PROCEDURE E METODI NELLA CLINICA E NELLA FORMAZIONE GERIATRICA:

"CHOOSING WISELY" È LA SOLUZIONE ?

28 novembre 2013

EDUCAZIONE – FORMAZIONE

Gianfranco Salvioli

Cattedra di Geriatria

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Fondo dr Mario Gasparini Casari

per la Promozione e la Ricerca gerontologica, Modena

LM-41 Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia

- **Descrivendo il profilo professionale del futuro medico a proposito dei problemi medico-sanitari delle persone anziane nel curriculum si trova:**

- **i laureandi dovranno aver acquisito «***le conoscenze delle modificazioni fisiologiche dell'invecchiamento e delle problematiche dello stato di malattia nell'anziano e la capacità di pianificare interventi medici e di assistenza sanitaria nel paziente geriatrico***»**

Corso di laurea di Medicina e Chirurgia (CLMeC)

I corsi di laurea attivati sono 49, di cui 6 in lingua inglese

Il core curriculum del CLMeC è consultabile al sito della Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di laurea di Medicina e Chirurgia
http://presidenti-medicina.it

QUALE RILEVANZA HA L'INSEGNAMENTO DELLE GERIATRIA & GERONTOLOGIA NEL CURRICULUM COMPLESSIVO?

G&G : situazione attuale nel corso di laurea di MeC

I crediti formativi (CFU) assegnati alla G&G nei corsi di laurea di MeC variano da 3 a 5 (360 sono i CFU totali)

- Spesso l'insegnamento della G&G è all'interno di un corso integrato di medicina interna, con altre discipline
- Anche la verifica è spesso comune
- Manca l'insegnamento tutoriale della G&G nei setting più frequentati dagli anziani (cure primarie e cure intermedie).

Principi della Geriatria (1)

- Continuità delle cure , efficacia, sicurezza ed equità; riconosce gli effetti avversi
- Sostenere la famiglia; preferire l'abitazione come setting di cura
- Capacità di comunicazione; rispetto della dignità; evitare l'abuso
- Profonda conoscenza del vissuto del paziente (approccio narrativo); "*advocacy*"
- Valutazione multidimensionale geriatrica
- Prevenzione (traiettorie funzionali); mantenimento dell'autosufficienza

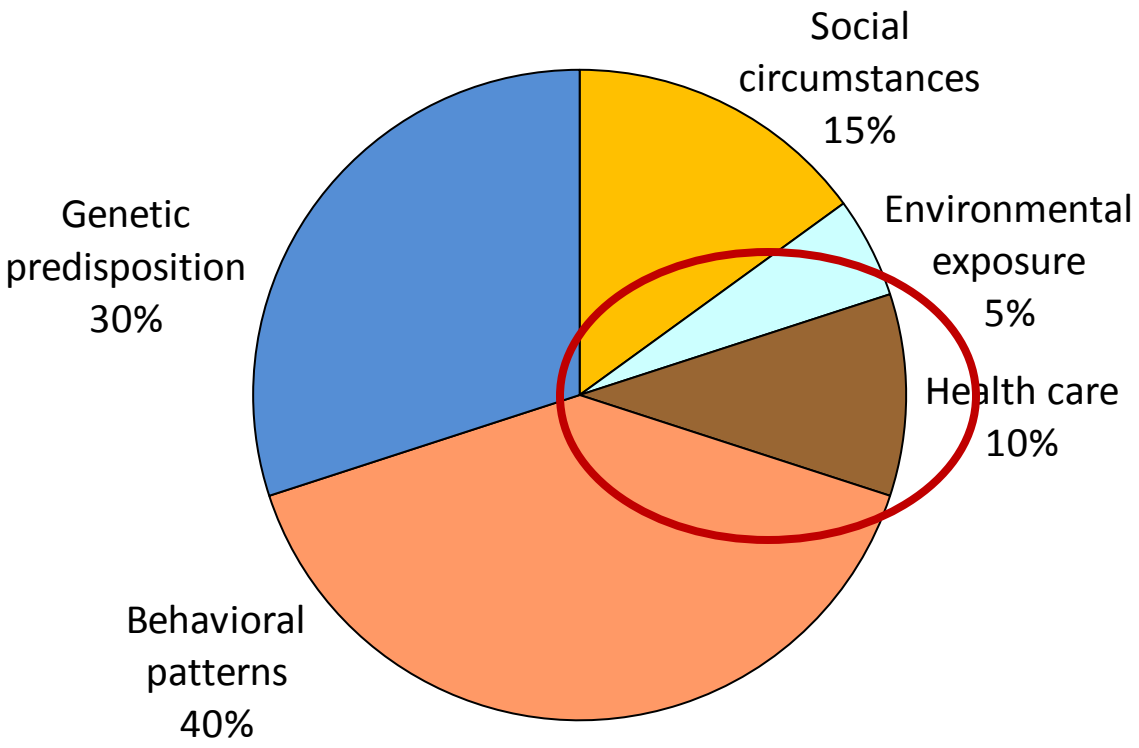
Principi della Geriatria (2)

