

Come valutare la fragilità in medicina generale Renato Fanelli MMG Esperto in Cure Palliative ASL Roma 1



Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022 UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE





CONGRESSO NAZIONALE SIGG





LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

DISCLOSURE

In qualità di RELATORE, ai sensi dell'art.76 sul Conflitto di Interessi dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017, dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

Dichiaro, inoltre, che i contenuti formativi esposti sono indipendenti da interessi commerciali











La transizione demografica

- Oltre 300.000 centenari vivono oggi nel mondo e si stima che saranno 18 milioni alla fine del secolo.
- E' previsto un incremento di 8 volte nel numero delle persone >80 anni nel 2050.
- Siamo passati da una situazione di **elevata** natalità e di elevata mortalità ad una di **bassa** natalità e bassa mortalità.
- La "transizione demografica" condiziona una prevedibile riduzione del numero di giovani familiari disponibili per assistere persone anziane alla fine della vita





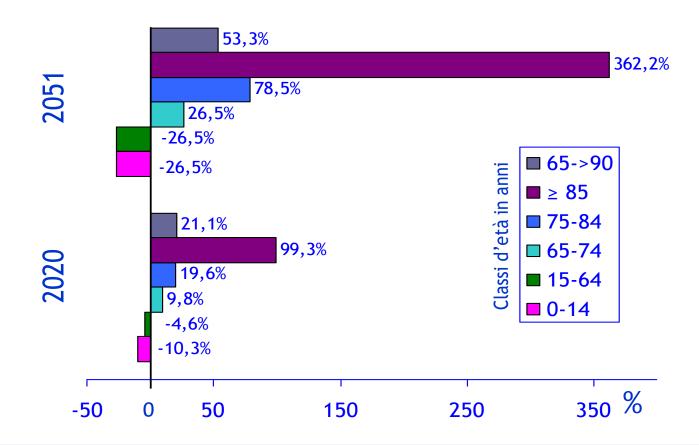






Proiezione ISTAT – Ipotesi media

Variazioni percentuali nelle singole classi d'età rispetto alle corrispondenti grandezze osservate nel 2004



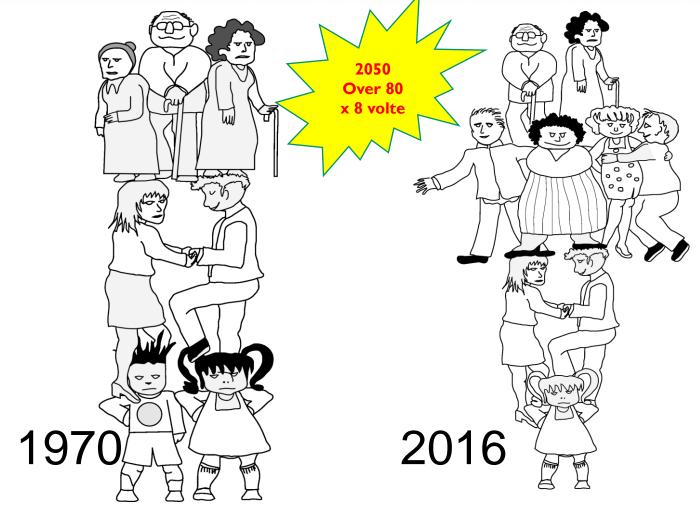




CONGRESSO NAZIONALE



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE



P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022







LO SCENARIO ATTUALE

- Prevalenza di **ultraottantenni**, destinata ad aumentare
- Sopravvivenza di persone affette da malattie croniche per tempi più lunghi rispetto a pochi anni fa
- La scienza è lenta nell'indicare **modalità univoche** di risposta ai singoli problemi clinico-assistenziali.
- Non vi è ancora una sintesi tra la **Medicina Basata** sulle Evidenze e la «Medicina Narrativa»
- Costi dei servizi sanitari e socio-sanitari in costante aumento







