

Appropriatezza terapeutica nella gestione di febbre e dolore nel paziente adulto e fragile



Dott. Alberto Magni

Medico di Medicina Generale

Desenzano del Garda

Internazionale

Il medico che ti salva la vita

La medicina d'emergenza e quella specialistica sono fondamentali, ma è il rapporto prolungato tra medici di base e pazienti che fa davvero la differenza, scrive Atul Gawande



*“Essi seguono la salute del paziente nel corso del tempo, anche dell'intera vita. Tutte le decisioni sono provvisorie e soggette a continui aggiustamenti. Affrontano un problema specifico di un paziente senza perdere di vista la sua vita personale, la sua storia familiare, la sua dieta, i suoi livelli di stress, e l'intrecciarsi di tutte queste cose. Questo significa che nella medicina il successo non è determinato da vittorie episodiche e momentanee, sebbene anche queste abbiano la loro importanza. È determinato da una **serie di passaggi gradualmente che producono progressi duraturi**”*

Le Quattro Aree della Medicina Generale



Disturbi acuti

Definizione di disturbi non differibili - DND

Il MMG, nella sua pratica clinica quotidiana, risponde a una serie di richieste e accessi nei quali il **"bisogno" del paziente** (non necessariamente di natura clinico- assistenziale) ha le seguenti caratteristiche:

1. ha determinato una **modifica delle sue condizioni in un tempo breve**
2. viene percepito dal paziente come **"urgente"**
3. richiede una valutazione che viene percepita dallo stesso medico come **"non rimandabile"**



Alberto Magni¹, Francesco Lapi², Giuseppe Ventriglia³, Pierangelo Lora Aprile⁴

¹ Responsabile Nazionale Politiche Giovanili SIMG; ² Direttore della Ricerca Health Search;

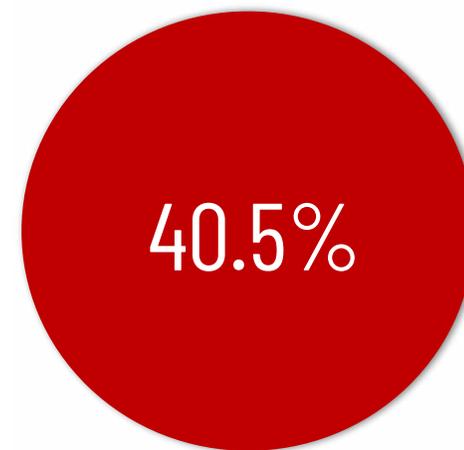
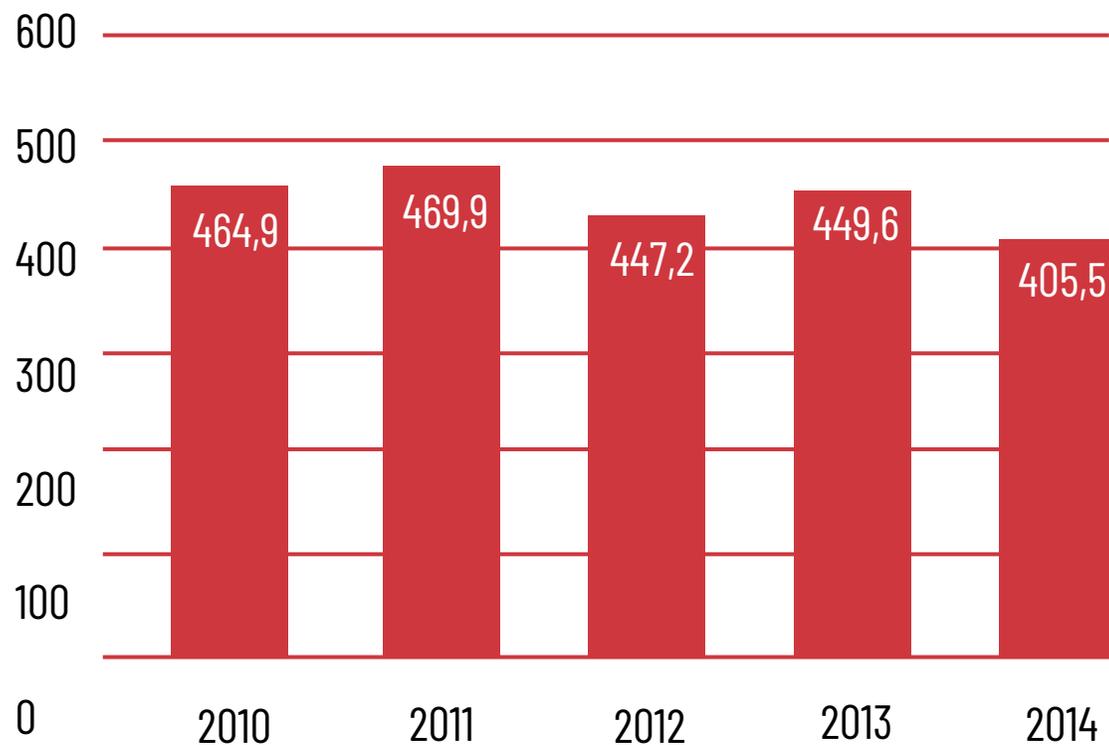
³ Responsabile Nazionale Area Formazione SIMG; ⁴ Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area Medicina del Dolore SIMG

L'epidemiologia dei disturbi non differibili in Medicina Generale

rivista SIMG n°3-2016

Disturbi Non Differibili

Andamento dei tassi di incidenza dei DND negli anni 2010-14

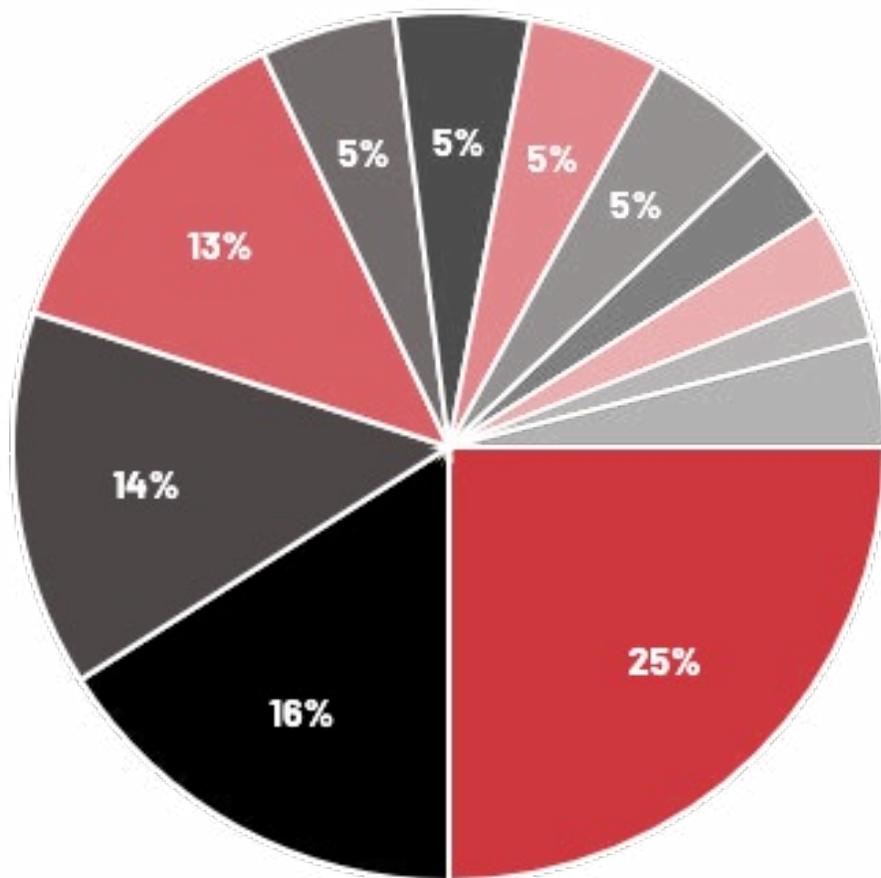


I risultati della raccolta dati hanno dimostrato che :

- il **40.5% dei pazienti si rivolge al medico per uno qualsiasi dei DND**
- il **sexo femminile** o **l'età maggiore di 45 anni** sono correlati a una maggior probabilità di presentazione dal MMG per almeno uno di tali disturbi.

Indagine pilota sulla gestione assistenziale e farmaco-terapeutica dei disturbi non differibili

Diego Fornasari, Alberto Magni, Giulia Bonetti, Pierangelo Lora Aprile,
Matteo Marazza, Aurelio Sessa



| | |
|-----------------------------------|------------|
| Amministrativo | 25% |
| ARI/ILI | 16% |
| Respiratorio | 14% |
| Osteoarticolare | 13% |
| CV | 5% |
| Digerente | 5% |
| Urol | 5% |
| Dermat | 5% |
| Virosi | 3% |
| Ocul | 3% |
| SN | 2% |
| Altri (ORL, Cefalea, Psych., MUS) | 4% |

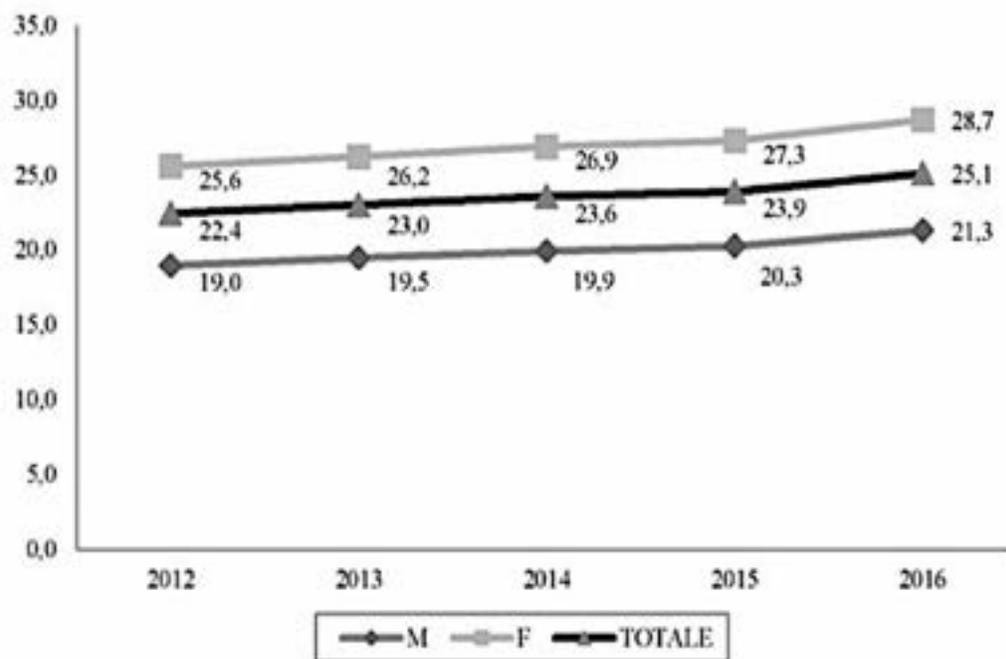
Cronicità

38-40% della popolazione ha almeno una patologia cronica (**600 soggetti circa su 1500 assistiti**)

25% popolazione ha almeno **due di queste patologie**

14% sono i **'multicronici'**

70% dell'intero carico lavorativo di un MMG<<



1. Ipertensione arteriosa

2. DMT2

4. Osteoartrite

4. BPCO

5. CAD

6. Ictus ischemico

7. Scompenso cardiaco

8. Disturbi tiroidei

9. Asma bronchiale

Prevalenza percentuale dei pazienti con multicronicità (almeno 2 patologie croniche) assistiti da MMG aderenti al database HS

MULTIMORBIDITÀ



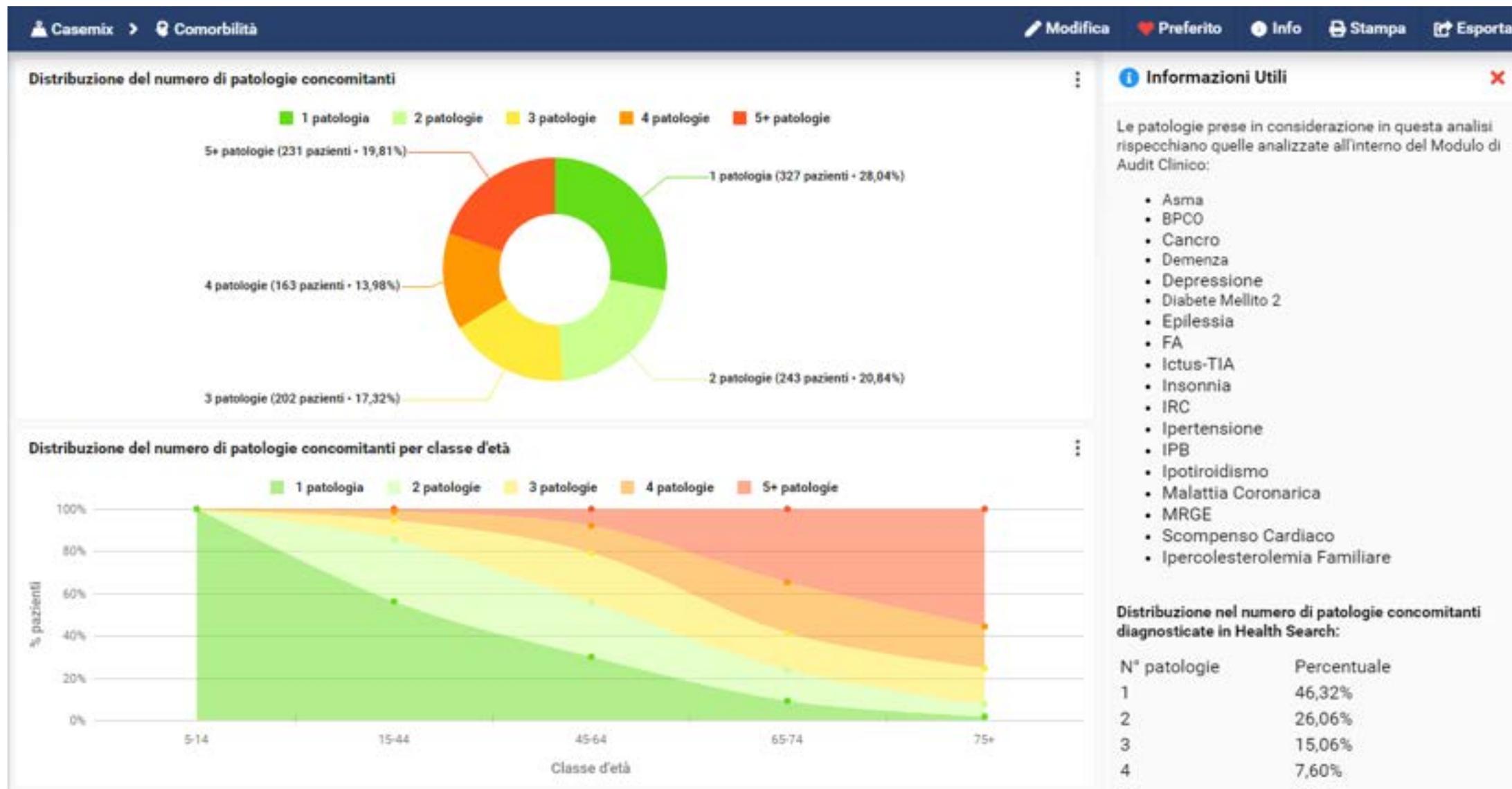
Charlson Comorbidity Index

| Conditions | Weight |
|----------------------------------|--------|
| Congestive heart failure | 1 |
| Myocardial infarction | 1 |
| Peripheral vascular disease | 1 |
| Cerebrovascular disease | 1 |
| Dementia | 1 |
| Chronic pulmonary disease | 1 |
| Connective tissue disease | 1 |
| Ulcer disease | 1 |
| Mild liver disease | 1 |
| Diabetes | 1 |
| Depression | 1 |
| Use of warfarin | 1 |
| Hypertension | 1 |
| Hemiplegia | 2 |
| Moderate or severe renal disease | 2 |
| Diabetes with end organ damage | 2 |
| Any tumor | 2 |
| Leukemia | 2 |
| Lymphoma | 2 |
| Skin ulcers/cellulitis | 2 |
| Moderate or severe liver disease | 3 |
| Metastatic cancer | 6 |
| AIDS | 6 |