- E' capace di fornire *Care* e non soltanto *Cure*
- Importanza della riabilitazione e della riattivazione;
- Applica le cure palliative e affronta i problemi delle cure di fine vita
- Opera e collabora con altre professionalità
- Rispetta la persona anziana e le sue eventuali decisioni; le cure sono centrate sull'anziano cercando di soddisfarne i bisogni
- Il Geriatra è empatico e compassionevole
- Valuta la qualità della vita dell'anziano

Source: Reichel, Arenson & Scherger (2010)

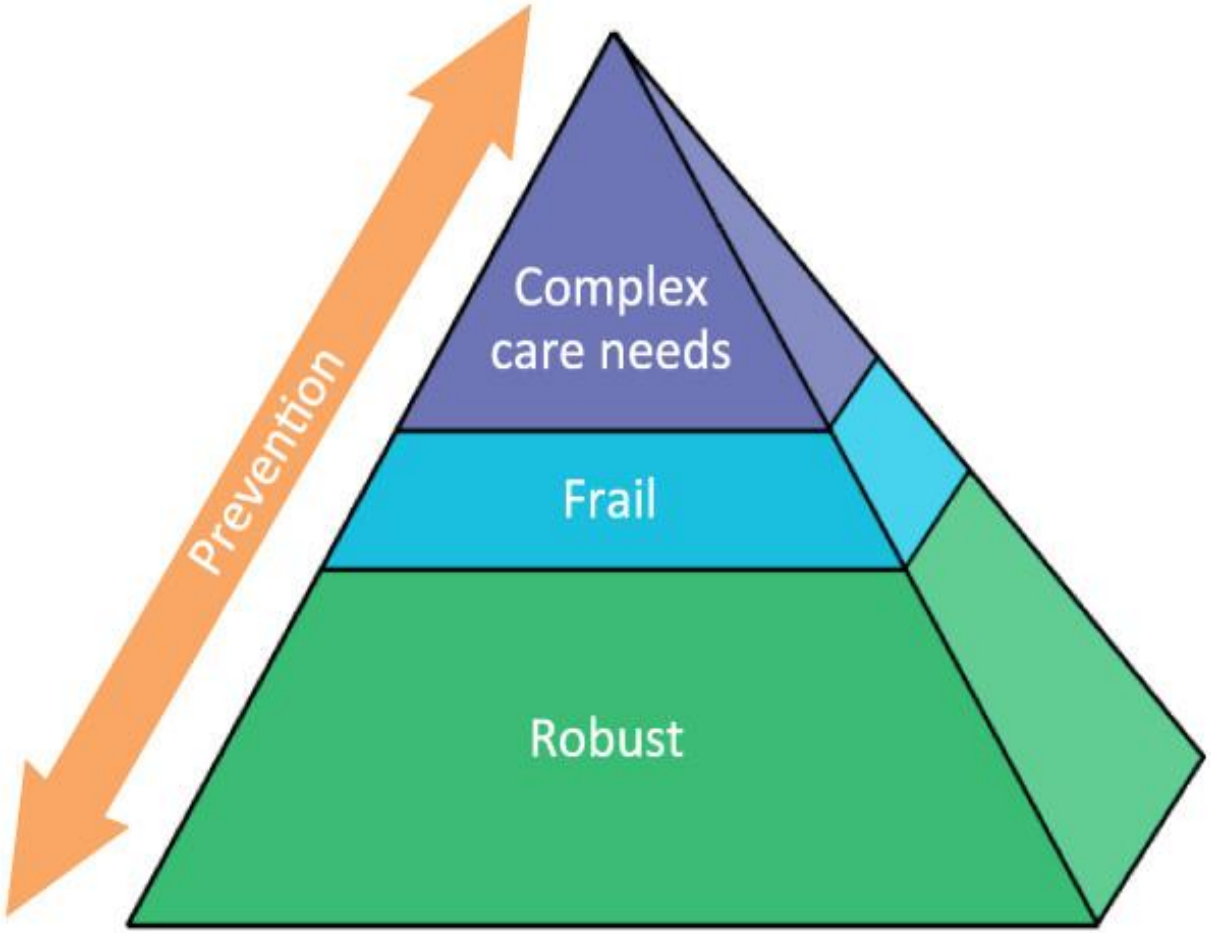
Determinants of Health and Their Contribution to Premature Death

