AGeSPI
LIGURIA

CENTRO INTERNAZIONALE DI STUDI E FORMAZIONE GERMANA GASLINI
CISEF

MAURIZIO MODENESI

Direttore Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali,

ASL 2 Savonese

Anziano fragile

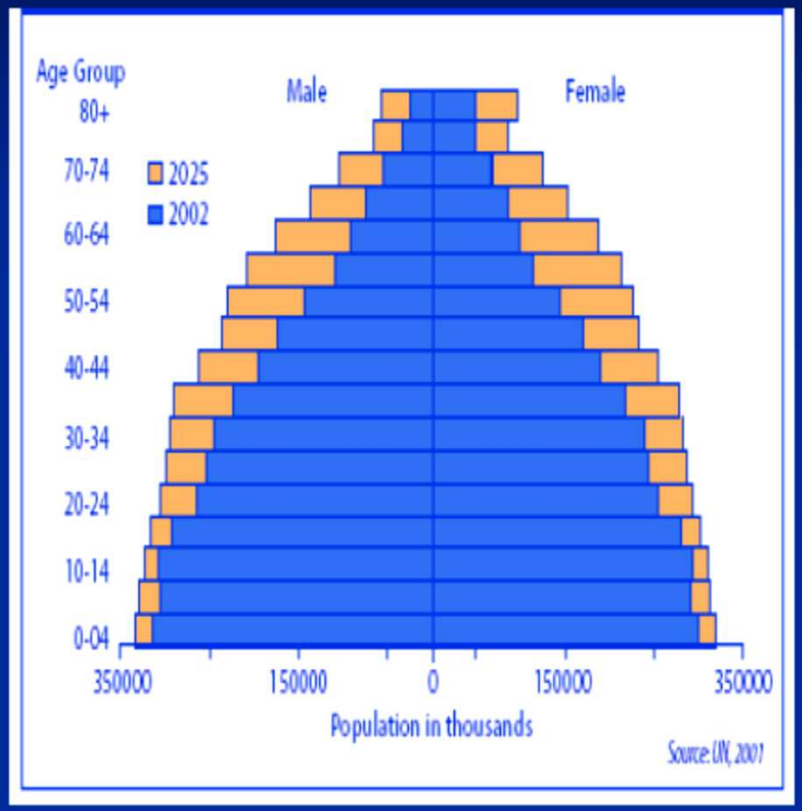
La senilità

In Italia la speranza di vita alla nascita è aumentata di **oltre 15 anni**

Innovazioni della medicina
Interventi di salute pubblica
Norme igieniche
Cambiamenti nello stile di lavoro, vita e società

Maggior richiesta di assistenza
Spese incrementate
Solitudine
Strutture specializzate

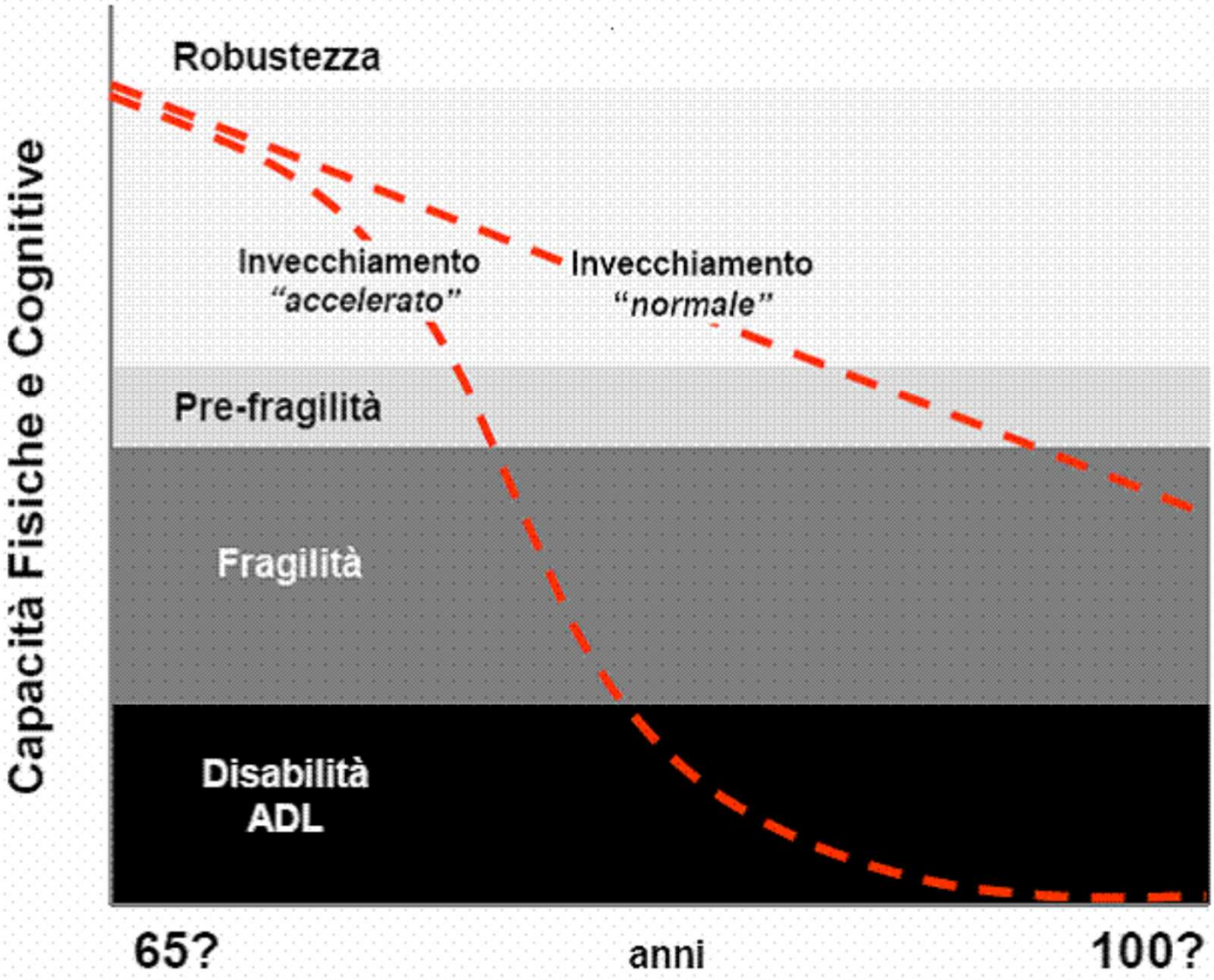
Aumento dei soggetti anziani, nel periodo 1970-2025, circa 694 milioni di unità.