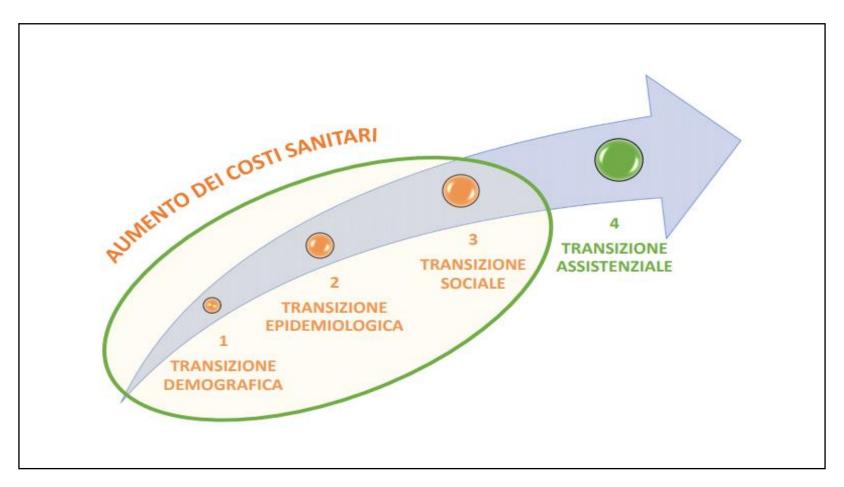
CONGRESSO NAZIONALE SIGG





CONTESTO: LA TRANSIZIONE

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE



P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022



CONTESTO: LA TRANSIZIONE

La transizione demografica ed epidemiologica verso la cronicità complessa e avanzata impongono di rivedere le modalità di organizzazione e governance del sistema di continuità delle cure rivolto a 'coorti' sempre più numerose di malati fragili.

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

Medicina della complessità

Congresso Simg 2019 – Dr. Gl. Scaccabarozzi

P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022

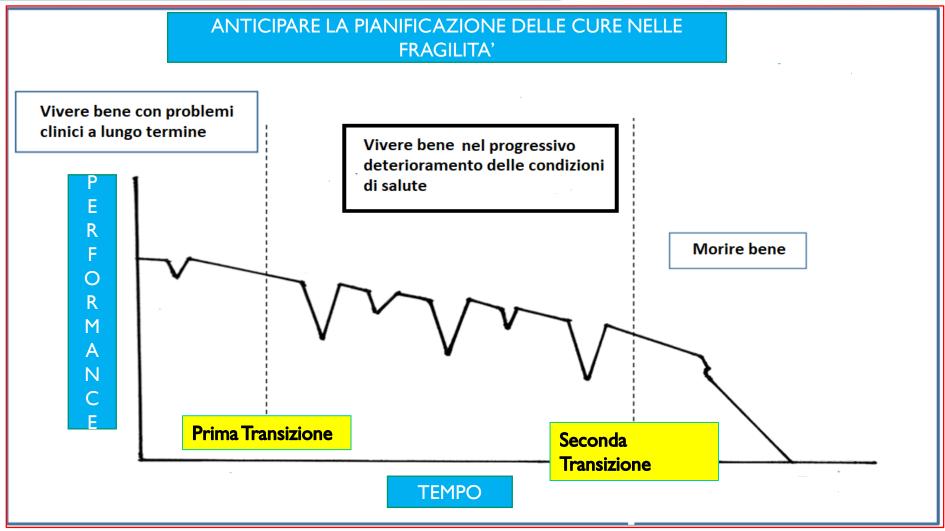


CONGRESSO NAZIONALE

SIGG



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE



P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022









IN SINTESI

È in corso una **transizione epidemiologica e demografica**. Lo scenario attuale presenta:

- AUMENTO DELL'ASPETTATIVA DI VITA
 Circa una anno in più ogni 4 anni. Nel 2050 più di un terzo della popolazione dell'UE avrà più di 60 anni
- 2. AUMENTO DELLA PREVALENZA MALATTIE CRONICHE In Italia ci si attende un numero di multicronici (chi soffre di almeno 3 malattie croniche) pari a quasi 13 milioni nel 2024
- SCARSITÀ DI RISORSE
 Dal 2010 la spesa sanitaria in Italia è diminuita.











....E' tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per indirizzare l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni, ... per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente e sicuro e garantisce maggiore equità



Barbara Starfield (1932-2011)











Cambio di paradigma: un modello proattivo

DALLA

MEDICINA di ATTESA

ALLA

MEDICINA di **INIZIATIVA**



CONGRESSO NAZIONALE SIGG



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

Spostare gli obiettivi dal "guarire" al "prendersi cura" della persona malata

dal To Cure = Curare al To Care = Aver cura











Definizione di fragilità

È possibile individuare due principali paradigmi che definiscono la fragilità:

Il paradigma biomedico (Fried. 2004) si concentra principalmente sul declino fisiologico e sulle basi biologiche che ne sono la causa. Definisce la fragilità come "una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse";

Il paradigma bio-psico-sociale (Gobbens e Coll. 2010) ha il pregio di descrivere la multidimensionalità della fragilità, che non si limita a un declino sul piano fisiologico o ad un accumulo di deficit e patologie. La fragilità è definita come "uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute".