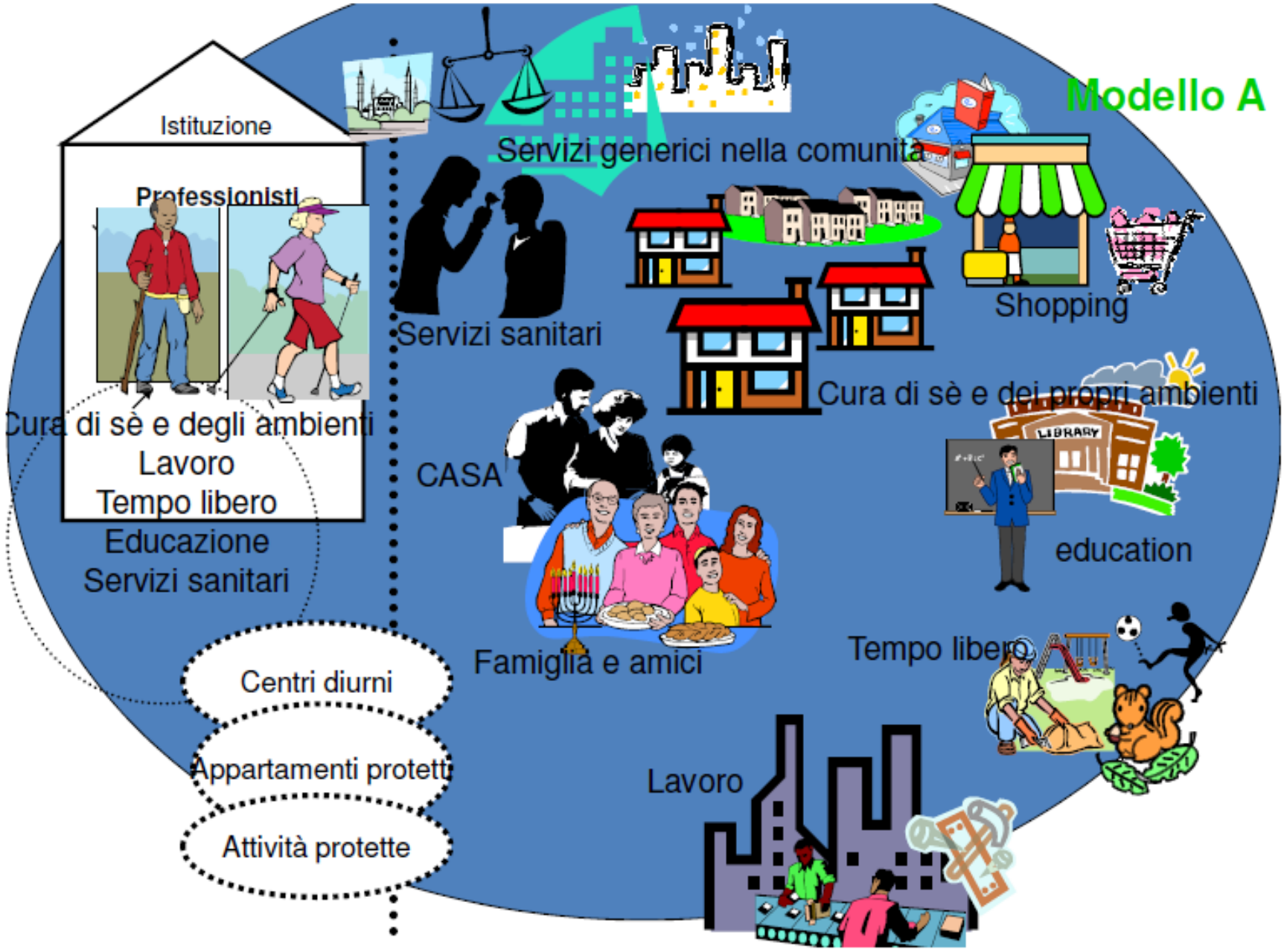
Proportional Contribution to Premature Death



Adapted from: McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood) 2002;21(2):78-93.

