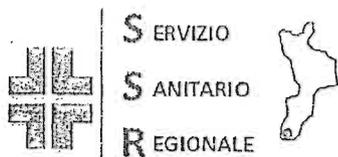


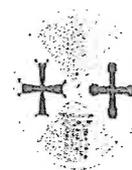
## PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE NEOPLASIE POLMONARI

Ed. 01 Rev.	01	
Data	15 Novembre 2021	
Redazione	Dott. Salvatore Maria Costarella	<i>Salvatore Maria Costarella</i>
	Dott. Pierpaolo Correale	<i>Pierpaolo Correale</i>
	Dott. Rocco Giannicola	<i>Rocco Giannicola</i>
	Dott. Al Sayyad Said	<i>Al Sayyad Said</i>
	Dott. Carmelo Tuscano	<i>Carmelo Tuscano</i>
	Dott. Giorgio Restifo Pecorella	<i>Giorgio Restifo Pecorella</i>
	Dott. Nicola Arcadi	<i>Nicola Arcadi</i>
	Dott. Andrea Sergi	<i>Andrea Sergi</i>
	Dott. Baldassare Mondello	<i>Baldassare Mondello</i>
	Dott. Corrado Mammi	<i>Corrado Mammi</i>
	Dott. Maurizio Maisano	<i>Maurizio Maisano</i>
	Dott. Carmelo Battaglia	<i>Carmelo Battaglia</i>
	Dott. Vincenzo Nociti	<i>Vincenzo Nociti</i>
	Dott. Pasquale Furfari	<i>Pasquale Furfari</i>
Verifica	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management	<i>[Signature]</i>
	Dirigente Responsabile Ricerca e Governo dell'Eccellenza e della Qualità	<i>[Signature]</i>
	Direttore Medico di Presidio	<i>[Signature]</i>
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale	<i>[Signature]</i>



Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO  
"Bianchi Melacrino Morelli"  
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

*Direttore U.O.C. Geriatria*  
Dott. Vincenzo Nociti

PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI ANZIANI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO  
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLE NEOPLASIE POLMONARI

Oggi una persona su quattro ha più di 65 anni di età, nel 2050 una su tre, circa il 65 per cento dei nuovi casi di tumori si registrano sopra i 65 anni, età in cui il rischio di sviluppare una neoplasia è quattro volte più alto rispetto alla 4° e 5° decade di vita. Oltre il 40 per cento delle persone con diagnosi di Cancro ai Polmoni ha almeno 70 anni.

I pazienti anziani con Cancro richiedono un approccio diverso ed un'assistenza plurispecialistica per la presenza di diverse malattie di accompagnamento, non solo di comorbidità, ma di Sindromi geriatriche come la perdita di memoria, l'incontinenza, la malnutrizione, la depressione, l'interazione poli-farmacologica.

La fragilità della condizione presuppone e rende necessario un supporto psicologico e sociale durante tutto il processo della malattia.

Elemento fondamentale dell'attività clinica è la **Valutazione Geriatrica**

**Multidimensionale**, con l'identificazione dei pazienti fragili e la valutazione di test, di dati multidisciplinari per la stadiazione delle funzioni del paziente per offrire un migliore approccio terapeutico con un **Percorso Assistenziale Individuale**.

È importante capire che esistono aspetti dell'invecchiamento in grado di condizionare anche l'efficacia di atti terapeutici, dovuta alla eterogeneità della popolazione

anziana, all'anomala presentazione delle patologie, alla diversa riduzione della riserva funzionale ed alle comorbidità.

I pazienti anziani con malattie cardiache per esempio potrebbero vedere limitato l'uso di alcuni farmaci chemioterapici, allo stesso modo condizioni che limitano la funzione polmonare come l'enfisema potrebbero rendere meno ottimale la chirurgia del Cancro al Polmone.

Attenzione particolare a quegli anziani che hanno una ridotta funzionalità renale o una ridotta funzionalità epatica in quanto molti dei farmaci usati per trattare il Cancro vengono filtrati attraverso i reni o il fegato.