La Fragilità

Studi nell'ambito della Medicina Generale Italiana stimano la prevalenza della fragilità al 23.18 % della popolazione over 65 anni.

Battaggia A., Scalisi A., Franco Novelletto B., Fusello M., Michieli R., Cancian M. Prevalence of frailty in older people in Veneto (Italy) <u>J Drug Assess</u>. 2019 Jan 3;8(1):1-12.

La Fragilita': richieste al Sistema

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

H
INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITA'

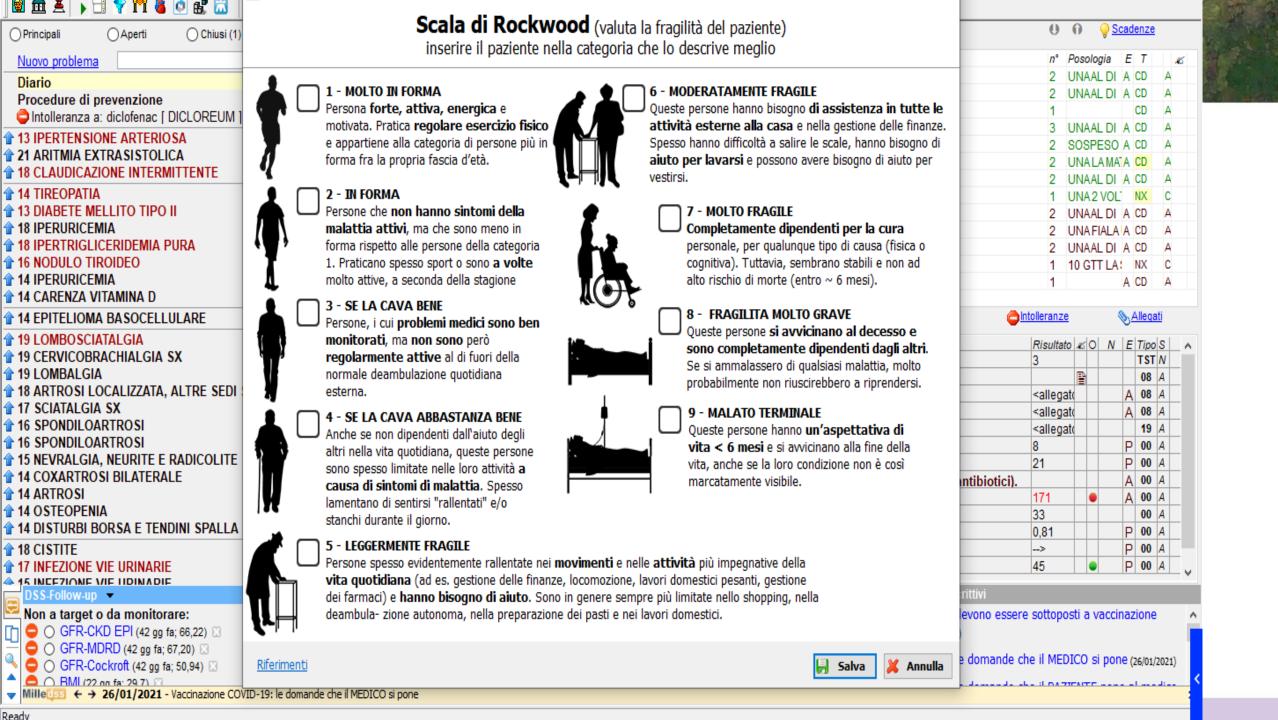
 IDENTIFICARE PER PREVENIRE/RITARDARE
 STRATIFICARE (score di fragilità-bisogni di cure palliative)

• VALUTARE I SETTING CURA

• VMD: RILEVARE I BISOGNI NELLE DIVERSE DIMENSIONI (Progetto Salute)

• PREDISPORRE PIANO DI CURA-ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

GESTIRE PERCORSO (strumenti di misura)











