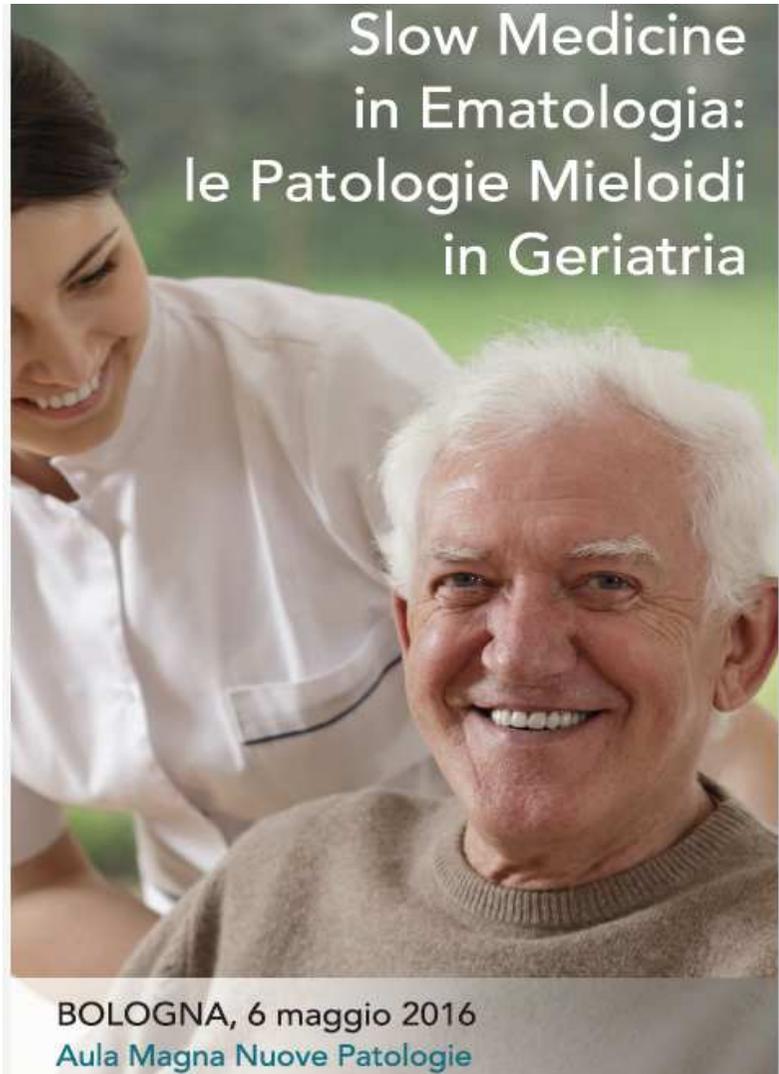


BOLOGNA

6 maggio 2016

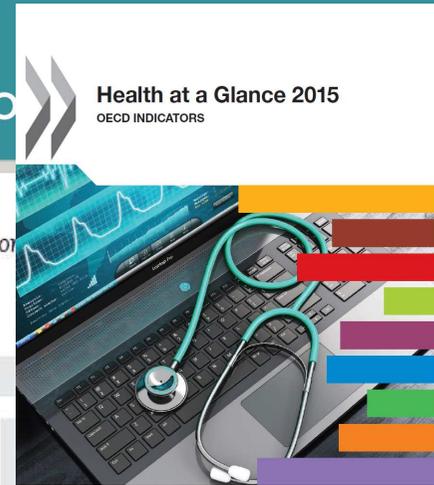
Slow Medicine in Ematologia:
le Patologie Mieloidi in Geriatria



Integrazione tra geriatra ed ematologo : Modelli assistenziali

Maria Lia Lunardelli

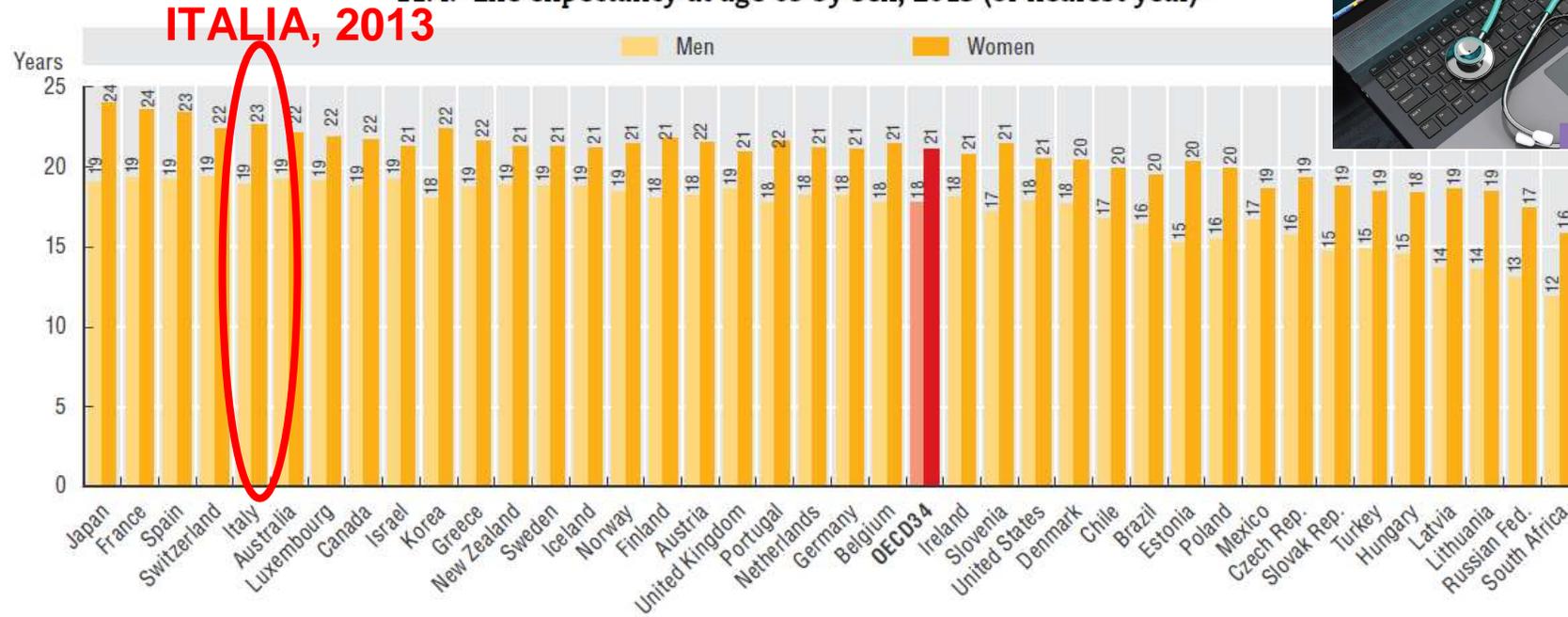
UO Geriatria



Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

11.4. Life expectancy at age 65 by sex, 2013 (or nearest year)



Note: Countries are ranked in descending order of life expectancy for the whole population.

Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281383>

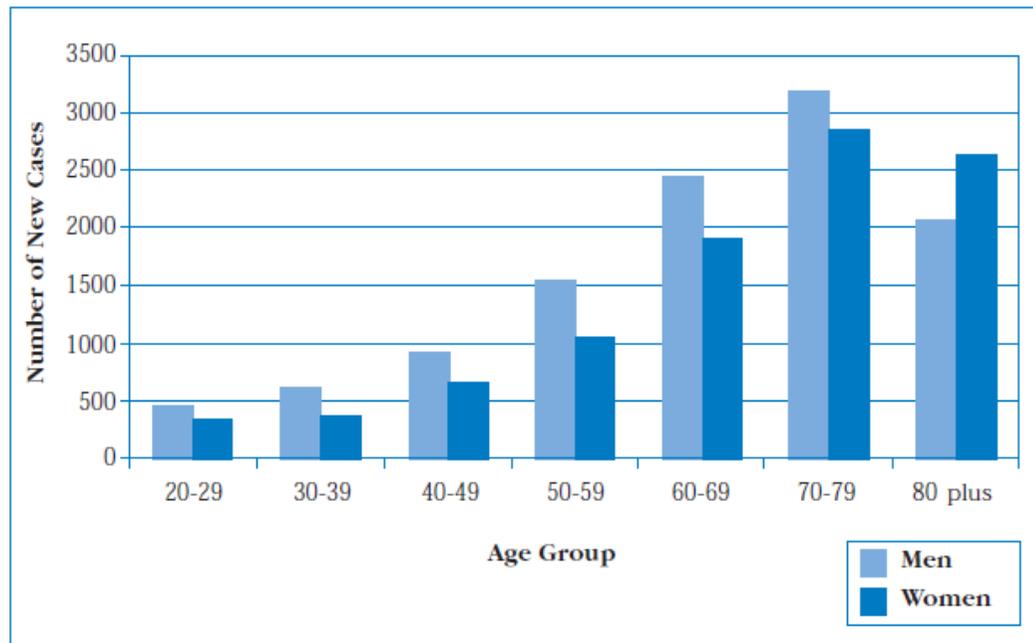
Aspettativa di vita a 65 anni in ITALIA nel 2013

Donne : 23 anni

Uomini:19 anni

- In USA e in Europa la maggioranza delle persone con diagnosi di cancro ha un età >65
- Nel 2030 si stima che circa il 70% delle nuove diagnosi di cancro riguarderanno gli ultra65

Figure 1. Number of new cases of haematological cancers (all types, combined) by age group, 1997⁵



1. Department of Health (2001) *The NHS Cancer Plan*. Available from:

www.doh.gov.uk/cancer/cancerplan.htm

2. National Assembly for Wales (2001) *Improving Health in Wales: A Plan for the NHS and its Partners*.

Available from:

www.wales.gov.uk/healthplanonline/health_plan/content/nhsplan-e.pdf

3. *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: A Report by the Expert Advisory Group on*

Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales (1995). Available

Defining old: clinical challenges and changing ideas in haemato-oncology

Blood Cancer in the Elderly European Expert Forum Rome, 19 Mar 2011

Expert oncologists have agreed to **combat ageism** and **improve clinical management in haemato-oncology**

Age is a "risk factor for NOT receiving adequate treatment"

Prof. Lodovico Balducci

Moffitt Cancer Center, Tampa Florida, USA

He also suggested that randomized controlled trials (RCT) were not able to cover the variabilities and comorbidities of elderly cancer patients, and though important, were not the only way to build knowledge.

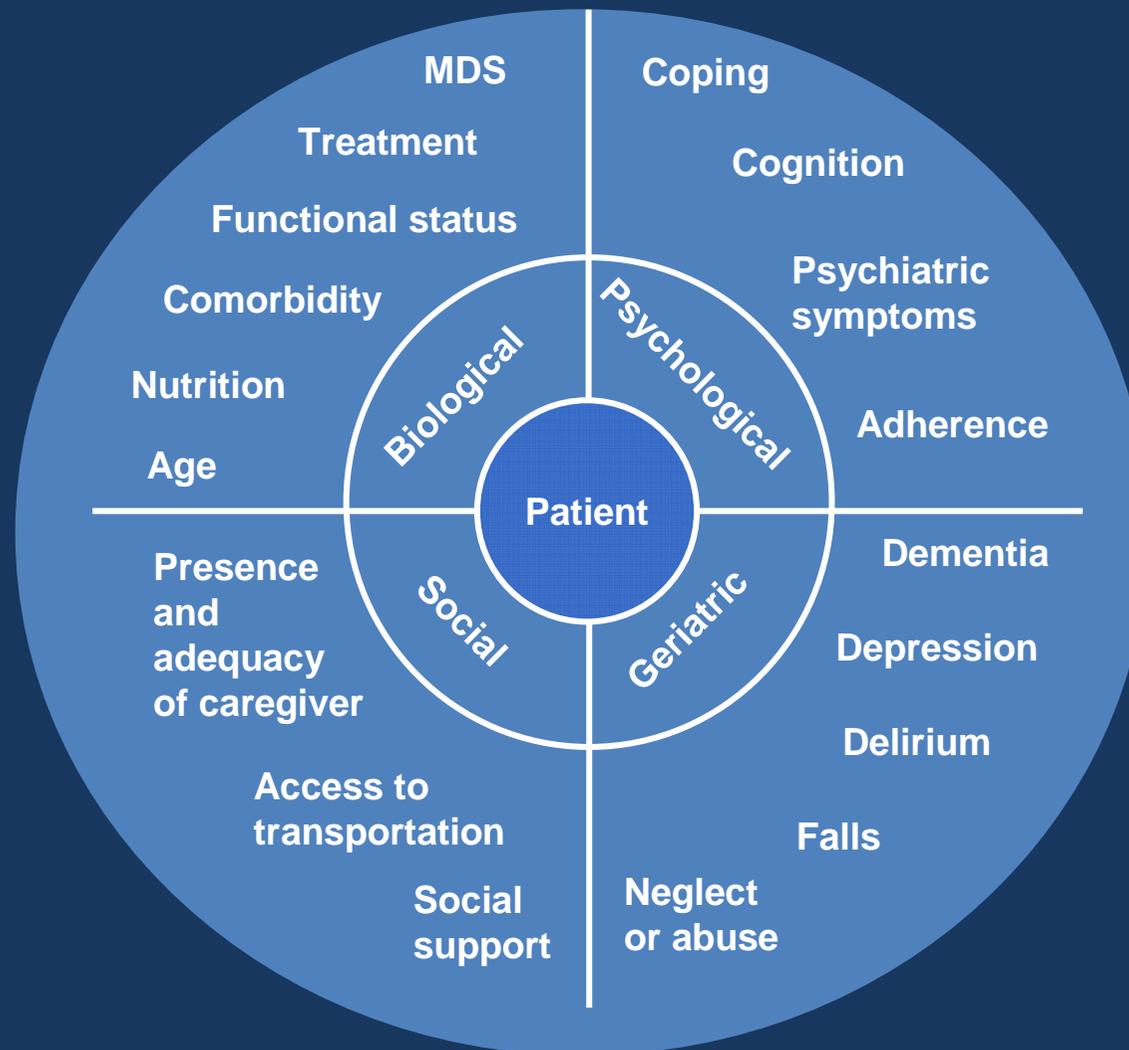
- La decisione di intraprendere un trattamento è spesso condizionato dalla presenza di Comorbidità e da fattori funzionali e psico-sociali
- Il US National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e l'International Society of Geriatric Oncology (SIOG) raccomandano che venga condotto l'assessment geriatrico per individuare il miglior trattamento.

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

E' un "processo diagnostico interdisciplinare e multidimensionale" che ha l'intento di individuare le condizioni mediche, psicosociali, funzionali e i problemi degli anziani fragili e di sviluppare un programma generale per il trattamento e il follow up del paziente

1987: Consensus Conference on Geriatric Assessment
Methods for Clinical Decision making

Factors that determine treatment options in elderly patients with MDS



Nel 2005 una task force della SIOG - Società internazionale di Geriatria Oncologica ha indicato le seguenti raccomandazioni:

1. Lo screening deve essere applicato ai pazienti >70 candidati a trattamenti aggressivi a causa della maggiore incidenza di problemi geriatrici
2. Una CGA è raccomandata per
 - individuare i problemi non riconosciuti
 - migliorare lo stato funzionale
 - e possibilmente la sopravvivenza

Non venivano raccomandati specifici strumenti o approcci

Comprehensive geriatric assessment (CGA) per la stratificazione del rischio per il trattamento dei pazienti anziani:

- Group 1
 - functionally independent, no serious comorbidity
 - standard cancer treatment
- Group 2
 - partially dependent, ≤ 2 comorbid conditions
 - modified cancer treatment
- Group 3
 - dependent, ≥ 3 comorbid conditions, any geriatric syndrome
 - palliative treatment

Balducci L, et al. *Oncologist*. 2000;5:224-237

International Society of Geriatric Oncology Consensus on Geriatric Assessment in Older Patients With Cancer

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Martine Puts, Eva Topinkova, Maryska L.G. Janssen-Heijnen, Martine Extermann, Claire Falandry, Andrew Artz, Etienne Brain, Giuseppe Colloca, Johan Flamaing, Theodora Karnakis, Cindy Kenis, Riccardo A. Audisio, Supriya Mohile, Lazzaro Repetto, Barbara Van Leeuwen, Koen Milisen, and Arti Hurria

A B S T R A C T

Purpose

To update the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) 2005 recommendations on geriatric assessment (GA) in older patients with cancer.

