

A colorful, abstract banner for the 67th National Congress of SIGG. It features a mix of green, blue, and pink textures. On the right, there is a stylized illustration of an elderly woman with glasses and a blue polka-dot skirt riding a black bicycle. The text '67° CONGRESSO NAZIONALE SIGG' is prominently displayed in the center.

67° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE

LA FRAGILITÀ IN RSA

Alba Malara
Fondazione ANASTE Humanitas



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



FONDAZIONE
ANASTE Humanitas

Roma, 30 novembre - 3 dicembre 2022



Outline

- 1) Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale
- 2) I residenti sono tutti fragili?
- 3) Le Traiettorie di Fragilità in RSA





WORLD
REPORT
ON
AGEING
AND
HEALTH



Chapter 5

Long-term-care systems

Long Term Care (LTC)

Attività di cura che garantiscono la massima indipendenza, autonomia, partecipazione e soddisfazione personale possibile alle persone che non possono prendersi completamente cura di se stessi.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.



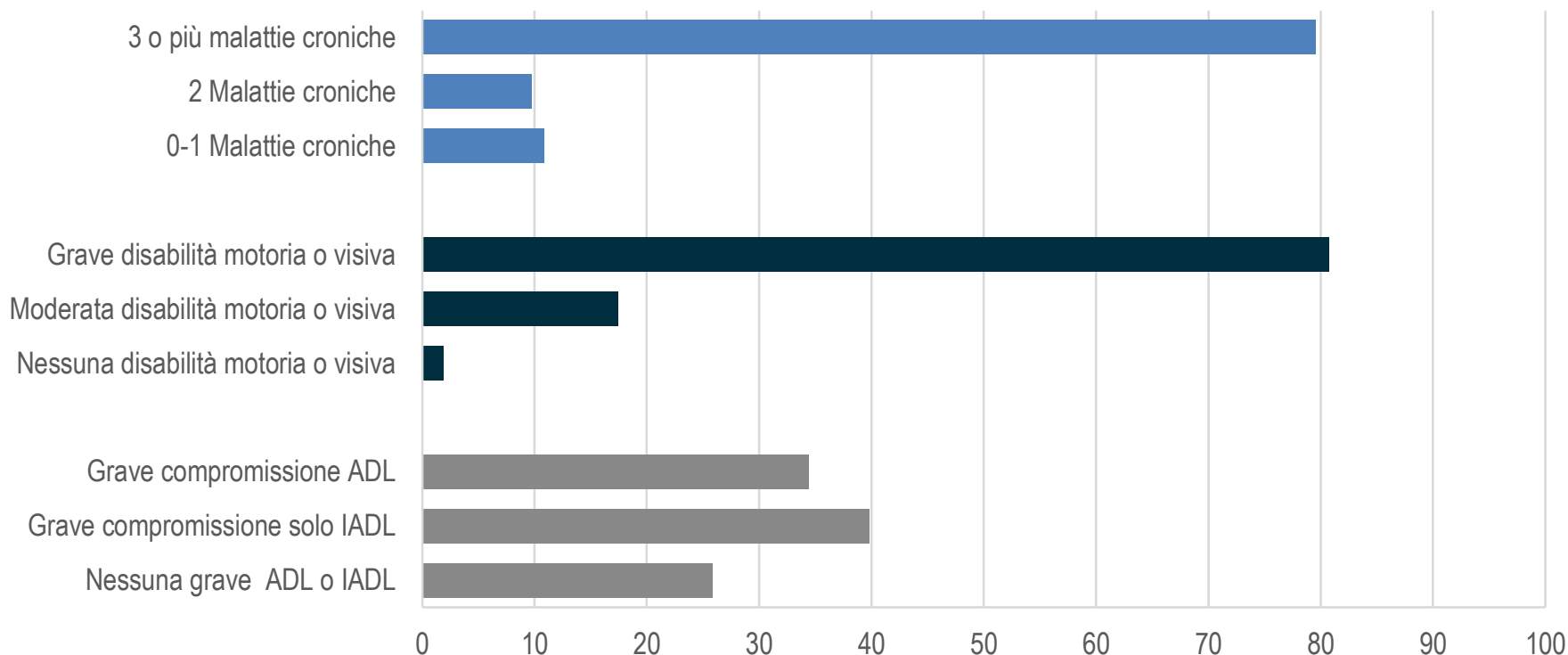
LongTermCare (LTC)

«...L'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone»





Multimorbilità e Complessità

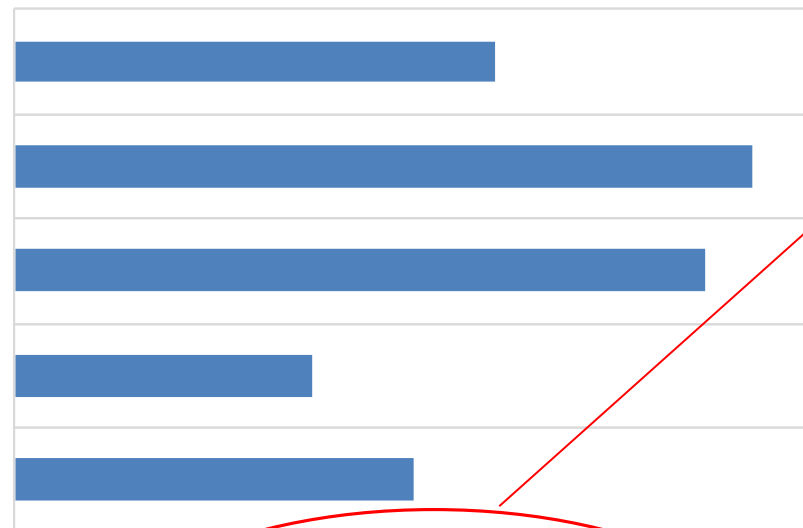


Popolazione target per presenza di malattie croniche, disabilità motoria e compromissione dell'autonomia.
Anno 2019.