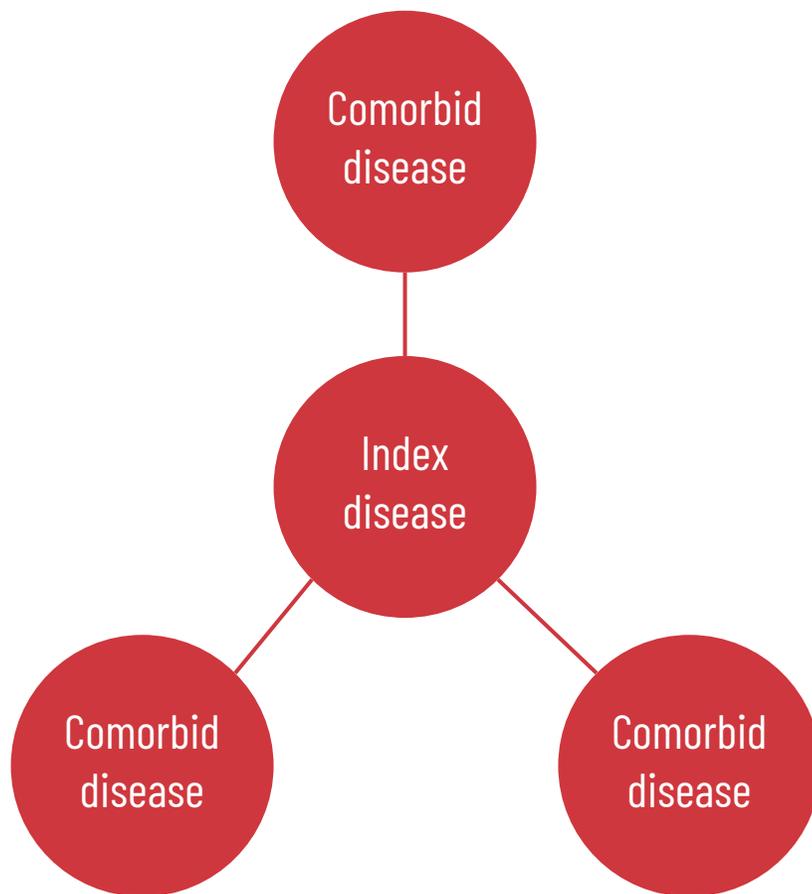
SCORE ≥ 4

Multimorbid people

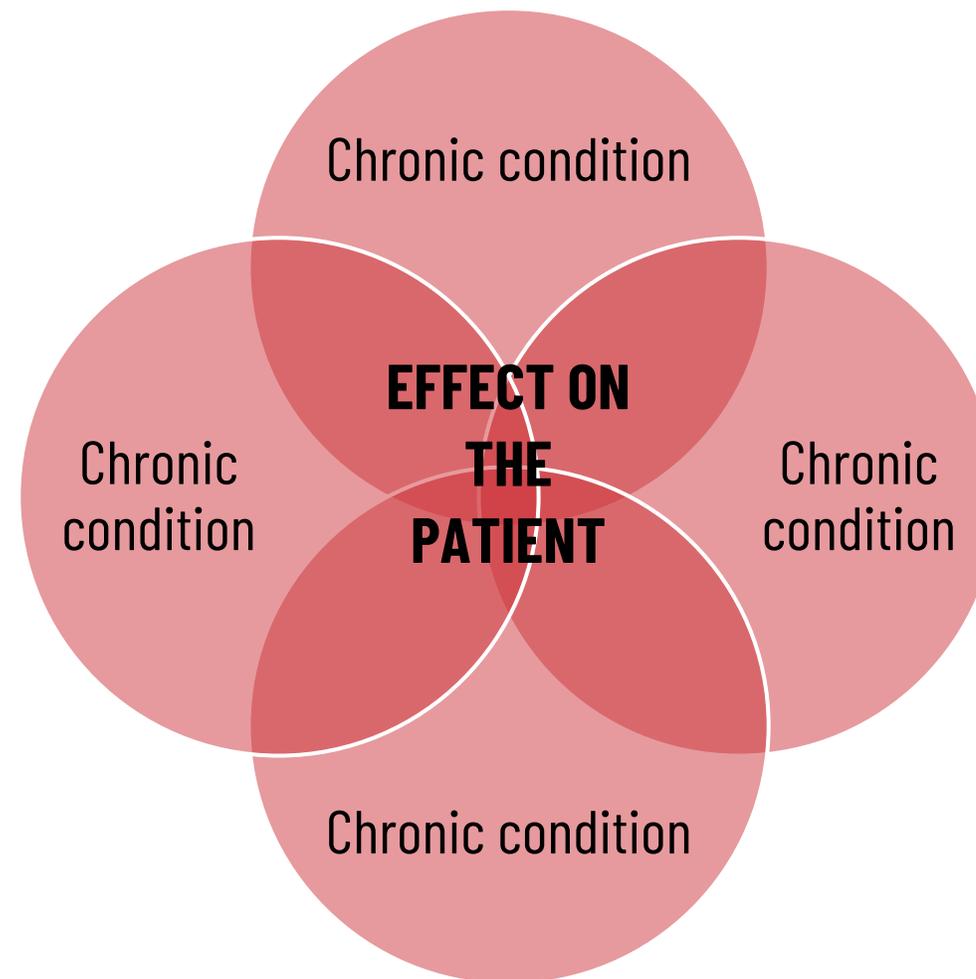
Charlson ME -J Clin Epidemiol 2008 61(12):1234



Comorbidità



Multimorbidità



Fragilità

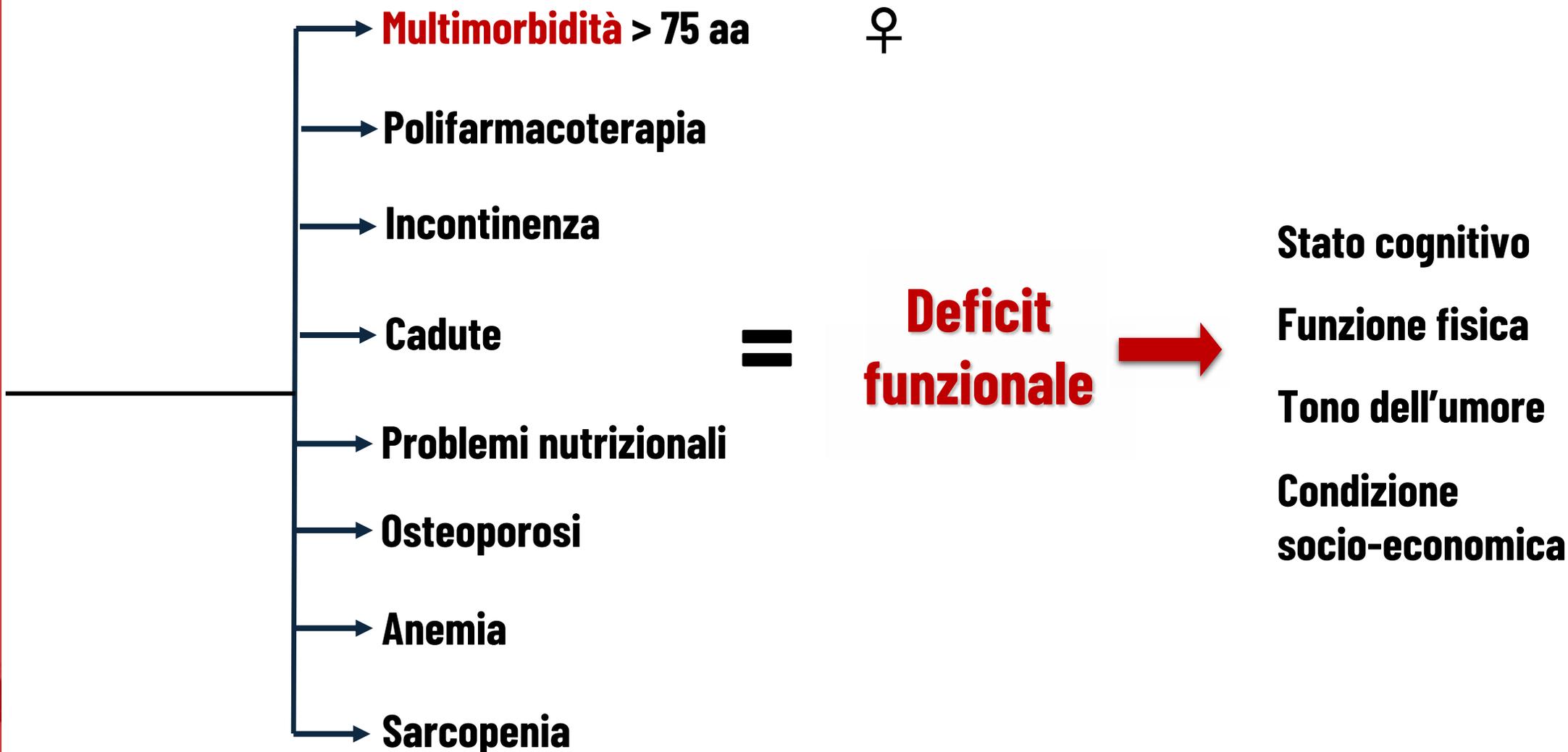
Fragilità

Sindrome multifattoriale, caratterizzata da **un'umentata vulnerabilità** dell'individuo, determinata dalla **riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere** a eventi stressanti ambientali (capacità di omeostasi).

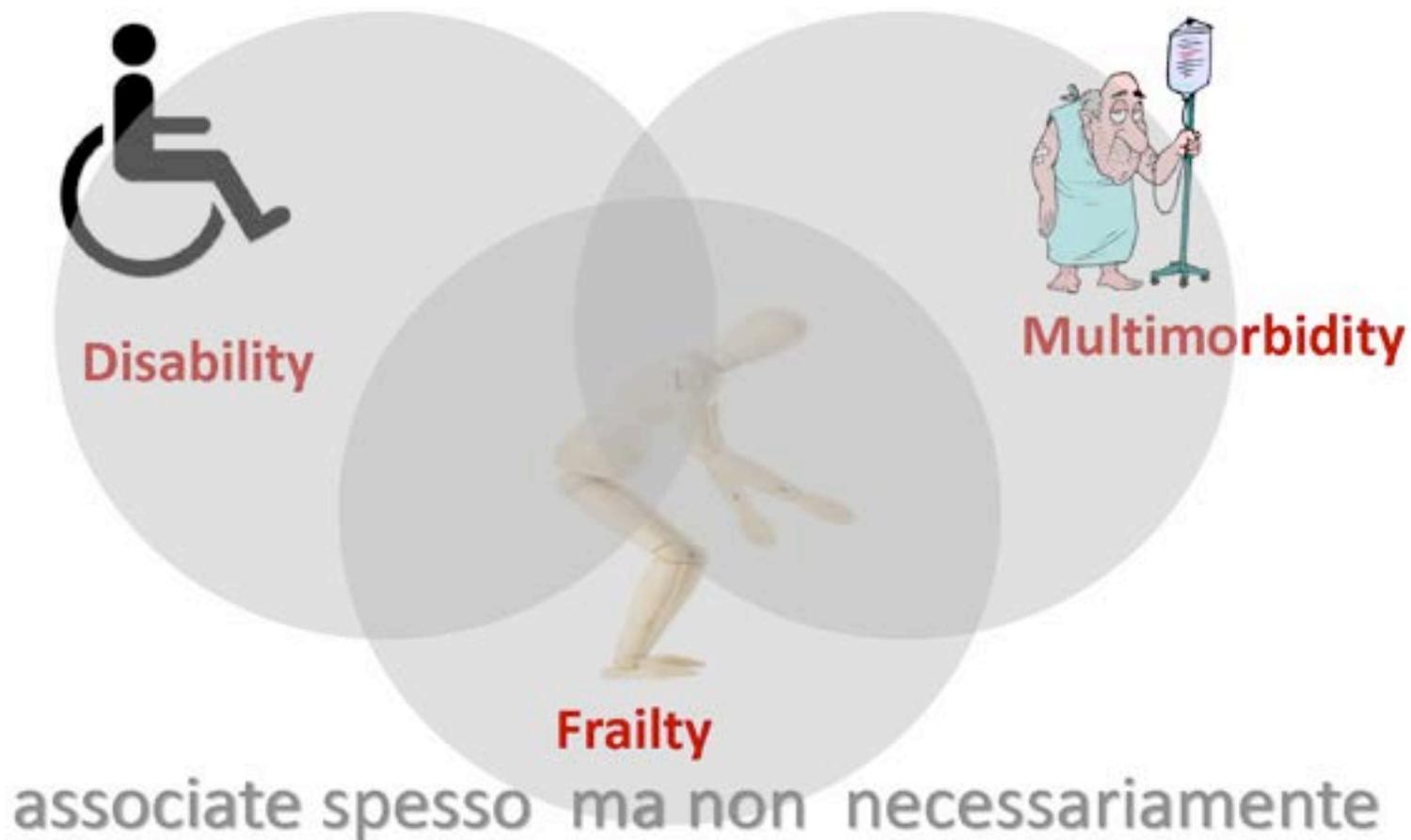
Ne consegue un **umentato rischio di eventi clinici**: dipendenza, disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, morte