Popolazione totale: 1550 assistiti Ultrasessantenni: 679 Fragili: 239





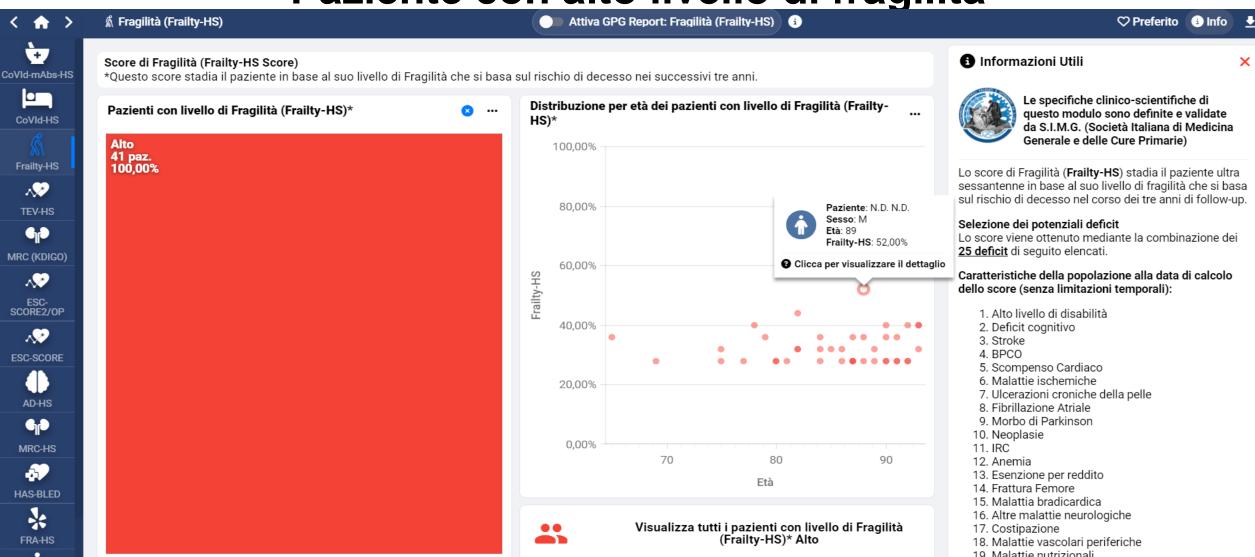


SIGG



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

Paziente con alto livello di fragilità



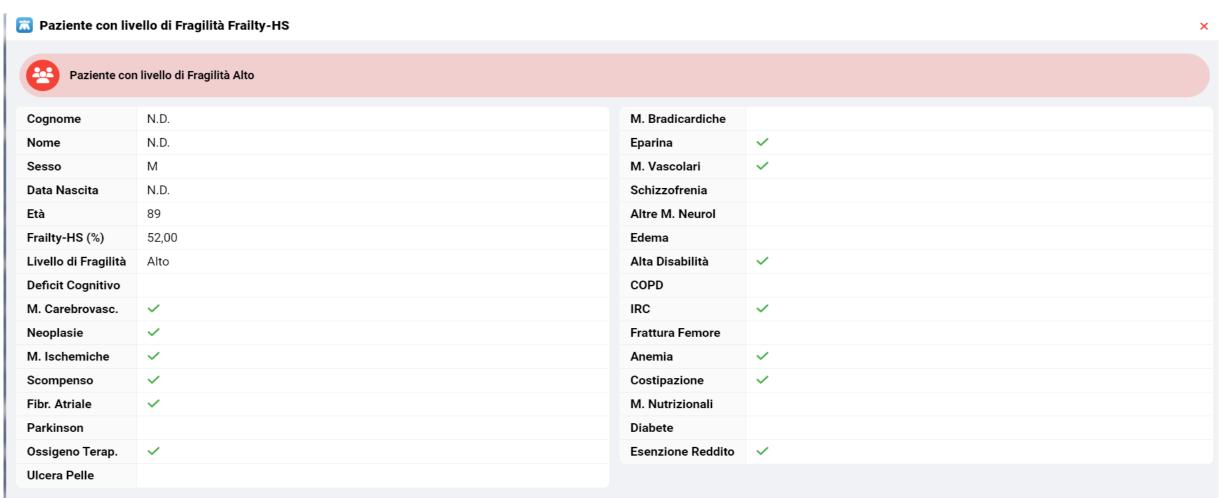








Paziente con livello alto di fragilità







CONGRESSO NAZIONALE





LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

La Comorbidità

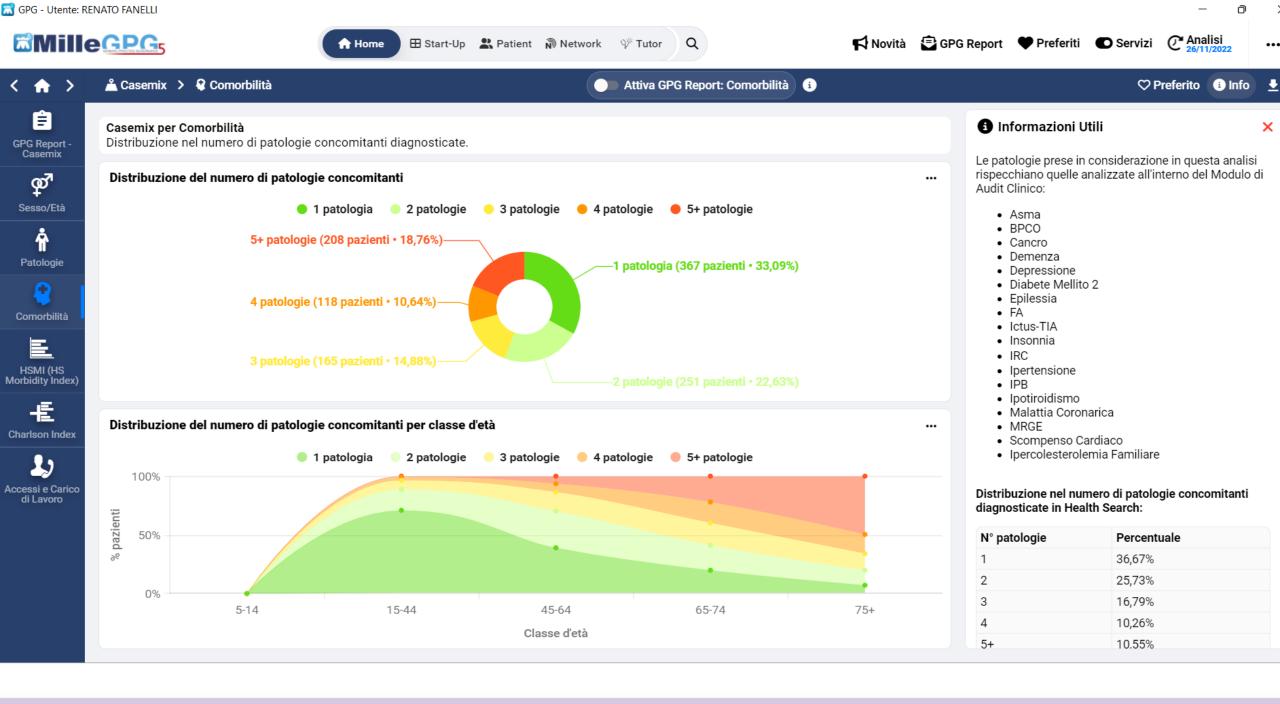
Non riesce a definire in modo puntuale la complessità clinica del malato.

Ha il vantaggio di poter essere misurata.

In Healt Search oltre il 10% della popolazione italiana ha più di 5 patologie concomitanti.

Charlson Mary E., Pompei Peter, Ales Kathy L. e MacKenzie Ronald, A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation, in Journal of Chronic Diseases, vol. 40, no 5, 1987, pp. 373–83.

https://www.healthsearch.it/documenti/Archivio/Report/VReport_2007-2008/uniflip publication/html/91.html