Complessità e stato funzionale

- 5- Gravi problemi motori e comorbidità, con severa compromissione dell'autonomia
- 4- Problemi motori con comorbidità con moderata compromissione dell'autonomia
- 3- Diffusa comorbidità, ma senza gravi problemi motori o di autonomia
- 2 - Qualche comorbidità, ma senza problemi motori né di autonomia
- 1 - Senza problemi di salute (né motori, né cronici) o di autonomia



....necessitano
di LTC

1 - Senza problemi di salute (né motori, né cronici) o di autonomia	2 - Qualche comorbidità, ma senza problemi motori né di autonomia	3- Diffusa comorbidità, ma senza gravi problemi motori o di autonomia	4- Problemi motori con comorbidità con moderata compromissione dell'autonomia	5- Gravi problemi motori e comorbidità, con severa compromissione dell'autonomia
1.364.576	1.353.268	1.397.273	1.402.514	1.373.706

Popolazione per presenza di malattie croniche e compromissione dell'autonomia. Anno 2019.

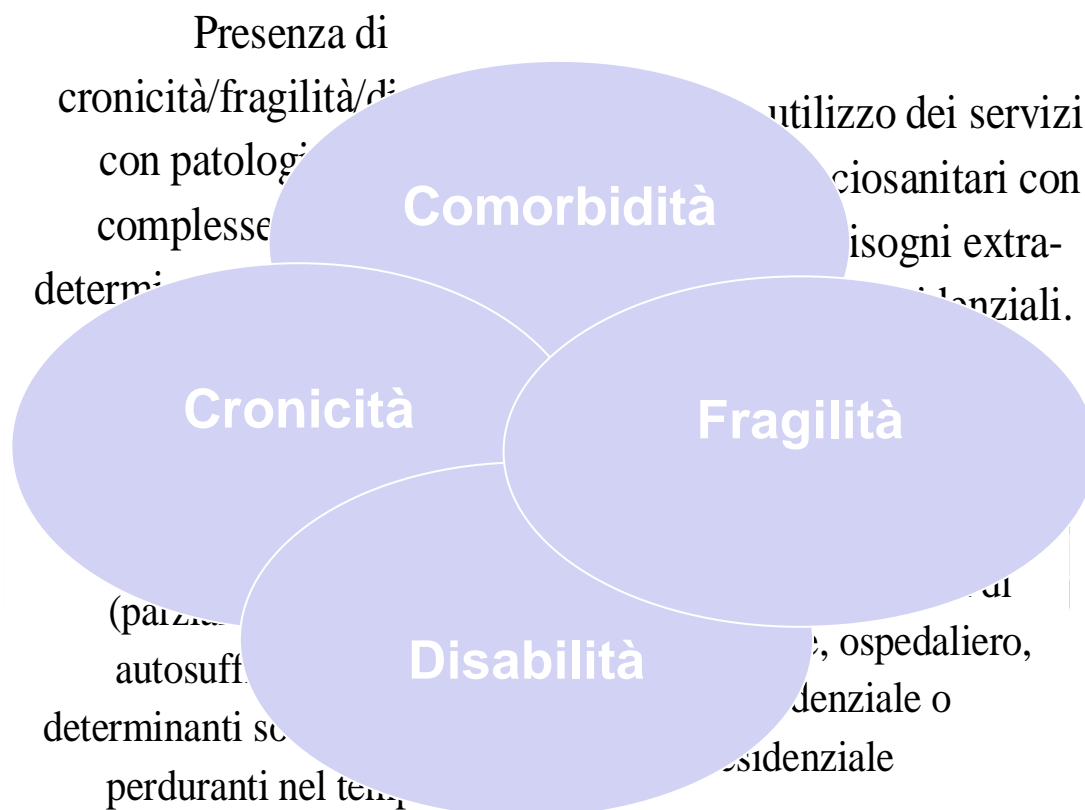


Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
I Livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa / media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
V livello Persone con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
VI livello Persone in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Stratificazione del rischio

Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale

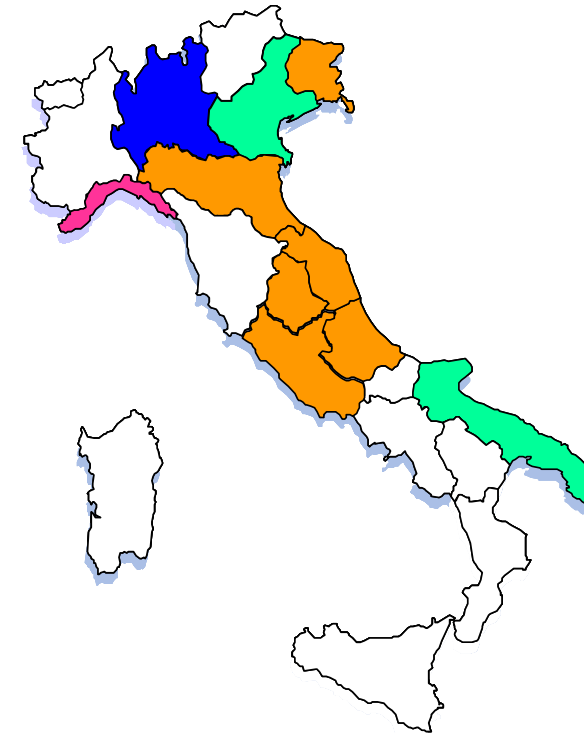




Quale grado di fragilità richiede il ricovero in Rsa?