I bisogni del paziente anziano secondo il Kaiser Permanente Triangle



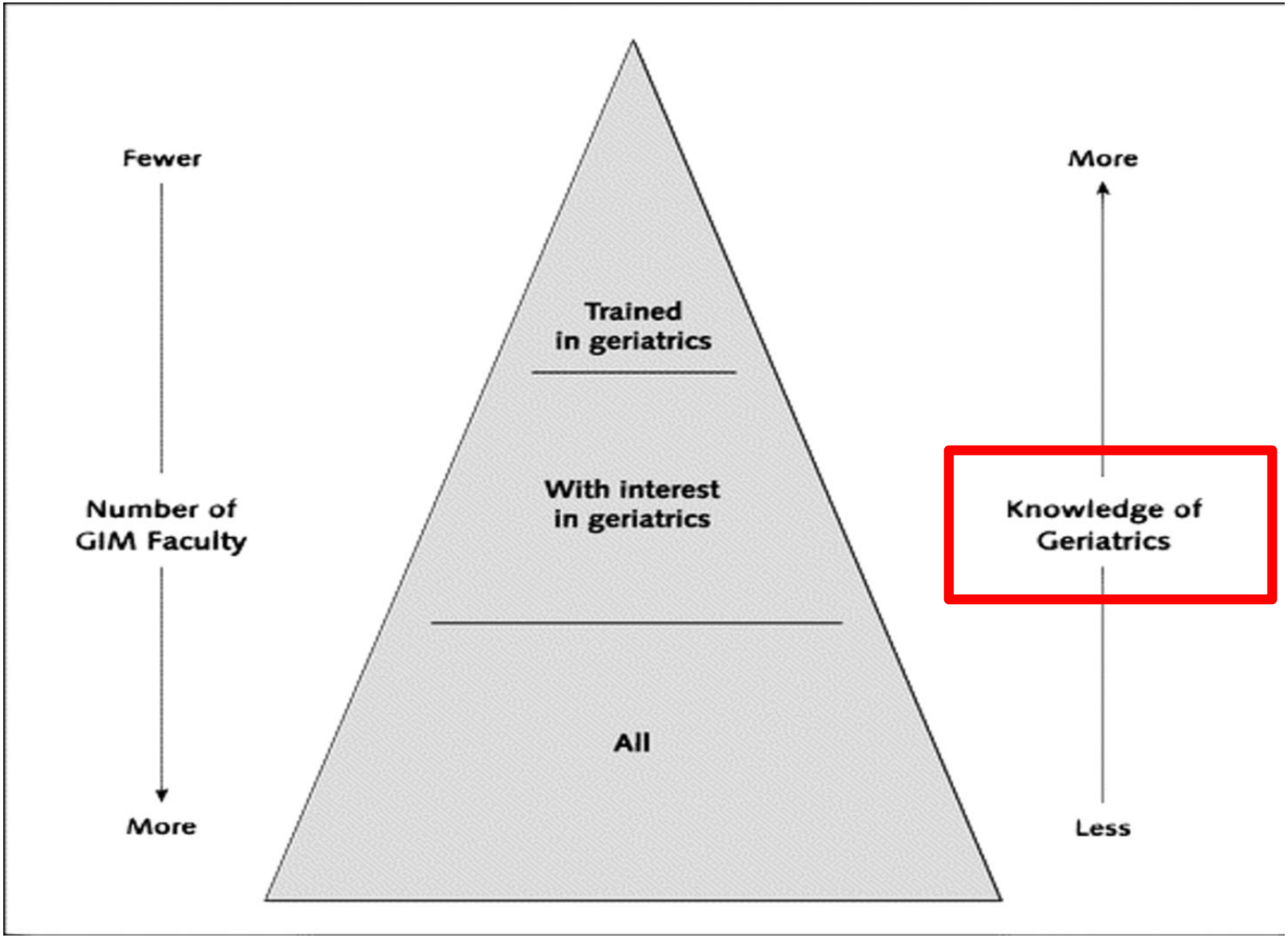

Modello A
Istituzione
Professionisti
Cura di sè e degli ambienti
Lavoro
Tempo libero
Educazione
Servizi sanitari
Servizi generici nella comunità
Servizi sanitari
Shopping
Cura di sè e dei propri ambienti
CASA
LIBRARY
education
Famiglia e amici
Tempo libero
Centri diurni
Appartamenti protetti
Attività protette
Lavoro

COMPETENZE DEL MEDICO IN GERIATRIA

- DOVREBBERO ESSERE ACQUISITE DURANTE IL CORSO DI LAUREA
- ***COMPETENCY-BASED GERIATRIC EDUCATION***
- COMPETENZA GERIATRICA ?: FARE LA COSA GIUSTA NEL GIUSTO MOMENTO CON LE MODALITA' PIU' CORRETTE IN UNA SITUAZIONE CLINICA CHE E' QUASI SEMPRE COMPLESSA