2002		2025	
Italy	24.5%	Japan	35.1%
Japan	24.3%	Italy	34.0%
Germany	24.0%	Germany	33.2%
Greece	23.9%	Greece	31.6%
Belgium	22.3%	Spain	31.4%
Spain	22.1%	Belgium	31.2%
Portugal	21.1%	United Kingdom	29.4%
United Kingdom	20.8%	Netherlands	29.4%
Ukraine	20.7%	France	28.7%
France	20.5%	Canada	27.9%

Source: UN, 2001

Traiettorie ipotetiche del declino età-dipendente delle capacità fisiche e cognitive



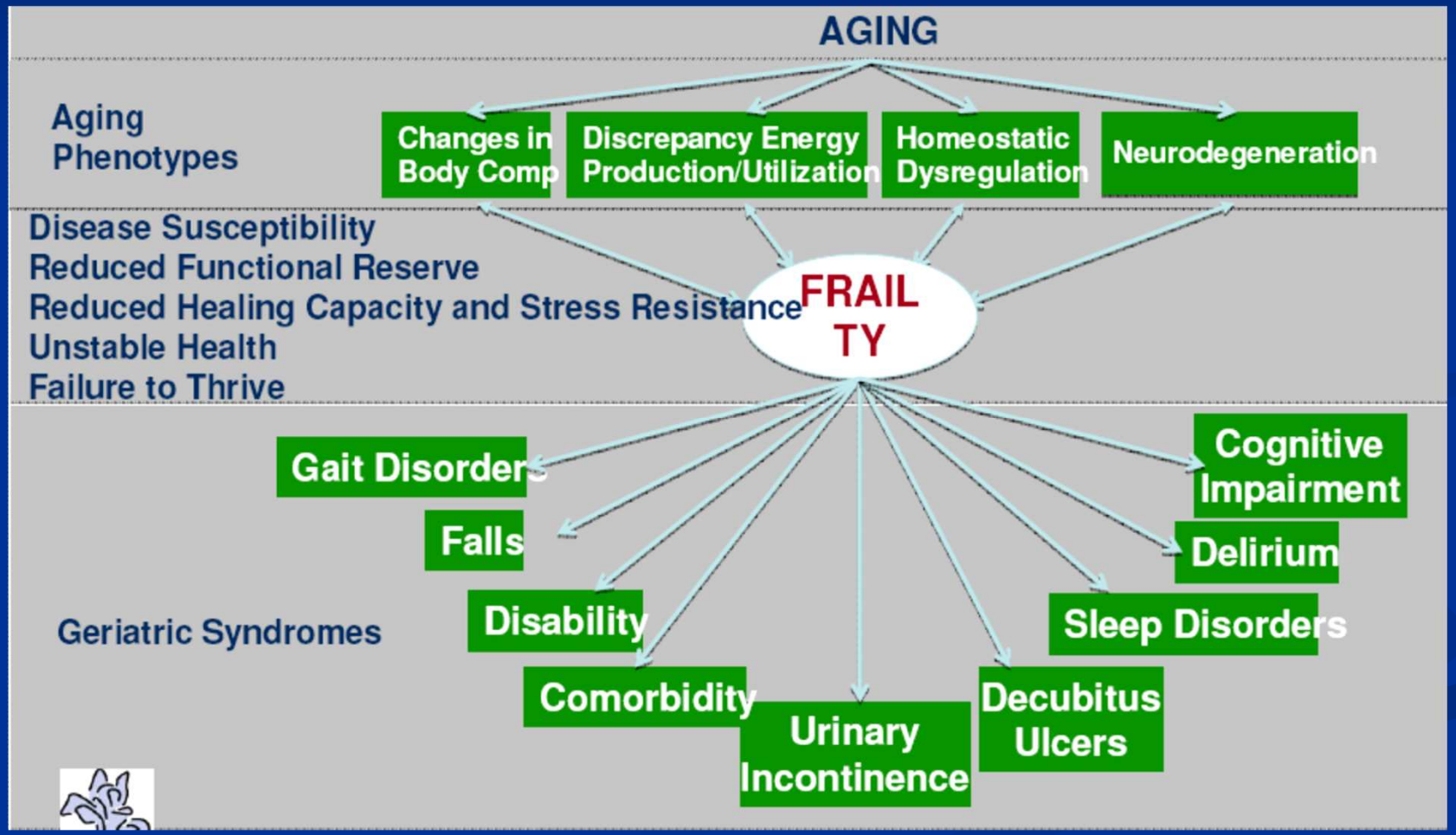
Scrive Hazzard (2004) ***"….. cascata di eventi patologici, disabilità e complicanze, che troppo spesso si dimostrano irreversibili……***