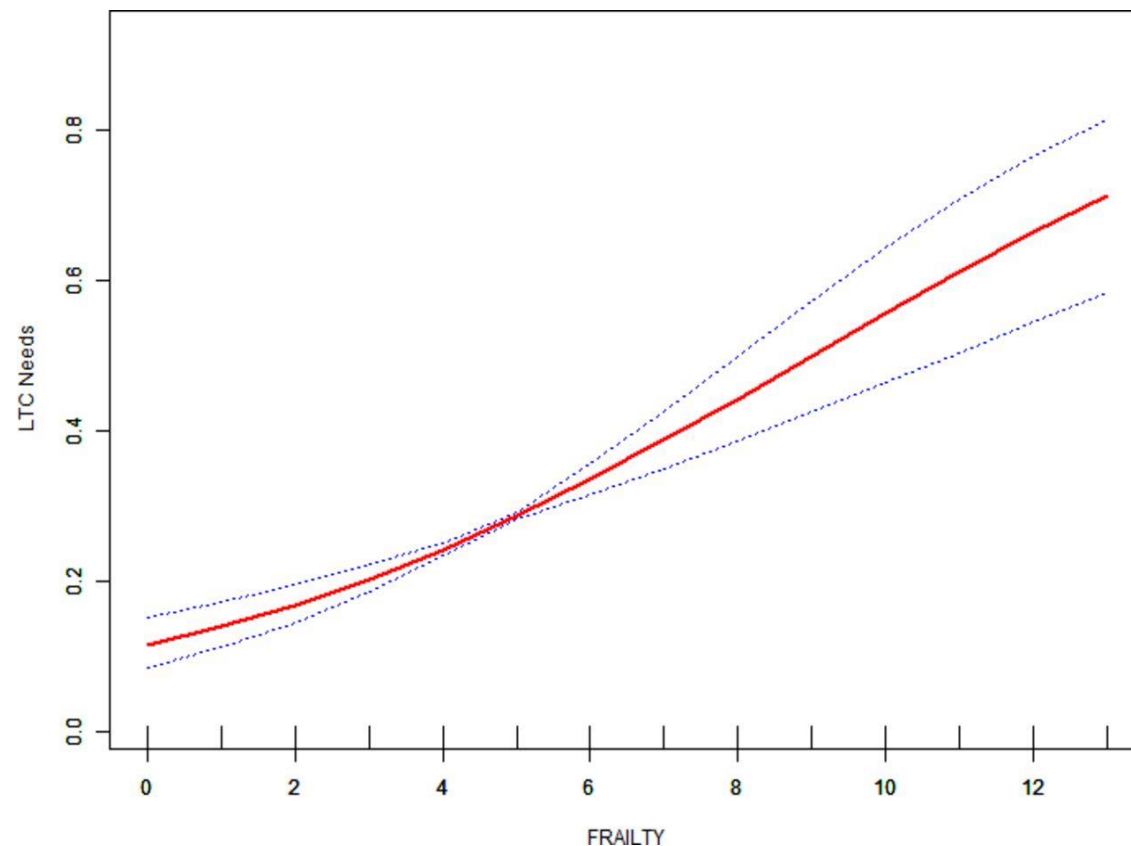
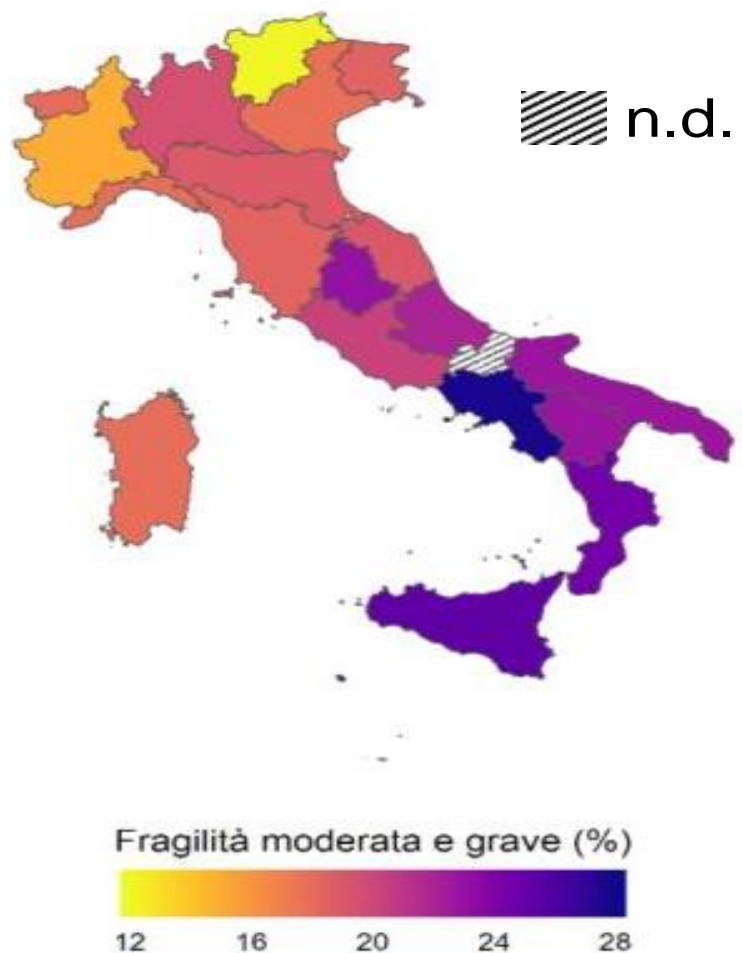
❖ Analisi dei principali strumenti regionali per la valutazione degli ospiti in strutture residenziali.

