



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Firenze, 4 maggio 2011

**Il progetto CCM e i lavori del tavolo
“Le azioni regionali in ambito di
fragilità e disabilità”**

Antonio Bavazzano

**Perché un tavolo
regionale per le
azioni da svolgere in
ambito di fragilità e
disabilità**



IN ITALIA:

- **Un anziano su quattro vive solo**
- **2.600.000 persone disabili vivono in famiglia, 2.000.000 sono anziani**
- **L'80% delle famiglie con disabili non è assistita da servizi pubblici domiciliari**
- **25 milioni sono le persone affette da almeno una malattia cronica**

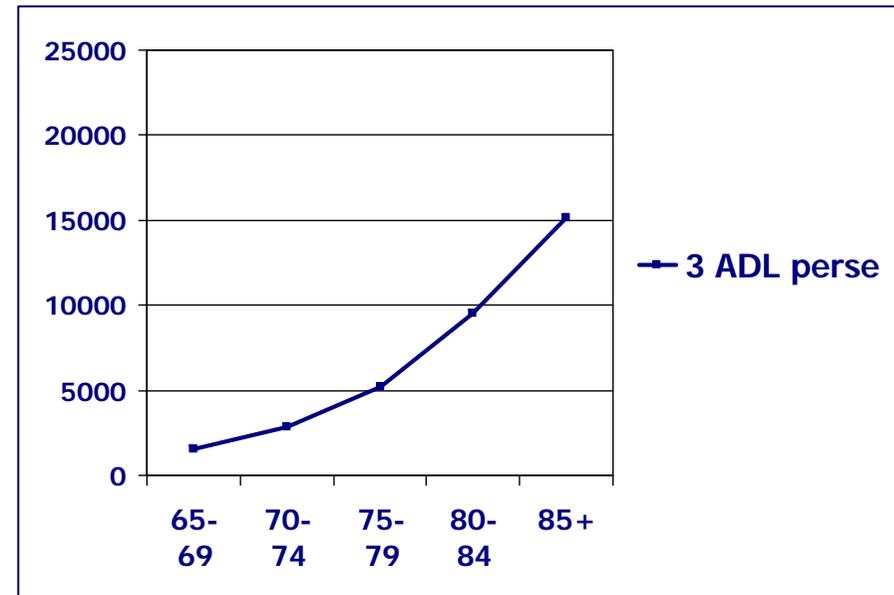
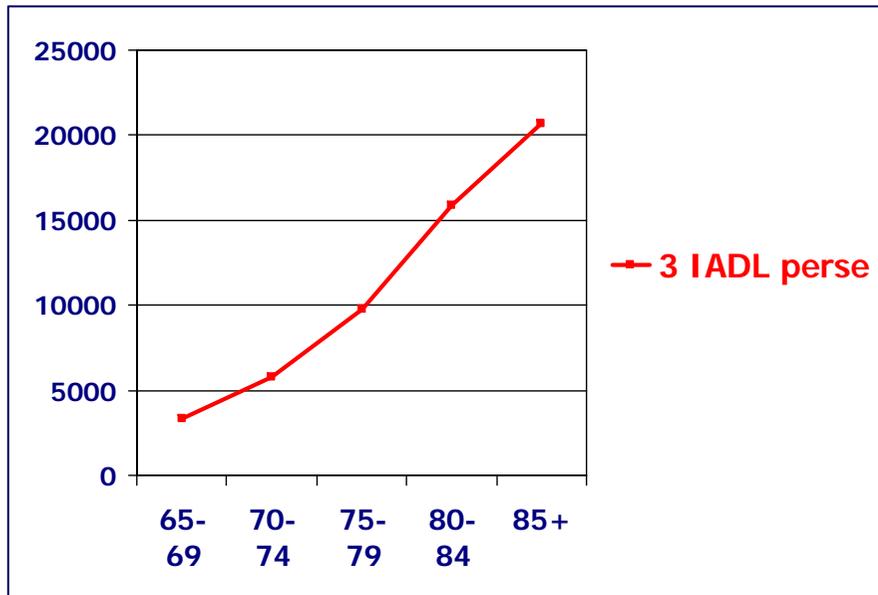
(ISTAT: Rapporto sulla non autosufficienza 2010)

Fra la popolazione di età maggiore di 65 anni :

- **18% ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana.**
- **40% è affetto da almeno una malattia cronica**
- **68% dei disabili presenta almeno tre malattie croniche**
- **8% è confinato in casa**

Rapporto ISTAT 2007

Andamento della disabilità nelle funzioni strumentali e di base della vita quotidiana, per classi d'età



Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: ICARe-Dicomano, ILSA, INChianti

Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

Speranza di vita libera da disabilità

	<i>a 65 anni</i>	<i>a 75 anni</i>
uomini	13,8 anni	7,4 anni
donne	15,1 anni	7,7 anni