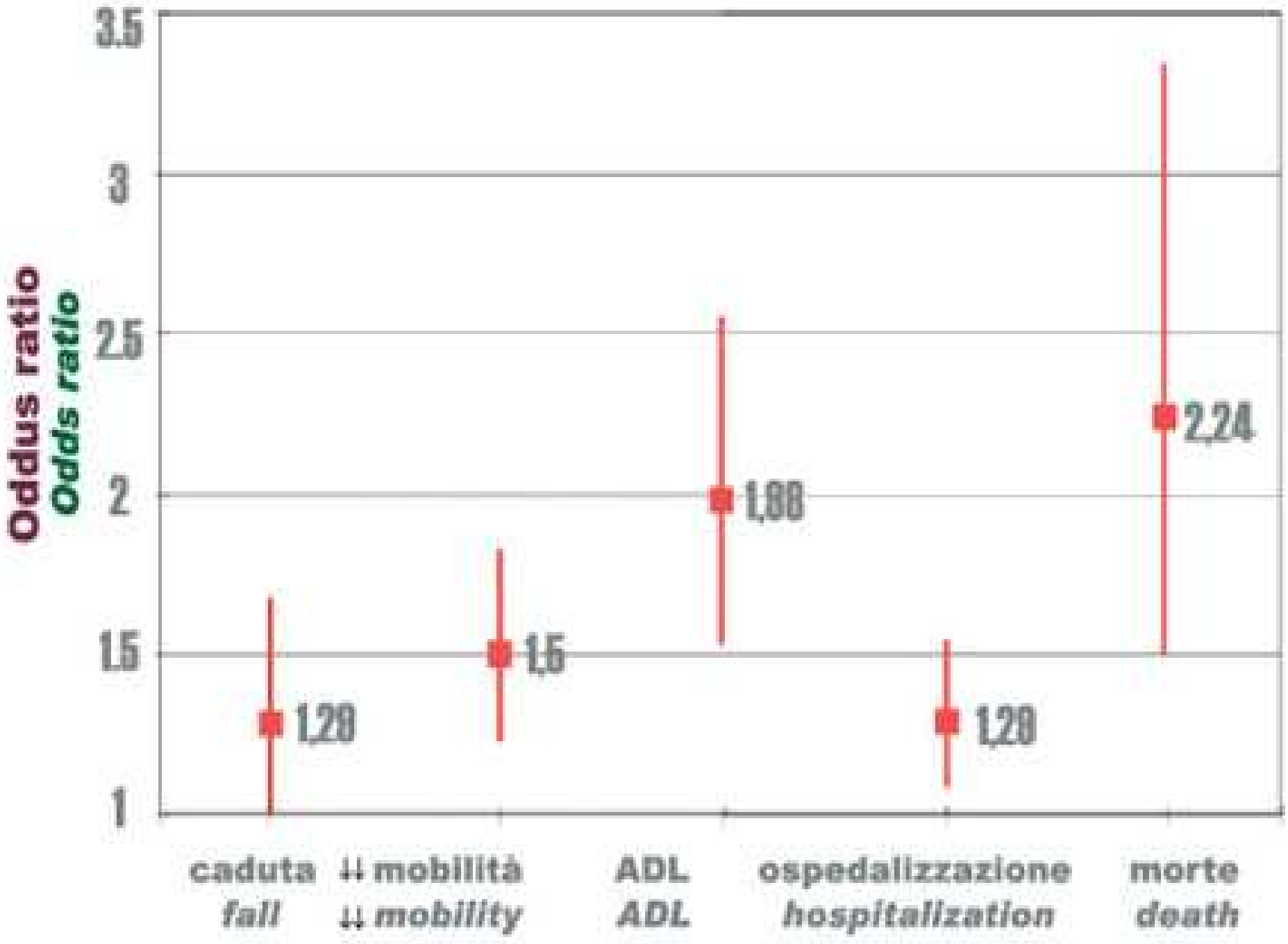
…..coesistenza di molteplici patologie croniche e progressive è la regola, mentre problemi semplici, che si risolvono spontaneamente o che facilmente si curano, rappresentano l'eccezione…..