Condizione complessa e dinamica, della quale si sono proposti numerosi modelli

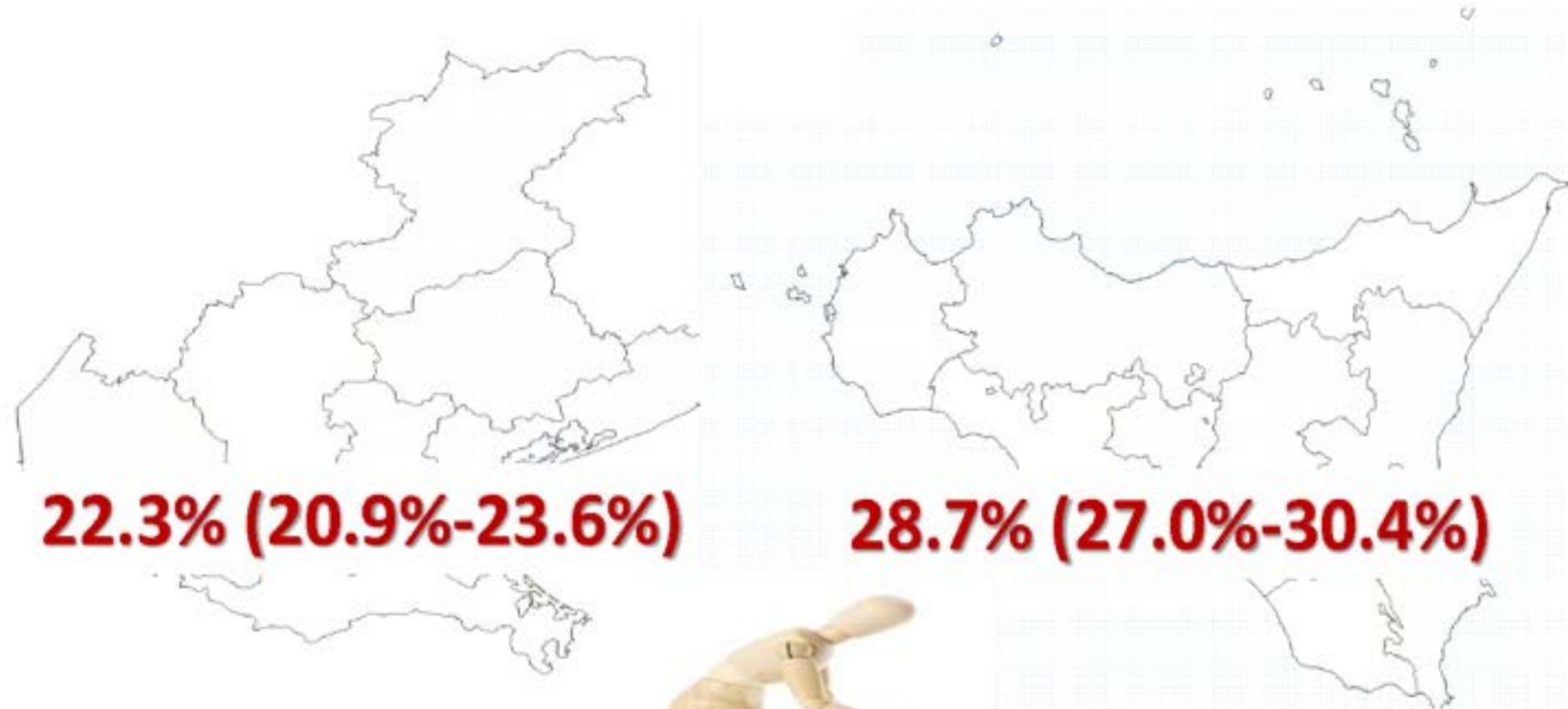
Il paziente moderno:



Fragilità - Multimorbilità - Disabilità



Popolazione età > 65 anni



FRAGILITA'

Standard population: il campione - standardizzazione per sesso ed età

Health Search Frailty Index (HS-FI)

| DEFICIT | Prevalenza |
|--|------------|
| Demenza / declino cognitivo | 7.33% |
| Disabilità severa | 5.29% |
| Malattia cerebrovascolare | 7.85% |
| Cancro | 11.99% |
| BPCO | 13.59% |
| Cardiopatía ischemica | 13.58% |
| Scompenso cardiaco | 3.04% |
| Insufficienza renale | 6.30% |
| Fibrillazione atriale | 5.29% |
| Parkinson / parkinsonismi | 2.84% |
| Frattura di femore | 1.47% |
| Anemia | 15.68% |
| Difficoltà economiche | 53.07% |
| Nuova prescrizione ossigeno | 0.30% |
| Ricovero nei 6 mesi precedenti | 3.77% |
| Ulcere cutanee | 1.12% |
| Bradycardia e disordini di conduzione | 3.63% |
| Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc) | 0.99% |
| Stipsi | 1.71% |
| Eparina a basso peso molecolare | 3.52% |
| Vasculopatia periferica | 1.94% |
| Problemi nutrizionali | 0.28% |
| Diabete mellito | 18.20% |
| Schizofrenia | 0.66% |
| Edemi | 0.21% |



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE



**Karolinska
Institutet**



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA



i Informazioni Utili ✘



Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale)

Lo score di Fragilità (Frailty-HS) stadia il paziente in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni successivi.

Selezione dei deficit potenziali

La selezione dei deficit inseriti nello score si basa su questo approccio:

- i deficit con prevalenza pari al 100% nella popolazione a partire dai 60 anni verranno eliminati;
- la prevalenza dei singoli deficit, come misurati al baseline, rispetto alla popolazione definita come eleggibile, dovrà essere $\geq 0,5\%$;
- il livello di correlazione dei valori di prevalenza con l'età dovrà raggiungere un valore di $r^2 \geq 30\%$.

I deficit che sono stati individuati sono definiti su base dicotomica (0=assente; 1=presente) e sommati per ciascun paziente. Viene quindi calcolato il 99esimo percentile dello score sul quale successivamente categorizzare i pazienti in *fit*, con grado di fragilità "*lieve*", "*moderato*" e "*alto*", sulla base dei quartili evinti dalla popolazione in studio. In base a questa categorizzazione lo score è stato testato, sia nella coorte di validazione interna che esterna, così da permettere la stima, tramite un modello di Cox in termini di rischio di mortalità a 1, 3 e 5 anni (i.e. nei sottogruppi che cumulano follow-up per i tre interi periodi di follow-up) sia univariato (soltanto con lo score) e multivariato (incluso lo score, il sesso e l'età) mantenendo la categoria *fit* come riferimento. Per ciascuna categoria di follow-up, il rispettivo modello è stato valutato in termini di *discrimination* (AUC) e varianza spiegata (Pseudo-R²).

Lo score viene ottenuto mediante la combinazione di **26 fattori di rischio** definiti nel protocollo di validazione Health Search.

Fattori di rischio antecedenti alla data di calcolo (senza limitazioni temporali):

- Alto livello di disabilità
- Deficit cognitivo
- Stroke
- Malattia coronarica
- COPD
- Scompenso
- Malattie ischemiche
- Ulcera pelle cronica
- Fibrillazione atriale
- Parkinson
- Neoplasie
- IRC
- Anemia
- Esenzione reddito
- Frattura femore
- Malattia bradicardica
- Altre malattie neurologiche
- Costipazione
- Malattie vascolari periferiche
- Malattie nutrizionali
- Diabete
- Schizofrenia
- Edema

Fattori di rischio antecedenti alla data di calcolo (ultimi 6 mesi):

- Ossigeno terapia
- Ricovero ospedaliero
- Eparina

Livelli di Fragilità: **Assente** (0 - 0,08), **Lieve** [0,08 - 0,16), **Moderato** [0,16 - 0,24), **Alto** ($\geq 0,24$)

Score di Fragilità (Frailty-HS)

Lo score di Fragilità (Frailty-HS) stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

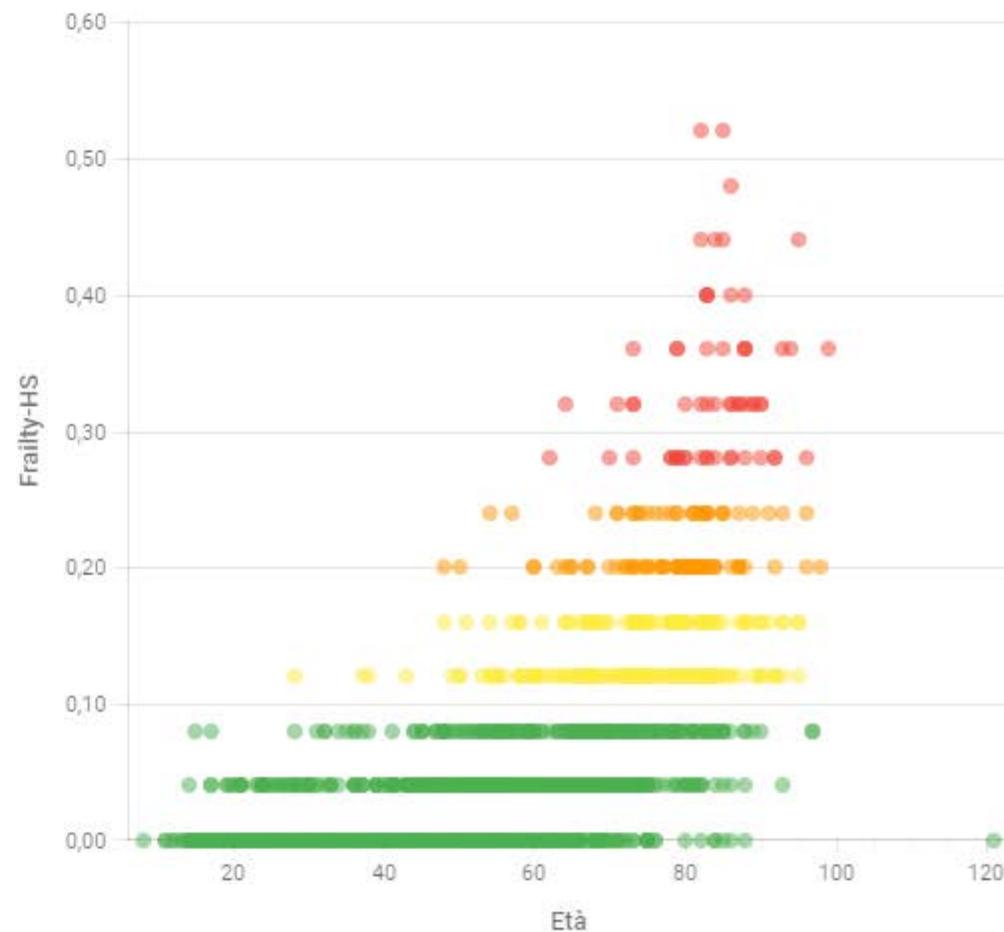
Pazienti con livello di Fragilità

Assente
1267 paz.
78,31%

Lieve
195 paz.
12,05%

Moderato
95 paz.
5,87%

Alto
61 paz.
3,77%

Distribuzione per età dei pazienti con livello di Fragilità

Visualizza tutti i pazienti con livello di Fragilità



UpToDate®

Official reprint from UpToDate®
www.uptodate.com © 2024 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Treatment of chronic non-cancer pain in older adults

AUTHORS: Marissa C Galicia-Castillo, MD, MEd, CMD, FACP, AGSF, FAAHPM, Debra K Weiner, MD, FACP

SECTION EDITORS: Kenneth E Schmader, MD, Scott Fishman, MD

DEPUTY EDITOR: Marianna Crowley, MD

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: Mar 2024.

This topic last updated: Jan 31, 2024.



50%

Up to 50 percent of community-dwelling older adults report pain that interferes with normal function
Pain may contribute to homeostenosis (ie, the progressive and gradual decline in physiological reserve with aging) and amplify frailty

Health Search

Objectives

- Assessing the relative impact, within the context of frail and/ or multi- or co-morbid patients, of cardiovascular and central nervous system disorders, as well as chronic pain.
- Developing process indicators (e.g., prevalence of specific pharmacological therapies and their adherence proxies) based on different levels of frailty and multi- or co-morbidity, with a focus on the aforementioned disease contexts.
- Developing and implementing qualitative and quantitative criteria to plan the use of general medicine tools in frail and/or multi- or co-morbid patients, aimed at identifying individual patients' care needs and suggesting management strategies.