**Quale modello
operativo per la
“cura” della cronicità
scelto dalla Regione
Toscana**

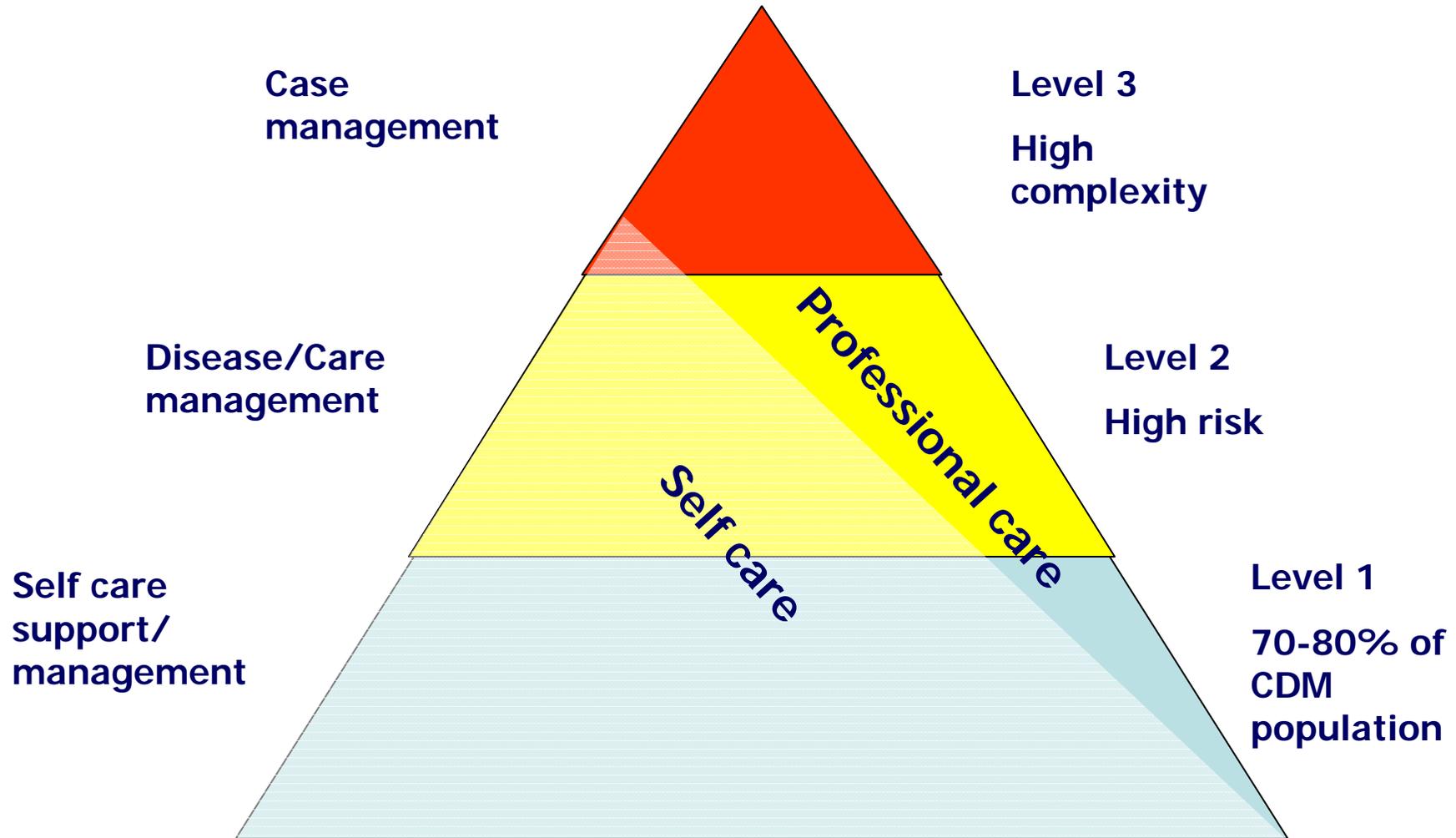


Le basi culturali di un percorso di cura sulla fragilità si riconoscono nella sanità d'iniziativa e nel Chronic Care Model.

Il Chronic Care Model, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

(da: Piano Sanitario Regionale 2008/2010)