Methods

SIOG composed a panel with expertise in geriatric oncology to develop consensus statements after literature review of key evidence on the following topics: rationale for performing GA; findings from a GA performed in geriatric oncology patients; ability of GA to predict oncology treatment-related complications; association between GA findings and overall survival (OS); impact of GA findings on oncology treatment decisions; composition of a GA, including domains and tools; and methods for implementing GA in clinical care.

Results

GA can be valuable in oncology practice for following reasons: detection of impairment not identified in routine history or physical examination, ability to predict severe treatment-related toxicity, ability to predict OS in a variety of tumors and treatment settings, and ability to influence treatment choice and intensity. The panel recommended that the following domains be evaluated in a GA: functional status, comorbidity, cognition, mental health status, fatigue, social status and support, nutrition, and presence of geriatric syndromes. Although several combinations of tools and various models are available for implementation of GA in oncology practice, the expert panel could not endorse one over another.

Conclusion

There is mounting data regarding the utility of GA in oncology practice; however, additional research is needed to continue to strengthen the evidence base.

J Clin Oncol 32:2595-2603. © 2014 by American Society of Clinical Oncology

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Johan Flamaing, Cindy Kenis, and Koen Milisen, University Hospitals Leuven, KU Leuven, Leuven, Leuven, Belgium; Martine Puts, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; Eva Topinkova, Charles University, Prague, Czech Republic; Maryska L.G. Janssen-Heijnen, VieCuri Medical Centre, Venlo, and Maastricht University Medical Center, Maastricht; Barbara Van Leeuwen, Groningen University, Groningen, the Netherlands; Martine Extermann, University of South Florida, Tampa, FL; Claire Falandry, Lyon University, Pierre-Bénite; Etienne Brain, Hôpital René Huguenin-Institut Curie, Saint-Cloud, France; Andrew Artz, University of Chicago, Chicago, IL; Giuseppe Colloca, Catholic University of Sacred Heart, Rome; Lazzaro Repetto, G. Boreas Hospital, Sanremo, Italy; Theodora Karnakis, University of Sao Paulo Medical School, Sao Paulo, Brazil; Riccardo A. Audisio, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom; Supriya Mohile, University of Rochester, Rochester, NY; and Arti Hurria, City of Hope, Duarte, CA.

Published online ahead of print at www.jco.org on July 28, 2014.

Supported in part by the Belgian Cancer Plan (2012-2015) and Grant No. KPC 24 B 026 from the Belgian Federal Public Service of Health, Food

Risultati:

1) La CGA fornisce informazioni e identifica problemi non rilevabili attraverso la storia e l'esame clinico.

La prevalenza di **problemi nutrizionali** è maggiore nei pazienti affetti da cancro (Liv Wegeland, Arch Gerontol Geriatr 2011)

La presenza di **deterioramento cognitivo e/o** di alterazione dell'umore interferiscono con la comprensione, il consenso e la compliance al trattamento (Plassman, Ann Intern Med 2008)

La depressione, presente nel 25% dei pazienti anziani, in quelli affetti da cancro non è spesso riconosciuta (Dale, J Clin Oncol, 2009)

2. I pazienti valutati mediante CGA hanno una migliore tolleranza al trattamento oncologico (Cudennec, Lung Cancer, 2010)

La dipendenza funzionale è correlata ad un aumentato rischio di tossicità da CT (Ann.Oncol. 2005) e di mortalità ad un anno (Piccirillo, JAMA 2004);

La presenza di deterioramento cognitivo favorisce effetti avversi, quali il delirium, nei pazienti sottoposti a trattamenti specifici. (Gupta, J Am Geriatr Soc 2004)

La carenza di supporti sociali si associa ad una ridotta tolleranza al trattamento CT ed aumento della mortalità (Glough, J Clin Oncol, 2010)

I fattori della CGA associati con la tossicità sono:

- **Stato funzionale**
- **Comorbilità**
- Problemi cognitivi
- Mancanza di supporti sociali
- Deficit uditivo
- Cadute
- Stato nutrizionale
- Ridotta forza muscolare (Hand grip)

Questi items sono predittivi e indipendenti dai classici predittori oncologici del rischio di tossicità severa legata al trattamento (CRASH) ma i cut-off non sono ancora stati definiti per i diversi tipi di cancro.

COMORBIDITA' IN ONCOGERIATRIA

La Comorbidity si associa ad un aumento del rischio di mortalità nei pazienti oncologici.

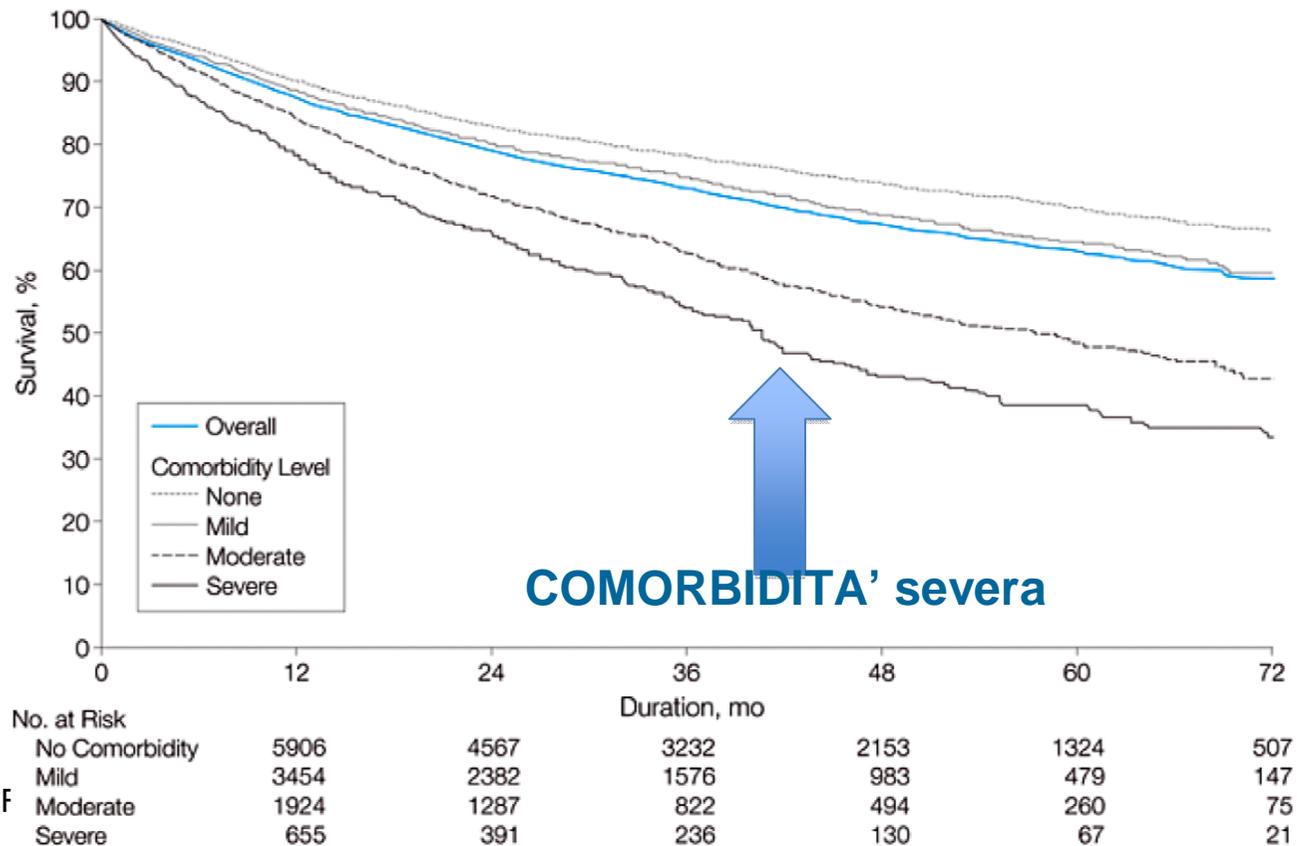
Non è il numero delle patologie che influisce sulla sopravvivenza, ma la loro severità (Koroukiah, J Am Ger Soc, 2009)