Le Cure Complesse: dove il MMG non è più sufficiente

Cure Complesse Comorbidità Disabilità Fragilità

L.Freid, J.Gerontology, 2004











La complessità

è la risultante della sovrapposizione di queste tre aree di interesse clinico, sociale e assistenziale.

Si stima che il 6% della popolazione generale necessiti di cure complesse.

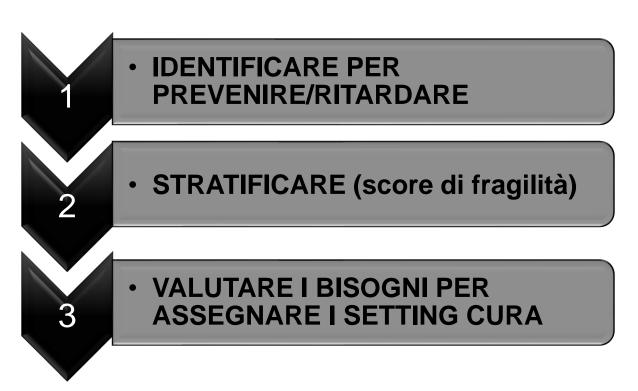
STP Population Health Overview. Analyses and insights into the population profile of a Sustainability and Transformation Partnership in 2017.

https://www.sollis.co.uk/stp-analysis/



La Fragilitaine Frenchieste la Sistema LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

MEDICO DI
MEDICINA
GENERALE
+
INFERMIERE DI
FAMIGLIA O
DI COMUNITA'



P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022



CONGRESSO NAZIONALE S





LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

MultidimensionaleDefinizioneFinalità

Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione sociorelazionale-ambientale.