The epidemiological burden of frailty and multi-morbidity / co-morbidity in primary care

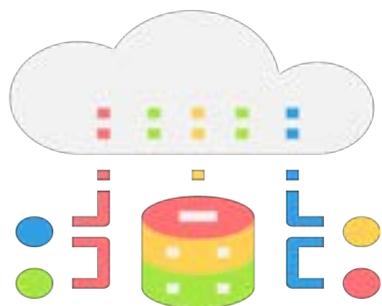


Table 6. Cross-tabulations for between different levels of frailty, multimorbidity, and specific conditions, in the cohort of patients aged 60 years or older.

| | Fit | | Mild | | Moderate | | Severe | |
|------------------------------------|--------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|---------------|----------|
| | (< 0.07) | | ≥ 0.07 & < 0.14 | | ≥ 0.14 & < 0.21 | | ≥ 0.21 | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| <i>Multimorbidity (0-1)</i> | 16893 | | 4712 | | 526 | | 42 | |
| Cerebro/cardiovascular | 4188 | 24.79 | 1271 | 26.97 | 163 | 30.99 | 12 | 28.57 |
| CNS diseases (°) | 1363 | 8.07 | 491 | 10.42 | 66 | 12.55 | 7 | 16.67 |
| Pain /Osteoarthritis | 2607 | 15.43 | 638 | 13.54 | 61 | 11.6 | 2 | 4.76 |
| <i>Multimorbidity (≥2)</i> | 20157 | | 41606 | | 26262 | | 15923 | |
| Cerebro/cardiovascular | 15538 | 77.08 | 34864 | 83.8 | 23947 | 91.18 | 15382 | 96.6 |
| CNS diseases (°) | 6360 | 31.55 | 15567 | 37.42 | 11742 | 44.71 | 8323 | 52.27 |
| Pain /Osteoarthritis | 15485 | 76.82 | 31853 | 76.56 | 21166 | 80.6 | 13786 | 86.58 |

(°) CNS disease include Depression or Insomnia or Anxiety

Table 8. Cross-tabulations for different level of frailty, multimorbidity, and cumulative prevalence for medications use in the cohort of patients aged 60 years or older in 2022.

| | Fit | | Mild | | Moderate | | Severe | |
|------------------------------------|--------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|---------------|----------|
| | (< 0.07) | | ≥ 0.07 & < 0.14 | | ≥ 0.14 & < 0.21 | | ≥ 0.21 | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| <i>Multimorbidity (0-1)</i> | 16893 | | 4712 | | 526 | | 42 | |
| Lipid lowering drugs | 3155 | 18.68 | 1503 | 31.9 | 193 | 36.69 | 19 | 45.24 |
| Antihypertensive drugs | 4689 | 27.76 | 2007 | 42.59 | 298 | 56.65 | 29 | 69.05 |
| Antiarrhythmic drugs | 15 | 0.09 | 28 | 0.59 | 3 | 0.57 | 0 | 0 |
| Antidepressants | 1092 | 6.46 | 719 | 15.26 | 160 | 30.42 | 18 | 42.86 |
| Anxiolytics* | 455 | 2.69 | 181 | 3.84 | 19 | 3.61 | 1 | 2.38 |
| Hypno-sedatives** | 406 | 2.4 | 173 | 3.67 | 18 | 3.42 | 4 | 9.52 |
| Analgesics# | 1072 | 6.35 | 268 | 5.69 | 28 | 5.32 | 1 | 2.38 |
| <i>Multimorbidity (≥2)</i> | 20157 | | 41606 | | 26262 | | 15923 | |
| Lipid lowering drugs | 8257 | 40.96 | 22107 | 53.13 | 16377 | 62.36 | 11506 | 72.26 |
| Antihypertensive drugs | 13801 | 68.47 | 33366 | 80.2 | 23488 | 89.44 | 15222 | 95.6 |
| Antiarrhythmic drugs | 127 | 0.63 | 1143 | 2.75 | 1565 | 5.96 | 1746 | 10.97 |
| Antidepressants | 4859 | 24.11 | 14062 | 33.8 | 11677 | 44.46 | 8552 | 53.71 |
| Anxiolytics* | 2307 | 11.45 | 5880 | 14.13 | 4331 | 16.49 | 2941 | 18.47 |
| Hypno-sedatives** | 1672 | 8.29 | 4467 | 10.74 | 3602 | 13.72 | 2752 | 17.28 |
| Analgesics# | 7531 | 37.36 | 17737 | 42.63 | 12236 | 46.59 | 8399 | 52.75 |

OSTEOARTROSI

PREVALENZA (2021)

18,8%

TREND 2012 - 2021

Trend in crescita dal 2012 (16,8%) al 2021 (18,8%).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE

Valori più elevati tra le regioni del Sud e nelle isole, rispetto a quelle del Nord. Le regioni con la più alta prevalenza nel 2021 sono la Campania (30,7%), seguita dalla Basilicata (24,1%), dalla Sardegna (23,5%), dalla Puglia (23,3%), dalla Sicilia (22,4%), dalla Calabria (21,2%), dal Lazio (19,5%) e dalla Liguria (19,3%).

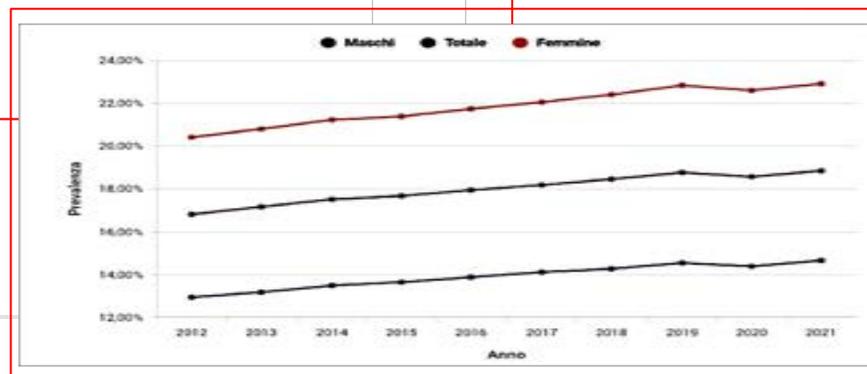
DIFFERENZE DI GENERE

Valori nettamente più elevati nelle femmine rispetto ai maschi (22,9% vs. 14,7%).

DIFFERENZE DI ETÀ

La prevalenza cresce al crescere dell'età, sia per i maschi che per le femmine. Per entrambi i sessi il picco massimo di prevalenza si osserva negli ultra 85enni (61,5% per le donne e 48,1% per gli uomini).

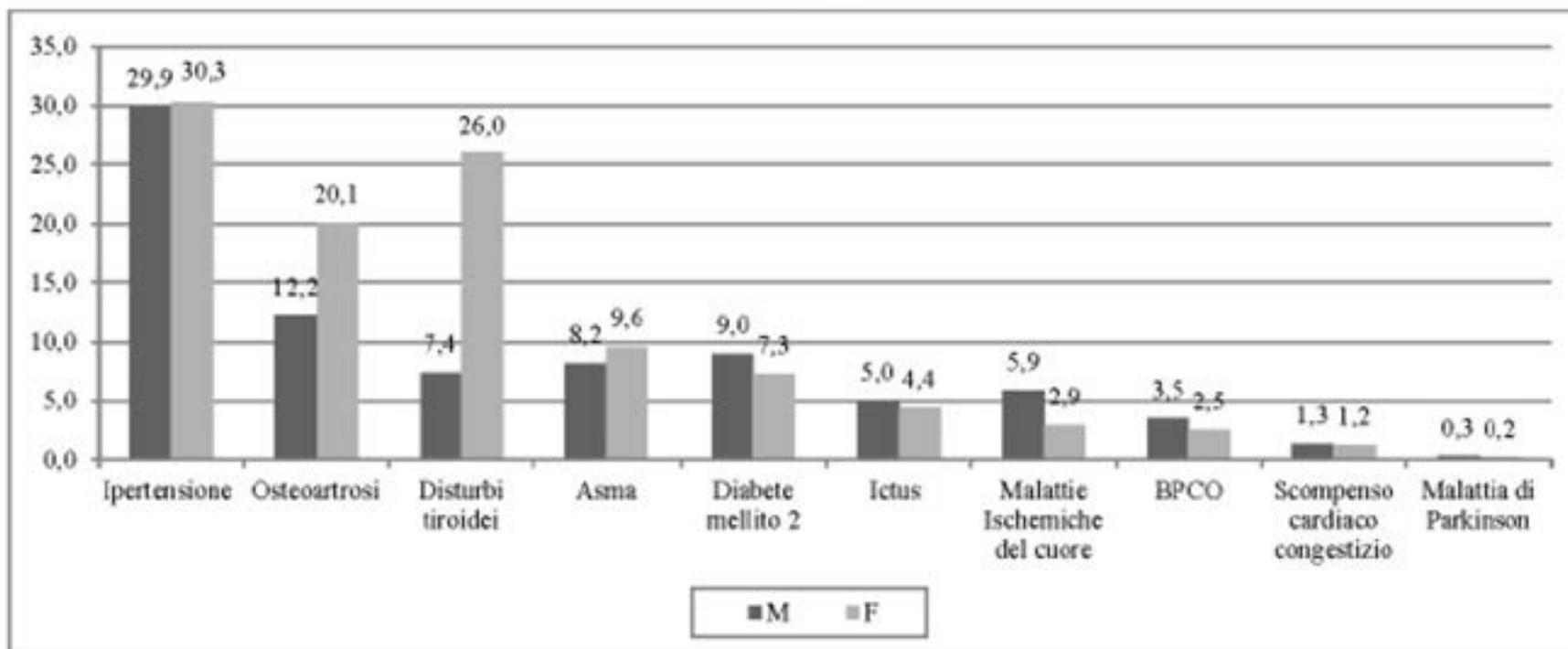
**PREVALENZA (%) "LIFETIME" DI OSTEOARTROSI:
ANALISI PER SESSO E ANNI (ANNI 2012-2021)**





OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) lifetime delle principali patologie croniche tra gli assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere - Anno 2020



Fonte dei dati: HS/IQVIA Health LPD. Anno 2021.

Tabella 1 - Frequenza (valori assoluti e valori per 100) di multicronicità tra i pazienti assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per combinazione di patologie concomitanti - Anno 2020

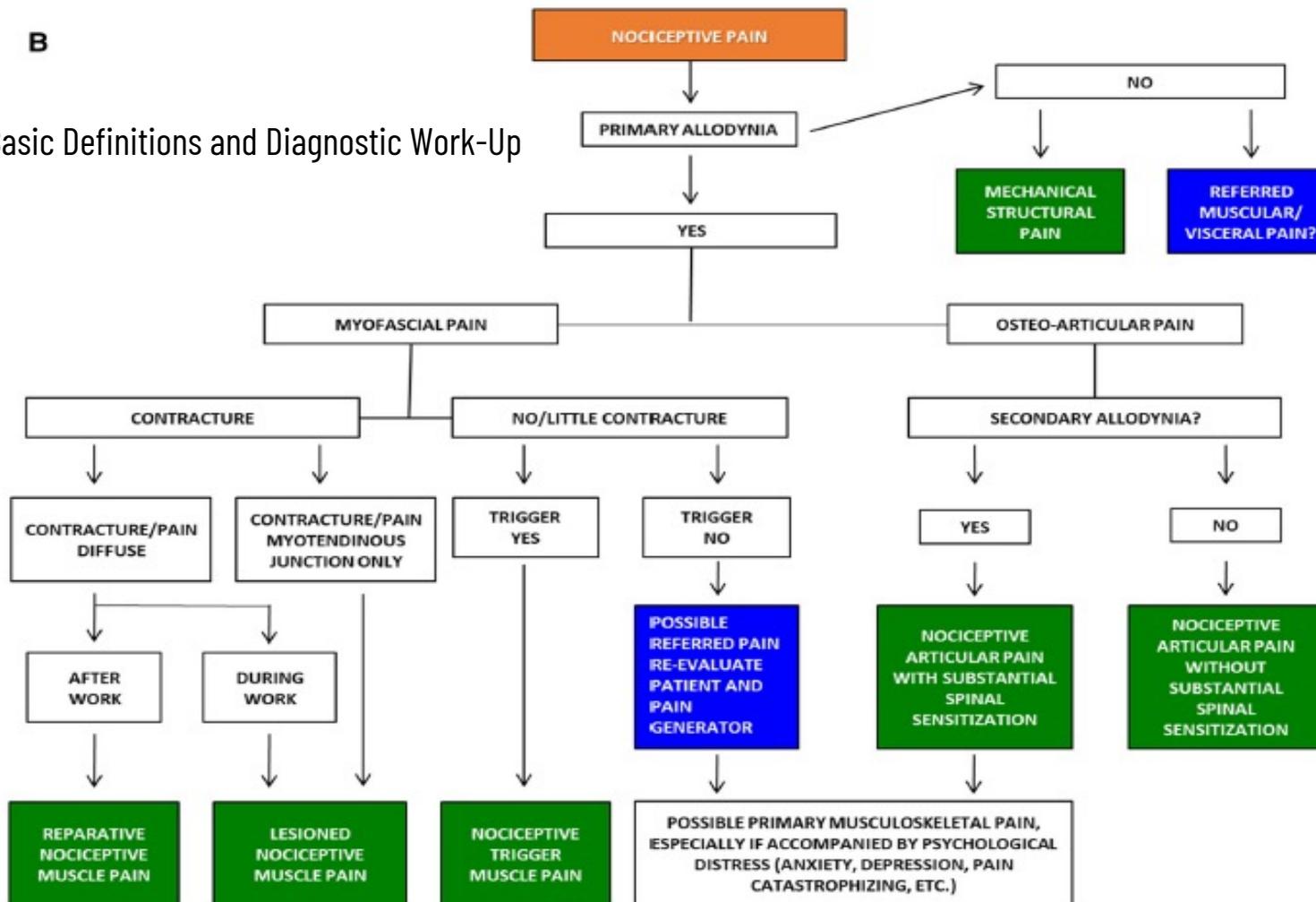
| Combinazioni di patologie concomitanti | N | % |
|--|--------|------|
| <i>2 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite | 37.768 | 24,4 |
| Ipertensione - tiroide | 27.513 | 17,7 |
| Ipertensione - diabete | 17.990 | 11,6 |
| Osteoartrite - tiroide | 11.986 | 7,7 |
| Ipertensione - asma | 9.778 | 6,3 |
| Altre combinazioni | 50.019 | 32,3 |
| <i>3 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide | 16.573 | 20,4 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete | 9.644 | 11,9 |
| Ipertensione - osteoartrite - ictus | 5.232 | 6,4 |
| Ipertensione - tiroide - diabete | 5.093 | 6,3 |
| Ipertensione - osteoartrite - asma | 4.511 | 5,6 |
| Altre combinazioni | 40.200 | 49,5 |
| <i>4 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - diabete | 4.339 | 12,6 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - ictus | 2.845 | 8,3 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - asma | 2.761 | 8,0 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - ictus | 2.110 | 6,1 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - ischemiche | 1.846 | 5,4 |
| Altre combinazioni | 20.527 | 59,6 |
| <i>5 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ictus | 1.107 | 9,2 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche | 785 | 6,5 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - asma | 773 | 6,4 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - ictus - ischemiche | 620 | 5,2 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - BPCO | 492 | 4,1 |
| Altre combinazioni | 8.229 | 68,5 |