Spesso presentano meno massa magra rendendoli meno tolleranti per la perdita di peso con alcuni trattamenti e più a rischio per la cachessia, così come spesso hanno meno riserve di midollo osseo aumentando il rischio di complicanze legate alla soppressione del midollo osseo dalla chemioterapia.

Molte linee guida riguardanti le patologie nell'anziano sono focalizzate solo sulla malattia e non forniscono indicazioni su come gestire le multiple patologie coesistenti, quindi la gestione clinica richiede una valutazione attenta nell'applicazione delle "best medical evidence", combinata con il giudizio clinico costruito sulle specifiche informazioni della situazione del paziente ed alla sua personale valutazione.

Quindi importante innescare tramite **CGA (Comprehensive Geriatric Assessment)**, un processo diagnostico interdisciplinare multidimensionale che ha l'intento di individuare le condizioni mediche, psicosociali, funzionali ed i problemi degli anziani fragili per sviluppare un programma generale per il trattamento ed il follow up del paziente.

Gli obiettivi saranno rivolti agli screening per l'individuazione precoce di disabilità potenziali, ad una valutazione diagnostica comprensiva per l'elaborazione del piano di trattamento, all'identificazione della risposta assistenziale più idonea nell'ambito della rete dei servizi, ad un monitoraggio dei risultati del trattamento e valutazione dell'appropriatezza della scelta assistenziale.

Tutto ciò con informazioni di carattere **biomedico** (diagnosi mediche riferite a patologie in atto o pregresse, allo stato nutrizionale, alle terapie farmacologiche), informazione di carattere **psicologico** (stato cognitivo, tono dell'umore, funzioni percettive, etc), informazioni di carattere **funzionale** (capacità motorie, attività basali e strumentali della vita quotidiana), informazioni di carattere **sociale** (capacità soggettiva presente nell'ambiente sociale, assistenza di supporto).

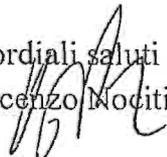
In sintesi la presa in carico del paziente Oncologico anziano si basa sulla Valutazione Multidimensionale con schede di valutazione con dati anagrafici, socio-economici e scale standardizzate come:

1. ADL: Autonomia nelle attività della vita quotidiana
2. IADL: Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana
3. GDS: Valutazione della depressione geriatrica
4. MMSE: Mini Mental State Examination, Valutazione dello stato cognitivo
5. SCALA DI EXTON-SMITH: Valutazione del rischio di lesione da decubito
6. MNA: Mini Nutritional Assessment, Valutazione dello stato nutrizionale
7. C.I.R.S. : Cumulative Illness Rating Scale, Valutazione stato di severità e di comorbidità
8. G8: Strumento di screening per la valutazione geriatrica

Tutto ciò ci permette di identificare le aree problematiche correlate sia alla malattia oncologica sia ad altre malattie al fine di conoscere le condizioni fisiche, funzionali, cognitive e psicologiche del paziente che deve sottoporsi ai diversi trattamenti, e predisporre una cura il più possibile personalizzata per sostenere l'anziano a mantenere una migliore qualità della vita sia durante le cure e sia dopo.

RC, 27/10/2021

Cordiali saluti  
Vincenzo Nociti



## Autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL) \*

Valutare se il paziente è autonomo nelle seguenti funzioni:

1. Nel LAVARSI (spugnature, vasca da bagno, doccia):  
Non ha bisogno d'assistenza o solo per lavarsi una parte del corpo
2. Nel VESTIRSI:  
Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza, tranne che per allacciarsi le scarpe
3. Nell'eseguire le FUNZIONI CORPORALI:  
Raggiunge la toilette, ne fa uso conveniente, sistema i vestiti ed esce senza alcuna assistenza (usa il bastone come supporto, fa uso della padella o del pappagallo di notte)
4. Nel TRASFERIRSI:  
Entra ed esce dal letto, si alza dalla sedia e si siede senza assistenza (fa uso del bastone o di altro supporto)
5. CONTINENZA:  
E' in grado di controllare autonomamente la vescica e l'intestino (senza incidenti occasionali)
6. Nell'ALIMENTARSI:  
Si alimenta senza assistenza (tranne un aiuto nel tagliare la carne o nell'imburrire il pane)

(1 punto per ogni risposta affermativa)

PUNTEGGIO TOTALE:  / 6

\* Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963; 185: 914-19.

## Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) \*

<b>1. USO DEL TELEFONO:</b>	
Usa il telefono di propria iniziativa, cerca nell'elenco i numeri e li compone	1
Compone pochi numeri ben conosciuti	1
Risponde al telefono ma non compone i numeri	1
Non usa il telefono	0
<b>2. SPESA:</b>	
Provvede a tutte le necessità facendo la spesa autonomamente	1
Provvede autonomamente alle piccole spese	0
Necessita di essere accompagnato per fare qualsiasi acquisto	0
Completamente incapace di fare ogni spesa	0
<b>3. PREPARAZIONE DEL CIBO:</b>	
Progetta, prepara e si serve autonomamente pasti confacenti	1
Prepara pasti confacenti se gli in gradienti gli vengono preparati	0
Si riscalda, prepara e si serve i pasti, o si serve i pasti ma non osserva una dieta appropriata	0
Deve ricevere i pasti preparati e serviti	0
<b>4. PULIZIA DELLA CASA:</b>	
Si occupa della pulizia della casa personalmente o con un aiuto per i lavori pesanti	1
Provvede a piccoli lavori di pulizia come lavare i piatti, rifarsi il letto, ecc.	1
Provvede a piccoli lavori di pulizia ma non è in grado di osservare un livello di pulizia accettabile	1
Necessita di aiuto per qualsiasi lavoro	1
Non prende parte ai lavori di pulizia della casa	0
<b>5. BUCATO:</b>	
Provvede al bucato degli indumenti personali	1
Lava i piccoli capi, sciacqua le calze	1
Il bucato deve essere fatto da altri	0
<b>6. MEZZI DI TRASPORTO:</b>	
Si sposta autonomamente con i mezzi pubblici o guida la propria autovettura	1
Organizza i propri spostamenti con l'aiuto del taxi, ma non di altri mezzi pubblici	1
Si sposta con i mezzi pubblici se accompagnato da un'altra persona	1
Si sposta limitandosi all'utilizzo del taxi o dell'automobile	0
Non si sposta mai	0
<b>7. RESPONSABILITA' PER I TRATTAMENTI TERAPEUTICI:</b>	
Assume le medicine attenendosi ai tempi e alle dosi corrette	1
Assume le medicine con coscienza se gli vengono preparate nelle dosi corrette in anticipo	0
Non può assumersene la responsabilità	0
<b>8. GESTIONE DEL DENARO:</b>	
E' in grado di gestire i propri soldi autonomamente (conti, compilazione di assegni, pagamento dei conti e dell'affitto, rapporti con la banca), si tiene al corrente dei propri guadagni e delle spese	1
E' in grado di gestire le piccole spese, ma ha bisogno di aiuto per gli acquisti importanti o per le operazioni bancarie	1
Incapace di gestire il proprio denaro	0

PUNTEGGIO TOTALE:  / 8

\* Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86

## Valutazione della Depressione Geriatrica (GDS)\*

1. E' contento nel complesso della vita? (si=0; no=1)
2. Non fa più molte delle cose che faceva prima e che le piaceva fare? (si=1; no=0)
3. Sente che la sua vita è vuota? (si=1; no=0)
4. Si sente spesso annoiato? (si=1; no=0)
5. E' in genere di buon umore? (si=0; no=1)
6. Ha paura che le possa accadere qualcosa di brutto? (si=1; no=0)
7. Si sente in genere felice? (si=0; no=1)
8. Si sente spesso indifeso? (si=1; no=0)
9. Ci sono molti giorni in cui preferisce rimanere a casa piuttosto che uscire? (si=1; no=0)
10. Ritieni di avere problemi di memoria più delle altre persone? (si=1; no=0)
11. Pensa che sia bello vivere in questo periodo? (si=0; no=1)
12. Si sente spesso inutile? (si=1; no=0)
13. si sente pieno di energia? (si=0; no=1)
14. Ha perso ogni speranza che le cose possano migliorare? (si=1; no=0)
15. Pensa che siano più le persone che stanno meglio di lei, di quelle che stanno peggio? (si=1; no=0)