…..riduzione della riserva funzionale e le limitate capacità di recupero aumentano il rischio di dimagrimento e malnutrizione, disidratazione, reazioni avverse a farmaci…..

***…..comparsa di una o più sindromi geriatriche che, forse, più di qualsiasi altro elemento individuano la geriatria come specialità medica: confusione, cadute e fratture, incontinenza urinaria, depressione, demenza, per individuarne solo alcune"*.**

Invecchiamento
e sindromi geriatriche




Oddus ratio
Odds ratio
3,5
3
2,5
2
1,5
1
1,20
1,5
1,88
1,20
2,24
caduta
fall
↓↓ mobilità
↓↓ mobility
ADL
ADL
ospedalizzazione
hospitalization
morte
death

GLI ANZIANI FRAGILI

10 - 20% dei soggetti > 65 aa

46% dei soggetti > 85 aa

Fried L.P. in: Hazzard W.R. et al. Mc Graw Hill 1994

- Dopo i 75 anni incidenza esponenziale di Anziani Fragili (Studio ILSA)
- In Italia ~ 1.000.000 di Anziani fragili
- Previsione di raddoppio nei prossimi 20 aa

Degenti ultra 75enni in strutture ASL 2 Savonese

(01.01.2011 – 16.10.2012)

- RSA tipologia post acuto: 82,9%
- RSA tipologia mant. ed RP: 88,7%

Approccio tradizionale:

- Ricerca eziologica della malattia
- Eliminazione della causa
- Guarigione

Approccio geriatrico:

- Identico con in più una valutazione multidisciplinare per
  - Misurare le funzioni residue
  - Delineare la specificità del caso
  - Sintetizzare un quadro che di solito è eterogeneo, articolato e sfumato
  - Individuare i pazienti a maggior rischio di eventi avversi
  - Impostare un progetto terapeutico mirato ed efficace

-

La VMD è una valutazione con approccio globale a 360° nella quale:

Sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi dell'anziano

Vengono definite le sue capacità funzionali

Viene stabilita la necessità di servizi assistenziali

Viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai bisogni ed ai problemi

In accordo con le conclusioni del *Consensus Statement del National Institute of Health* (USA) e della *Comprehensive Geriatric Assessment Position Statement dell'American Geriatrics Society* (aggiornamenti disponibili on-line sul sito WEB www.americangeriatrics.org),

Valutazione multidimensionale

- SALUTE FISICA
- STATO COGNITIVO
- STATO PSICO-EMOZIONALE
- STATO FUNZIONALE
- CONDIZIONE SOCIO-ECONOMICA
- AMBIENTE DI VITA
- GRADO DI CARICO ASSISTENZIALE

SINTESI

- VALUTAZIONE DELL'AUTOSUFFICIENZA
- PIANO INDIVIDUALIZZATO DI INTERVENTO
- QUANTIFICAZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE

Approccio medico-specialistico

Specialità d'organo	Medicina interna	Geriatria
↓	↓	↓
Monopatologia	Polipatologia e patologia sistemica	Polipatologia e patologia sistemica
↓	↓	↓
Malattia	Malato	Malato *contestualizzato*
↓	↓	↓
Guarigione malattia	Guarigione malattia/e	(Guarigione) & Mantenimento funzionale

Un esempio…

Polmonite
↓
Ricovero
↓
Guarigione malattia
↓
Dimissione con

Sarcopenia
Perdita autosufficienza
IRC (farmaci, mdc iodati)
Ulcere decubito
……

disabilità

Rete dei servizi di assistenza socio sanitaria agli anziani

Residenze Sanitarie Assistite (riab/post., Alz., mant., soll.)