(rif. Intesa CSR 25/7/2012)

Redigere un PAI (Piano Assistenziale Individuale) assicurando l'appropriatezza e l'integrazione degli interventi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, orientando verso l'individuazione della tipologia di servizio e struttura più idonei a fronteggiare le esigenze di un paziente complesso

F.Lombardi –ASST Lecco













Le dimensioni da Valutare



Dimensione biologica e clinica



Dimensione psicologica cognitiva - comportamentale



Dimensione sociale e ambientale



Dimensione funzionale

F.Lombardi -ASST Lecco



P. Lora Aprile Webinar Fragilità 17 giugno 2021



Gli strumenti di VMD

1ª Generazione

Valutano una sola area problematica Es: ADL, IADL, MMSE, etc..

2 a Generazione

Hanno valenza Omnicomprensiva (>350 item)

Sono specifici per setting assistenziale includono valutazioni di sintomi, scale e trattamenti

3 ^a Generazione

Sono l'evoluzione attuale : es. Inter RAI

Modularita: 70% di item comuni, 30% setting

'specifici'

Favoriscono la continuità Informazionale e Gestionale

Supportano nella Pianificazione dell'assistenza

Stimolano lo sviluppo dell'ICT

R. Bernabei et al "Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care" Journal of Gerontology 2008 Vol. 63°, N° 3 308-313









6 CONGRESSO NAZIONALE SIGG



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

Uno strumento di Triage : InterRAI -Contact Assessment

Poco praticabile un assessment di oltre 300 items a tutte le persone in maniera indiscriminata

Può essere utile una valutazione snella al primo contatto capace di individuare le persone che necessitano di una VMD completa

Quindi non deve essere un surrogato di una VMD completa, piuttosto un ausilio al case-manager per la selezione e l'approfondimento dei casi per cui è immaginabile l'erogazione di un servizio





CONGRESSO NAZIONALE SIGG





LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

	integrata Anziani e C tà Assistenziale ale			Regionel	<mark>}</mark> Lombard
SCHI	EDA di VALUTAZ	ZIONE del MI	EDICO		
Signor/a nato/a a domicilio Codice Fiscale	sesso l	omune di res			
► Vive con: □coniuge/conviven	te ©coniuge/figli 🔟 f	igli 🏻 parenti	genitori	Dadante [Isolo 🗆 altr
PATOLOGIE IN ATTO 1) Cardiaca (soic core) 2) (perfacione) or (soubs is severts, pil 3) Vascolari (sangue, vast, misolo, sate 4) Respiratorie (poinou/poroci, traches) 5) O.O.N.G. L. (socho-accrol, nasco, es) 5) O.O.N.G. L. (socho-accrol, nasco, es) 5) O.O.N.G. L. (socho-accrol, nasco, es) 5) Patorialo G. I. Inferiore (nestinous fil) 7) Apparato G. I. Superiore (eschipous fil) 9) Renall (soic rene) 10) Altre Patologie Centro untrinarie (u 11) 11) Sistema Maucolo-Scheletro-Cutti 12) Sistema Nervoso Centrale e Perfi 13) Endocritie - metabolicitie (nocuse cl.) 14) Patolicitatico - comportamentali (a) Peril 13) Endocritie - metabolicitie (nocuse cl.) 14) Patolicitatico - comportamentali (a) Peril 15) Endocritie - representate di oppositatione con la coli considerate in comportamentali (a) Peril 16) Patolicitatico - comportamentali (a) Peril 17) Patolicitatico - comportamentali (a) Peril 18) Endocritie in oppositatione di oppositatione in considerate in oppositatione di oppositatione in oppositati	ma Infatos) sotho la laringe) a, laringe) a, laringe) omaco,duudeno,albero bilan ile) referityesoica, uretha,prostala, irmucol, ache eleo, jegument serico non include la demer serico non serico no	e,pancreas) (genital) () (spancreas) () (spancreas) () (spancreas)	el è buons (ex. son e buons (ex. caroln nosi è grave (ex. in	Company of the c	fretture) nfisems polmonare,
DIAGNOSI PRINCIPALI	COD. ICD IX	DIAGNOSI F	RINCIPALI		COD. ICD IX
TERAPIE SIGNIFICATIVE in A	тто				
DATA_ Mod. UCAM 04 Vers. 08/07	TIMBR	O E FIRMA			

