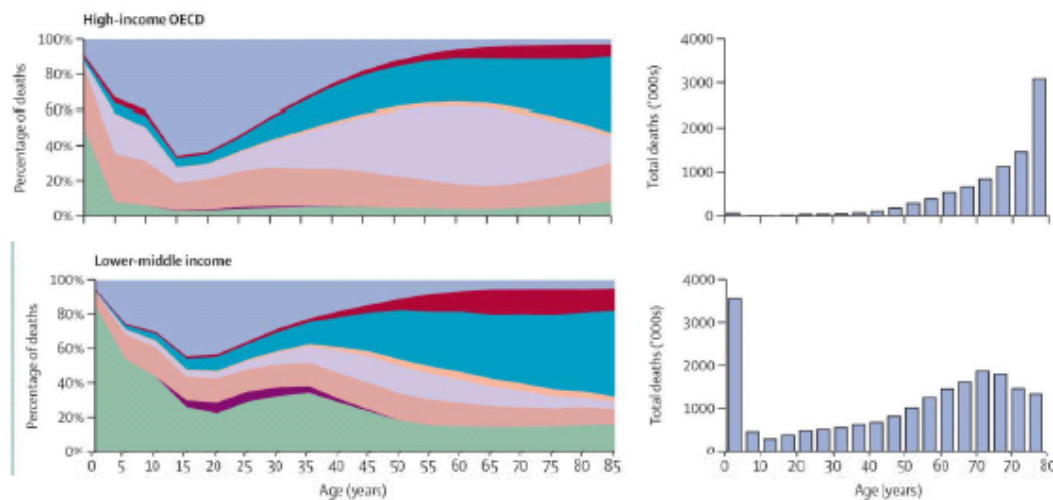
Rischio: La probabilità futura di contrarre una malattia, in funzione dell'esposizione ad uno specifico fattore.

Dahlgren, G. and M. Whitehead. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies

Corso «PDTA per le demenze» - ISS, 22-26 gennaio 2018

Leccia, 2018. Istituto per lo studio delle demenze

Mortalità per età nei paesi ad alto e medio-basso reddito



Povert , globalizzazione, prodotti dannosi per la salute, rapida urbanizzazione e crescita della popolazione sono i principali fattori che guidano l'epidemia di malattie non comunicabili.

La povert    il maggior responsabile di disuguaglianze anche per le malattie croniche non trasmissibili.