Residenze Protette

Centri semiresidenziali

Cure domiciliari (prestazionale, 1°/2° - 3° livello – cure palliative)

Servizi ambulatoriali

Residenzialità per anziani
(posti letto a gestione diretta o in convenzione)

RR.SS.AA. n° 328:

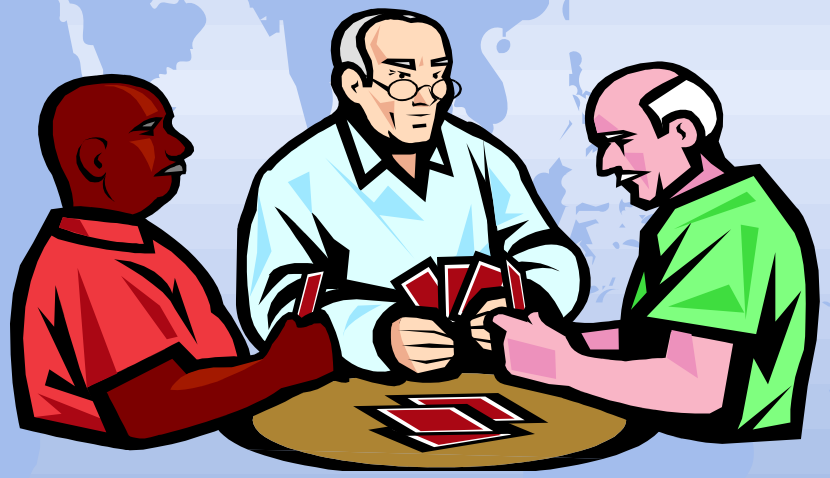
Ambito 1	n°	30
Ambito 2	n°	44
Ambito 3	n°	44
Ambito 4	n°	210

RR.PP. n° 644:

Ambito 1	n°	108
Ambito 2	n°	127
Ambito 3	n°	68
Ambito 4	n°	341

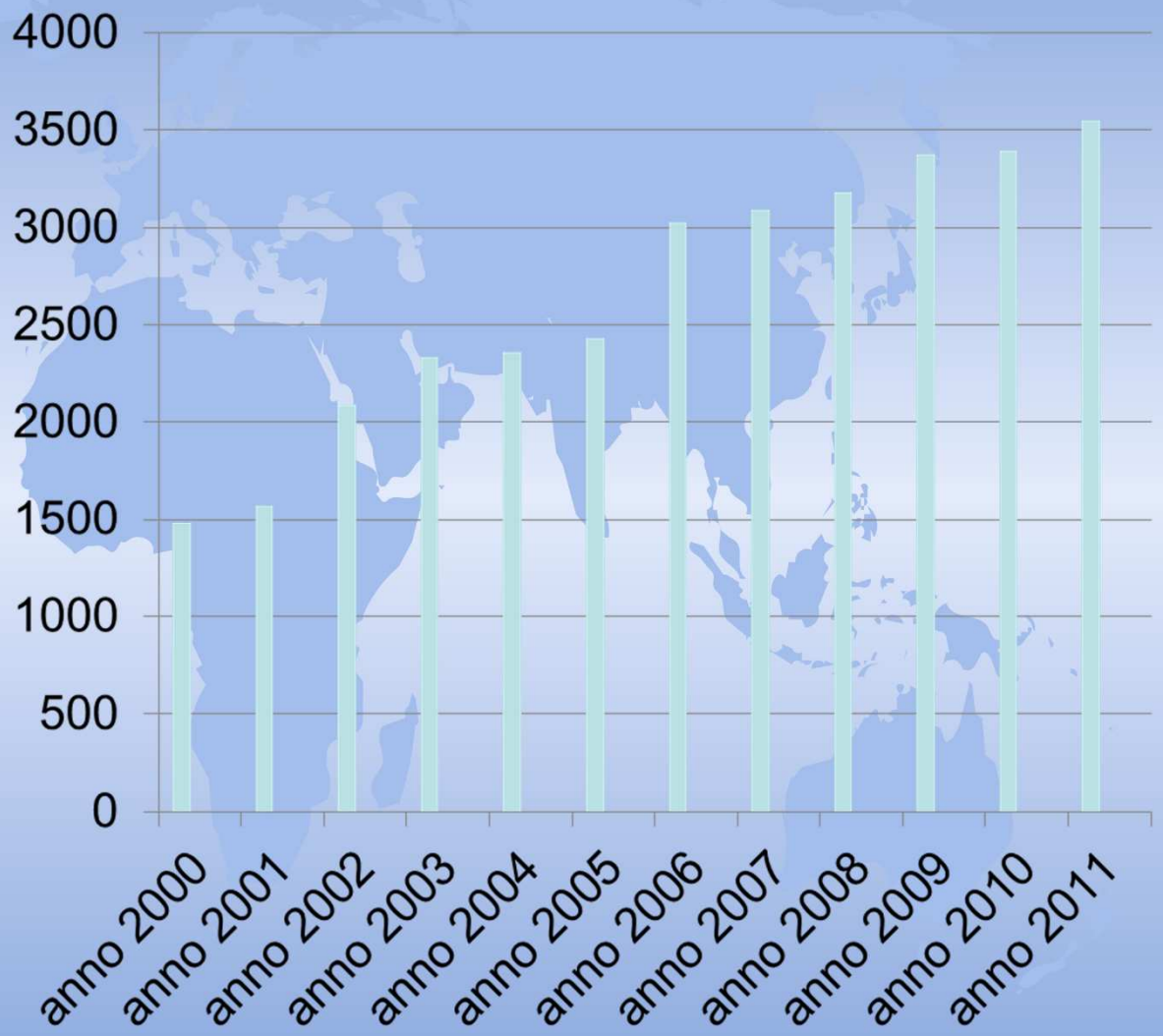
Centri semiresidenziali

Alassio	**n° 15**
Cengio	**n° 12**
Savona	**n° 25**
Varazze	**n° 10**

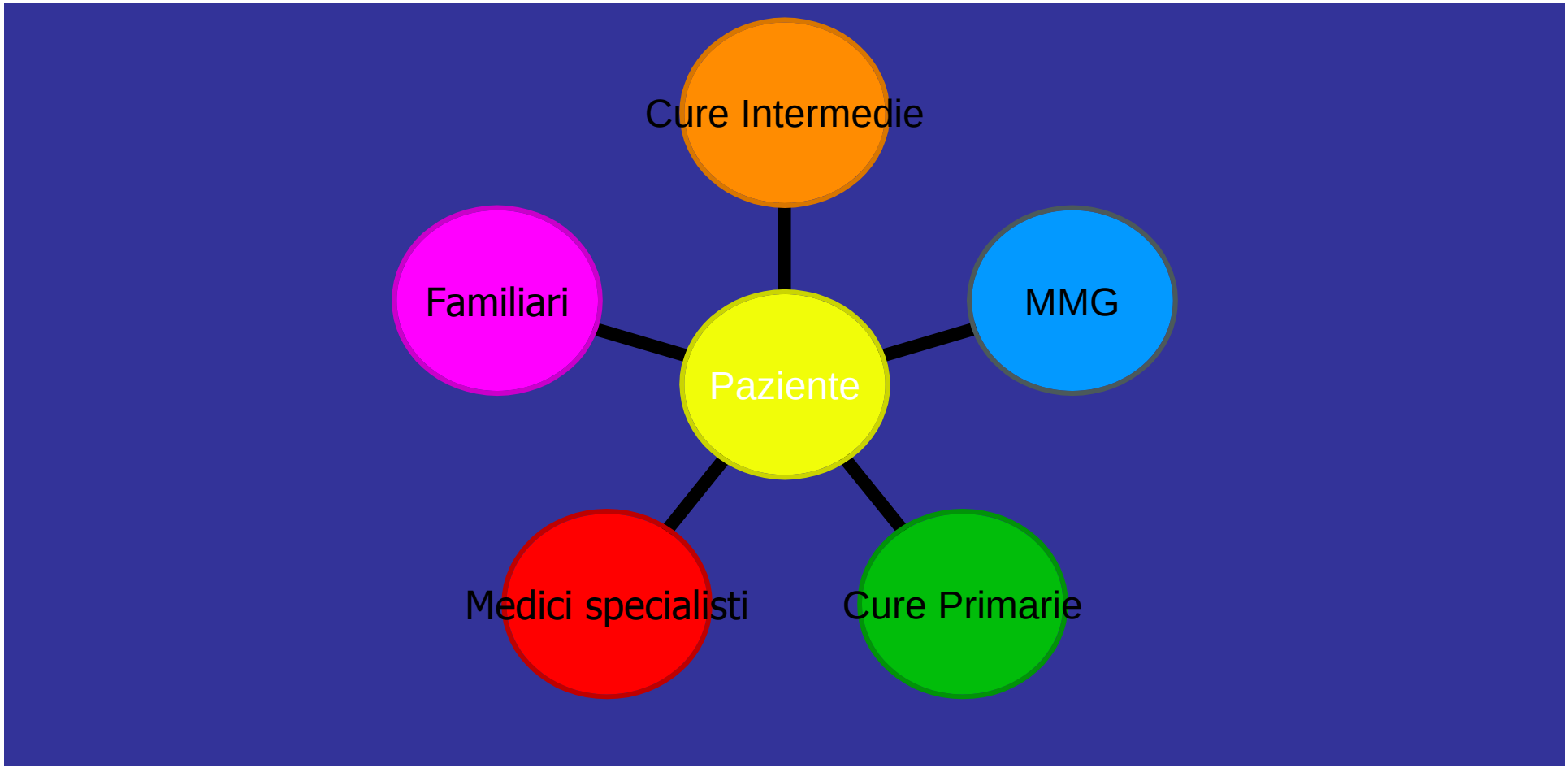


Cure domiciliari

Anno 2000: n. 1483 utenti
Anno 2001: n. 1571 utenti
Anno 2002: n. 2088 utenti
Anno 2003: n. 2337 utenti
Anno 2004: n. 2358 utenti
Anno 2005: n. 2430 utenti
Anno 2006 n. 3025 utenti
Anno 2007 n. 3094 utenti
Anno 2008 n. 3182 utenti
Anno 2009 n. 3375 utenti
Anno 2010 n. 3392 utenti
Anno 2011 n. 3548 utenti