La Comorbidity e il suo trattamento sembrano influenzare il comportamento del cancro stesso (ricaduta, risposta al trattamento)

(Extermann M. Interaction between comorbidity and cancer. Cancer Control. 2007;14:13–22.)

Diventa quindi necessario integrare la valutazione della comorbidity nel processo decisionale e gestionale del paziente anziano.

From: **Prognostic Importance of Comorbidity in a Hospital-Based Cancer Registry** JF Piccirillo, JAMA. 2004;291(20):2441-2447.



19268 pt

La severità della comorbidità influenza sensibilmente la sopravvivenza

L'impatto della Comorbidità è indipendente dallo stadio della malattia

Curves adjusted for age, race, sex, and cancer stage. Partial χ^2 23 due to comorbidity, 523.54; $P < .001$.

La CGA può avere valenza prognostica

3. La CGA consente di identificare fattori prognostici misurabili in diversi tipi di tumori e setting di cura (Kristjansson, Crit Rev Oncol Hematol, 2010)

permette di :

- stimare l'attesa di vita,
- determinare il rischio di disabilità correlata al tumore
- determinare tossicità ed effetti collaterali da trattamento aggressivo

In Generale la CGA permette di fare un bilancio tra benefici e danni conseguenti alla applicazione o meno di specifici interventi chemioterapici

4) La CGA è utile nel processo decisionale per il trattamento

- Negli studi l'impatto della CGA nel modificare le scelte terapeutiche varia da 0% a 83%
- In generale i risultati della CGA hanno portato ad una riduzione della aggressività del trattamento influenzando le decisioni del trattamento oncologico nel 44.9 % .
- Queste decisioni non sono non solo nel senso di una riduzione ma anche di un aumento della intensità del trattamento.
- La valutazione geriatrica consente l'ottimizzazione delle condizioni cliniche del paziente, quando situazioni reversibili sono state individuate.

Conclusioni : I dati disponibili in letteratura dimostrano l'utilità della CGA nella pratica oncologica ma sono necessari studi ulteriori per rafforzarne l'evidenza.

Use of Geriatric Assessment for Older Adults in the Oncology Setting: A Systematic Review

M. T. E. Puts, J. Hardt, J. Monette, V. Girre, E. Springall, S. M. H. Alibhai

Manuscript received December 11, 2011; revised May 14, 2012; accepted May 17, 2012.

Correspondence to: Martine Puts, PhD, 155 College Street, Suite 130, Toronto, ON M5T 1P8, Canada (e-mail: martine.puts@utoronto.ca).

Background Geriatric assessment is a multidisciplinary diagnostic process that evaluates the older adult's medical, psychological, social, and functional capacity. No systematic review of the use of geriatric assessment in oncology has been conducted. The goals of this systematic review were: 1) to provide an overview of all geriatric assessment instruments used in the oncology setting; 2) to examine the feasibility and psychometric properties of those instruments; and 3) to systematically evaluate the effectiveness of geriatric assessment in predicting or modifying outcomes (including the impact on treatment decision making, toxicity of treatment, and mortality).

Methods We searched Medline, Embase, Psychinfo, Cinahl, and the Cochrane Library for articles published in English, French, Dutch, or German between January 1, 1996, and November 16, 2010, reporting on cross-sectional, longitudinal, interventional, or observational studies that assessed the feasibility or effectiveness of geriatric assessment instruments. The quality of articles was evaluated using relevant quality assessment frameworks.

Results We identified 83 articles that reported on 73 studies. The quality of most studies was poor to moderate. Eleven studies examined psychometric properties or diagnostic accuracy of the geriatric assessment instruments used. The assessment generally took 10–45 min. Geriatric assessment was most often completed to describe a patient's health and functional status. Specific domains of geriatric assessment were associated with treatment toxicity in 6 of 9 studies and with mortality in 8 of 16 studies. Of the four studies that examined the impact of geriatric assessment on the cancer treatment decision, two found that geriatric assessment impacted 40%–50% of treatment decisions.

Conclusion Geriatric assessment in the oncology setting is feasible, and some domains are associated with adverse outcomes. However, there is limited evidence that geriatric assessment impacted treatment decision making. Further research examining the effectiveness of geriatric assessment on treatment decisions and outcomes is needed.

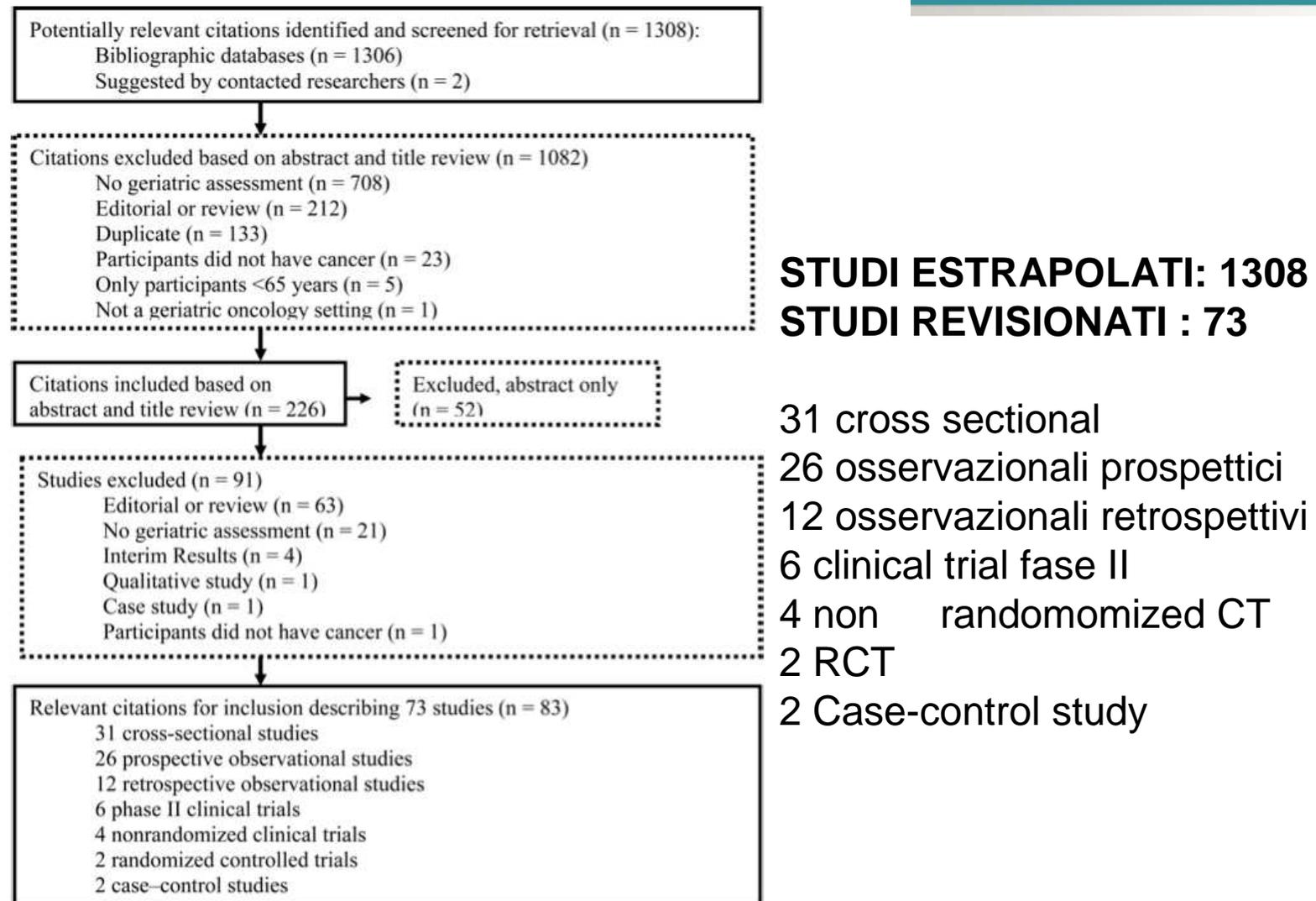


Figure 1. Flow chart of study selection.