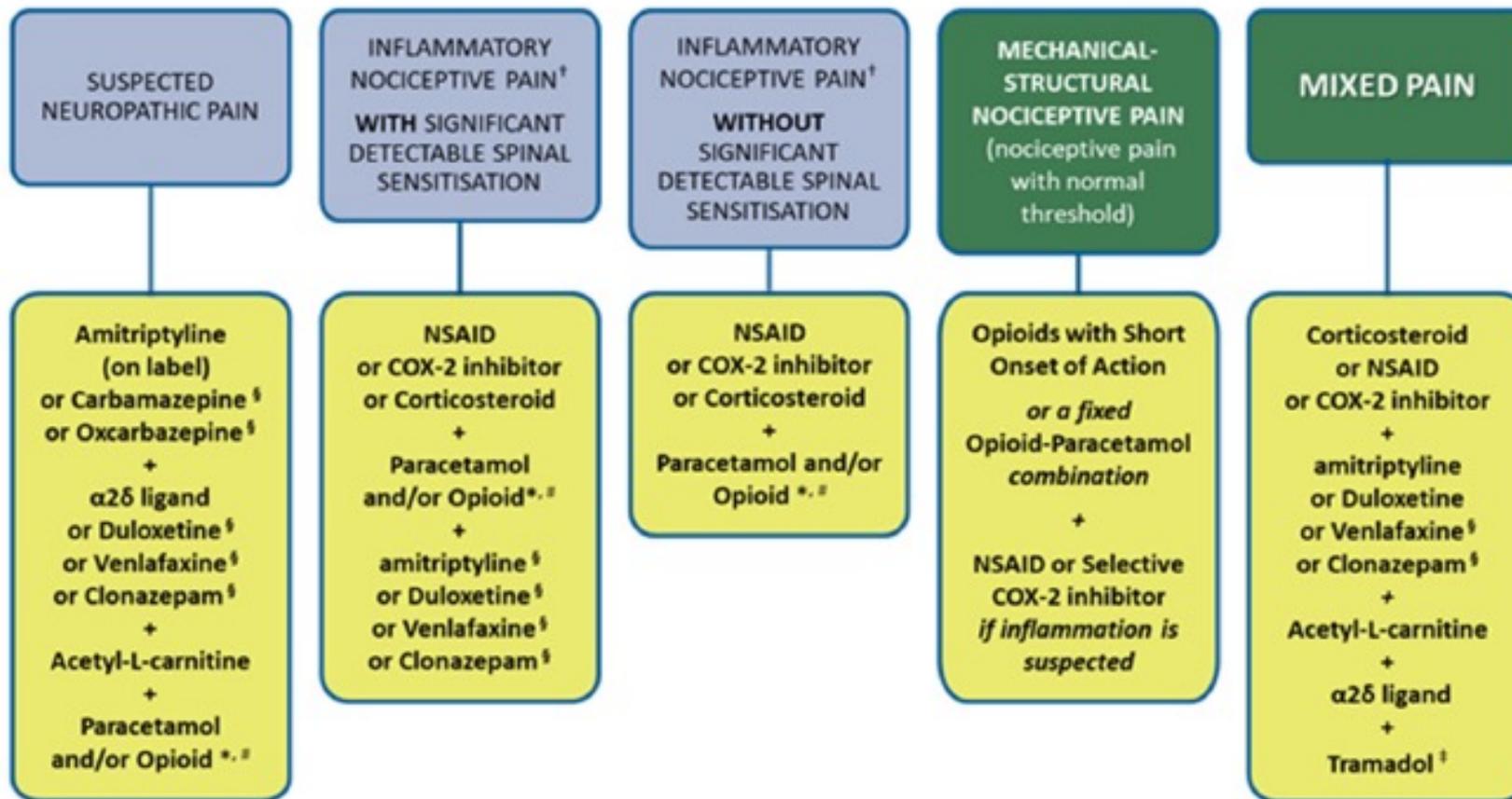
| | | |
|---|-------|------|
| <i>6 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - ictus | 319 | 9,7 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ictus - asma | 165 | 5,0 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - BPCO | 158 | 4,8 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ictus - BPCO | 149 | 4,5 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - asma | 147 | 4,4 |
| Altre combinazioni | 2.366 | 71,6 |
| <i>7 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - BPCO - ictus | 71 | 9,4 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - ictus - scompenso | 69 | 9,2 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - BPCO - asma | 61 | 8,1 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - ictus - asma | 58 | 7,7 |
| Ipertensione - osteoartrite - diabete - tiroide - ischemiche - BPCO - scompenso | 55 | 7,3 |
| Altre combinazioni | 438 | 58,2 |
| <i>8 patologie</i> | | |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - diabete - BPCO - ischemiche - ictus - scompenso | 23 | 20,2 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - diabete - BPCO - ischemiche - ictus - asma | 23 | 20,2 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - diabete - BPCO - ischemiche - asma - scompenso | 19 | 16,7 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - diabete - BPCO - ictus - asma - scompenso | 11 | 9,6 |
| Ipertensione - osteoartrite - tiroide - BPCO - ischemiche - ictus - asma - scompenso | 8 | 7,0 |
| Altre combinazioni | 30 | 26,3 |
| <i>9 patologie</i> | | |
| Asma - BPCO - diabete - ictus - ipertensione - ischemiche - osteoartrite - scompenso - tiroide | 9 | 81,8 |
| BPCO - diabete - ictus - ipertensione - ischemiche - osteoartrite - scompenso - tiroide - Parkinson | 1 | 9,1 |
| Asma - BPCO - diabete - ipertensione - ischemiche - osteoartrite - scompenso - tiroide - Parkinson | 1 | 9,1 |

Metodo SIMG 3.0

B

Not All Pain is Created Equal: Basic Definitions and Diagnostic Work-Up





* According to pain intensity

‡ Referring to opioids, begin preferably with immediate-release opioids

† Note tissue specific issues: BONE, consider bisphosphonate; MUSCLE, consider muscle relaxant and i.v. selective COX-2 inhibitor

§ In case of intolerance, choose another opiate

§ Off label



Fig. 3 Pain type and multimodal therapy: criteria for choosing and list of appropriate drug therapies



Durata del dolore:
 Da quanto tempo? N° di: Giorni Settimane Mesi Anni Non valutabile

E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: Si No

Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: Si No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci ? Si No

Tipologia:
 Localizzato: Si No Irradiato neurologico: Si No

Frequenza:
 Poche volte (<= 3) al di alla settimana al mese all'anno continuo
 Più volte (> 3) al di alla settimana al mese all'anno non valutabile

Tipo di dolore: Nocicettivo somatico Meccan.-Strutt. Nocicettivo viscerale Break-Trough Neuropatico

Ipersens. Spinale: Presente Assente

Massima intensità algica:
 Mattino Pomeriggio / Sera Notte Senza Variazioni

Intensità del dolore:

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tollerabilità: Molto tollerabile Tollerabile Poco tollerabile Insopportabile

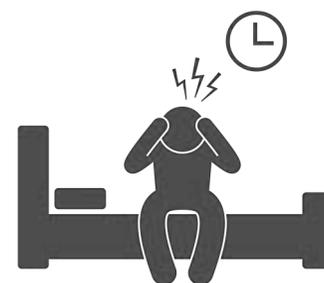
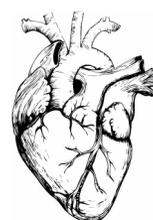
Problemi a svolgere le attività quotidiane:
 Nessuno Pochi Qualche volta Molti Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo:
 Risolto Deceduto Migliorato Stazionario Peggiorato Non valutabile Trasferito

Chiusura indagine

Patient factors affecting pain treatment in older adults

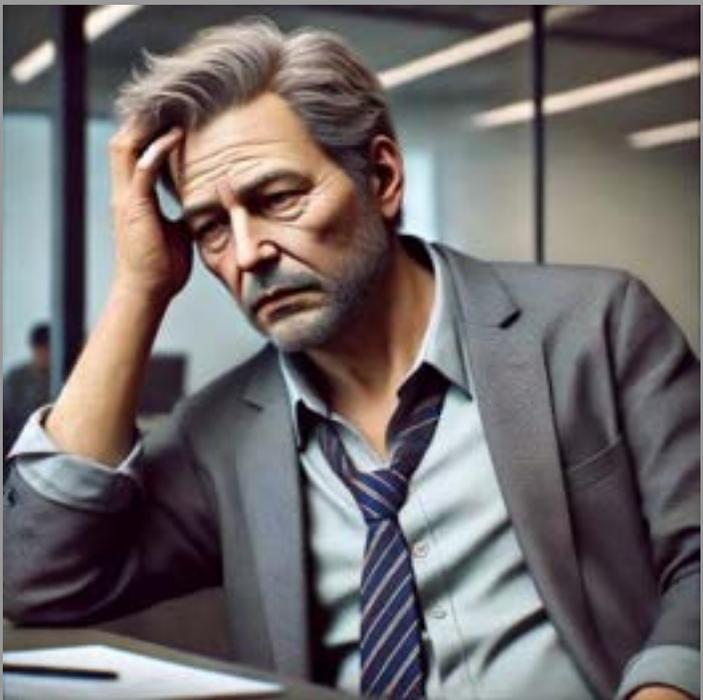
| Patient factors | Considerations when prescribing analgesic medication |
|--|--|
| Medical comorbidities | |
| Constipation | For most patients, prescribe a stimulant laxative (eg, senna) when opioids are initiated. |
| Lower extremity edema, hypertension, congestive heart failure, peptic ulcer disease, renal insufficiency | These conditions may be exacerbated by nonsteroidal antiinflammatory drugs. Gabapentin and pregabalin can contribute to lower extremity edema. Renal insufficiency may influence use of and dosing of various analgesics. |
| Obesity | Some medications (eg, gabapentin, pregabalin, tricyclic antidepressants) may contribute to weight gain. |
| Sleep disturbance | Pain may disrupt sleep. Opioids are associated with disruption in sleep architecture. |
| Difficulty walking/falls | Pain may contribute to weakness, difficulty walking, and falls. Patients with underlying mobility problems should be monitored carefully when medications that may cause balance and mobility problems (eg, opioids, pregabalin, gabapentin, tricyclic antidepressants) are prescribed. Ongoing ascertainment of benefit and risk is critical. |
| Memory loss | Pain may contribute to poorer neuropsychological performance. Although effective pain treatment may improve memory, some pain medications (eg, opioids, pregabalin, gabapentin, tricyclic antidepressants) may contribute to confusion. Ongoing assessment of benefits and risks is critical. |



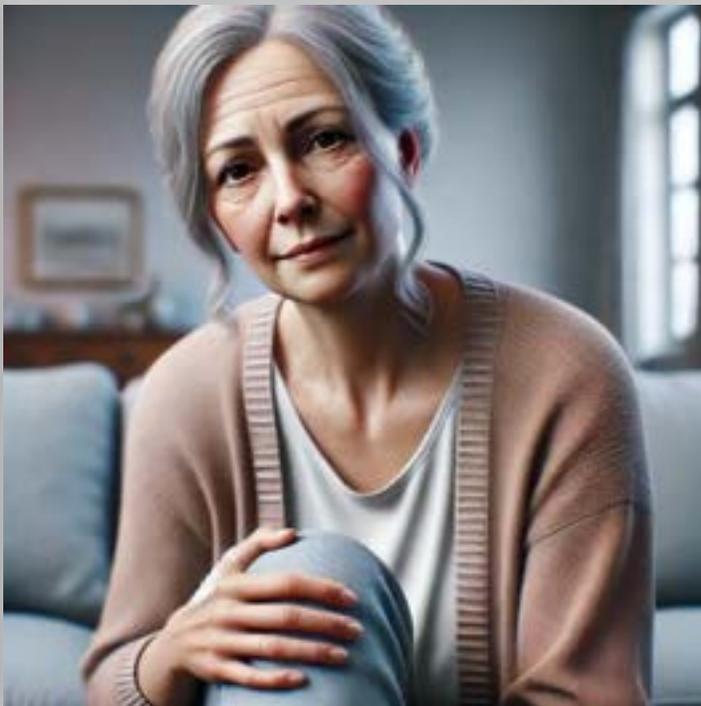
| Psychological factors | |
|---|--|
| Depression, anxiety | Underlying depression and/or anxiety can impair neuropsychological performance. These issues should be treated as part of pain treatment. |
| Coping skills | Poor coping skills (eg, tendency to catastrophize) can inhibit the efficacy of pain treatment. Patients who do not cope well with chronic pain may benefit from cognitive behavioral therapy (CBT) as part of pain treatment. |
| Fear of movement (fear-avoidance beliefs) | Patients with a history of falls may fear recurrent falls and thus may be reluctant to be mobile. Fear avoidance beliefs (ie, fear of moving because of concerns about exacerbating pain) can be reduced by physical therapy. Referral to a pain psychologist also may be helpful. |
| Treatment expectancy | Patients who believe that treatment will work will likely improve (placebo effect); those who believe that treatment will not work tend not to improve (nocebo effect). |
| Social factors | |
| Social/caregiver support | Social isolation can interfere with the older adult's ability to distract themselves from their pain and thus intensify the pain experience. This may be especially problematic for the older adult with dementia. |
| Financial status | Patients without the financial resources to access recommended treatments will not use them. |

UpToDate®





Giuseppe



Giovanna



Mario



Contesto dell'assistito



Motivo della visita



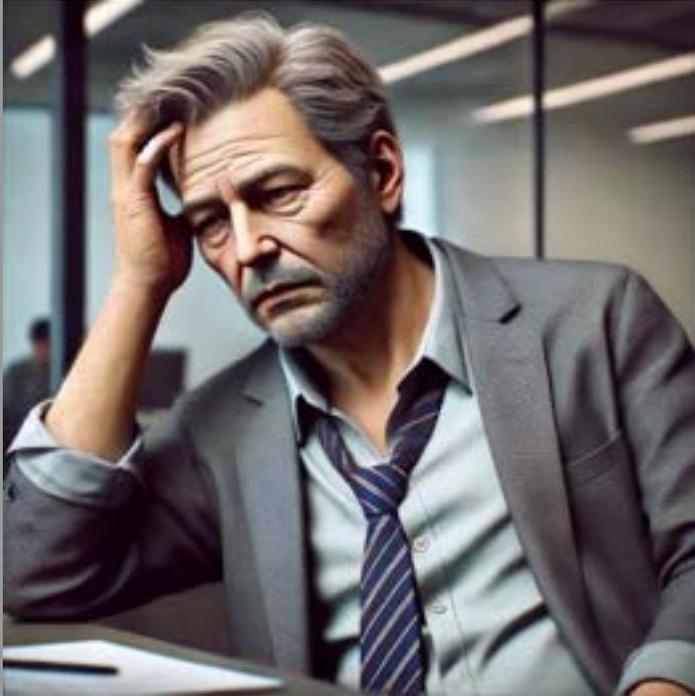
Cartella clinica



Ragionamento clinico



Conclusioni



Giuseppe

La sindrome influenzale nel paziente apparentemente sano

GIUSEPPE

55 anni.

Imprenditore molto dedito al lavoro.

Molto stressato.

Divorziato, 2 figli.

Da 2 giorni febbre fino a 39°C, tosse secca, forte ostruzione nasale, faringodinia, dolori diffusi.