PUNTEGGIO TOTALE:  / 15

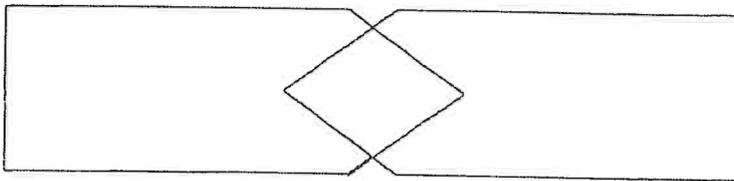
\**Sheikh, J.L., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T.L.Brink (Ed.), Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention. New York : Hawthorne Press*



- Ripetizione: "Tigre contro tigre" ..... 0-1
- Comprensione-esecuzione di un comando orale:  
 "Prenda il foglio con la mano destra, lo pieghi a metà e lo butti sul pavimento"  
     Prenda il foglio con la mano destra ..... 0-1  
     Lo pieghi a metà ..... 0-1  
     Lo butti sul pavimento ..... 0-1
- Comprensione.esecuzione di un comando scritto:  
 mostrare la scritta "Chiuda gli occhi" ..... 0-1
- Produzione di una frase scritta ..... 0-1

.....  
 .....

- Produzione di un disegno ..... 0-1



Punteggio \_\_\_\_\_ /9

PUNTEGGIO TOTALE

grezzo \_\_\_\_\_ / 30

ponderato \_\_\_\_\_ / 30

*\*Folstein Marshal F., Folstein Susan E., McHugh Paul R., "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975, Vol.12, No.3, pp. 189-198*

Soc. 1975; 23:433-441.

**SCALA DI EXTON-SMITH \***  
(per la valutazione del rischio di lesioni da decubito)

<b>Condizioni generali</b>		<b>Incontinenza</b>	
Pessime	1	Doppia	1
Scadenti	2	Abituale	2
Discrete	3	Occasionale	3
Buone	4	Assente	4
<b>Stato mentale</b>		<b>Mobilità</b>	
Stuporoso	1	Immobile	1
Confuso	2	Molto limitata	2
Apatico	3	Leggerm. Limitata	3
Lucido	4	Normale	4
<b>Deambulazione</b>		<b>TOTALE .....</b>	
Allettato	1	<i>Punteggio 16-20: rischio minimo</i>	
Sedia a rotelle	2	<i>" 10-15: rischio medio</i>	
Si aiuta	3	<i>" 5-9: rischio elevato</i>	
Normale	4		

\* Bliss MK., McLaren R., Exton-Smith AN. Mattresses for preventing pressure sores in geriatric patients. Mon Bull Minist Health Public Health Lab Serv 1966;

## MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) \*

### A) Valutazione Antropometrica

1) Indice di massa corporea (BMI) Peso= _____ kg Altezza= _____ cm	0 BMI < 19	1 BMI= 19-20	2 BMI= 21-22	3 BMI ≥ 23
2) Circonferenza metà braccio (MAC) in cm	0 MAC < 21	0.5 MAC ≤ 22	1 MAC > 22	
3) Circonferenza polpaccio (CC) in cm	0 CC < 31		1 CC ≥ 31	
4) Perdita recente di peso (ultimi 3 mesi)	0 > 3 Kg	1 non nota	2 tra 1-3 Kg	3 non perdita