Risultati: Review sistematica CGA in oncologia geriatrica

1. Mancanza di consenso sul gold standard CGA nel settore oncologico

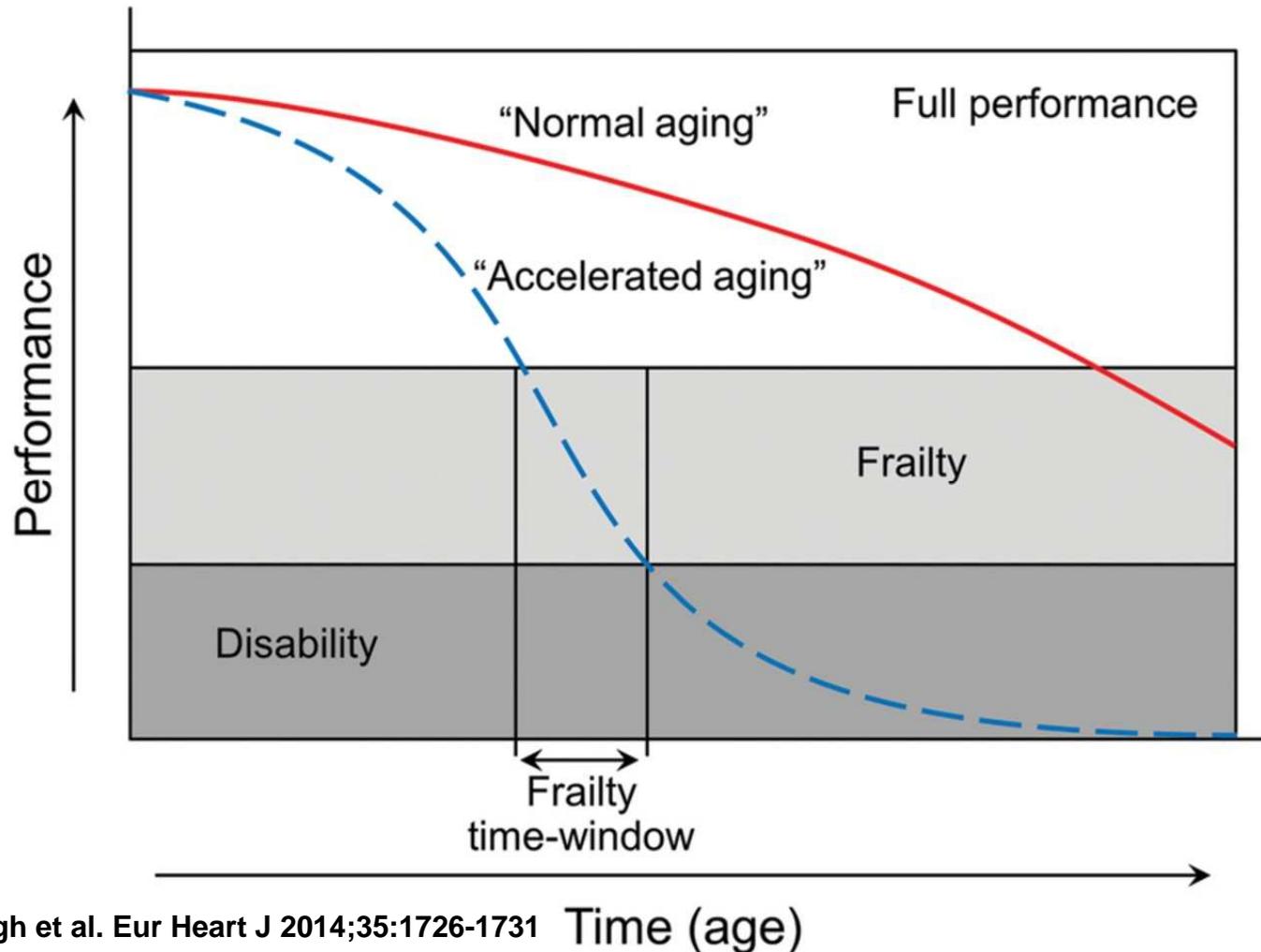
Non esiste un set condiviso di strumenti sviluppati o modificati ad hoc e confrontati con CGA standard in termini di:

- Validità Predittiva per il trattamento
- Outcomes

Non esistono studi di confronto con la usual care in particolare riguardo all'impatto sui processi decisionali relativi al trattamento.

- Frail non è l'endpoint di un continuum da Fit a completamente dipendente ma rappresenta piuttosto uno stato in cui un individuo è indipendente ma a rischio di sviluppare Disabilità
- L'uso non consistente del concetto di fragilità in oncologia e geriatria può generare confusione e ostacolare la traslazione della conoscenza dalla ricerca nella pratica clinica e in setting di cura diversi

Trajectories of health and functioning with aging



Elderly patients live on the borderline of a precariously balanced physiological state.



Attention to detail in ALL aspects of the patient's care is likely to produce the best outcome

Febbraio, 2016

RESEARCH ARTICLE

Frailty Markers and Treatment Decisions in Patients Seen in Oncogeriatric Clinics: Results from the ASRO Pilot Study

Anaïs Farcet¹*, Laure de Decker², Vanessa Pauly³, Frédérique Rousseau⁴, Howard Bergman⁵, Catherine Molines¹, Frédérique Retornaz^{1,3,6}

1 Unité de coordination en oncologie gériatrique, Centre Gérontologique Départemental, Marseille, France, 2 Département de Gériatrie, Centre Hospitalo-Universitaire, Nantes, France, 3 Aix Marseille Université, Laboratoire de Santé Publique EA 3279, Faculté de médecine Centre d'Evaluation de la Pharmacodépendance-Addictovigilance (CEIP-A) de Marseille (PACA-Corse) Associé, Marseille, France, 4 Unité de coordination en oncologie gériatrique, Institut Paoli Calmette, Marseille, France, 5 Department of Family Medicine, McGill University, Montréal, QC H3T 1E2, Canada, 6 Unité de soins et de recherche en médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Européen, Marseille, France

☯ These authors contributed equally to this work.

* afarcet.cgd13@e-santepaca.fr



Marker di Fragilità derivati dai
criteri di FRIED

Table 2. Univariate and multivariate logistic regression models showing the association between final treatment recommendations, CGA and Frailty markers.