GIUSEPPE

Altezza: 173 cm. Peso: 105 kg. BMI 35 (v.n. 18,5-24,9)

Fumo: Fumatore 20-25 sig/die da 30 anni (30 pack/year)

Stile di vita: sedentario

Pressione arteriosa: 155/85 mmHg * (v.n. <140/90)

Colesterolo totale: 280 mg/dL * (v.n. < 200)

Colesterolo HDL: 45 mg/dl * (v.n.

Trigliceridi: 180 mg/dl * (v.n. < 150)

Colesterolo LDL calcolato: 199 mg/dL

GIUSEPPE

2014: Ipertensione arteriosa

2022: Dislipidemia mista

2022: Obesità

2005: Anamnesi familiare positiva per malattia ischemica cuore

1994: Tabagismo

Amlodipina 5 mg, 1 compressa al giorno

Monacolina K

GIUSEPPE

?

GIUSEPPE

Sintomi influenzali in paziente con fattori di rischio CV

Ma quanto è grande il rischio CV?

Prevenzione primaria

RISK FACTORS: People with these risks are more likely to have **CVE**



A history of
smoking



Diabetes



Advanced age



High blood
pressure



Excess weight



A family history
of **CVE**

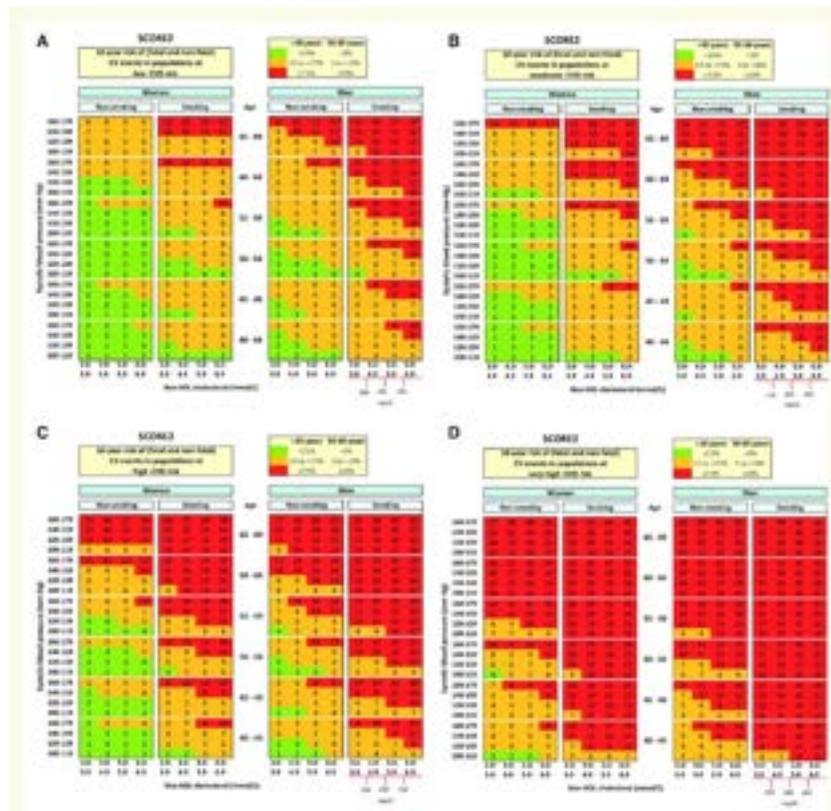


High cholesterol

Prevenzione primaria

CARTE DEL RISCHIO CV

Probabilità % che il paziente presenti un evento CV nei successivi 10 anni



2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

SCORE²

SCORE²-OP

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

SCORE 2

40-69 anni

SCORE 2-OP

>70 anni

Rischio a 10 anni di EVENTO CARDIOVASCOLARE FATALE e NON FATALE

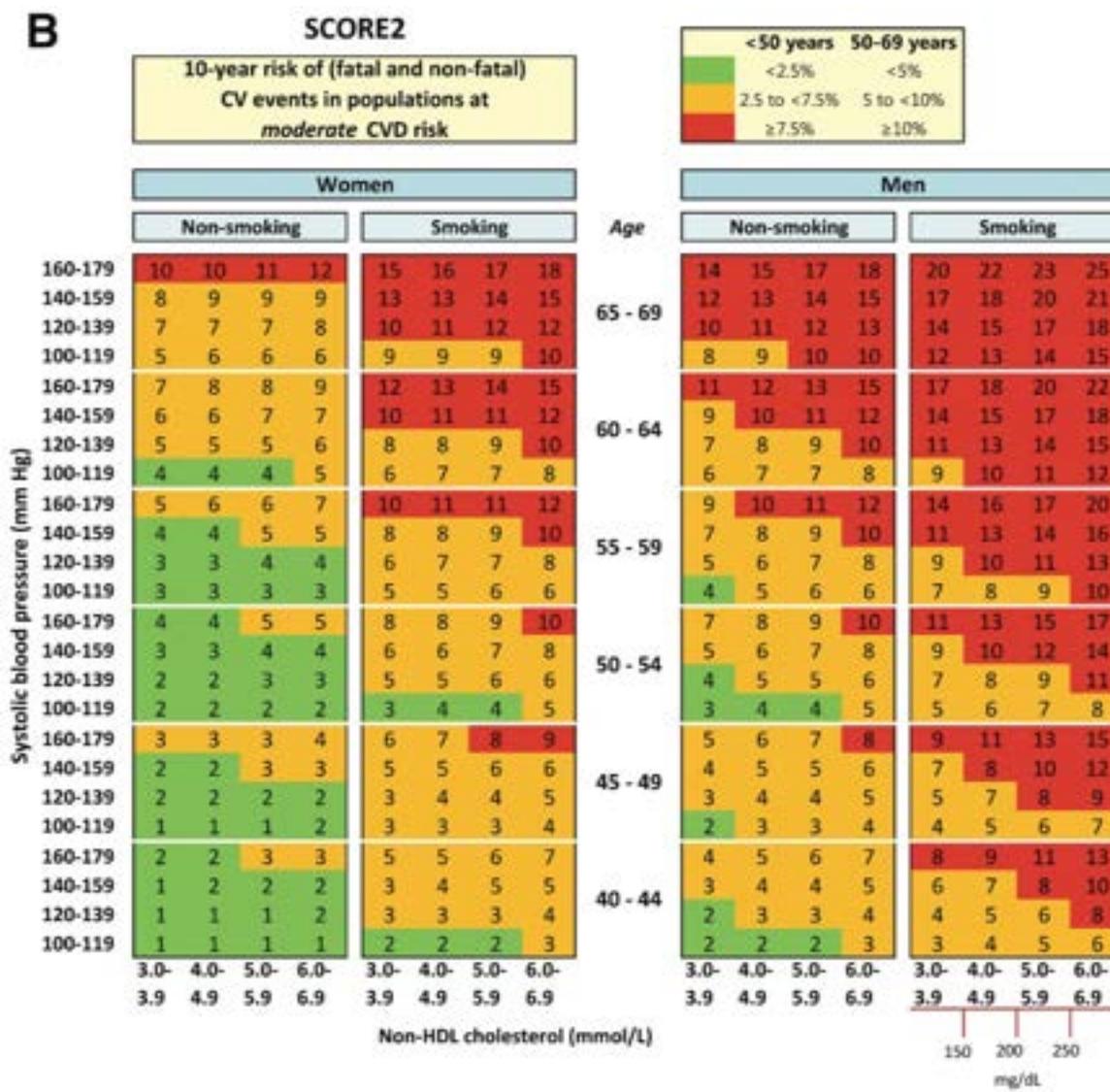
Età

Sesso

Fumo

Pressione arteriosa sistolica

Colesterolo Non-HDL



| Accertamenti | | Pressione | Certificati | Esenz. | Intolleranze | | Allegati | | | |
|----------------------------------|-------|-----------|-------------|--------|------------------------------|--|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| Accertamenti (+) | | | | | Risultato | | N | E | Tipo | S |
| 18.07.24 | ✓ ESC | | | | | | | | | |
| ESC SCORE2 | | | | | | | | | P | LA A |
| ESC Score (rischio CV) | | | | | | | | | P | LA A |
| ESC SCORE2-OP | | | | | | | | | | LA A |
| ESC SCORE2-DM | | | | | | | | | | LA A |
| | | | | | | | | | | I A A |

https://www.heartscore.org/en_GB



HeartScore



Calculate the 10-year risk of fatal and non-fatal cardiovascular disease events of your patients

Discover HeartScore

HeartScore is now updated with the SCORE2 and SCORE2-OP algorithms with recommendations for physicians and patients, from the 2021 ESC Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice.

Calculate 10-year risk of fatal and non-fatal cardiovascular disease events

No log-in required

This new release is available in English, for four risk regions: [find out which risk model applies for your country.](#)

Low risk

[See more >](#)

Moderate risk

[See more >](#)

High risk

[See more >](#)

Very high risk

[See more >](#)



Problema principale

Sindrome influenzale in individuo ad alto rischio CV

Antipiretico

Analgesico

Antinfiammatorio

Decongestionante nasale

Antistaminico

Problema principale

Terapie indicate:

- Il paracetamolo è appropriato per il suo effetto antipiretico e analgesico
- Alcuni elementi clinici possono far pensare all'utilità di un FANS (faringodinia)
- Un decongestionante nasale può alleviare la congestione nasale (ma considerare il loro «effetto rebound»)

Terapie escluse e motivazione:

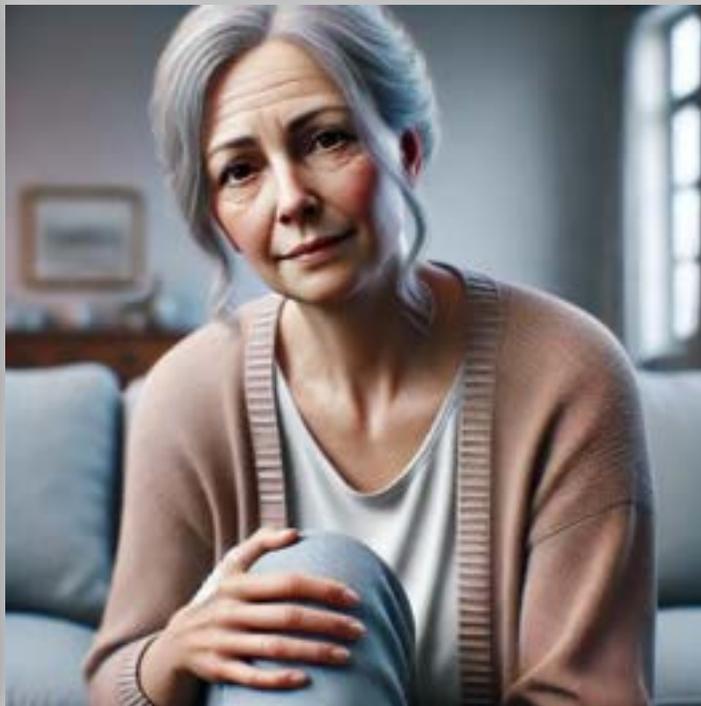
- L'uso di FANS in un soggetto con elevato rischio cardiovascolare rappresenta un rischio clinico elevato, seppur per pochi giorni

Altro?

- Stop fumo
- No lavoro
- Riposo a letto
- Spiegare le caratteristiche e la durata delle forme influenzali (febbre fino a 39,5° per 5-6 giorni)
- Spiegare l'inutilità della terapia antibiotica se non ci sono segni di sovrainfezione batterica
- Rivalutare la terapia ipocolesterolemizzante (ricerca del danno d'organo) e lavorare sulle abitudini di vita



Giuseppe



Giovanna



Mario



Giovanna

Giovanna: la gonalgia di una paziente comorbida

GIOVANNA

68 anni.

Casalinga.

Vedova.

Vive da sola ma normalmente ha una buona autonomia, guida e ha una vita partecipata.

Figli vivono lontano

Gonalgia destra da circa 1 mese, presente in particolare quando carica e cammina per tratti medio-lunghi (difficoltà durante la passeggiata mattutina con il cagnolino dopo circa 30 minuti). Ridotta capacità di camminare a lungo, con impatto sulle attività abituali.

GIOVANNA

Altezza: 158 cm. Peso: 64 kg.

Fumo: non fumatrice.

Pressione arteriosa: 149/90 mmHg * (v.n. <140/90)

Creatinina: 1,03 mg/dL * (v.n. < 1,2)

Creatinina clearance: 56 mL/min * (v.n. > 60 mL/min)

GIOVANNA

2006: Ipertensione arteriosa

2010: Ipotiroidismo in terapia sostitutiva

2019: Diabete mellito

...INSUFFICIENZA RENALE?

- Olmesartan +Amlodipina 20+5 mg, 1 al dì
- Metformina 500 mg 1 cp pranzo e cena
- Levotiroxina sodica 25 mcg 1 al dì
- Simvastatina 20 mg 1 al dì

GIOVANNA

?

📄 Indice di comorbidità di Charlson (CCI)



Calcola l'indice di Comorbidità di Charlson (allo scopo di classificare le comorbidità che potrebbero alterare il rischio di mortalità) e la sopravvivenza a 10 anni in pazienti affetti da comorbidità multiple.

Indice di Charlson: **3**

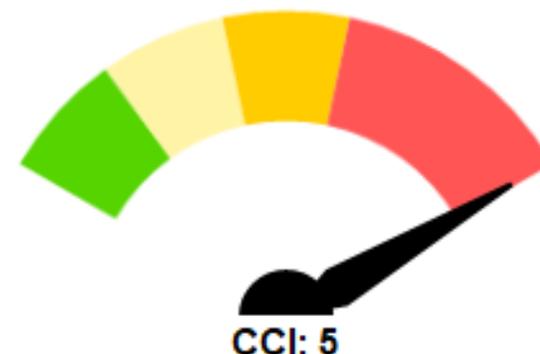
Indice di Charlson aggiustato per età: **5**

Sopravvivenza stimata a 10 anni: **21%**

L'indice è costruito in base alla presenza delle seguenti patologie traccianti:

Diabete senza complicanze croniche, Malattia renale

Ciascuna delle quali contribuisce un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi ponderata per l'età.



i Informazioni Utili

Indice di Charlson

Score composito di comorbidità, calcolato in base alla complessità clinico-epidemiologica del paziente.

Calcolato come somma degli indici assegnati alle relative patologie; utile per misurare la comorbidità, validato in numerose esperienze, produce valori ben correlati con i dati di mortalità, morbilità e consumo di risorse sanitarie. Nel lavoro originale, l'indice è costruito in base alla presenza nel singolo paziente di 19 patologie traccianti più l'età. Ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi anche ponderata per l'età. Lo score "grezzo" varia da 0 a 42, mentre il Charlson age adjusted Index è compreso tra 0 a 48, con eccellente validità predittiva per un gran numero di outcome clinici in ambito oncologico, geriatrico e internistico.