Geriatrics-oriented Faculty in Internal Medicine

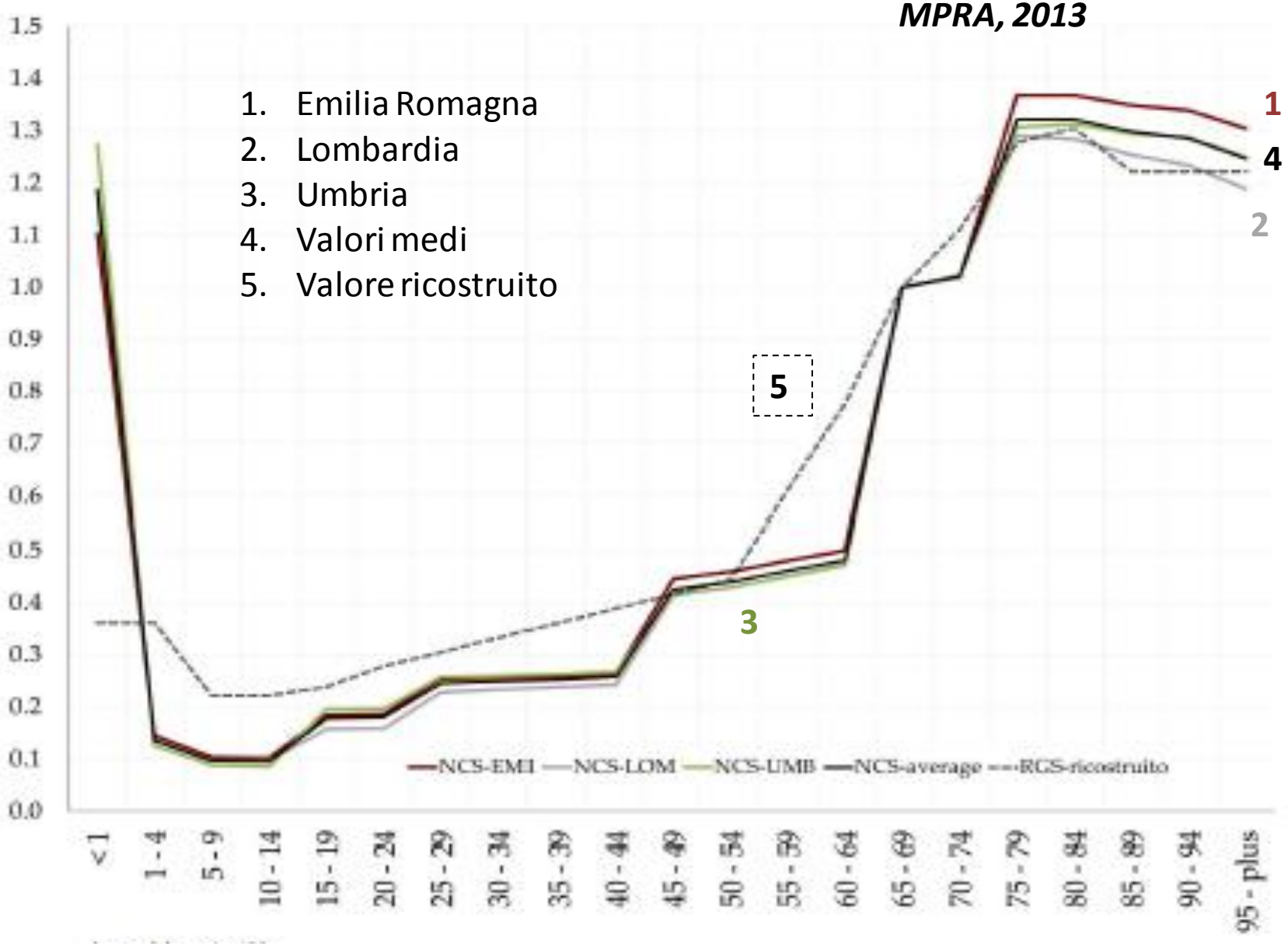
Rubin CD et al. Ann Intern Med 2003; 139:615-20



Getting Change in Medical Education is Like Herding Cats

Profilo di spesa sanitaria in alcune regioni italiane

MPRA, 2013



BMJ
Too much medicine?

Choosing wisely e il corso di laurea di Medicina e Chirurgia (1)

Choosing wisely in sanità si identifica con la «value-based care» e con scelte precise nella scelta del curriculum specifico; «aggiungere togliendo»

Difficile proporre la didattica centrata sulla Geriatria; l'esperienza clinica dello studente solo in ospedale è un serio ostacolo (250.000 gli anziani nelle strutture e oltre 500.000 quelli in ADI)

Come si apprendono le modalità di coinvolgimento del malato e del parente quando l'insegnamento e le esperienze si realizzano solo nelle cure terziarie ?

Choosing wisely ed insegnamento della Medicina e Chirurgia (2)

La formazione degli studenti dovrebbe essere spostata dall'ospedale, dove si utilizzano procedure diagnostiche e terapie ad alto costo, alla ***primary care***; qui si enfatizza la prevenzione, si utilizzano con misura gli accertamenti a completamento delle informazioni raccolte con la storia clinica e l'esame obiettivo (fascicolo sanitario elettronico ?).

Choosing wisely e insegnamento della Medicina e Chirurgia (3)

- **Choosing wisely risulterà innovativo solo se accompagnato da un approccio strategico a livello didattico-formativo cioè del curriculum del Corso di laurea di MeC**
- **La raccomandazione di scegliere saggiamente negli accertamenti e nelle prescrizioni deve entrare nella didattica medica e nei i programmi della G&G**
- **Il curriculum dovrebbe includere competenze come** "conoscere quando i test diagnostici e le indagini sono inappropriate o controproducenti" , "conoscere quando sospendere la terapia"
- **Il setting più appropriato per conferire competenze geriatriche allo studente del corso di laurea in MeC sembra quello delle cure primarie**

Le competenze geriatriche richieste

- La geriatria e diverse discipline richiedono competenze geriatriche minime e certe per assicurare che Docenti e Discenti forniscano cure competenti, qualificate e sicure alle persone anziane e soprattutto ai grandi vecchi
- Il sito http://www.pogoe.org/geriatrics-competencies fornisce fondamentali indicazioni per settori specifici:
- Corso di laurea in MeC
- Accettazione-pronto soccorso, dimissione ospedaliera, eventi peri-operatori
- Nursing

La Formazione geriatrica dello studente di medicina: i setting

- L'addestramento tutoriale avviene quasi esclusivamente negli ospedali dove pochi sono i "letti" di geriatria (solo il 3%) anche se le schede SDO per il 40% appartengono a pazienti con più di 65 anni (esse contengono scarsi riferimenti alle sindromi geriatriche e alla disabilità – IADL e ADL)