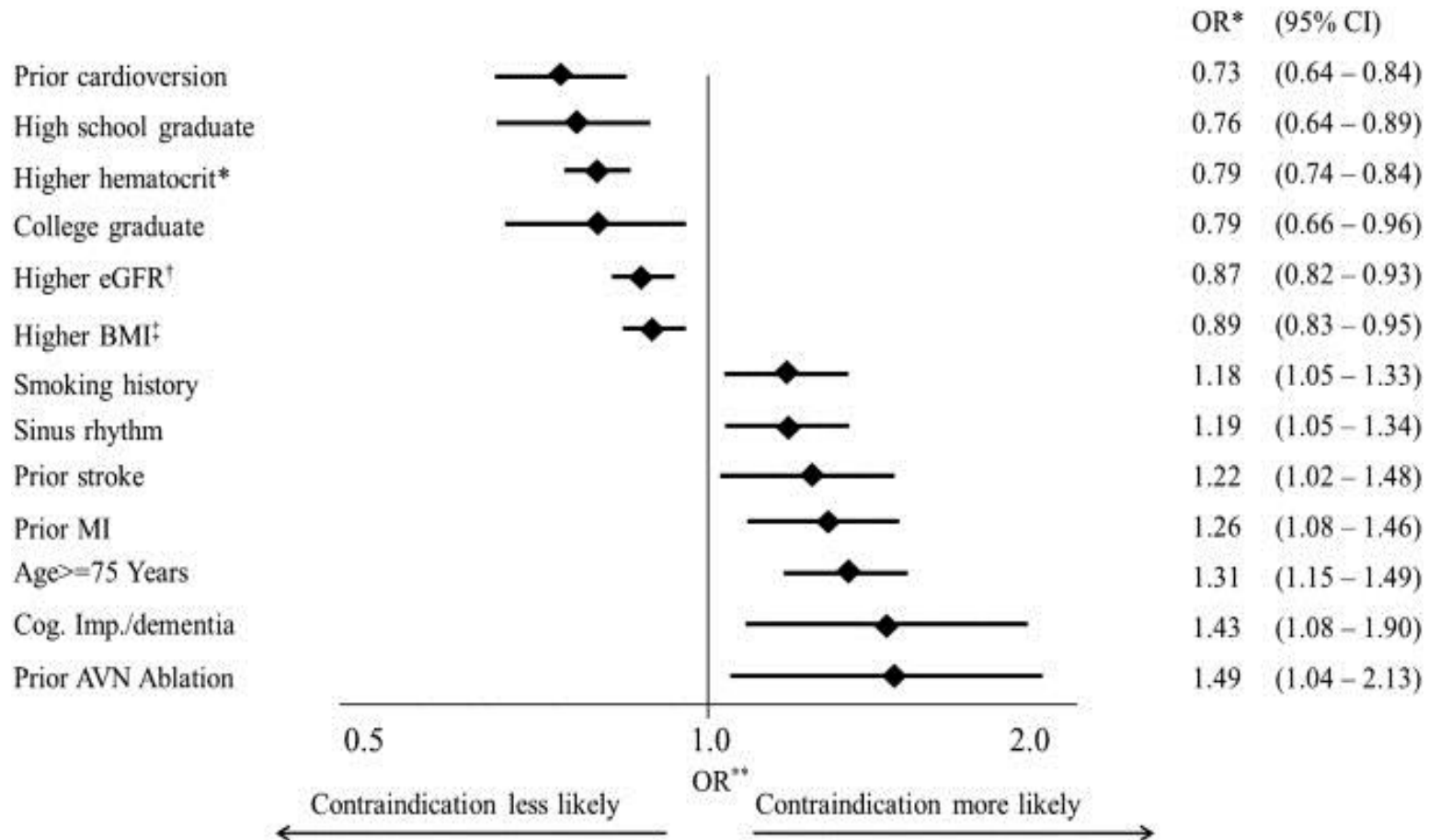
Le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate diventano pi  malate e muoiono prima delle persone di posizioni sociali pi  alte, soprattutto perch  hanno maggiori rischi di essere esposti a prodotti nocivi (come tabacco o alimentazione malsana) e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

Global

- Injuries
- Chronic respiratory diseases
- Cardiovascular diseases
- Diabetes
- Cancers
- Other non-communicable diseases
- Maternal causes
- Communicable diseases, neonatal conditions, and nutritional deficiencies



Correlates of contraindications



Scopo della VMD

- Inquadramento iniziale del paziente
- Revisione periodica e programmata del miglioramento/peggioramento clinico
- Misurare l'efficacia o meno di un determinato trattamento e la qualità delle cure
- Stabilire il grado di non autosufficienza (quantificare il fabbisogno assistenziale)
- Individuare i soggetti a rischio di perdita dell'autosufficienza
- Stabilire prognosi

AUTOSUFFICIENZA: capacità di provvedere a se stessi

- STATO DI SALUTE FISICA
- STATO FUNZIONALE
- STATO DI SALUTE PSICHICA
- STATO DI SALUTE SOCIALE

Valutazione
Multidimensionale
Geriatrica

Limiti degli strumenti tradizionali

- Descrittivi, impossibilità ad elaborare ed attivare il piano di cura/assistenza
- Valutazione di una singola area problematica
- Eziologia non deducibile
- Difficoltà di confronto



STRUMENTI DI SECONDA E TERZA GENERAZIONE

- Omnicomprensivi
- Evidenziano le cause e quando possibile consentono la diagnosi eziologica
- Finalizzati alla pianificazione dell'assistenza
- Confrontabilità



MINIMUM DATA SET (MDS) — VERSION 2.0
FOR NURSING HOME RESIDENT ASSESSMENT AND CARE SCREENING

BASIC ASSESSMENT TRACKING FORM

SECTION AA. IDENTIFICATION INFORMATION

1. RESIDENT NAME (Last, First, Middle Initial, Suffix)
2. GENDER (Male, Female)
3. BIRTH DATE (Month, Day, Year)
4. SOCIAL SECURITY AND MEDICARE NUMBERS
5. FACILITY PROVIDER
6. MEDICAL ID NUMBER
7. REASON FOR ADMISSION

8. SIGNATURE OF PERSON WHO COMPLETED A PORTION OF THE ACCOMPANYING ASSESSMENT OR TRACKING INFORMATION
9. SIGNATURE AND TITLE OF PERSON WHO COMPLETED THIS PORTION OF THE FORM