Nonostante l'ampiezza del range, uno score > 5 è in genere espressione di importante impegno clinico. Nel lavoro originale di Charlson la validazione dello score su una casistica di pazienti neoplastici rivelava che uno score > 3 era associato ad una probabilità di sopravvivenza del 45% in 10 anni.

| Accertamenti | | Pressione | Certificati | Esenz. | Intolleranze | | Allegati | | | |
|------------------------|---|-----------|-------------|--------|--------------|---|----------|---|------|------|
| Accertamenti (+) | | | | | Risultato | O | N | E | Tipo | S |
| 18.07.24 | ✓ | ESC | | | | | | | | |
| ESC SCORE2 | | | | | | | | | P | LA A |
| ESC Score (rischio CV) | | | | | | | | | P | LA A |
| ESC SCORE2-OP | | | | | | | | | | LA A |
| ESC SCORE2-DM | | | | | | | | | | LA A |
| | | | | | | | | | | IA A |

ESC SCORE2-Diabetes

Età:
 Maschio Femmina
Età diagnosi DM2:
 Colesterolo totale:
(mg/dL o mmol/L)

 Colesterolo HDL:
(mg/dL o mmol/L)

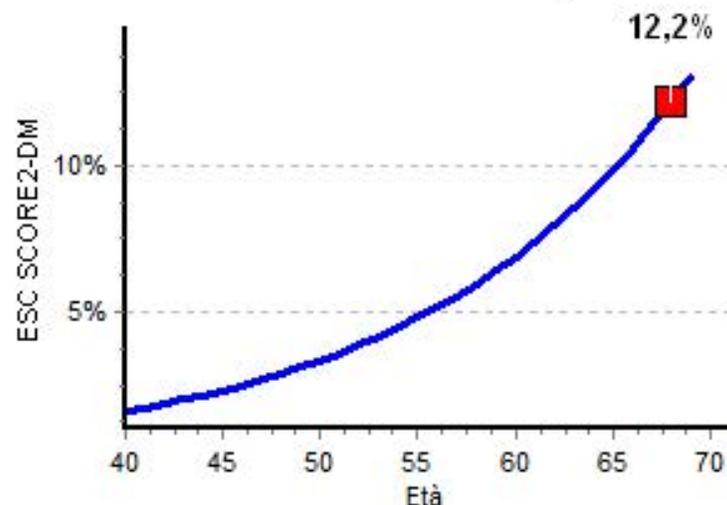
 HbA1c: % mmol/mol
(% o mmol/mol)

 eGFR:
(mL/min/1.73m²)

 Pressione massima:
(mmHg)
 Non fumatore Fumatore

ESC SCORE2-DM =

Curva ESC SCORE2-DM del paziente



Cut-off

≥ 40 a ≤ 69 anni
Molto Alto
 ≥ 20%

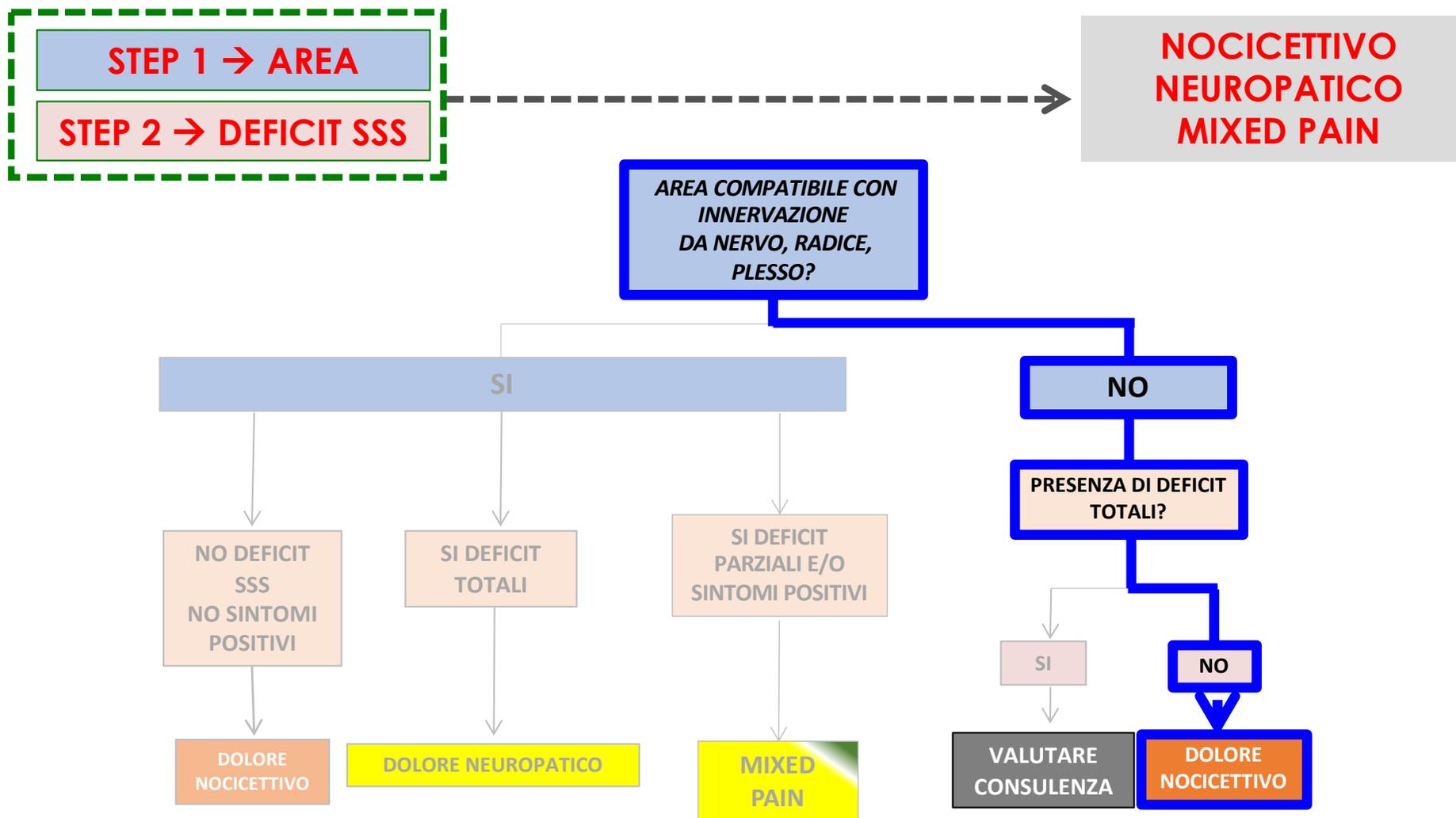
Alto
 ≥ 10% a < 20%

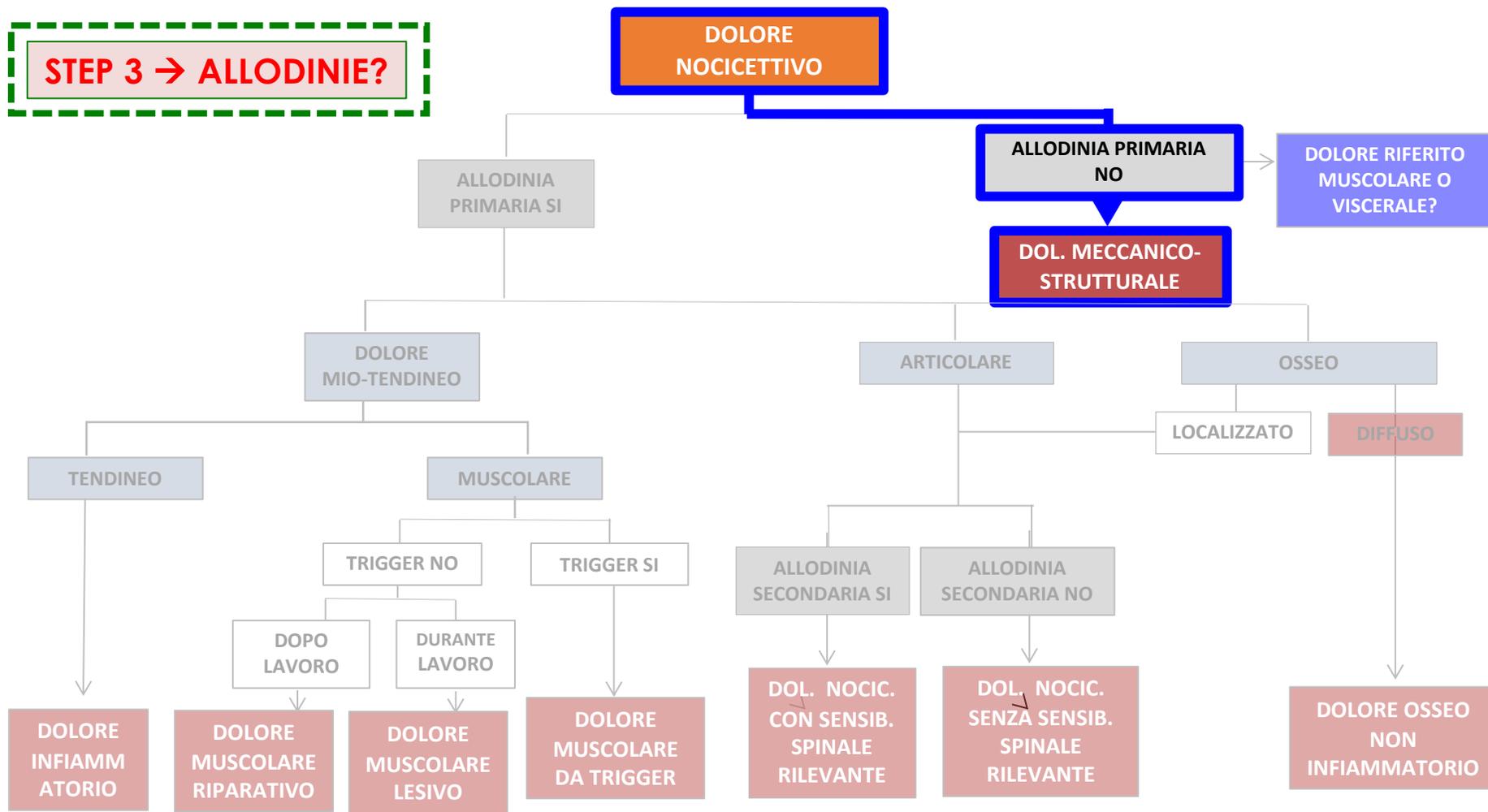
Moderato
 ≥ 5% a < 10%

Basso
 < 5%
Data:

Valutazioni

- * Rilevati fattori di alto rischio: Diabete, Pressione alta 140/85 mmHg
- * Il calcolo potrebbe essere sottostimato per:
terapia con statine
- ** L'ultimo Colesterolo Totale è stato registrato più di un anno fa





Problema principale

Gonalgia destra

Tipologia di dolore o condizione

Probabile artropatia degenerativa da gonartrosi

Valutazione Dolore

Nocicettivo meccanico strutturale. NRS 6 durante la deambulazione

Disabilità correlata

Limitazione funzionale nella deambulazione prolungata

Rischi principali

- **Rischio cardiovascolare:** ESC SCORE 2 DM 12,2%
- **Comorbidità (Charlson Index):** 5
- **Malattia renale cronica:** Non identificato come problema in cartella!

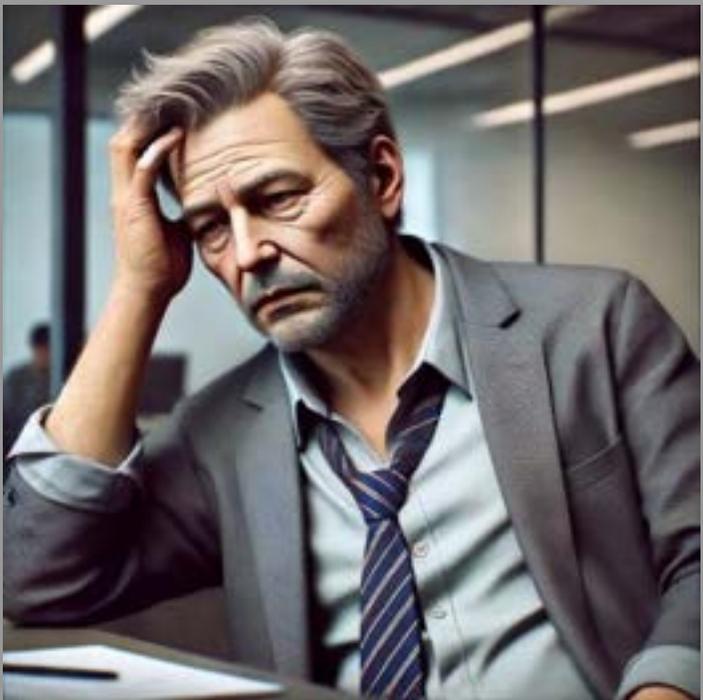
Problema principale

Terapie indicate:

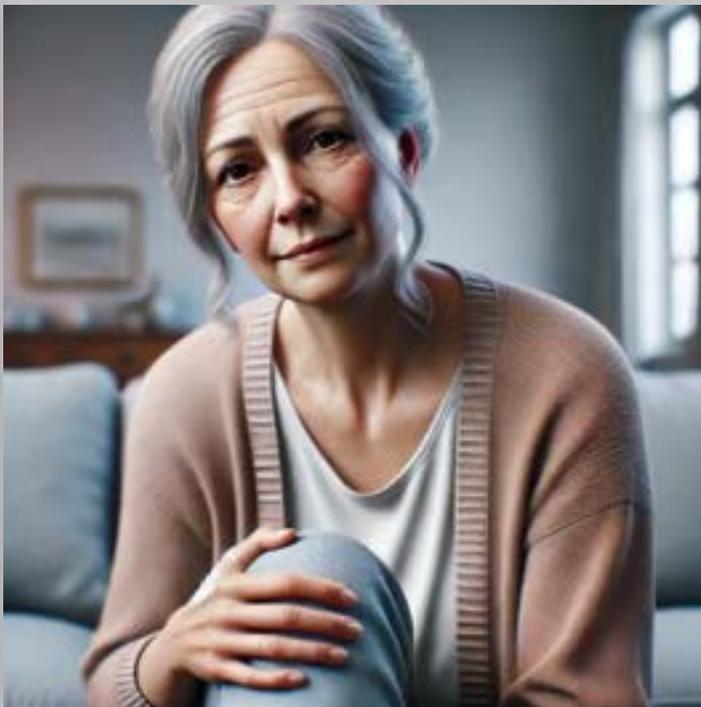
- Nel dolore meccanico strutturale non è appropriato l'impiego di FANS.
- Nelle riacutizzazioni infiammatorie, è possibile che la paziente necessiti di terapia antinfiammatoria.