	Univariate logistic regression				Multivariate logistic regression	
	Standard treatment with or without any changes	Modified treatment	Univariate OR [95%CI]	<i>p</i>	Multivariate OR [95%CI]	<i>p</i> -value
Age (years)	82.3±5.1	83.8 (±5.4)	0.9 [0.9;1.0]	0.08	-	-
Sex						
Male	61(66.3%)	31 (33.7%)	1	0.093	-	-
Female	68 (54.4%)	57 (45.6%)	0.6 [0.3;1.1]			
Social support						
No	17 (63%)	10 (37.0%)	1	0.63	-	-
Yes	107 (58.2%)	77 (41.8%)	0.8 [0.4;1.8]			
Comorbidities ≥ 3						
No	109 (61.6%)	68 (38.4%)	1	0.21	-	-
Yes	19 (50%)	19 (50%)	0.6 [0.3;1.3]			
ADL						
Normal	92 (69.7%)	40 (30.3%)	1	<0.001*	1	0.010*
Abnormal	36 (43.9%)	46 (56.1%)	0.3 [0.2;0.6]		0.4 [0.2 ; 0.8]	
IADL						
Normal	57 (73.1%)	21 (26.9%)	1	0.002*	-	-
Abnormal	71 (51.8%)	66 (48.2%)	0.4 [0.2; 0.7]			
Cognitive impairment						
No	78 (61.4%)	49 (38.6%)	1	0.53	-	-
Yes	48 (57.1%)	36 (42.9%)	0.8 [0.5;1.5]			
BMI	25.0 (±5.0)	24.5 (±5.4)	1.0 [0.9;1.1]	0.57	-	-
Falls						
No	86 (65.2%)	46 (34.8%)	1	0.006*	-	-
Yes	24 (43.6%)	31 (56.4%)	0.4 [0.2;0.8]			
Depression						
No	89 (66.9%)	44 (33.1%)	0.5 [0.3; 0.9]	0.020*	-	-
Yes	40 (50.0%)	40 (50.0%)	1			
ECOG-PS						
< 2	43 (66.2%)	22 (33.8%)	1	0.010*	-	-
≥ 2	10 (37.0%)	17 (63.0%)	0.3 [0.1;0.8]			

Balducci's Classification								
I	3 (60.0%)	2 (40.0%)	1	0.58	-	-		
II	119 (60.4%)	78 (39.6%)	1.1 [0.2;6.2]					
III	7 (46.7%)	8 (53.3%)	0.6 [0.1;4.6]					
Hearing deficit								
No	73 (65.2%)	39 (34.8%)	1	0.11	-	-		
Yes	49 (53.8%)	42 (46.2%)	0.6 [0.4;1.1]					
Visual deficit								
No	78 (62.9%)	46 (37.1%)	1	0.38	-	-		
Yes	45 (56.3%)	35 (43.7%)	1.3 [0.7;2.3]					
Numbers of frailty markers							<0.0001*	
Not-frail: 0 marker (n = 15)	14 (93.3%)	1 (6.7%)	15.8 [1.9; 128.0]	21.8 [2.8;172.8]	0.004*			
Pre frail: 1-2 markers (n = 110)	79 (71.8%)	31 (28.2%)	3.2 [1.7; 6.1]	4.0 [2.2;7.2]	<0.0001*			
Frail: ≥ 3 markers (n = 92)	36 (39.1%)	56 (60.9%)	1	0.0001*	1			
Grip strength								
Normal	94 (69.7%)	41 (30.4%)	1	< 0.0001*	-	-		
Abnormal	14 (28.6%)	35 (71.4%)	0.2 [0.1; 0.4]					
Physical activity								
Normal	55 (80.9%)	13 (19.1%)	1	< 0.0001*	-	-		
Abnormal	63 (48.8%)	66 (51.2%)	0.3 [0.1;0.5]					
Mobility								
Normal	35 (77.8%)	10 (22.2%)	1	0.002*	-	-		
Abnormal	80 (51.6%)	75 (48.4%)	0.3 [0.1;0.7]					
Nutrition								
Normal	58 (69.0%)	26 (31.0%)	1	0.030*	-	-		
Abnormal	71 (54.2%)	60 (45.8%)	0.5 [0.3;0.9]					
Energy								
Normal	93 (62.0%)	57 (38.0%)	1	0.036*	-	-		

Biological, Clinical, and Psychosocial Correlates at the Interface of Cancer and Aging Research

William Dale, Supriya G. Mohile, Basil A. Eldadah, Edward L. Trimble, Richard L. Schilsky, Harvey J. Cohen, Hyman B. Muss, Kenneth E. Schmader, Betty Ferrell, Martine Extermann, Susan G. Nayfield, Arti Hurria, on behalf of the **Cancer and Aging Research Group**

J Natl Cancer Inst 2012;104:581–589

It was agreed that **future oncology research trials** that enroll older adults should include:

- 1) **improved standardized geriatric assessment** of older oncology patients,
- 2) **substantially enhanced biological assessment** of older oncology patients
- 3) **specific trials for the most vulnerable and/or those older than 75 years**
- 4) **research infrastructure that specifically targets older adults and substantially strengthened geriatrics and oncology collaborations**

Come può essere implementata la CGA nella realtà clinica?

Attualmente i modelli di oncologia-geriatrica con diversi gradi di collaborazione sono riconducibili a 3 tipologie :

- 1) Unità di Geriatria Oncologica all'interno di dipartimenti/ ospedali oncologici (svantaggiosa per i pazienti anziani che dovrebbero essere inviati in questi centri)
- 2) Consultative Geriatric Team: Consulenza geriatrica a pazienti seguiti dagli specialisti oncologi (in ospedali generali in cui vi sia la geriatria e la oncologia).
- 3) In alcuni centri oncologici il geriatra è "embedded" all'interno del team multidisciplinare garantendo così la continuità e la pronta disponibilità nel momento in cui intervengono problemi geriatrici durante il trattamento.

Modello di tipo Consulenziale: Consultative Geriatric Team

Consulenza geriatrica a pazienti seguiti dagli specialisti oncologi si svolge :

-A livello ambulatoriale più frequentemente

-A pazienti ricoverati (in ospedali generali in cui sono presenti reparti di oncologia, ematologia e geriatria)

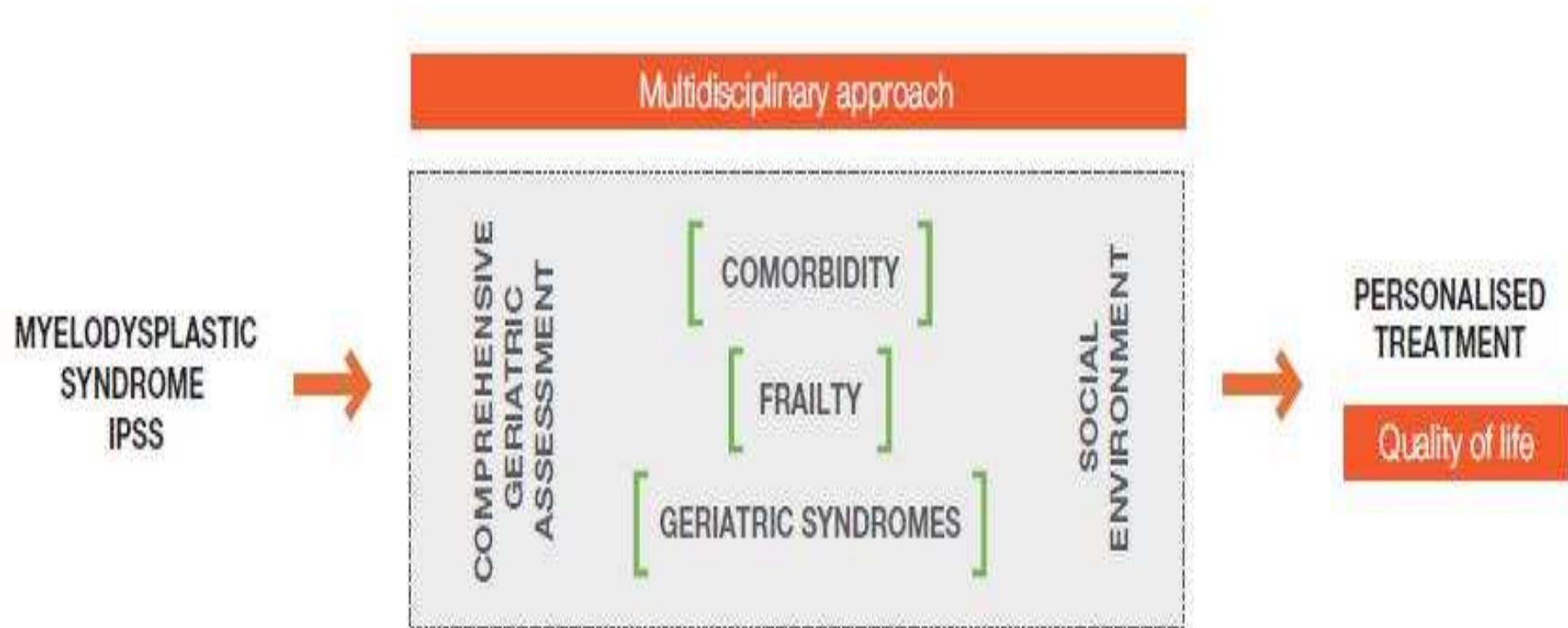
Vantaggi : consente di raggiungere un numero significativo di anziani,