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)





Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale



Chen R, et al. BMJ Open 2022;12:e051801.
doi:10.1136/bmjopen-2021-051801



Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale

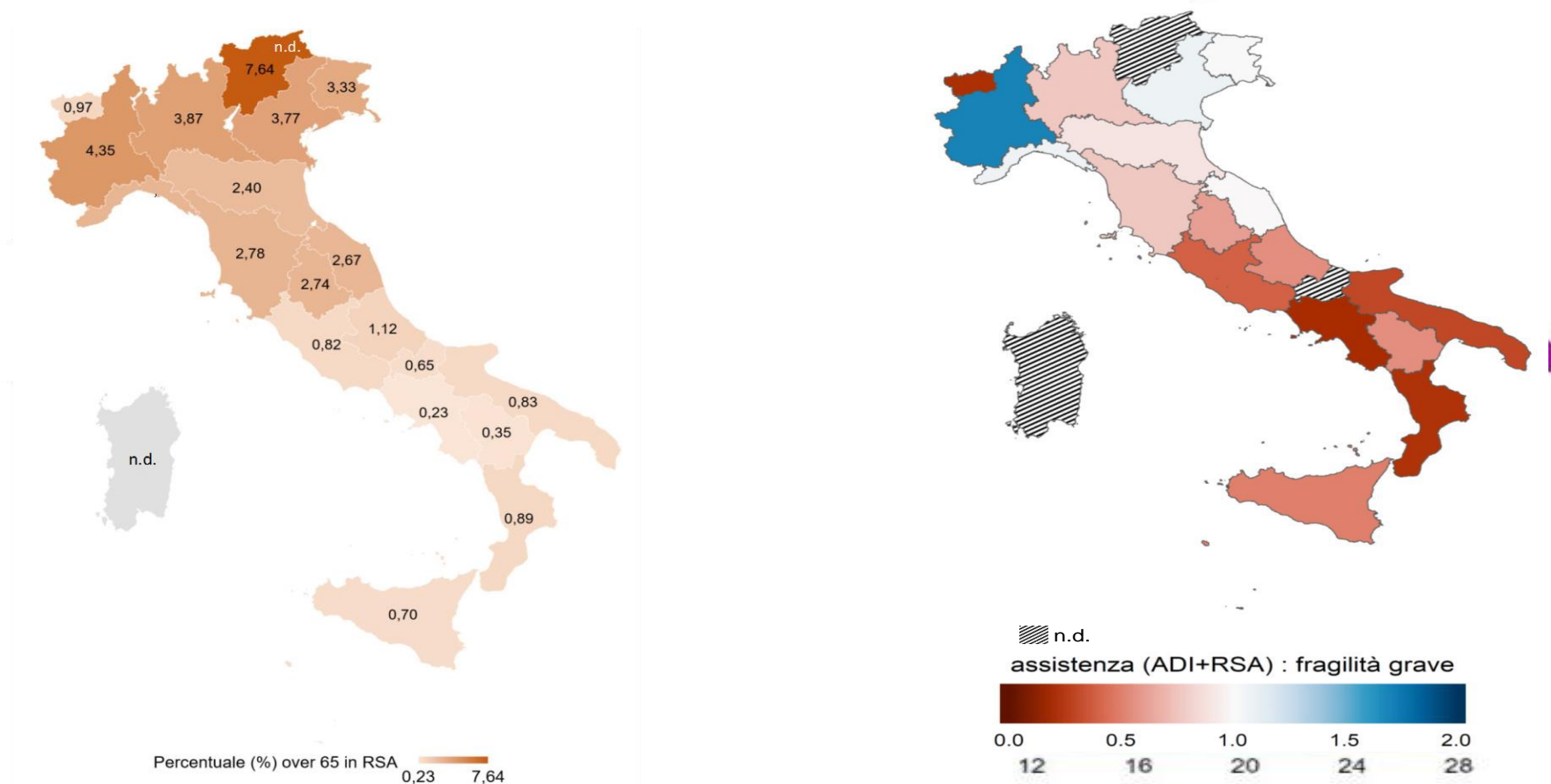


Figura 2.8. Numero (per 100) di anziani over 65 residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) durante l'anno 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.



Outline

- 1) Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale ✓
- 2) I residenti sono tutti fragili?





Frailty

«Una sindrome biologica di diminuzione della riserva della massa corporea e della resistenza ai fattori di stress, derivante da declini cumulativi tra più sistemi fisiologici e causando vulnerabilità agli esiti avversi»

Fried et al 2001

Fragilità fisica: ridotta riserva funzionale legata alla capacità di movimento. Difficoltà di svolgimento delle funzioni quotidiane (mangiare, muoversi, provvedere all'igiene personale, curare il proprio ambiente abitativo) in relazione anche a una riduzione della percezione sensoriale e della stabilità posturale. Riconosce come substrato biologico la **sarcopenia**

Fragilità psicologica: decadimento delle risorse psicologiche (cognitive, emotive e comportamentali), incapacità di fronteggiare cambiamenti e traumi (es. lutti), condizioni impreviste di povertà e malattia o altre condizioni di crisi (**↓ resilienza**).

Fragilità sociale: isolamento sociale, abitazione inadeguata, basso reddito, perdita del proprio ruolo sociale, assenza dell'aiuto di familiari e conoscenti



I residenti sono tutti fragili?

Frailty Anamnestic Criteria

Frailty Anamnestic Criteria (adapted from Pedone et al, 2016, Fried et al, 2001)

1) Exhaustion (fill A or B) ☒ Subjective ☐ Observed

A. Subjective criterion:

☒ Did the patient in the past months report a feeling of needing an effort to do everything, and was it considered present for more than 3 or 4 days in the week? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

B. Observed criterion (by the Health Care Professional or reported by a proxy):

2) Unintentional weight loss

☒ Was an unintentional loss of weight recorded at baseline during medical interview and was it defined as a reduction in weight more than 4.5 kg in the past 12 months? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