Cure domiciliari ad “alta intensità”



Cure Domiciliari ad “alta intensità”

Destinatari

- **Patologie evolutive irreversibili**
- **Esiti di gravi lesioni del SNC e periferico**
- **Fase avanzata di malattie neuromuscolari e respiratorie**
- **Patologie in fase terminale**

- Compatibilita della permanenza al domicilio con le condizioni cliniche
- Presenza di valido supporto familiare e di una rete di aiuto informale
- Uvm
- Addestramento familiari e personale adi
- Prescrizione e fornitura ausili ed apparecchiature sanitarie
- Informare l'ufficio tecnico per la predisposizione strutturale dell'abitazione
- Informare il 118
- Dimissione ospedaliera

Presa in carico

- VMD
- Individuazione obiettivi
- Stesura di un PIA
- Intervento operatori
- Verifica dei risultati

Vista la segnalazione dell'UO ospedaliera e la richiesta formulata dalla famiglia dell'interessato

il/la Sig /a_____Nato il ___/___/___

Con diagnosi di : _____

Dipendente da :

1. Tracheotomia con / senza aspiratore — N° aspirazioni / die_____
2. Ventilatore meccanico con / senza aspiratore — N° aspirazioni / die_____
3. Nutrizione Parenterale con / senza pompa infusionale
4. Terapia EV con / senza pompa infusionale
5. Nutrizione enterale con / senza pompa — SNG / PEG

Familiare referente Sig /a_____ Cellulare _____

MMG Dr _____ Cellulare _____

Direttore UO _____ Dr. _____

Consulenti Medici referenti per il caso:

1.UO _____ Dr. _____Tel_____
2.UO _____ Dr. _____Tel_____
3.UO _____ Dr. _____Tel_____

Consulenti Tecnici per il caso — Sopralluogo c/o abitazione ___/___/___

1.UO Progettazione - Gestione impianti_____Tel_____
2.UO Progettazione - Gestione impianti_____Tel_____

Note: _____

❑MMG	❑n_____ accessi/settimana
❑Ref. infermieristico territoriale (case manager) _____	❑n_____ accessi/settimana
❑Cell _____	
❑Spec.ospedaliero _____	❑n_____ accessi/
❑Spec.ospedaliero _____	❑n_____ accessi/
❑Spec.ospedaliero _____	❑n_____ accessi/
❑Infermieristiche	❑n_____ accessi/settimana
❑Socioassistenziali	❑n_____ accessi/settimana
❑Riabilitative	❑n_____ accessi/settimana
❑Altro _____	❑n_____ accessi/settimana

Con fornitura dei seguenti materiali

___/___/___

_____

Copia per il servizio di emergenza 118 in data _____

FIRME U.V.M.

Medico di medicina generale	**Medico ospedaliero referente per il caso**
Medico territoriale referente per il caso	**Assistente sociale referente per il caso**