SECTION AB. DEMOGRAPHIC INFORMATION

1. DATE OF BIRTH
2. AGENCY OF ORIGIN
3. LIVED ALONE PRIOR TO ENTRY
4. ZIP CODE OF PRIOR RESIDENCE
5. RESIDENT HISTORY
6. LIFE TIME OCCUPATIONS
7. EDUCATION
8. LANGUAGES
9. MARITAL HISTORY
10. MILITARY SERVICE
11. RELIGIOUS BELIEFS
12. DATE BIRTH RECORD INFORMATION COMPLETED

SECTION AC. CUSTOMARY ROUTINE

1. CYCLE OF DAILY ROUTINES
2. MEDICATIONS
3. RESPONSES TO STIMULI
4. ADVANCED DIRECTIVES

SECTION AD. FACE SHEET SIGNALS

1. SIGNATURE OF PERSON WHO COMPLETED THIS PORTION OF THE FORM
2. SIGNATURE AND TITLE OF PERSON WHO COMPLETED THIS PORTION OF THE FORM

SECTION A. IDENTIFICATION AND BACKGROUND INFORMATION

1. RESIDENT NAME
2. ROOM NUMBER
3. ADMISSION REFERENCE DATE
4. DATE OF BIRTH
5. MARITAL STATUS
6. MEDICAL RECORD NO.
7. CURRENT PAYMENT CONCERN FOR N.H. STAY
8. REASON FOR ADMISSION
9. RESPONDS TO STIMULI
10. ADVANCED DIRECTIVES

SECTION B. COGNITIVE PATTERNS

1. COMMOGE
2. MEMORY

SECTION C. COMMUNICATION/HEARING PATTERNS

1. HEARING
2. COMMUNICATION DEVICES/TECHNIQUES
3. MODES OF EXPRESSION
4. MAKING SELF UNDERSTOOD
5. SPEECH CLARITY
6. ABILITY TO UNDERSTAND CHANGES
7. CHANGES IN COMMUNICATION HEARING

35 page!!!

IL RAI ha migliorato l'assistenza negli USA?

- Riduzione del 40% dell'uso di mezzi di contenzione in pazienti cognitivamente sani
- Diminuizione del catetere vescicale
- Miglioramento della prevenzione dei decubiti, disidratazione e malnutrizione
- Aumento dei pz coinvolti in attività
- Significativa riduzione del declino funzionale nelle ADL, nello stato cognitivo, nella continenza e nei problemi psicosociali
- Riduzione della percentuale di ospedalizzazione senza aumento della mortalità

In Italia

Sono oggi disponibili 3 strumenti validati che rispondono ai requisiti della VMD di II generazione e che hanno sviluppato una «suite» composta da strumenti validati sia nel residenziale che nel domiciliare.

VAOR(MDS/RAI) ADI ED RSA + altri da validare

VALGRAF ADI ed RSA

SVAMA ADI ed RSA

SCHEDA DI VALUTAZIONE ELEMENTARE DEL RESIDENTE (SVER) - VERSIONE 2.0*

VALUTAZIONE DI BASE

SEZIONE AA. INFORMAZIONI GENERALI

1. INIZIALI DELL'OSPITE	a. (Cognome)	b. (Nome)	
2. SESSO	1. Maschio	2. Femmina	
3. DATA DI NASCITA	[]-[]-[]-[]-[]-[]		
	Giorno	Mese Anno	
4. RAZZA	1. Bianca	2. Asiatica	3. Negra
5. CODICE SSN	[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]		
6. CODICE FISCALE	[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]-[]		
7. CODICE OSPITE	[]-[]-[]-[]-[]-[]		
8. MOTIVO DELLA VALUTAZIONE	1. Valutazione iniziale 2. Valutazione annuale 3. Cambiamento significativo dello stato di salute 4. Correzione di una precedente valutazione 5. Valutazione trimestrale 6. NESSUNO DEI PRECEDENTI		
9. FIRME	FIRMA DEI VALUTATORI CHE HANNO COMPLETATO QUESTI ITEM:		
	a. Firma	Titolo Data	
	b. Firma	Titolo Data	