3) Reduced Physical Activity

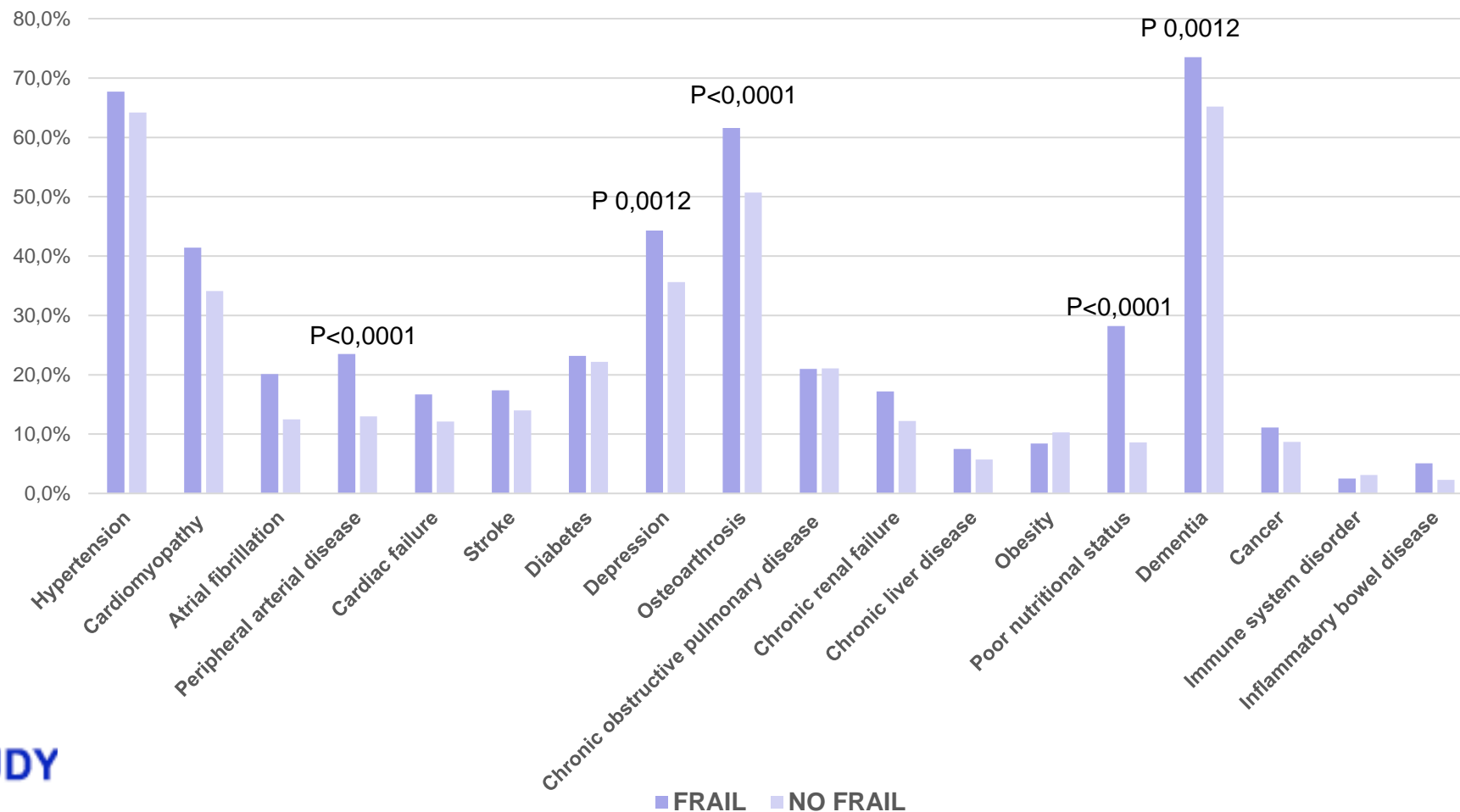
☒ During the last months, had the patient performed less than 2-4 hours of light exercise per week? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Il 25,9% dei residenti è risultato fragile secondo i criteri della FAC

	Frailty		p-value
	Yes (n=467)	No (n=1333)	
Sex, female, n (%)	348 (74.5)	907 (68.0)	0.0088
Age, years±SD	84.0±8.5	82.7±9.5	0.0005
Age classes, n (%)			<0.0001
60-79 years	105 (22.5)	466 (35.0)	
80-84 years	92 (19.7)	260 (19.5)	
85-89 years	135 (28.9)	271 (20.3)	
90+ years	135 (28.9)	336 (25.2)	



Frail





Frail

	FRAIL	NO FRAIL	
Number of comorbidities, n±SD	5.1±2.3	4.0±2.0	<0.0001
Number of drugs/day, n±SD	6.1±3.0	5.9±3.0	0.0257
Mobility, n (%)			
Independent/walk with aids	121 (26.1)	720 (54.3)	<0.0001
Moves with wheelchair	244 (52.7)	464 (35.0)	
Bedridden	98 (21.2)	141 (10.6)	



Frail

	FRAIL (n=467)		
	Females (n=348)	Males (n=119)	p-value
Age, years±SD	86.2±7.1	80.2±8.8	<0.0001
Age classes, n (%)			<0.0001
60-79 years	53 (15.2)	52 (43.7)	
80-84 years	74 (21.3)	18 (15.1)	
85-89 years	104 (29.9)	31 (26.1)	
90+ years	117 (33.6)	18 (15.1)	
Hypertension, n (%)	223 (66.4)	83 (71.6)	0.3034
Cardiomyopathy, n (%)	131 (40.1)	53 (45.3)	0.3236
Atrial fibrillation, n (%)	50 (20.4)	17 (19.3)	0.8268
Peripheral arterial disease, n (%)	65 (19.8)	39 (33.9)	0.0021
Cardiac failure, n (%)	58 (17.4)	17 (14.8)	0.5219
Stroke, n (%)	49 (14.9)	28 (24.4)	0.0220
Diabetes, n (%)	79 (23.8)	25 (21.4)	0.5925
Depression, n (%)	158 (46.7)	42 (36.5)	0.0534
Osteoarthritis, n (%)	218 (64.5)	60 (53.1)	0.0310
Chronic obstructive pulmonary disease, n (%)	66 (20.3)	26 (22.8)	0.5727
Chronic renal failure, n (%)	51 (15.6)	25 (21.6)	0.1438
Chronic liver disease, n (%)	21 (6.5)	12 (10.4)	0.1644
Obesity, n (%)	31 (9.5)	6 (5.2)	0.1535
Poor nutritional status, n (%)	94 (28.0)	34 (28.8)	0.8619
Dementia, n (%)	255 (76.6)	75 (64.7)	0.0122
Cancer, n (%)	36 (11.3)	12 (10.7)	0.8766
Immune system disorder, n (%)	6 (1.9)	5 (4.4)	0.1659
Inflammatory bowel disease, n (%)	15 (4.7)	7 (6.1)	0.5579