### B) Valutazione Generale

5) Vive indipendentemente?	0= no		1= si	
6) Assume più di 3 farmaci/die?	0= si		1= no	
7) Ha sofferto di stress psicologici o malattie acute? (ultimi 3 mesi)	0= si		2= no	
8) Mobilità	0 a letto o carrozzina	1 si può alzare	2 non ha problemi	
9) Problemi neuropsicologici?	0 demenza o depressione grave	1 demenza o depressione lieve	2 non ha problemi	
10) Piaghe da decubito	0= si		1= no	

### C) Valutazione Alimentare

11) Quanti pasti completi consuma al giorno?	0 1 pasto	1 2 pasti	2 3 pasti	
12) Consuma: 0 = 1 SI 0.5 = 2 SI    1 = 3 SI	Almeno 1 volta al giorno latticini? SI NO	1 o 2 volte a settimana uova o legumi? SI NO	Mangia tutti i giorni carne o pesce? SI NO	
13) Consuma almeno 2 volte al giorno frutta o verdura?	0= no		1= si	
14) L'appetito si è ridotto negli ultimi 3 mesi per vari motivi?	0 notevole riduzione	1 moderata riduzione	2 nessuna variazione	
15) Quanti liquidi assume al giorno?	0 < 3 bicchieri	0.5 3-5 bicchieri	1 > 5 bicchieri	
16) Come mangia?	0 con assistenza	1 da solo con difficoltà	2 da solo	

### D) Autovalutazione

17) Il paziente ritiene di avere problemi nutrizionali?	0 si		1 non lo sa, forse		2 mancano problemi nutrizionali	
18) In confronto ai suoi coetanei come considera il suo stato di salute?	0 meno buono	0.5 non lo sa	1 abbastanza buono	2 migliore		
<b>TOTALE (max 30 punti) =</b>						
Punteggio: ≥ 24=ben nutrito    17-23.5 = a rischio di malnutrizione    < 17= malnutrito						

\* Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456-465.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-487

**C.I.R.S. (modified): CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE \***

	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1. Cardiologico	1	2	3	4	5
2. Ipertensione arteriosa (severità)	1	2	3	4	5
3. Vascolare, linfatico, emopoietico	1	2	3	4	5
4. Respiratorio (al di sotto della laringe)	1	2	3	4	5
5. Occhio, orecchio, naso, gola, laringe	1	2	3	4	5
6. Gastro-enterico alto	1	2	3	4	5
7. Intestino, ernia	1	2	3	4	5
8. Epatico (solo fegato)	1	2	3	4	5
9. Renale (solo rene)	1	2	3	4	5
10. Genito-urinario (uretere-genitali)	1	2	3	4	5
11. Muscolo-scheletrico e cute	1	2	3	4	5
12. Neurologica (escluse le demenze)	1	2	3	4	5
13. Endocrino, metabolico, infettivo, tossico	1	2	3	4	5
14. Cognitivo-psichiatrico comportamentale	1	2	3	4	5

Numero TOTALE di comorbidità: \_\_\_\_\_

Indice di severità media dei punteggi delle prime 13 categorie (esclusa la patologia psichiatrica-comportamentale)	Indice di comorbidità numero totale delle prime 13 categorie in cui si ottiene un punteggio $\geq 3$
_____	_____

\* Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED. Validation of a measure of physical illness burden at autopsy: the Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 38-41.

**G8: STRUMENTO DI SCREENING PER LA VALUTAZIONE GERIATRICA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

G8 Strumento di Screening			
	Domande	Possibili risposte	Punteggio
A	Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?	0: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale assunzione	.....
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: riduzione >3kg 1: sconosciuta 2: riduzione fra 1 e 3 kg 3: non perdita di peso	.....
C	Movimento	0: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire 2: esce	.....
E	Problemi Neuropsicologici (anamnestico)  Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici	.....
F	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m <sup>2</sup> )	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23	.....
H	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no	.....
P	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non buono 0,5: ignoto 1: buono 2: ottimo	.....
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80	.....
	Punteggio totale (0-17)	score >14 pz non a rischio (stop); score ≤14 pz a rischio (effettuare VGM completa)	.....

Ref.: Bellera et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. Ann Oncol 2012; 23: 2166-2172

PSICOLOGO: \_\_\_\_\_