Il familiare per accettazione del programma

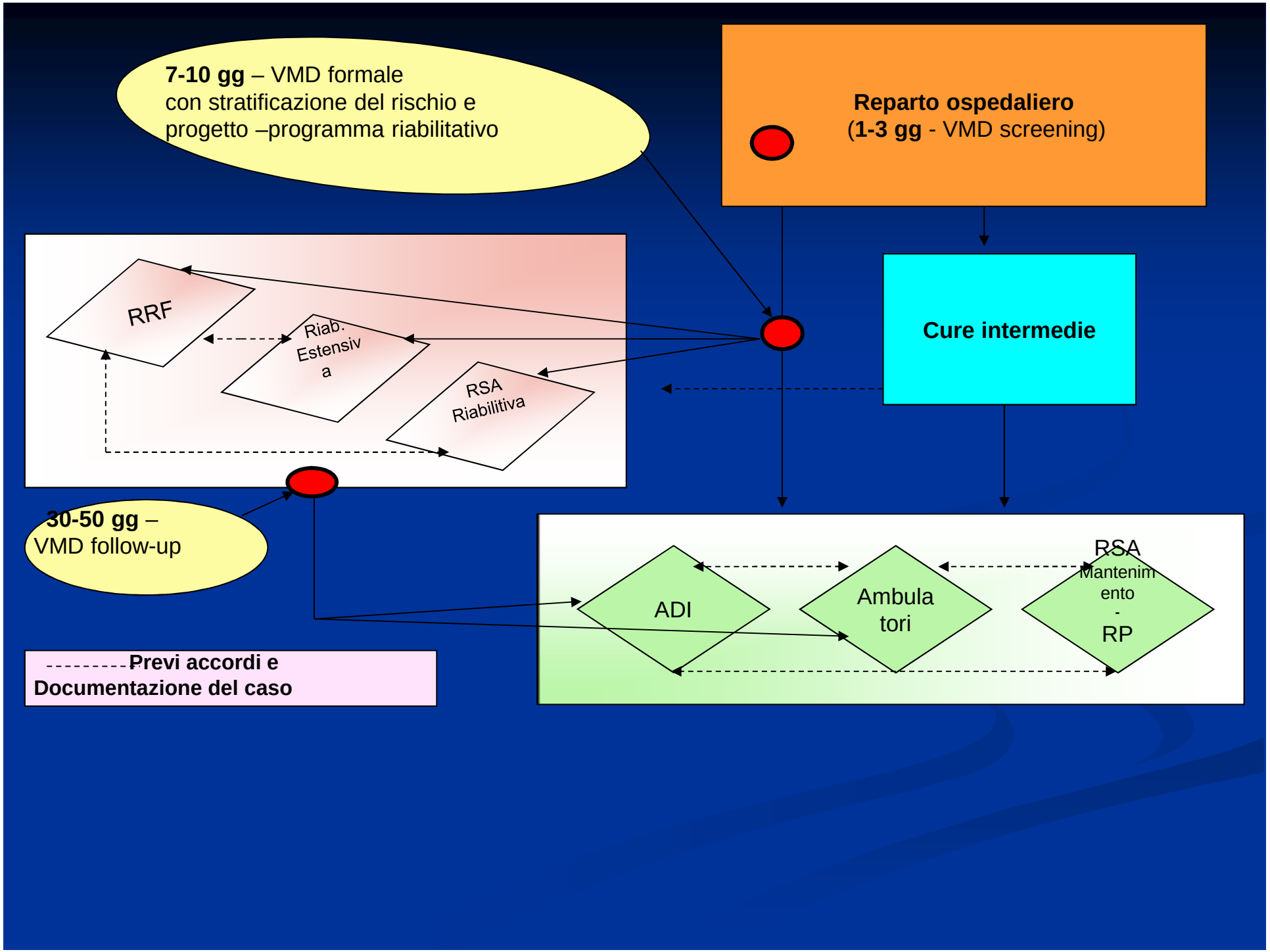
Data ___/___/___

Cure Domiciliari

Criticità

- Nucleo familiare e/o rete informale
- Servizio operativo 365 gg./anno
- Cure intensive che richiedano interventi di diagnostica o la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporti scelte terapeutiche immediate
- Rete delle cure palliative

Percorso riabilitativo
ASL 2 Savonese


7-10 gg – VMD formale
con stratificazione del rischio e
progetto –programma riabilitativo
Reparto ospedaliero
(1-3 gg - VMD screening)
Cure intermedie
RRF
Riab. Estensiva
RSA Riabilitiva
30-50 gg –
VMD follow-up
ADI
Ambulatori
RSA Mantenimento - RP
Previi accordi e
Documentazione del caso

Quale futuro per l'assistenza all'anziano?

Cure Domiciliari

- Presenza di nucleo familiare e/o rete informale
- Servizio operativo 365 gg./anno
- Cure intensive che richiedano interventi di diagnostica o la presenza costante dei sanitari, motivata da una possibile rapida e mutevole evoluzione del quadro clinico che comporti scelte terapeutiche immediate
- Rete delle cure palliative
- Maggiore integrazione con i servizi sociali

Residenzialità

- Strumento avanzatodi valutazione geriatrica
- Classificazione dei pz. geriatrici in relazione alla situazione clinica ed ai relativi bisogni assistenziali
- Strutture con moduli assistenziali diversificati per tipologia di ospiti
- Definire le qualifiche professionali ed i tempi assistenziali necessari per i vari moduli
- Definire le relative tariffe sanitarie

Nuclei Alzheimer

- Ridefinizione dei parametri strutturali (spazi interni ed esterni), di arredo e di personale

Nel prossimo futuro (2020) gli > 65enni saranno oltre il 30% della popolazione totale con problemi crescenti di fragilità e disabilità.

Dalla organizzazione "*ospedalocentrica*" si deve passare ad una gestione continuativa basata su una rete integrata di servizi sanitari e sociali con programmi di long-term care e percorsi curativo-assistenziali collaudati e certi.

Grazie per l'attenzione !