	FRAIL (n=467)		
	Females (n=348)	Males (n=119)	
Number of comorbidities, n±SD	5.1±2.3	5.3±2.2	0.0234
Number of drugs/day, n±SD	5.9±3.3	6.2±3.2	0.1760
Mobility, n (%)			0.0101
Independent/walk with aids	78 (22.5)	43 (36.8)	
Moves with wheelchair	192 (55.5)	52 (44.4)	
Bedridden	76 (22.0)	22 (18.8)	



GEROVAX STUDY



Outline

- 1) Fragilità e fabbisogno di LTC residenziale ✓
- 2) I residenti sono tutti fragili? ✓
- 3) Outcome e traiettorie di Fragilità in RSA





Outcome

- ✓ Ospedalizzazione
- ✓ Cadute
- ✓ Disabilità grave
- ✓ Morte



Frail: Outcome

Mortality

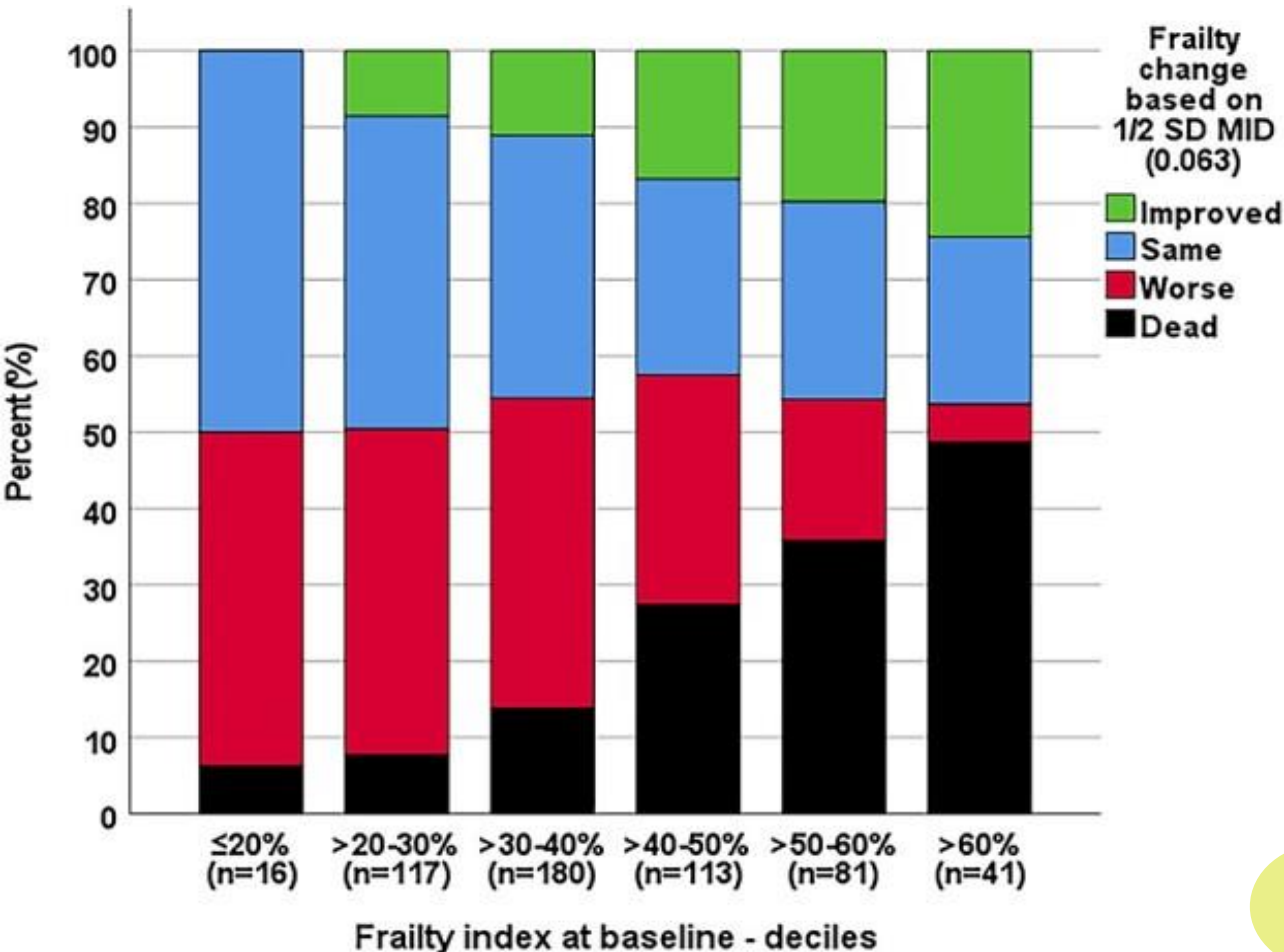
	Number of deaths	Death rate per 1000 person-years (95% CI)	p-value
Overall	508	172.06 (157.10, 187.10)	
Frail	90	211.73 (167.98, 255.47)	<0.001
Non-frail	369	127.59 (107.10, 148.07)	

Hospitalization

	Hospitalization n (%)	p-value
Overall	49 (4.0)	0.3062
Frail	10 (6.3)	
Non-frail	22 (4.3)	