Chronic Disease Management and Shared Care

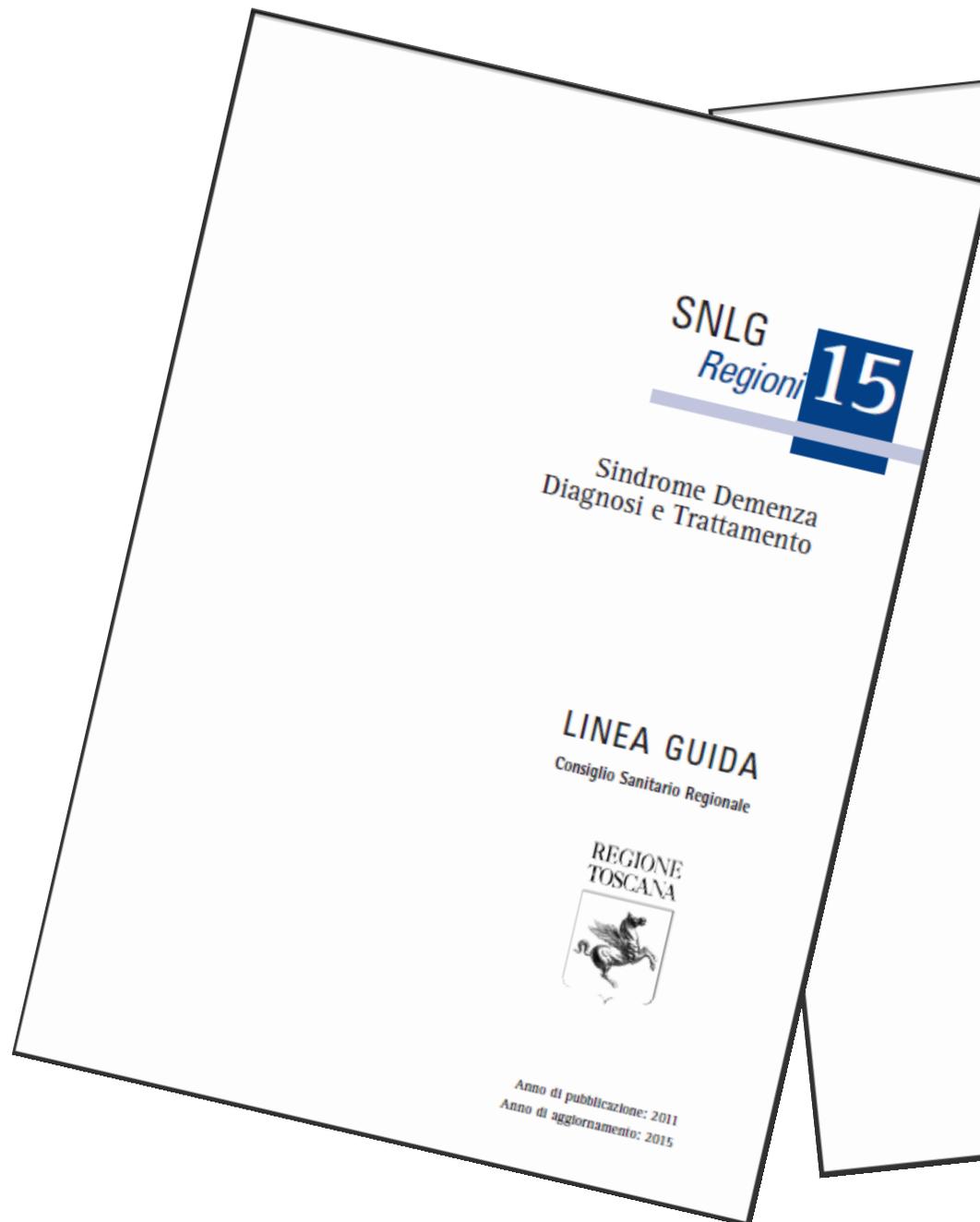


La pandemia demenza

Il deterioramento cognitivo è uno dei danni statisticamente più prevedibili:

Dopo i 65 anni raddoppia ogni quinquennio passando da 1,6% a 46% dopo i 95 anni

(ISTAT: Rapporto sulla non autosufficienza 2010)



Approvata con parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 52/2010 del 5 ottobre 2010 - www.regione.toscana.it

Com'è strutturata la linea guida

10

raccomandazioni
per la diagnosi
precoce

6

raccomandazioni
per il trattamento
farmacologico e non
farmacologico

Sono stati considerati 135 riferimenti di letteratura in larga parte metanalisi.

Il gruppo di lavoro multispecialistico è costituito da 25 professionisti.

NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE™ (NGC)

La linea guida:

“Dementia. Diagnosis and treatment”

**è stata inserita nella Banca dati internazionale
al n. 8442 il 15 aprile 2011**

Scopo della linea guida: Diagnosi e interventi precoci

La diagnosi tempestiva consente di elaborare e sperimentare interventi, anche farmacologici, prima che il danno neuronale sia avanzato e dunque inemendabile (Dubois 2007).

La diagnosi tempestiva di demenza permette una migliore gestione di alcune fondamentali implicazioni psicologiche e pratiche della malattia, influenzando anche sull'equilibrio del contesto familiare e sociale in cui il malato è inserito (Ashford 2007).

**A chi è diretta
questa linea guida**



Al Medico di Medicina Generale che per primo “...*può identificare i segni clinici del decadimento cognitivo al loro insorgere, anche avvalendosi delle segnalazioni dei familiari.*” ed integrando le sue competenze con i servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze.

Raccomandazione 10

Per la conferma diagnostica, per diagnosi differenziale fra le Demenze, per l'organizzazione del Piano Terapeutico e per la stabilizzazione di situazioni complesse il Medico di Medicina Generale può avvalersi dei Servizi Multidisciplinari organizzati dedicati alla cura delle Demenze.

Livello VI, Forza A

Nel 2010 il CSR della Regione Toscana ha prodotto, avvalendosi di un gruppo di Esperti, una linea guida sulla Sindrome Demenza destinata ai Medici di Medicina Generale.

La linea guida, disponibile sul sito web della Regione e in corso di pubblicazione, è composta da 16 Raccomandazioni, tutte rigorosamente evidence-based, che riguardano la diagnosi precoce, il trattamento farmacologico e non farmacologico della malattia.

L'obiettivo è quello di favorire l'autonomia della persona nel suo ambiente di vita.

Il convegno è inteso a illustrare contenuti e modalità applicative delle 16 Raccomandazioni.



COMITATO ORGANIZZATORE
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Consiglio Sanitario Regionale
Via Taddeo Alderotti, 25/n Firenze
tel. 055/4385171 - 055/4385384
fax 055/4385221
csr@regione.toscana.it

Referente
Maria Ballo

Segreteria
Giuseppina Agata Stella
Stefania Della Luna



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

CONVEGNO

**“Regione Toscana:
la linea guida
SINDROME
DEMENTIA”**

**21 maggio 2011
Firenze
Villa La Quiete alle Montalve
Via di Boldrone, 2**

**Implementazione della
Linea Guida
“Sindrome Demenza.
Diagnosi e Trattamento”
Studio Pilota**

Architettura di studio: studio osservazionale prospettico “before and after”

Fase 1

Raccolta dati di base relativi al singolo MMG partecipante allo studio:

- stima statistica di soggetti con demenza**
- soggetti diagnosticati**
- nuove diagnosi (dato mensile)**
- intervento farmacologico**
- utilizzo dei servizi**

Fase 2

Il Team scientifico informa direttamente il MMG sulle Raccomandazioni della Linea Guida “Demenza” e mantiene un rapporto periodico

Fase 3

Raccolta dati “after”:

- nuove diagnosi**
- consumo farmaci**
- ricorso ai servizi**

Analisi statistica

- Raccolta e codifica dei dati pre e post presso la segreteria del CSR (Firenze)
- Test di confronto (StatsDirect software, StatsDirect Ltd)

Sede dello studio

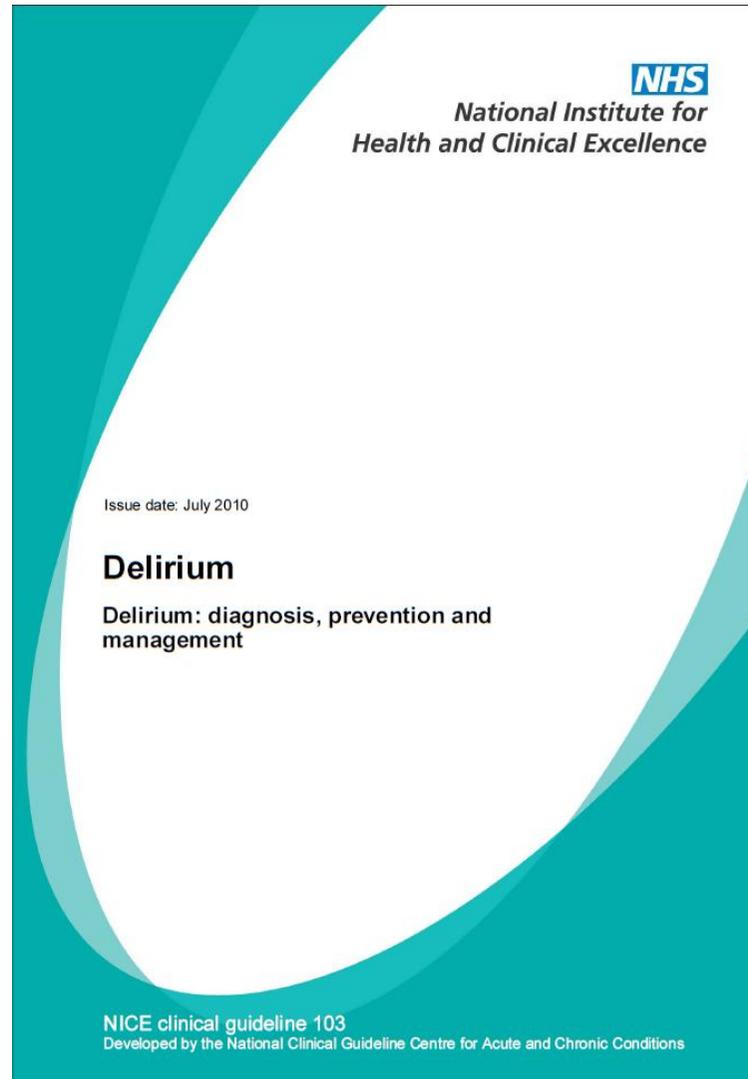
Cooperative/Associazioni di MMG delle AUSL di Firenze, Pisa e Siena

Durata prevista

Data di inizio: gennaio 2011

Data del termine: dicembre 2011

Prima convocazione staff: dicembre 2010 (*kick-off*)



CG103 Delirium: NICE guideline 28 July 2010

<http://guidance.nice.org.uk/CG103/NICEGuidance/pdf/English>

**Architettura di studio:
studio osservazionale prospettico “before and after”**

Finalità del progetto:

Studio pilota sull’adattabilità e sull’efficacia della Linea Guida NICE N. 103 in alcune degenze ospedaliere ordinarie, mediche e chirurgiche.

Soggetti coinvolti:

Équipe medico-infermieristiche delle sezioni di degenza ordinaria e intensiva individuate dal gruppo di lavoro.

Nucleo operativo:

Bavazzano A, Cappelletti C, Cecchi M, Cricelli F, Di Bari M, Francois C, Gabbani L, Magnolfi S, Manna A, Marini M, Piccininni M, Tonelli L, Vanni D.

Farmacovigilanza: prescrivere consapevolmente nell'anziano



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Vengono forniti ai Medici del Servizio Sanitario i “Criteri di Beers” nell’ ultima versione pubblicata (2003).

Si allega una seconda lista, elaborata dalla Commissione Terapeutica Regionale, nella quale i Criteri di Beers vengono integrati con altri Criteri elaborati in contesti differenti da quello nordamericano.

Gruppo di lavoro: Bavazzano A, Berni G, Bozzano C, Giustini S, Pedace C, Tonelli L



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

“Le azioni regionali nell’ambito della disabilità e della fragilità”

Parere n. 65/2010 del 7 dicembre 2010

Definire un quadro di riferimento generale per lo sviluppo delle azioni regionali nell'ambito della fragilità al fine di assicurare alle stesse unitarietà di governo.

Nella seduta del 7 dicembre 2010 l'Assemblea del CSR costituisce il seguente gruppo di lavoro:

Egizia Badiani, Antonio Bavazzano, Francesco Benvenuti, Nicola Briganti, Merj Cai, Maria Chiara Cavallini, Simona Dei, Paolo Francesconi, Luciano Gabbani, Patrizia Galantini, Massimo Giraldi, Bruna Lombardi, Stefano Magnolfi, Fabio Michelotti, Guido Moradei, Aldo Morelli, Alessio Nastruzzi, Pasquale Palumbo, Cristina Rossi.