- il processo curativo intraospedaliero :
  - **sottoutilizza la metodologia geriatrica (VMD) e la riabilitazione**
  - **non valuta le performance fisiche e mentali e la disabilità (sindrome postricovero e riospedalizzazione)**
  - **non considera i bisogni dell'anziano**
  - **non sempre prevede un piano di dimissione rendendo difficile la continuità assistenziale che richiede idonea organizzazione delle cure extraospedaliere; serve la medicina di transizione**

Minimum Geriatric Competencies

Leipzig RM et al, Acad Med 2009; 84: 604-10

- DOMINIO: Prescrizione dei farmaci

- 1. impatto dei cambiamenti fisiologici età-correlati sulla selezione dei farmaci da prescrivere all'anziano, in particolare quelli di rene, fegato; la composizione corporea e le sue modificazioni con l'età

- 2. specifica i farmaci, in particolare anticolinergici, psicoattivi, anticoagulanti, analgesici, ipoglicemizzanti e cardiovascolari, che devono essere prescritti con cautela o evitati: specificare i problemi per le singole categorie;

- 3. documenta una prescrizione tipo, comprendente farmaci (evidenzia il problema del loro numero) e quelli da banco (autoprescritti); discuti complessivamente e particolarmente le singole voci segnalando i possibili effetti avversi, interazioni, dosaggi e i problemi di compliance.

Minimum Geriatric Competencies

- DOMINIO: Disordini cognitivi e comportamentali

- **4. illustra e differenzia la presentazione clinica del delirium, demenza e depressione;**
- **5. diagnosi differenziale e rilevanza della valutazione in un anziano con compromissione cognitiva;**
- **6. percorsi diagnostici e cause di delirium**
- **7. valuta la performance cognitiva di un anziano che presenta problemi di memoria e di performance anche motoria**
- **8. come si eseguono la valutazione e il trattamento non-farmacologico del paziente anziano agitato, demente o con delirium**

Minimum Geriatric Competencies

- DOMINIO : Capacità di auto-cura e di auto-gestione

- 9. Valuta e stabilisci le capacità funzionali dell'anziano (IADL, ADL) e quelle dei suoi organi di senso raccogliendo la sua storia clinica da fonti diverse; l'esame obiettivo conferma quanto individuato con l'anamnesi;
- 10. Sviluppa un piano per trattare e gestire l'anziano con problemi funzionali, includendo interventi di adattamento e coinvolgendo un'equipe interdisciplinare formata da diverse discipline (infermiere, assistente sociale, fisioterapista, farmacista, nutrizionista,..);
- 11. Identifica e valuta i rischi per la sicurezza del paziente a domicilio; raccomanda modifiche per ridurli.

Minimum Geriatric Competencies

DOMINIO : Cadute, equilibrio e disturbi dell'andatura

12. Chiedi all'anziano e al suo caregiver se si sono verificate cadute nell'ultimo anno (numero, modalità e danni conseguenti); osserva l'anziano mentre si alza dalla sedia e mentre cammina e durante spostamenti; interpreta i reperti acquisiti;

13. Nell'anziano che è caduto proponi una diagnosi differenziale per interpretarne le cause e per realizzare un piano di intervento basato sui dati della storia clinica, dell'esame obiettivo e sulla valutazione funzionale.

Minimum Geriatric Competencies

- **DOMINIO:** Promozione e pianificazione della salute e delle cure

- 14. Verifica la situazione dei servizi sanitari e sociali locali

- 15. Verifica l'esistenza di decisioni già prese dall'anziano durante la sua vita; tieni conto delle sue preferenze

- 16. Identifica le situazioni cliniche nelle quali l'aspettativa di vita, lo stato funzionale, le preferenze del paziente e gli obiettivi delle terapie potrebbero prevalere sulle raccomandazioni correnti e tradizionali (come eseguire test di screening e cure tradizionali)

Minimum Geriatric Competencies

- DOMINIO: Presentazione atipica delle malattie

- 17. Identifica almeno 3 cambiamenti fisiologici legati all'età per ogni organo e il loro impatto sul paziente in termini di riduzione delle riserve funzionali (omeostenosi);

- 18. La diagnosi differenziale deve tener conto della presentazione spesso atipica di malattie comuni come la cardiopatia ischemica, la disidratazione, l'infezione delle vie urinarie, la polmonite, l'addome acuto.

Minimum Geriatric Competencies

- DOMINIO : Cure palliative

19. Valutazione del dolore e suo adeguato trattamento ; identifica altri sintomi possibili obiettivi delle terapie e con aspetti assistenziali particolari di quel caso specifico;

20. Identifica i bisogni psicologici, sociali e spirituali del paziente con patologie avanzate e dei suoi famigliari; su questi problemi organizza un team interdisciplinare adeguato per un efficace intervento;

21. Discuti ed illustra le cure palliative (compreso l'*hospice*) proponendole come un'opzione positiva per il paziente ; il problema dell'abuso dell'anziano.