Traiettorie di fragilità in RSA



Predittori significativi del peggioramento dello stato di fragilità in 12 mesi

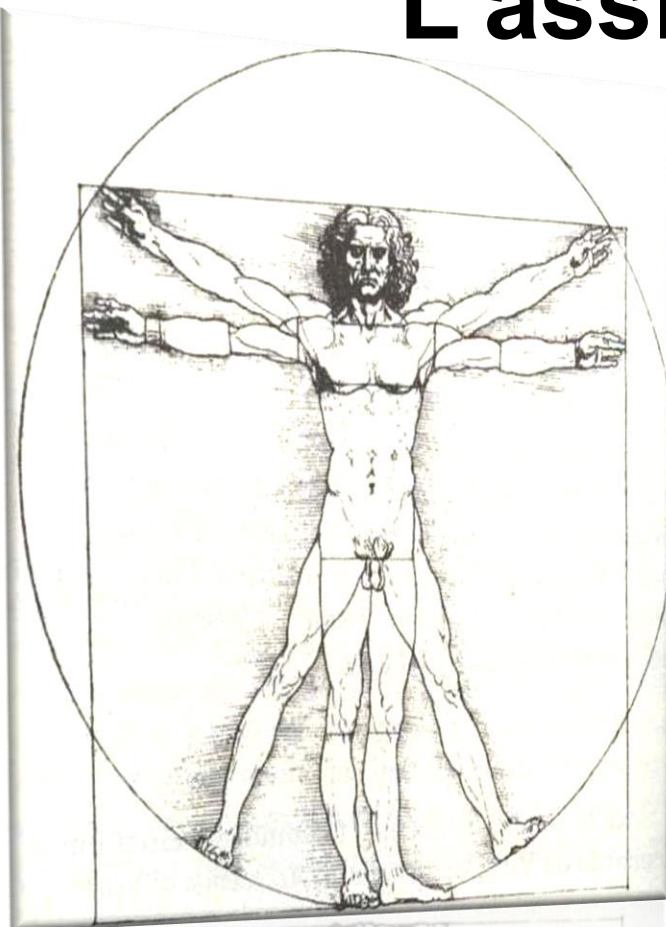
- ✓ età avanzata
- ✓ rischio di malnutrizione
- ✓ malnutrizione
- ✓ diabete



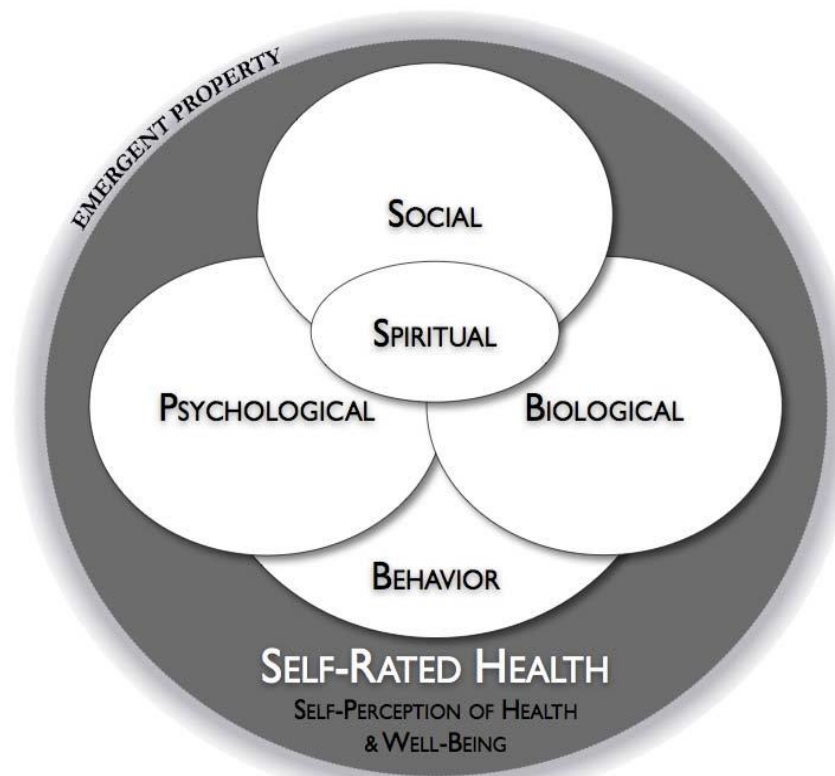
Thompson MQ, et al Age Ageing. 2022 Nov 2;51(11)



L'assistenza Residenziale



APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE



ASSISTENZA PERSON-CENTRED

- ✓ Accettazione o Rispetto Profondo
- ✓ Ascolto Empatico
- ✓ Autenticità





The Excess of Disability



Multidisciplinary Team

...Reversible deterioration includes a part of disability and social disadvantage that does not directly depend on organic injury. Reversible deterioration depends on the interaction between the patient and the environment.

VMD
PAI



The Excess of Disability

PROFILES ICF DISABILITY IN ALZHEIMER AND VASCULAR DEMENTIA

Figure 4

Prevalance of ICF disability in ADPr e VDPPr patients according to the qualifier Capacity and Performance