	FUNZIONE	Dipendenza Completa	Dipendenza	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autorafficienza	Non rilevato
	DEAMBULAZIONE	L	2	3	4	5	9
	LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	9
	SCALE	11	2	3	4	5	9
NZ	TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	9
	USO DEL WC	11	2	3	4	5	9
Ē	CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	9
S	CONTINENZA URINARIA	11	2	3	4	5	9
E	ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	9
¥	VESTIRSI	1	2	3	4	5	9
NE	IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	9
ALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	BAGNO/DOCCIA	11	2	3	4	5	9
Į,	DISTURBI DI COMPORTAMENTO	Onese	Moderato	lieve	assente	non rilevato	
Ŧ	CONFUSIONE	1	2	3	4	9	
>	IRRITABILITA'	1	2	3	4	9	
	IRREQUIETEZZA	1	2	3	4	9	
	PETTI PSICO-SENSORIALI PACITA' DI COMUNICARE	assecuto	limitata 2	integra	non rilevato		
VIS	TOTAL DI COMOTTONIA	1	2	3	9		
UDI		100	2	3	9		
RIC	DBLEMI SOCIO-AMBIENTALI che motivan HIESTA AUTORIZZAZIONE per A da allegato G contratto collettivo mazionale				n regime	di ADI	
	CHIESTA nuova attivazio: CESSI PROPOSTI: settimani		variazione quindicinali		rinnovo mensili	-	
(data) (timbro e firma del Medico)							
SPAZIO RISERVATO all'ASL PROGRAMMA APPROVATO: si □ no □ ACCESSI AUTORIZZATI: settimanali □ quindicinali □ mensili □ DATA NIZIO							

Multi-Dimensi			_	eLombardio			
SCHEDA DEL MEDICO per l'attivazione dell'Unità di Continuità MultiDimensionale (da allegare alla scheda di valutazione medica)							
Signor /a	e=======	DD OD OFF					
	SERVIZI PROPOSTI						
ASSISTENZA INFERMIER Problema/i in atto	USTICA						
▼ Valutazione e/o intervento							
☐ Intervento estemporaneo da eseguirsi presso: ☐ ambi		tinuativo dal 10/11/2020 € domicilio per pazie		abili			
Terapie tipo di farmaco	posologia	via di somministrazione	durata	controllo C C C C C			
tipo di farmaco Medicazione: sede/i tipo di lesione/i	posologia por trattamento lesion		durata				
tipo di farmaco Medicazione: sede li tipo di lesioneri come da protocollo j	per trattamento lesion		durata	000 000 000 000			

SUPPORTO SOCIO-ASSISTENZIALE					
✓ Aiuto alla perzona	Problema'i in atto:				
FORNITURA DI AUSILI Materasso antidecubito Usita Fisiatrica per prescrizione ausili					
ATTIVAZIONE TELESOCCORSO (dos	ve disponibile)				
INSERIMENTO in STRUTTURE RESIDE	NZIALI o SEMIRESIDENZIALI				
Centro Diurno Integrato Appartamento Protetto Ricovero di Sollievo Istituto di Riabilitazione Residenza Sanitario Assistenziale Hospice Ammissione protetta unità operativa ospeda	Motivo:				
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE per ACC	CESSI del MMG/PDLS in regime di ADI				
Come da allegato 11 contrato colletivo nazionale Motivo della richiesta:					
Intervento proposto:					
-					
Frequenza proposta:					





CONGRESSO NAZIONALE

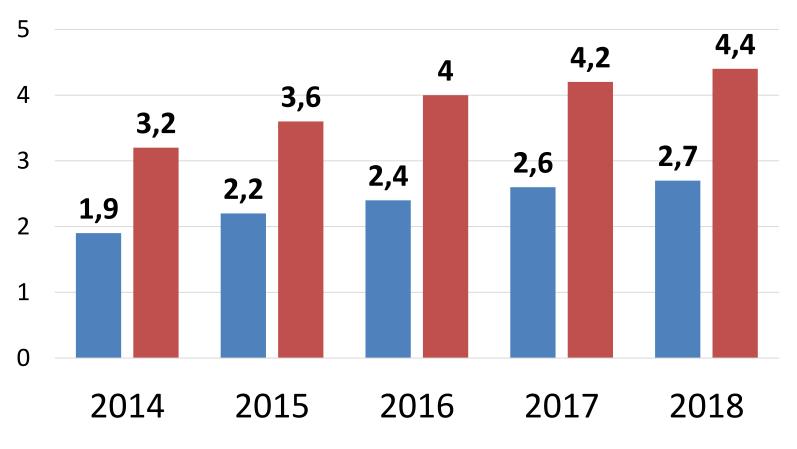




LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

I numeri ufficiali dell'ADI in Italia

Percentuale anziani assistiti anni 2014-2018



Assistiti per 100 anziani 65+

Assistiti per 100 anziani 75+

P. Lora Aprile Webinar Fragilità 17giugno 2021

Fonte: Ministero della Salute 2019



CONGRESSO NAZIONALE





LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

Home Care...work in progress

L'assistenza domiciliare in Italia è ancora da fondare: ne beneficia appena il 2,7% degli over65 e per una media di **20 ore** di prestazioni all'anno. In altri paesi Europei, la percentuale di anziani assistiti a casa si attesta fra l'8 e il 10%, con punte del 20%, e per una media che in Europa è di 20 ore, ma al mese.