Svantaggi : spesso non si tratta di una vera cogestione in quanto la pianificazione del progetto di cura complessivo rimane un compito esclusivo dell'oncologo

L'intervento si limita alla valutazione e la possibilità di partecipare alle scelte rimane limitata

La consulenza geriatrica può non garantire la continuità di cura e non essere disponibile al bisogno qualora si sviluppino ulteriori problematiche geriatriche (delirium etc)

Approccio Multidisciplinare

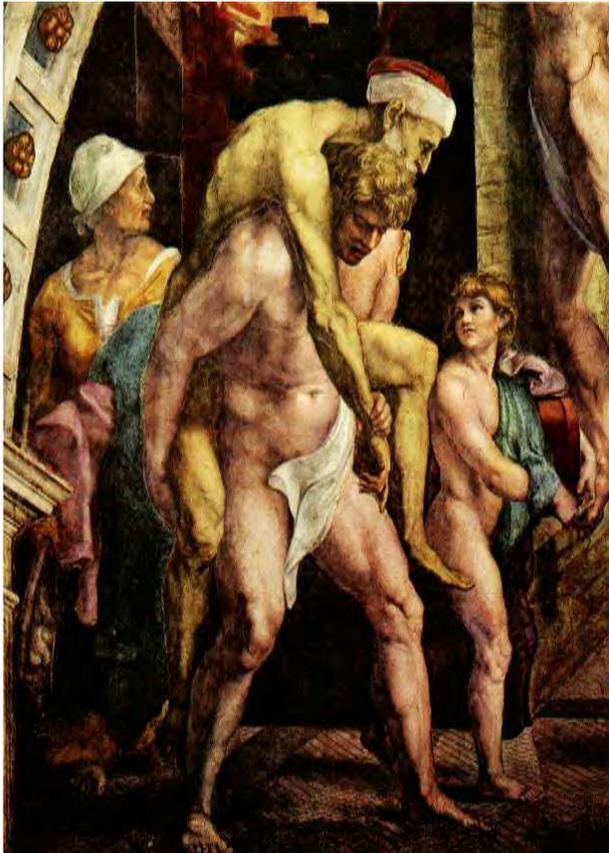


Supportive care

- Gestione delle complicanze frequenti negli anziani
infezioni, herpes zoster, tromboembolismo
- Supporto psicosociale e assistenza a domicilio
- Collaborazione multidisciplinare e integrazione tra ospedale e territorio



Il caregiver: il paziente occulto



La sindrome di Enea

Stressori primari	Care della persona Trattamento dei sintomi Sofferenza del paziente Traiettoria della malattia Cura terminale
Stressori secondari	Stress relativo al ruolo Difficolta' finanziarie Conflitti famigliari Disturbi emotivi precedenti Mancanza di supporto familiare

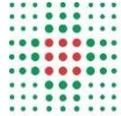
Steps per la costruzione di modelli di cura multidisciplinari integrati

- Analisi epidemiologica e dei flussi all'interno dei servizi
- Condivisione degli obiettivi
- Preparazione di un'ipotesi organizzativa
- Creazione del gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale
- Condivisione di outcome, protocolli, linee guida, expertise
- Formazione integrata e sul campo
- Definizione delle fasi, delle competenze (chi fa che cosa)
- Individuazione degli strumenti per la diagnosi e la valutazione
- Definizione degli indicatori di risultato
- Presentazione ed implementazione

BOLOGNA

6 maggio 2016

Slow Medicine in Ematologia: le Patologie Mieloidi in Geriatria



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

PERCORSO DI CURA PER L'ASSISTENZA INTEGRATA AI PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA PATOLOGIA ONCOEMATOLOGICA

Gruppo di redazione

Giovanni Martinelli

Maria Lia Lunardelli

Sarah Parisi

Gruppo di lavoro

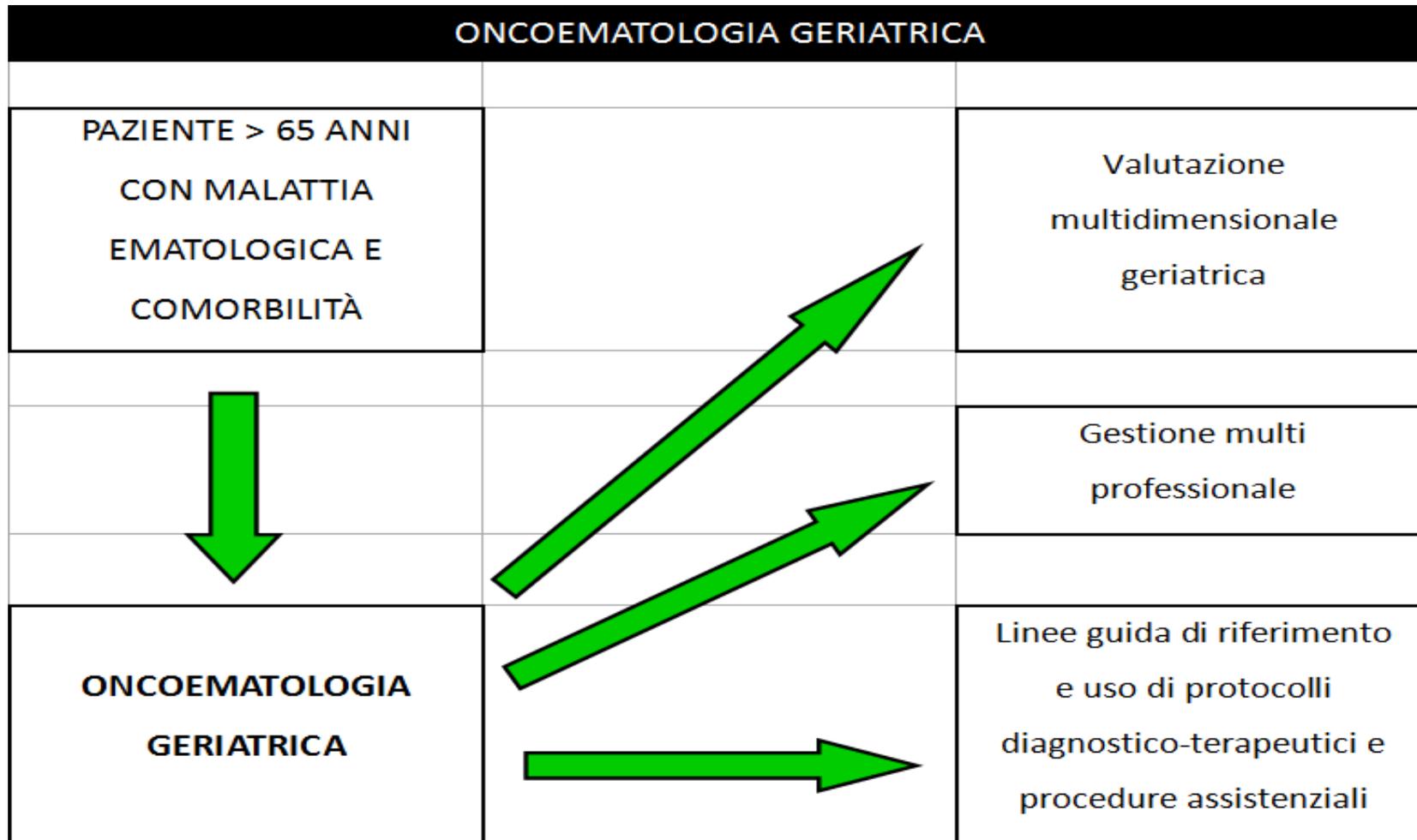
Promotori	Prof. Giovanni Martinelli Dottoressa Maria Lia Lunardelli
Reparti di Riferimento	Ematologia-Cavo Geriatria-Lunardelli
Comitato Organizzatore	Dottor Silvio Di Tella Dottoressa Taglioni Martina Dottoressa Maria Lia Lunardelli Prof Giovanni Martinelli Prof. Nicola Vianelli Dott. Carlo Finelli Dott.ssa Sarah Parisi Dott. Vittorio Stefoni Dott.ssa Paola Tacchetti Dott.ssa Arbana Dizdari Dottoressa Patrizia Bonsi Dottoressa Camilla Conte Dottoressa Simonetta Abbati Dottoressa Antonietta Scumbata
Coordinatori Infermieristici	Mara Righi Giuliana Nepoti Roberto Rossetti
Staff infermieristico