Sintesi della relazione del gruppo di lavoro su “Azioni regionali nell’ambito della fragilità”

Pur sottolineando l’importanza di aspetti psicologici e socio ambientali nel determinare una situazione di fragilità, il gruppo ha concordato di limitare questo termine ad una specifica situazione biologica, riconosciuta dalla letteratura e definita da Linda Fried come una ***sindrome caratterizzata da riduzione delle risorse e delle resistenze agli stress e provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici***

(da: Fried LP et al. J Gerontol 2001)

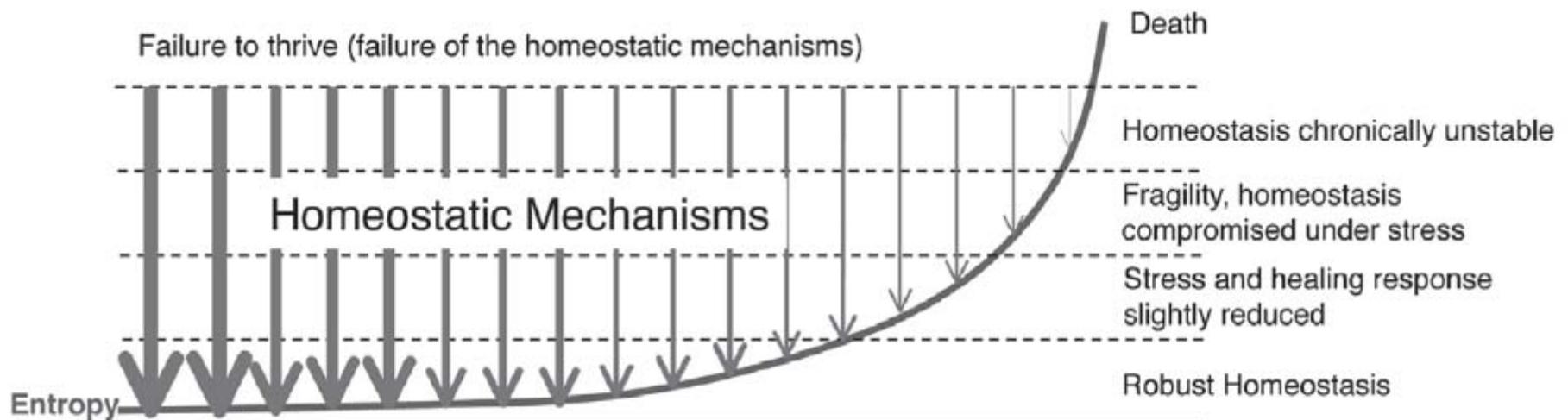
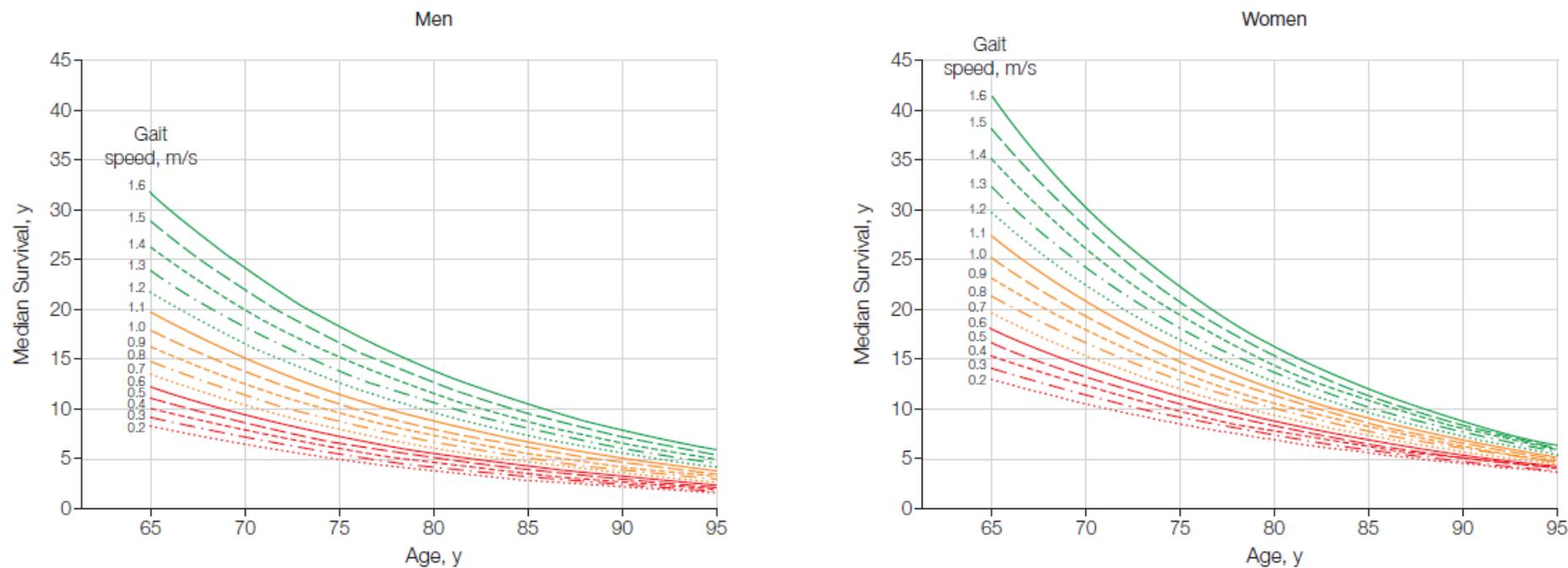


Fig. 1. Aging may be conceptualized as a process of progressively increased entropy coupled with reduction and subsequently failure of the homeostatic mechanisms.