INFORMAZIONI GENERALI ALL'AMMISSIONE

SEZIONE AB. DATI PERSONALI

1. DATA DI AMMISSIONE	Nota: non inserire la data di ricommissione dopo la dimissione temporanea dall'ospedale. In questi casi inserire la precedente data di ammissione. []-[]-[]-[]-[]-[]
	Giorno Mezzo Anno
2. PROMISSIONI	1. Abitazione privata senza assistenza domiciliare 2. Abitazione privata con assistenza domiciliare 3. Residenza Assistenziale/casa protetta/comunità alloggio 4. Residenza Sanitaria Assistenziale 5. Ospedale per acuti 6. Ospedale psichiatrico 7. Clinica di riabilitazione 8. Altro
3. VINE DA SOLO (Prima dell'ammissione)	0. No 1. Sì 2. Altro stabilito
4. ISTITUZIONALIZZAZIONE NEGLI ULTIMI 5 ANNI	(Segnare tutti i luoghi in cui l'ospite ha vissuto negli ultimi 5 anni, prima dell'ammissione riportandone l'item AB 1) (Si residente in questa RSA) a. Residente in altra RSA b. Appartamento protetto o comunità alloggio c. Riparto per malati mentali/psichiatrici d. Riparto per handicappati/sortitori di handicap e. NESSUNO DEI PRECEDENTI
5. PROFESSIONE	1. Artigiana 2. Elementare 3. Scuola media inferiore 4. Scuola media superiore Totale anni di istruzione: []-[]-[]-[]-[]-[]
6. SCOLARITÀ (Livello più alto completato)	0. Italiano 1. Altro
7. LINGUA	Lingua madre 0. Italiano 1. Altro
8. STORIA DI MALATTIA MENTALE	Esiste una documentazione medica che specifica storia di ritardo mentale, malattia mentale o altro problema mentale? 0. No 1. Sì
9. PATOLOGIE CON DISTURBI MENTALI	(Segnare ogni patologia che ha provocato ritardo mentale/esordita prima dei 22 anni e verosimilmente destinata a perdurare) No, non ritardo mentale a. Ritardo mentale con patologia organica b. Sindrome di Down c. Autismo d. Epilessia e. Altro patologia organica con ritardo mentale f. Ritardo mentale senza patologia organica
10. DATA RACCOLTA INFORMAZIONI	[]-[]-[]-[]-[]-[]
	Giorno Mezzo Anno

SEZIONE AC. ABITUDINI DIVITA

1. ABITUDINI DI VITA (Nell'anno precedente la prima ammissione in RSA o nell'ultimo anno vissuto in RSA)	(Segnare anche più di una risposta. Se nessuna informazione è disponibile, segnare solo la casella SCONOSCUTE alla fine del quadro) CICLO DELLE ATTIVITÀ GIORNALIERE Va a dormire tardi (ad es. dopo le 21) a. Riposa il pomeriggio (almeno 1 ora) b. Esce uno o più giorni alla settimana c.
--	--

SCHEDA DI VALUTAZIONE ELEMENTARE DEL RESIDENTE (SVER) - VERSIONE 2.0*

(Stato negli ultimi 7 giorni se non indicato diversamente)

SEZIONE A. DATI GENERALI

1. INIZIALI DELL'OSPITE	a. (Cognome)	b. (Nome)
2. NUMERO DELLA STANZA	[]-[]-[]-[]	
3. DATA DI PRESENTAMENTO ALLA VALUTAZIONE	a. Data di valutazione []-[]-[]-[]-[]-[] Giorno Mezzo Anno b. Originale (0) o copia corretta (inserire il numero della correzione)	
4. DATA DI RIAMMISSIONE	Data di ricommissione dalla più recente dimissione dall'ospedale negli ultimi 90 giorni (o dall'ultima valutazione se avvenuta prima di 90 giorni) []-[]-[]-[]-[]-[] Giorno Mezzo Anno	
5. STATO CIVILE	1. Celibe/nubile 2. Coniugato 3. Vedovo 4. Separato 5. Divorziato 6. Altro	
6. NUMERO CARTELLA	[]-[]-[]-[]-[]-[]	
7. FONTE DI PAGAMENTO	(Segnare anche più di una risposta) a. SSN b. Assicurazione c. Proprio d. Altro	
8. MOTIVO DELLA VALUTAZIONE	1. Valutazione iniziale (14° giorno) 2. Valutazione annuale 3. Cambiamento significativo dello stato di salute 4. Correzione di una precedente valutazione 5. Valutazione trimestrale 6. Dimissione - ricommissione non anticipata 7. Dimissione - ricommissione anticipata 8. Dimissione prima di aver completato la valutazione iniziale 9. Ricommissione 0. NESSUNO DEI PRECEDENTI	
9. RESPONSABILITÀ LEGALE/AMMINISTRATIVA	Se stesso Giudice tutelare Curatore Altro	
10. OPZIONI DI TRATTAMENTO	Restrizioni alimentari Restrizioni farmacologiche Altre restrizioni di trattamento NESSUNO DEI PRECEDENTI	