Minimum Geriatric Competencies

- **DOMINIO**: Le cure ospedaliere all'anziano

22. Descrivi i rischi dell'ospedalizzazione : immobilità, delirium, effetti avversi dei farmaci, malnutrizione, decubiti, procedure strumentali, periodo perioperatorio, infezioni e trombosi; "la sindrome post-ricovero"

23. Illustra i rischi, le indicazioni, le alternative e le controindicazioni della cateterizzazione vescicale a permanenza

24. Spiega i rischi dei sistemi di contenzione fisica e farmacologica;
c'è abuso ?

25. Illustra le componenti fondamentali del piano di dimissione ospedaliera: lista dei farmaci appropriati, il follow-up, dove sarà collocato il paziente dopo il ricovero con relativi problemi; la riospedalizzazione è frequente;

26. Ispeziona e sorveglia con attenzione la cute , soprattutto nelle aree a maggior rischio di lesioni da pressione; descrivi la presenza di eventuali lesioni.

Competenze geriatriche : il problema della formazione infermieristica

Geriatric nursing care is a growing speciality ?

- In Italia probabilmente no
- Fondamentale teaching and learning *evidence based practice* (*the art of the possible*)
- Interesse modesto, mancano incentivi di carriera
- Fondamentale per migliorare le cure a domicilio (almeno 500.000 anziani in ADI, di solito oldest-old) e nelle strutture (250.000 letti)
- In grado di migliorare le prestazioni dei caregivers
- Sarebbe utile una ricerca sulla qualità della *long-term care* in Italia

Nursing home as a clinical site for training geriatric health care professionals

Learning and teaching environments for acquiring geriatric competencies

(teaching nursing home)

JAMDA 2009; 10: 196-203

Regulator calls for better care for the elderly

Behind the Headlines

Share: Save: Subscribe: Print:

Categories

All Headlines

Lifestyle/exercise (660)
Pregnancy/child (586)
Food/diet (582)
Cancer (515)
Medication (497)
Medical practice (492)
Heart/lungs (413)
Neurology (391)
QA articles (282)
Genetics/stem cells (275)
Older people (258)
Mental health (255)
Obesity (189)
Diabetes (114)
Swine flu (50)
Special reports (11)

Thursday October 13 2011

Many newspapers today covered a new report on the standard of care that older people receive in hospital. The report by the Care Quality Commission (CQC), the health watchdog, found that half of all hospitals that it looked at failed in standards of care for the elderly.

The CQC looked at the areas of dignity and nutrition

The CQC said it was 'heartened' by the amount of good and excellent care it saw. However, it found that about half of the 100 hospitals it looked at needed to do more to ensure they were meeting people's needs. Of these, 20 hospitals failed to meet the essential standards of care for the elderly for either dignity or nutrition. Two hospitals, Sandwell General Hospital, in West Bromwich, and Alexandra Hospital in

Related articles

- The return of the 'proper' family doctor? (November 15 2013)
- 'Two-tier A&E' reforms announced (November 13 2013)
- Being bilingual may slow the onset of dementia (November 8 2013)
- Experts argue that ADHD is 'overdiagnosed' (November 6 2013)
- Swaddling may damage babies' hips, expert warns (October 29 2013)

Useful links

http://www.nhs.uk/news/2011/05May/Pages/cqc-elderly-hospital-standards.aspx
CQC calls for action to improve care for older people

Age & Ageing (in U.K)

Gordon AL et al, 2010; doi:10.1093/ageing/afq011

- ***Are we teaching our students what they need to know about ageing?***
- ***Results from the UK National Survey of Undergraduate Teaching in Ageing and Geriatric Medicine***

- Le sindromi geriatriche sono insegnate formalmente nei corsi laurea delle Università inglese, ma manca l'approccio tutoriale

- Le verifiche riguardanti la G&G sono tanto inadeguate da influenzare l'apprendimento degli studenti

- L'abuso dell'anziano e le piaghe da decubito non sono argomenti didattici

- I problemi sociali, la fisiologia dell'invecchiamento e la senescenza a livello cellulare non sono adeguatamente affrontati come argomenti didattico-formativi.

Insegnare la Geriatria e la Gerontologia nel corso di laurea di Medicina e Chirurgia

Problemi:

1. cosa insegnare: curriculum, contenuti : mirare alle competenze

Minimum Geriatric competencies

http://www.pogoe.org/sites/default/files/Minimum%20Geri%20Competencies%202.0%20w%20narr%20AcademMed%203-9-09_0.pdf

2. come insegnare:

quali setting ?