D.L. 34 del 2020 – c.d. "Decreto Rilancio" **734 milioni di euro per il potenziamento dell'assistenza** domiciliare integrata

È inoltre previsto il **rafforzamento dei servizi infermieristici territoriali,** tra cui l'introduzione della **figura** dell'infermiere di famiglia o di comunità, con 9.600 nuovi infermieri, 8 ogni 50mila abitanti.

Per le nuove assunzioni sono stati stanziati 332.640.000 euro e per fronteggiare l'emergenza è stata aumentata con 10 milioni di euro la disponibilità del personale infermieristico a supporto degli studi di medicina generale.



Il 20° è stato il secolo dell'ospedale il 21°sarà il SECOLO del SISTEMA

(How to build healthcare systems, 2012)

La Sanità di Iniziativa:

Dal Bisogno rilevato (Prendersi Cura delle Persone con Cronicità Avanzata e Fragili)
Alla Identificazione delle popolazione target (cronici, multi-morbidi, fragili, con limitata attesa di vita)

Un Percorso Unico con Pianificazione Anticipata delle Cure

Dall'utilizzo di molteplici strumenti (spesso non finalizzati al prendersi cura) ad un PDTA condiviso, ad una Valutazione Multidimensionale con criteri validati (coerente con le finalità del percorso, uniforme, informatizzato) finalizzata al Piano di Assistenza Individuale

Un Percorso Integrato/Interconnesso

Dalla compilazione di schede domiciliari cartacee (senza alcuna possibilità di recupero né di condivisione dei dati) alla digitalizzazione nativa dei dati e alla condivisone dei flussi informativi con la Rete dei Servizi e delle offerta di cura premessa per un Piano Nazionale Esiti delle Cure Domiciliari





D.M. 77 23 Maggio 2022 Allegato 2

La **Medicina di Popolazione** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

La Stratificazione della Popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.





SIGG



LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

Piano Nazionale Cronicità Settembre 2016

Il cambiamento dei modelli assistenziali per la cronicità conferma la necessità di un rapporto sempre più stretto tra le cure primarie e quelle specialistiche; così la Standing Conference for GP ha definito una nuova figura di medico di medicina generale che integra il suo ruolo di generalista con la conoscenza di un'area disciplinare, non così approfondita e profonda da egualgliare quella dello specialista (al quale questa figura non intende sostituirsi), ma tale da affrontare la problematica del paziente con maggiore competenza e offrire un ulteriore servizio di alta qualità.

Anche l'Italia sta muovendo i primi passi in questa direzione: la SIMG, attraverso la scuola di alta formazione, intende formare i futuri dirigenti delle AFT e delle UCCP, cardine della nuova assistenza sul territorio e, in linea con quanto sta avvenendo in molti paesi europei, formare una nuova figura di MMG definito "con interessi disciplinari speciali" da integrare nella organzizzaizone delle cure primarie per iniziare un percorso verso la media intensità di cura e ridurre la distanza con l'ospedale.

P. Lora Aprile – La Cura nella Cura - Palazzolo 2022





CONGRESSO NAZIONALE





Conclusioni

Identificare le persone fragili nell'ambito della Assistenza Primaria ha senso solo se poi è possibile iniziare un percorso di cura che tenga conto dei loro bisogni multi dimensionali e avviarli nei Setting di cura appropriati.

Le persone fragili, che non vengono Presi in Carico nei Setting specifici di cura, hanno necessità di una valutazione specifica rispetto a quella riservata ai malati Cronici (PDTA) che potrebbe essere eseguita dal Medico di Medicina Generale coadiuvato dal suo Team.

La revisione della terapia farmacologica, la valutazione nutrizionale, il monitoraggio dello stato di fragilità potrebbero essere percorsi molto utili e vantaggiosi per migliorare la qualità di vita dei soggetti fragili, prevenire gli accessi in Pronto Soccorso e in Ospedale, ridurre i costi della assistenza del SSN.









"Dobbiamo diventare il cambiamento che vogliamo vedere"

Gandhi

Grazie per l'attenzione