**La fragilità
rappresenta un
rischio specifico
età correlato**



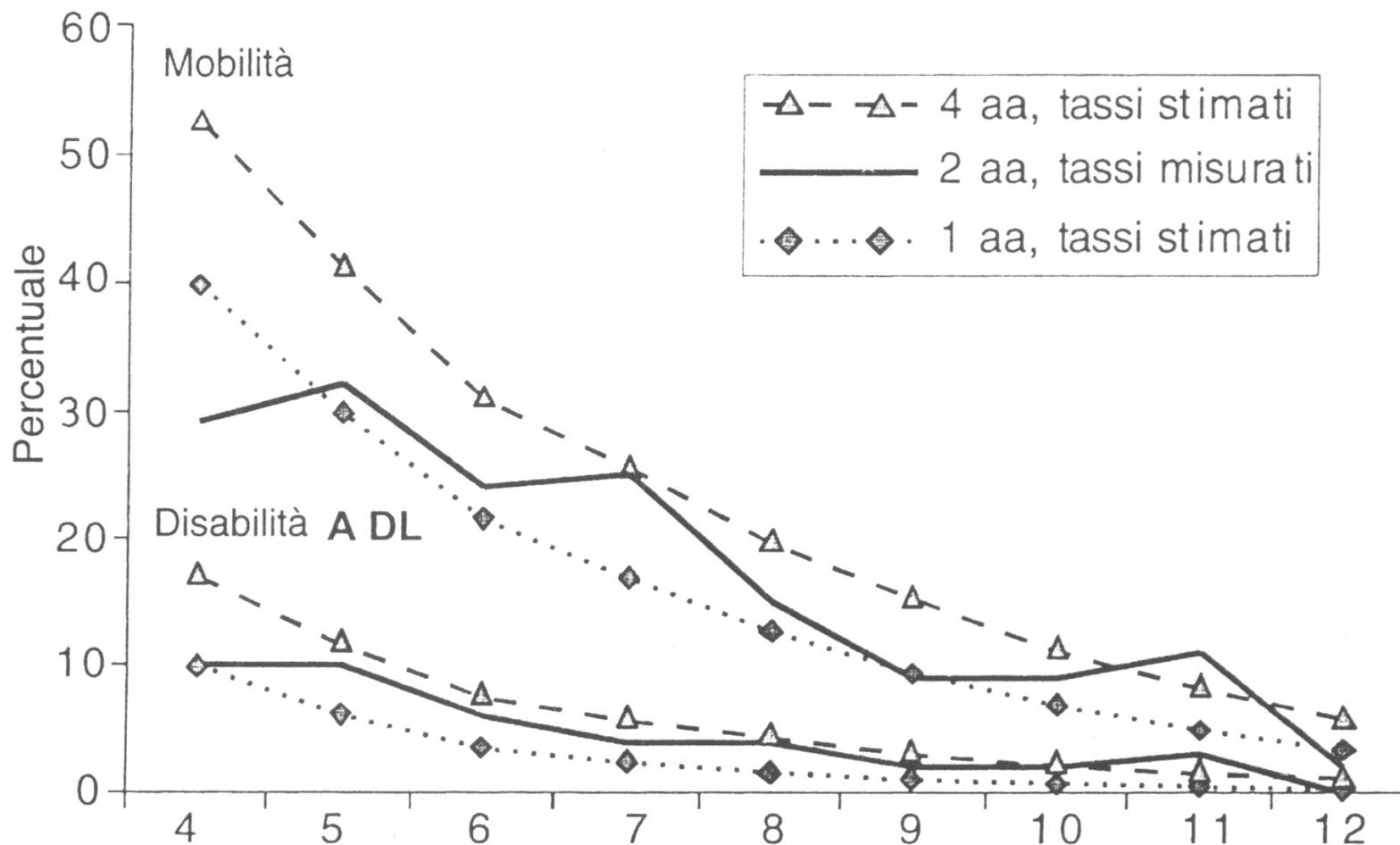
Figure 2. Predicted Median Life Expectancy by Age and Gait Speed