SEZIONE B. STATO COGNITIVO

1. STATO DI COMA	(Stato vegetativo persistente) 0. No 1. Sì (Passare alla sezione G)
2. MEMORIA	(Ricorda cose apprese o note) a. Memoria a breve termine OK — sembra ricordare dopo 5 minuti b. Memoria OK 1. Problemi di memoria c. Memoria a lungo termine: sembra ricordare elementi del passato recente d. Memoria OK 1. Problemi di memoria
3. MEMORIA/CAPACITÀ DI RICORDO	(Segnare tutto ciò che l'ospite è in grado di ricordare negli ultimi 7 giorni) a. Stagione attuale b. Ubicazione propria camera

5. INDICATORI DI STATO CONFUSIONALE AUTO PERIODO PERIODICAMENTE	(Codifica il comportamento negli ultimi 7 giorni) Nota: una valutazione accurata richiede un colloquio con lo staff ed i familiari che hanno una diretta conoscenza del comportamento dell'ospite nel tempo. 1. Problemi di comportamento presenti da tempo 2. Problemi di comportamento assenti 3. Problemi di comportamento presenti da tempo 4. Problemi di comportamento presenti e lessi negli ultimi 7 giorni rispetto alle normali condizioni dell'ospite (morti per la prima volta o peggioramenti di disturbi già presenti)
---	---

SEZIONE D. SFERA VISIVA

1. VISTA	(Capacità di vedere in condizioni di illuminazione adeguata e con gli occhi al centro) 0. ADEGUATA - vedi i dettagli minuti, compresi i caratteri di stampa di giornali/libri 1. LIEVEMENTE COMPROMESSA - vedi i caratteri grandi, ma non quelli tipicamente stampati nei giornali/libri 2. MODERAMENTE COMPROMESSA - vista limitata; incapace di leggere i titoli dei giornali, ma riconosce gli oggetti 3. MOLTO COMPROMESSA - riconoscimento degli oggetti dubbio, ma gli occhi sembrano seguire gli oggetti 4. GRAVEMENTE COMPROMESSA - non vede o vede solo la luce, i colori, i contorni, gli occhi non seguono gli oggetti 5. NESSUNO DEI PRECEDENTI
2. DISTURBI DEL CAMPO VISIVO	Problemi di visione laterale - ridotta visione periferica (ad es. lascia cibo in un lato del piatto, ha difficoltà nello spostarsi, urta contro la gente e gli oggetti, valuta erroneamente la posizione della sedia quando si siede). Difficoltà varie: vede aloni o cerchi intorno alle luci, lampi luminosi, "veglia sopra gli occhi" NESSUNO DEI PRECEDENTI
3. AUSILI VISIVI	Occhiali, lenti o contatto, lente di ingrandimento 0. No 1. Sì

SEZIONE E. UMORE E COMPORTAMENTO

1. INDICATORI DI DEPRESSIONE ANSIA UMORE TRISTE	(Codifica gli indicatori osservati negli ultimi 30 giorni, a prescindere dalla causa presunta) 0. Indicolatore non mostrato negli ultimi 30 giorni 1. Indicolatore manifestatosi fino a 9 giorni la settimana 2. Indicolatore manifestatosi più volte (o quasi) ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE a. L'ospite ha espresso affermazioni negative "nulla è importante; preferirei essere morto, qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciateci morire" b. L'ospite fa affermazioni positive "dove vado; che faccio" c. L'ospite verbalizza ripetutamente "ad es. richiedo di aiuto (Dio aiutami) d. L'ospite è persistentemente arrabbiato con sé o con gli altri (ad es. si irrita per niente, è arrabbiato per essere in RSA, è arrabbiato per l'assistenza che riceve) e. L'ospite si distacca - ad es. "non valgo niente, non servo a nessuno" f. L'ospite esprime paure non reali - ad es. paura di essere abbandonato, lasciato solo, paura di stare con gli altri g. L'ospite afferma in modo incoerente che qualcosa di terribile sta per accadere - ad es. cecchi di star per morire, di avere un infarto h. L'ospite si lamenta in modo ripetitivo della sua salute - ad es. richiede costantemente l'attenzione del personale, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali i. L'ospite ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione o idee assistenziali - attenzione/associazione circa gli orari, i costi, la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali PROBLEMI CON IL SONNO j. Cattivo umore la mattina k. Insonnia/cambiamenti del normale ciclo di sonno ATTENZIONE TRISTE, APPATITO, ANSIOSO l. Espressione della faccia triste, addolorata, preoccupata - ad es. fronte accigliata m. Pianto, facilità alle lacrime n. Movimento ripetitivo - ad es. andare in giro, toversi le mani, irregolarità, eccitazione
---	--