Terapie escluse e motivazione:

- L'uso di FANS in un soggetto con elevato rischio cardiovascolare e sospetta malattia renale cronica rappresenta un rischio clinico elevato.
- L'impiego di Paracetamolo è appropriato rispetto al tipo di dolore, intensità, frequenza e rischio



Giuseppe



Giovanna



Mario



Mario

Mario: la gestione del dolore nel paziente fragile

MARIO

77 anni. Ex ferroviere in pensione.

Sposato con Giuliana (78 anni), principale caregiver.

La figlia, Anna, 52 anni, insegnante, vive nel quartiere vicino.

Invalido civile con accompagnamento.

Necessita di assistenza per le ADL e le IADL.

Difficoltà di linguaggio per disartria post-ictus.

Dolore alla spalla destra da circa 2 settimane.

Progressivo peggioramento.

Difficoltà aumentate nella gestione quotidiana.

MARIO

Altezza: 170 cm. Peso: 83 kg.

Fumo: Ex fumatore.

Pressione arteriosa: 130/80 mmHg * (v.n. <140/90)

Creatinina clearance: 62 mL/min * (v.n. > 60 mL/min)

MARIO

2024: Gammopatia monoclonale (MGUS)

2024: Polimialgia reumatica

2022: Fibrillazione atriale (risposta medio rapida)

2021: Decadimento cognitivo

2020: Ipertrofia prostatica benigna

2019: Ictus cerebrale

2016: Vescica neurologica

2010: BPCO

2001: Pregresso carcinoma del retto

1949: Monorene

MARIO

Lansoprazolo 30 mg.

Edoxaban 60 mg.

Atorvastatina 40 mg.

Tamsulosina 0,4 mg.

Aloperidolo 6 gocce.

Colecalciferolo 50.000 UI.

Levetiracetam 500 mg (1 cp/die).

Umeclidinio/Vilanterolo 55/22 mcg.

Prednisone 5 mg (1 cp/die).

MARIO

?

Calcola l'indice di Comorbidità di Charlson (allo scopo di classificare le comorbidità che potrebbero alterare il rischio di mortalità) e la sopravvivenza a 10 anni in pazienti affetti da comorbidità multiple.

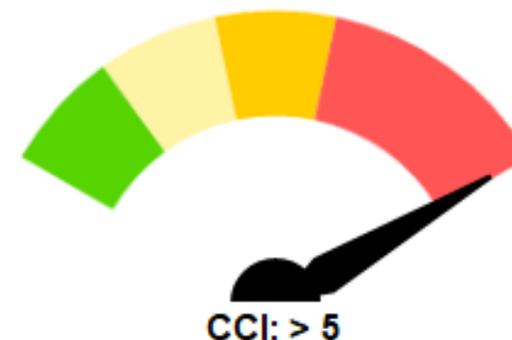
Indice di Charlson: **5**

Indice di Charlson aggiustato per età: **8**

Sopravvivenza stimata a 10 anni: **0%**

L'indice è costruito in base alla presenza delle seguenti patologie traccianti:

Malattie cerebrovascolari, Malattia polmonare cronica, Malattia reumatica, Tumori
Ciascuna delle quali contribuisce un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi ponderata per l'età.



i Informazioni Utili

Indice di Charlson

Score composito di comorbidità, calcolato in base alla complessità clinico-epidemiologica del paziente.

Calcolato come somma degli indici assegnati alle relative patologie; utile per misurare la comorbidità, validato in numerose esperienze, produce valori ben correlati con i dati di mortalità, morbilità e consumo di risorse sanitarie. Nel lavoro originale, l'indice è costruito in base alla presenza nel singolo paziente di 19 patologie traccianti più l'età. Ciascuna delle quali contribuisce allo score con un punteggio tra 1 e 6; la somma dei punteggi da malattie coesistenti viene poi anche ponderata per l'età. Lo score "grezzo" varia da 0 a 42, mentre il Charlson age adjusted Index è compreso tra 0 a 48, con eccellente validità predittiva per un gran numero di outcome clinici in ambito oncologico, geriatrico e internistico.

Nonostante l'ampiezza del range, uno score > 5 è in genere espressione di importante impegno clinico. Nel lavoro originale di Charlson la validazione dello score su una casistica di pazienti neoplastici rivelava che uno score > 3 era associato ad una probabilità di sopravvivenza del 45% in 10 anni.

455 Score di Fragilità (Frailty-HS Score)



Questo score stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

Il paziente ha uno score di Fragilità (livello di rischio di decesso a 3 anni) di grado: **ALTO**
Riscontrati **6** deficit su **25**.

Fattori sui quali è stato calcolato il rischio per questo paziente:

Alto livello di disabilità, Deficit cognitivo, Stroke, BPCO, Fibrillazione Atriale, Neoplasie.
Poiché il paziente presenta un ALTO livello di fragilità (Frailty-HS) è FORTEMENTE indicato di eseguire anche il BRIEF-Multidimensional Prognostic Index (BRIEF-MPI), strumento prognostico di fragilità dell'anziano e di rischio di eventi negativi basato sulla esecuzione di una Valutazione Multidimensionale.

[BRIEF-MPI \(Indice prognostico di fragilità\)](#)



i Informazioni Utili

Lo score di Fragilità (**Frailty-HS**) stadia il paziente ultra sessantenne in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni di follow-up.

Selezione dei potenziali deficit

Lo score viene ottenuto mediante la combinazione dei **25 deficit** seguenti nei soggetti con età maggiore di 60 anni.

Q55 Rischio di probabile MRC (MRC-HS Score)



Questo score classifica il paziente per probabilità di diagnosi non registrata di Malattia Renale Cronica (MRC).

Il paziente ha un rischio di mancata diagnosi di Malattia Renale Cronica di grado:
MODERATO

Sono stati riscontrati per questo paziente **1** fattori di rischio su 5:
Malattie cardiovascolari

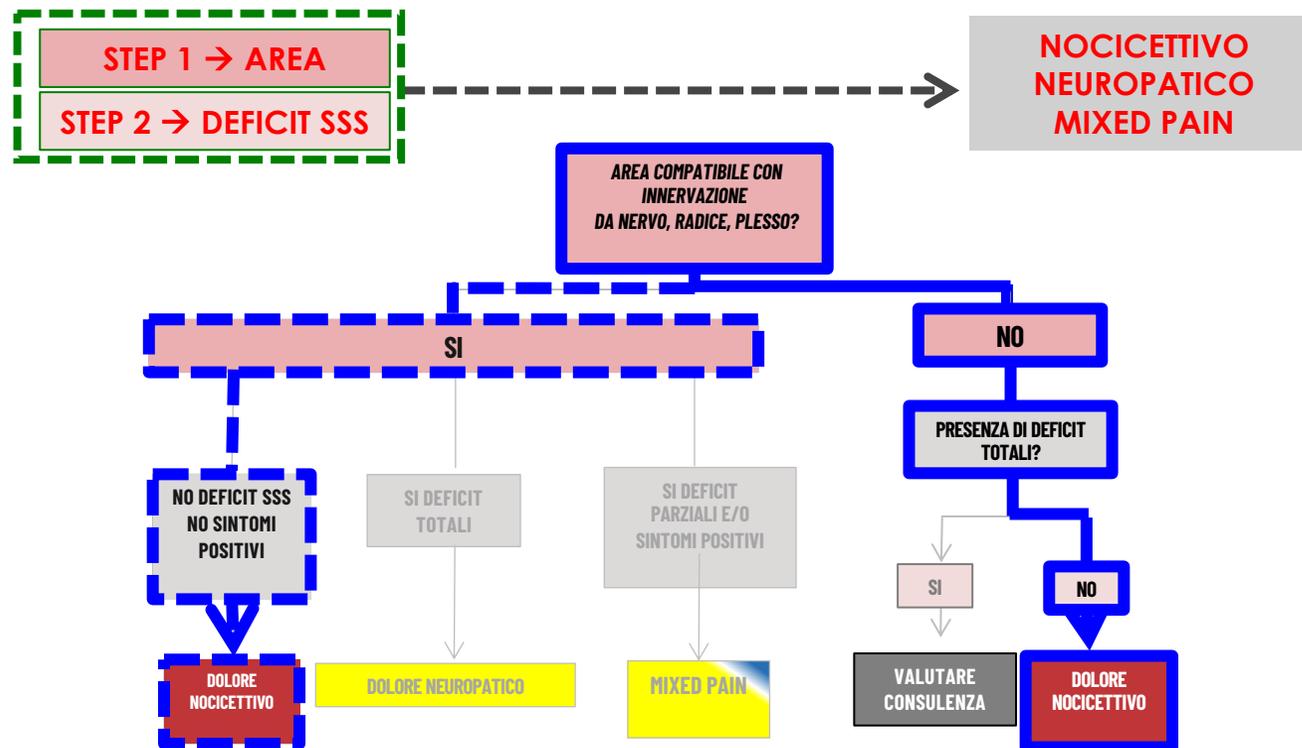


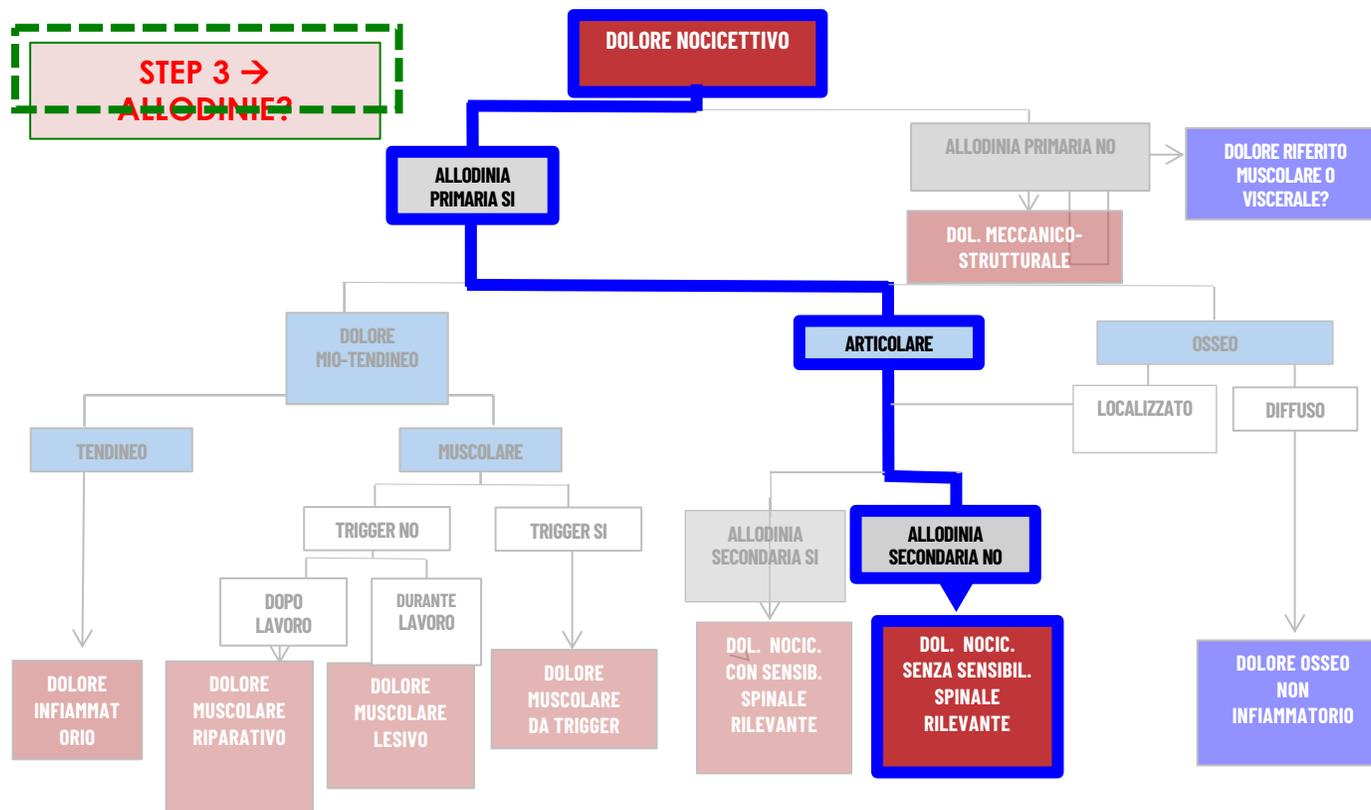
i Informazioni Utili

Lo score è calcolato in base alla combinazione di **5 macro-fattori di rischio**, l'alert viene generato in presenza di rischio Moderato o Elevato.

Le caratteristiche della popolazione valutate dall' algoritmo (senza limitazioni temporali) sono:

- Ipertensione arteriosa
- Diabete (Tipo 1 e 2, è escluso il Diabete di tipo gestazionale)
- Malattie cardiovascolari
- Proteinuria patologica (superiore a 300mg)
- Creatinina alta (> 1,5mg/dL o 132 mmol/L per gli uomini, > 1,3 mg/dL o 114.4 mmol/L per le donne)





CLINICA DEL DOLORE E TERAPIA MULTIMODALE: CRITERI DI SCELTA – ELENCO DEI FARMACIO APPROPRIATI



* In relazione all'intensità del dolore

* In caso di intolleranza, scegliere altro oppiaceo

Problema principale

Dolore

- Verosimile tendinite del capo lungo del bicipite
- Tipologia: Nocicettivo infiammatorio
- NRS: 5 (poco tollerato, significativa disabilità nel contenuto)

Rischi

- Elevato rischio cardiovascolare per pregresso evento
- Charlson Index: 8 (elevata comorbidità)
- Rischio di malattia renale cronica: moderato
- Rischio di sanguinamento: elevato (terapia con prednisone + DOAC)

Problema principale

Gestione del dolore

Terapie indicate:

- Steroide (prednisone) + Paracetamolo

Terapie non indicate:

- **FANS**, data l'elevata comorbidità e rischio di sanguinamento

Strategia:

- Aumento temporaneo del dosaggio di prednisone
- Terapia combinata con paracetamolo

Grazie per l'attenzione