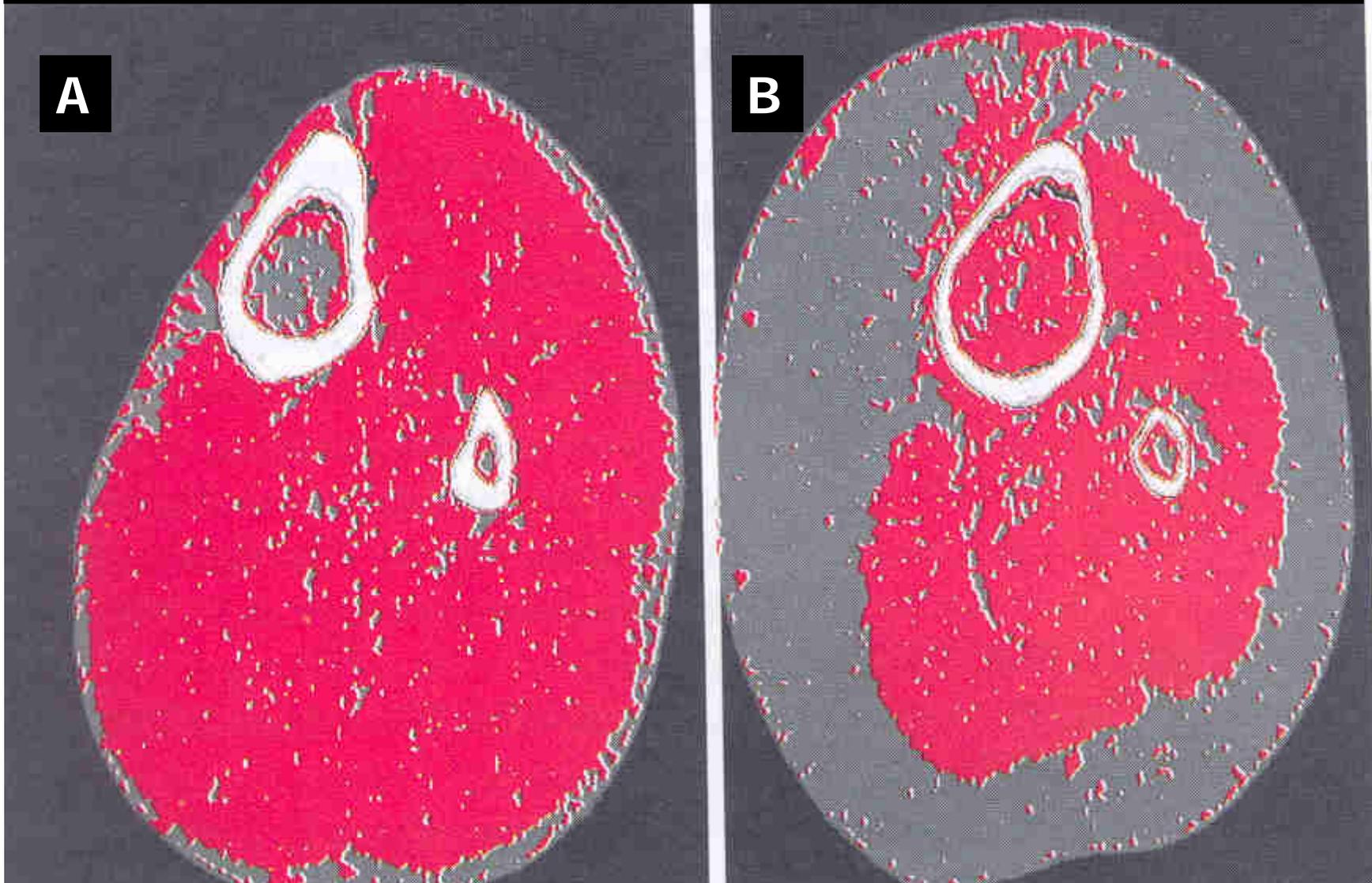
A PDF of enlarged graphs is available at <http://www.jama.com>.

Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, Brach J, Chandler J, Cawthon P, Barret Connor E, Nevitt M, Visser M, Kritchevsky S, Bandinelli S, Harris T, Newman AB, Cauley J, Ferrucci L, Guralnik J; Gait Speed and Survival in Older Adults; JAMA, January 5, 2011-Vol 305. No.1

Rischio di perdita della mobilità e di disabilità nelle ADL in relazione alla performance degli arti inferiori

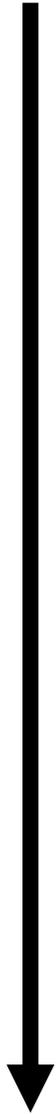


Tomografia assiale computerizzata della gamba destra in una donna di 25 anni (A) ed in una di 80 anni (B)