Tutor, Mentor, YouTube (video), sito web della SIGG

1. Conclusioni: cosa fare ?

- La SIGG può proporre il curriculum *Minimum Geriatric Competencies* (eventualmente integrato) da realizzare anche nei setting non ospedalieri; la BGS già lo fa *http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=959:undergraduatecurriculum&catid=146:resources&Itemid=575*
- I setting formativi sono tre: ospedale, strutture per anziani e cure primarie (casa della salute-domicilio)
- Tutor e Mentor qualificati integrano la docenza istituzionale migliorando la carente formazione pratica; questa con la tecnologia informatica fornirà effettiva competenza al laureato in Medicina e Chirurgia e anche in Infermieristica

2. Conclusioni: cosa proporre?

- Identificare le nozioni gerontologiche indispensabili
- Estendere l'insegnamento della G&G a tutto il triennio clinico
- Inserire la Gerontologia nelle discipline biologiche (anatomia, fisiologia, patologia, biochimica)
- Ampliare i contenuti geriatrici delle diverse discipline cliniche
- Implementare il *Minimum Geriatric Competencies* nell'insegnamento specifico al IV-V-VI anno, cooptando docenti di altre discipline o impiegando Medici competenti (Tutor, Mentor) che operano nei setting delle cure intermedie e cure primarie (Casa della salute)
- Sensibilizzare la Conferenza permanente dei Presidi di Facoltà; migliorare le procedure di verifica

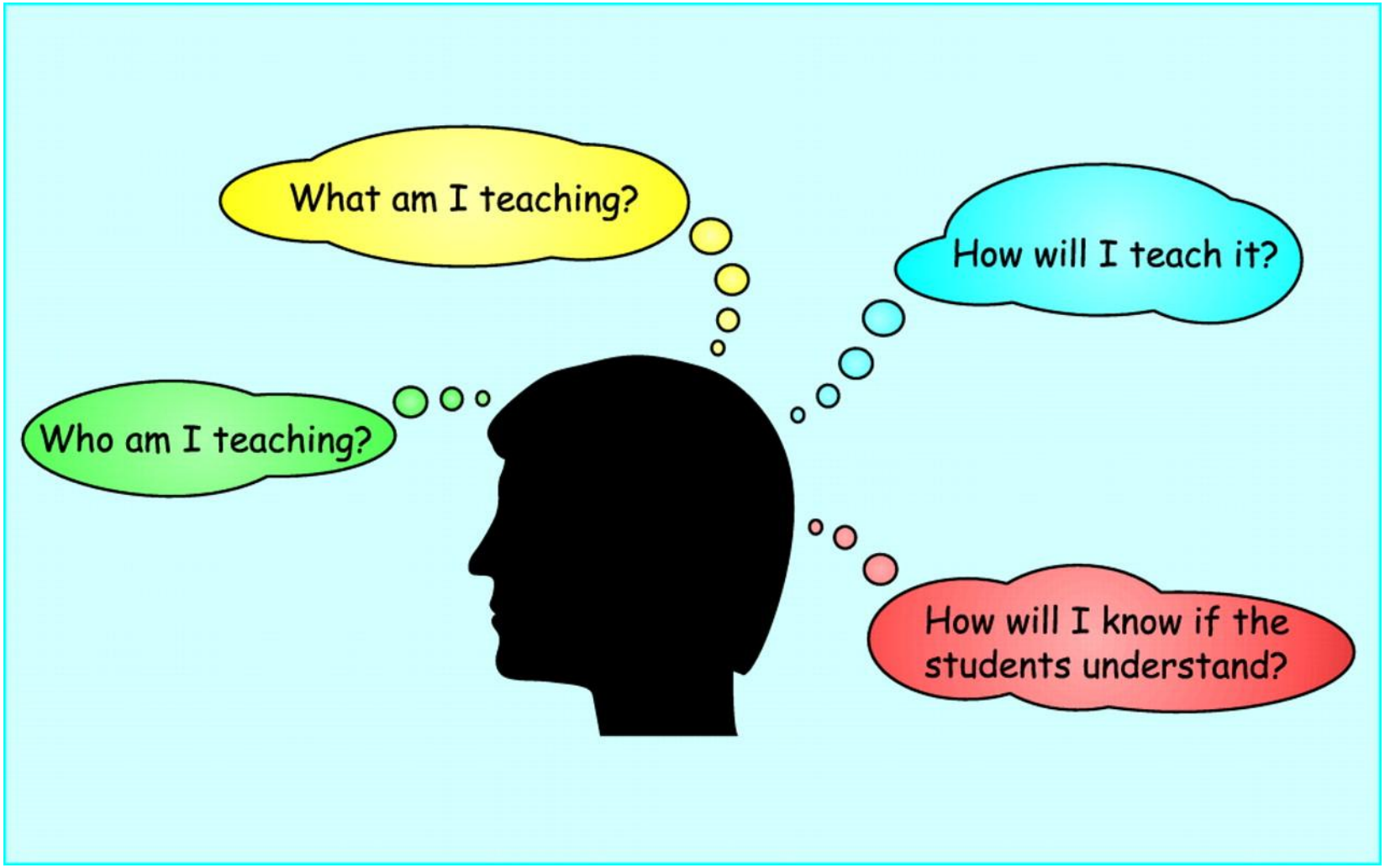
La **didattica** e la **formazione** devono conferire competenze geriatriche specifiche al laureato in Medicina e Chirurgia

Le "***Competenze in Geriatria***" diventeranno probabilmente un progetto editoriale divulgativo

Promotori: G. Salvioli e U. Senin

In collaborazione con la SIGG

Questions to ask yourself when planning a clinical teaching session.



Spencer J BMJ 2003;326:591-594

BMJ

©2003 by British Medical Journal Publishing Group