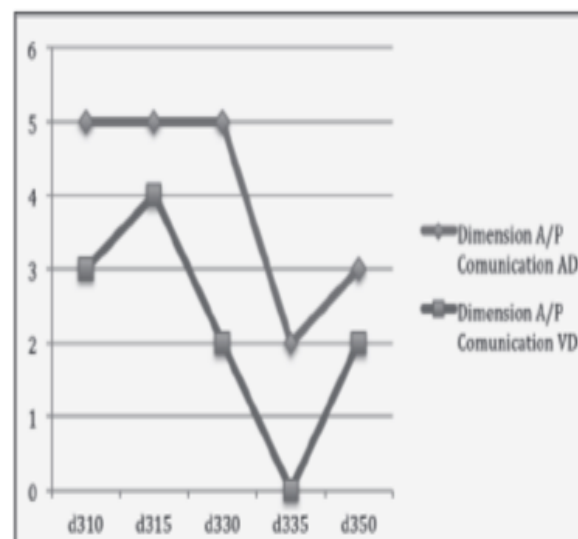
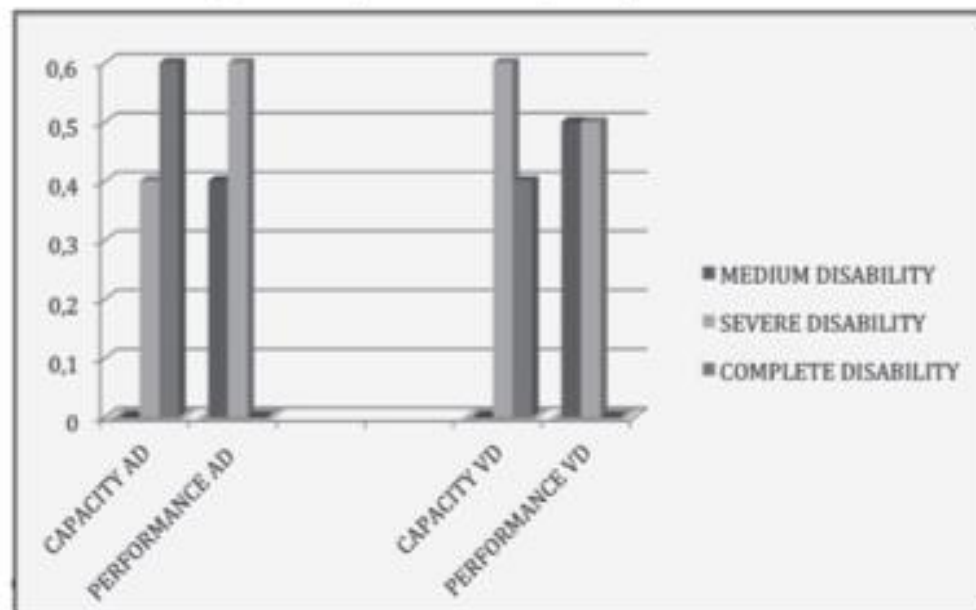


Figure 2

Limitation or restriction in ADPr and VDPPr patients, relating to the chapters: Communications in the ICF component 'Activities and Participation'

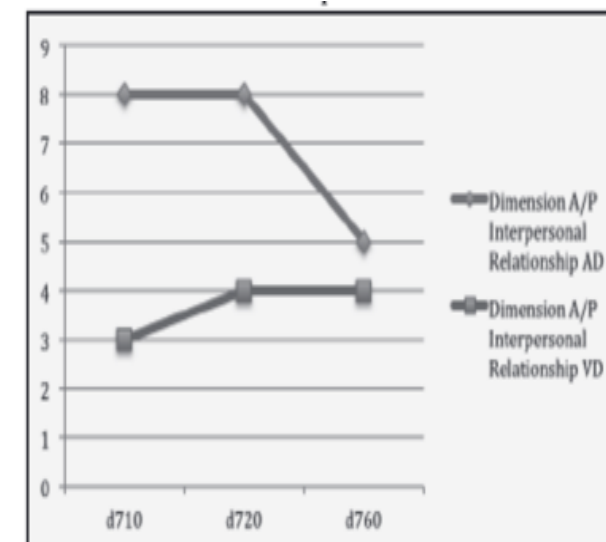


Figure 3

Limitation or restriction in ADPr and VDPPr patients, relating to the chapters: Interpersonal Interactions and Relationship in the ICF component 'Activities and Participation'



FRAILITY

Construct A clinical syndrome that reflects a state of increased vulnerability to multiple adverse outcomes. There is a single state of frailty at any given time.

Trajectory Cascade of health deficits and limitations in old age. Intrinsically, a dynamic construct but measures are largely static.

Outcomes Disability and loss of independence as primary outcomes.

Interventions Comprehensive geriatric assessment.

Potential purpose Primarily used for risk stratification, i.e. identify people at high-risk for adverse outcomes to invasive procedures. Could serve as an entry point for a personalized care.

RESILIENCE

Reflects a composite of adaptive physiological and molecular processes in the face of physical stressors that are largely influenced by pre-determinants i.e., genetics, environment, reserves. PR is defined only when the triad of system, state and stressors are specific. Thus, there is not a single, global PR, but multiple PRs.

Life-long spectrum of positive attributes but response entails at certain time points (i.e., post-stressor). Intrinsically a dynamic construct in the sense of being a characteristic of the dynamic response to a stressor.

Functional recovery as primary outcome.

Intervention targeting stress-response mechanisms, as well as improving the physiologic reserve.

Assist in clinical decision making and developing care models (both acute or long term) and identify preventive strategies to improve resilience and promote healthy aging such as prehab, Enhanced recovery after surgery, and rehab.

INTRINSIC CAPACITY

Reflects a composite of all mental and physical capacities (represented by 5 major physiological domains) that can be thought of as a high-level integrative measure of physiologic reserve. Thus, there is a single global IC value at any given time.

Life-long spectrum of positive attributes. Intrinsically, a static construct that is defined without reference to any particular stressor or time, but may change at different time points.

Functional abilities as primary outcomes.

Intervention targeted on improving health care by integrating services so as to provide a better environment.

Assist in developing public health strategies to promote healthy aging.



Take Home Messages

- ✓ La fragilità è una sindrome multidimensionale ed è **una condizione prevalente** nelle RSA
- ✓ I criteri di ammissibilità in RSA ad oggi sono basati sui criteri di disabilità e non autosufficienza ma non sulla fragilità
- ✓ La fragilità è dinamica nei residenti e la stabilità o il miglioramento sono possibili anche per i più fragili
- ✓ Interventi multidimensionali funzionali, nutrizionali, di esercizio fisico possono migliorare il grado di fragilità e di qualità della vita degli anziani residenti.

Thanks!