5. CAMBIAMENTI DEL COMPORTAMENTO	Il comportamento dell'ospite è: 0. Dal'ultima valutazione se avvenuta 0. Invariato 1. Migliorato
----------------------------------	--

SEZIONE F. BENESSERE PSICOLOGICO

1. SPIRITO DI INIZIATIVA/CONVINTO/GIOVILE	Si trova a suo agio con gli altri 0. Si trova a suo agio in attività pianificate o svolte senza problemi attività di stabilisce i propri obiettivi 1. Mancanza di coinvolgimento nell'attività e procura attività, è coinvolto in altre attività (va a messa) 2. Accetta l'invito a partecipare alle attività di gruppo
2. VITA DI RELAZIONE DIFFICILE	Confitto aperto/mostrato a/o altri Non si trova bene con i compagni Non si trova bene con gli altri ospiti Confitto aperto/rabbia con famiglia Mancanza di contatti personali o Recede per contatti familiari, amici Non si adatta facilmente ai cambiamenti NESSUNO DEI PRECEDENTI
3. RUOLI RINCHIESTI IN PASSATO	Forte identificazione con ruolo e Esprime invidia, rabbia, senso rido/stato sociale Percepisce che l'ambiente attuale differisce da quel in cui visse in passato NESSUNO DEI PRECEDENTI

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA E STRUTTURA

1. (A) AUTONOMIA NELLE ATTIVITÀ	(Codifica per la propria giorni e 7 notti - esclusa l'organizzazione) 0. INDIPENDENTE - nessun aiuto o supervisione 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.
1. SUPERVISIONE	- controllo, incoraggiamento, durante gli ultimi 7 giorni - OPIPURE - supervisione dati solo 1 o 2 volte negli ultimi 7 giorni 2. ASSISTENZA LIM (ORA) - ospite molto attivo, ha guida degli altri o altra assistenza che non impedisce OPIPURE - maggior aiuto fisico fornito solo 1-2 volte 3. ASSISTENZA INTENSIVA - sembra l'ospite abbia ultimi 7 giorni, ha richiesto aiuto ed/ o supervisione / - aiuti nel sollevare - aiuto completo da parte di un altro durante parte 4. DIPENDENZA TOTALE - aiuto completo da parte 5. ATTIVITÀ MANI - negli ultimi mesi, negli ultimi 7 giorni (B) AUTOFORNITO NELLE ATTIVITÀ 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.
a. MOBILITÀ A LETTO	Come l'ospite si solleva e si all'alto ed assume posizioni
b. TRASFERIMENTI	Come l'ospite si sposta tra di sedia a rotelle, in piedi, (porta
c. DEAMBULAZIONE NELLA STANZA	Come l'ospite cammina tra di stanza
d. DEAMBULAZIONE NEL CORRIDOIO	Come l'ospite cammina nel corridoio



ACRONIMO	STRUMENTO	Regione
AGED	Assessment Geriatric Disability	Liguria
BINA	Breve indice sulla non autosufficienza	Emilia Romagna
CARTELLA GERIATRICA		Piemonte
GFRS	Scala di valutazione della funzionalità geriatrica	Lazio
SOSIA	Scheda osservazione intermedia assistenza	Lombardia
SVAMA	Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano	Veneto, Puglia, Campania, Calabria
SVM	Scheda valutazione multidimensionale	Trento
VGA	Valutazione del grado di autosufficienza	Toscana
VAL.GRAF	Scheda di VMD longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici	Friuli Venezia Giulia
VAOR	Scheda di valutazione dell'anziano ospite di residenza	Abruzzo, Lazio



Indice Prognostico Multidimensionale

- Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) è un indice prognostico di mortalità a breve (1 mese) e lungo-termine (1 anno) basato su informazioni ottenute da una Valutazione Multidimensionale (VMD) del soggetto anziano. L'MPI è calcolato da parametri che valutano i seguenti 8 domini della VMD:

1. Activities of Daily Living (ADL),
2. Instrumental Activities of Daily Living (IADL),
3. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ),
4. Mini Nutritional Assessment (MNA),
5. scala di Exton-Smith,
6. Comorbidity Index Rating Scale (CIRS),
7. numero di farmaci,
8. stato abitativo.