Razionale del Percorso

- Percentuale crescente di pazienti di età >65 aa con patologie ematologiche, di tipo oncologico
- Molti pazienti ematologici anziani non hanno accesso al ricovero in Ematologia
- Gestione clinico-assistenziale complessa: comorbidità, necessità di approccio multidisciplinare, applicazione della valutazione multidimensionale geriatrica.

**Necessità di creare un percorso
diagnostico-terapeutico
per**

- Uniformare le procedure diagnostiche
- Definire e applicare idonee linee-guida di diagnosi e terapia;
- Delineare il percorso assistenziale post-dimissione: servizio ambulatoriale dell'ematologia, assistenza domiciliare, strutture di cure palliative.



PDTA ASSISTENZA INTEGRATA AI PAZIENTI ANZIANI AFFETTI DA PATOLOGIA ONCOEMATOLOGICA: DIAGRAMMA DI FLUSSO

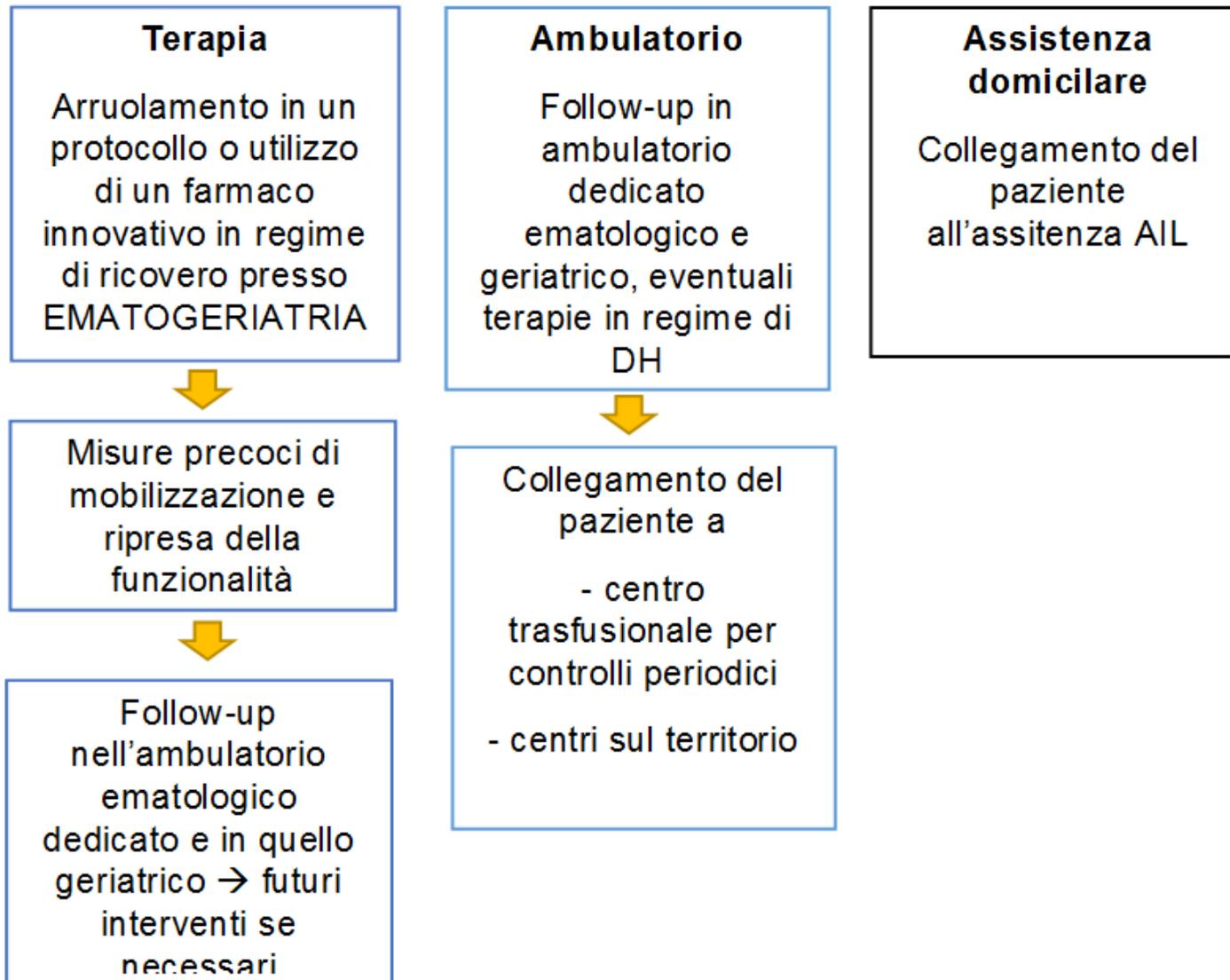
Ingresso in PS o in ambulatorio divisionale → criteri di accesso (> 65 anni, Rankin < 5, HCT-CI, ECOG)

Ricovero presso reparto di degenza di EMATOGERIATRIA per inquadramento e studio; Valutazione clinica: caratteristica e aggressività della malattia, criteri di urgenza, stabilizzazione del quadro clinico

Valutazione del paziente:
assessment geriatrico,
performance status, ADL,
minimalist
.....

Valutazione della malattia:
caratterizzazione molecolare e
genetica da prelievo biptico,
ricerca di eventuali target per
terapie innovative, valutazione per
screening in protocolli sperimentali

Decisione sul trattamento del paziente che viene destinato a un protocollo sperimentale, a una terapia innovativa, collegato a visite ambulatoriali o affidato all'assistenza domiciliare



*Conclusioni del Convegno sulla Valutazione
Multidimensionale in Geriatria. Goteborg, 1987*

Perché un **gruppo multidisciplinare** risulti efficace, **tutti i membri** devono accettare che nessuno ha le risposte per tutte le domande, dato che ognuno, in qualche modo, dipende dalla **cultura** e dalla **competenza** degli altri.

Tutto quello che si ricava dall'insieme è più grande della semplice somma delle parti".

TAKE HOME MESSAGE

CGA oncogeriatrica : definizione di strumenti standardizzati e tailored sugli aspetti della malattia oncologica che possono impattare sulla fragilità (stato nutrizionale, astenia etc.)

Maggiore collaborazione oncologo-geriatra non solo per la fase valutativa

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE !**

Sviluppo di Modelli organizzativo-assistenziali integrati e sostenibili in diversi setting di cura da sottoporre a valutazione di outcome

Trials clinici dedicati ad anziani più vulnerabili e/o >75 anni