*Pilotto A et al, Rejuvenation Res
2008;11:151-61*

MPI - Multidimensional Prognostic Index

	Punteggio assegnato ad ogni dominio		
	Basso (valore=0)	Medio (valore=0,5)	Alto (valore=1)
SPMSQ^a	0-3	4-7	8-10
ESS^b	16-20	10-15	5-9
ADL^c	6-5	4-3	2-0
IADL^c	8-6	5-4	3-0
CIRS^d	0	1-2	≥3
MNA^e	≥24	17-23,5	<17
Numero di farmaci	0-3	4-6	≥7
Condizione sociale	Vive con famiglia	Istituzionalizzato	Vive solo
Sommare i punteggi assegnati a ciascun dominio e quindi dividere la somma per 8		PUNTEGGIO TOTALE	

Legenda:

RISCHIO	Lieve (MPI 1)	Moderato (MPI 2)	Severo (MPI 3)
RANGE	0.00-0.33	0.34-0.66	0.67-1.0

MPI-SVAMA

L'indice MPI-SVAMA è un indice prognostico di mortalità a breve (1 mese) e lungo-termine (1 anno) basato su informazioni contenute nella scheda SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane). L'indice MPI-SVAMA è l'evoluzione del **Multidimensional Prognostic Index (MPI)**, indice prognostico di mortalità a breve (1 mese) e lungo-termine (1 anno), basato su informazioni ottenute dalla Valutazione Multidimensionale (VMD) del soggetto anziano. L'indice MPI-SVAMA viene calcolato dai parametri contenuti nella scheda SVAMA che valuta i seguenti 9 domini della persona anziana:

1. Età (in anni)
2. Sesso
3. Assistenza infermieristica, 11 items (VIP)
4. Rischio di lesioni da decubito: scala di Exton-Smith, 5 items (VPIA)
5. Stato cognitivo: Short Portable Mental Status Questionnaire, 10 items (SPMSQ) (VCOG)
6. Stato funzionale, Activities of Daily Living (Barthel ADL), 6 items (VADL),
7. Motilità funzionale, scala Barthel motilità, 3 items (VMOB),
8. Supporto della rete sociale, 1 item (VSOC),
9. Patologia principale

TAO/VMD

Gli anziani classificati ad alto rischio di mortalità, in base allo score prognostico MPI-SVaMA (Multidimensional Prognostic Index - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) ricevevano meno frequentemente una terapia anticoagulante per la FA.

VMD /predittività su outcome clinico nei pz con FA

“ ...dividendo i pazienti cardiopatici in due coorti: quelli con FA e/o IVS (45%) da quelli esenti (55%), i pazienti con FA sono ...”:

- Più anziani (85,3 vs 83,7aa)
- Gravati da una maggior mortalità (13,3% vs 9,4%)
- Con maggiore disabilità sia premorbosa (ADL pre 3,3 vs 3,6) che all'atto del ricovero (ADL 1,9 vs 2,1)
- Cognitivamente più compromessi (SPMSQ 5,3 vs 4,8)
- Con valori di PCR più elevati (7,1 vs 6,7).

(Green AR 2016)

LA DIALETTICA FRA IL TROPPO ED IL TROPPO POCO

Il troppo: eccesso di trattamento in caso di malattie croniche, quando sono praticamente nulle le possibilità di modificare la storia naturale delle patologie

Il troppo poco: “non faccio nulla tanto è vecchio e demente...”



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

3.2 Questioni aperte

“Integrated AF management and careful adaptation of drug dosing seem reasonable to reduce the complications of AF therapy in such [frail and elderly] patients”

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS; European Heart Journal (2016) 37, 2893–2962

Anticoagulation in geriatric patients with atrial fibrillation: With what and for whom no more?

“Before beginning anticoagulation a geriatric assessment for the evaluation of cognitive ability, the activities of daily living and the risk of falling should be made because of the known complications of anticoagulation”



That's all Folks!