Senin U et al. EdiSES 2006

INVECCHIAMENTO

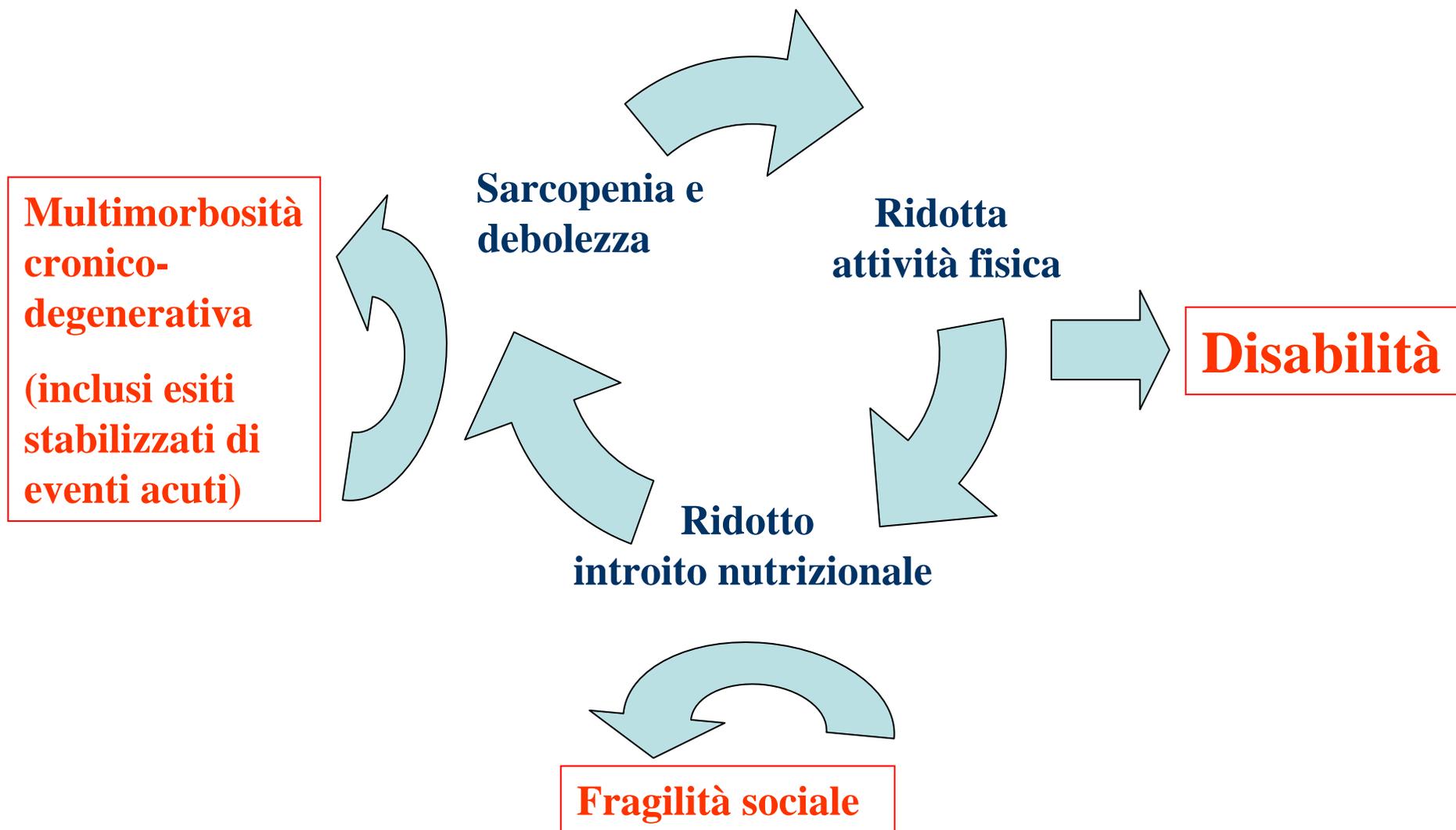


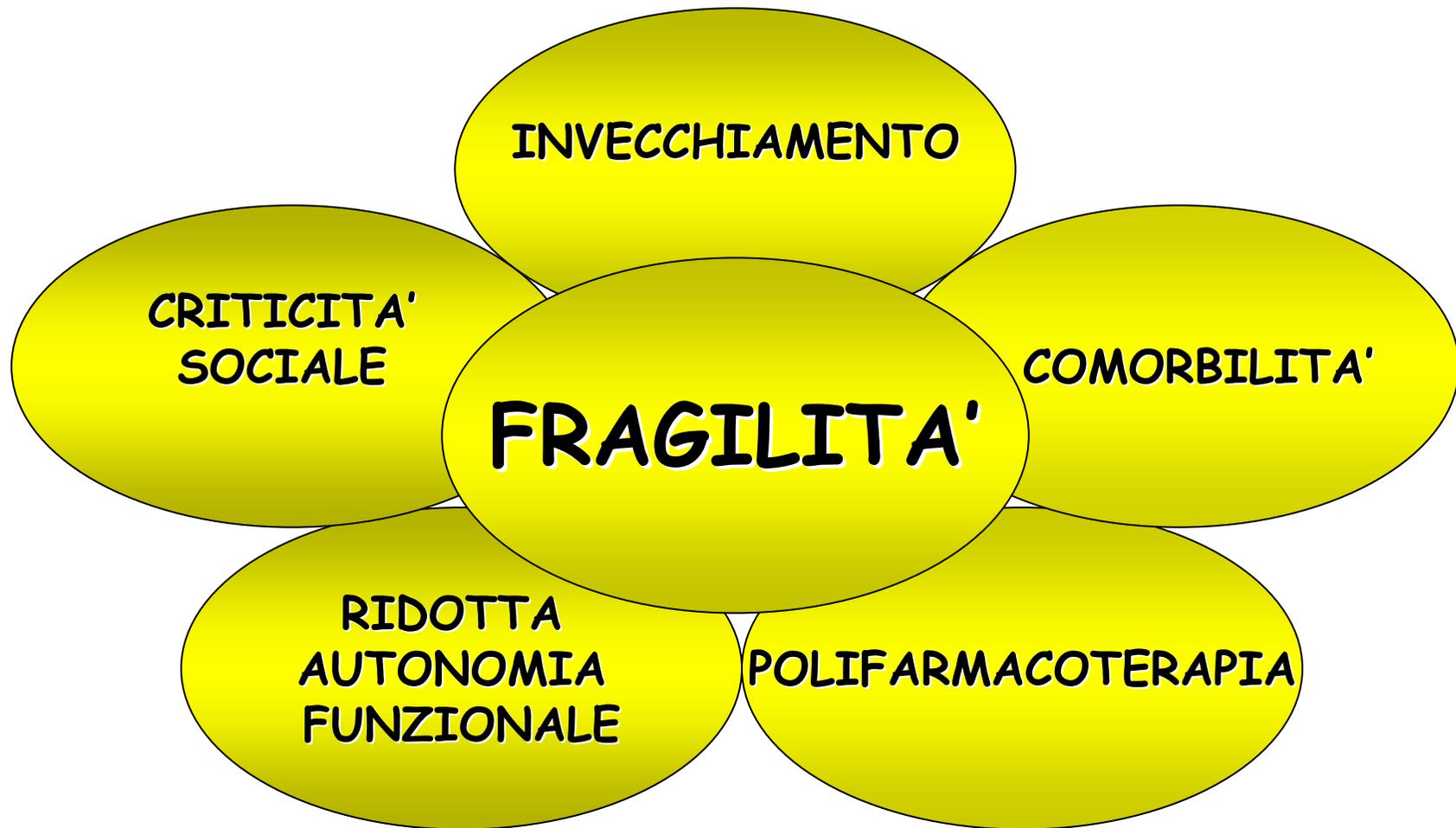
FRAGILITA'

- Criteri Linda Fried
- Deficit sensoriali
- Funzioni cognitive
- Problematiche socio ambientali
- Comorbilità
- Polifarmacoterapia

DISABILITA'

Il circolo vizioso della fragilità





“Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation”

Xiaowei Song, PhD, MSCS, Arnold Mitnitski, PhD, and Kenneth Rockwood, MD, MPA

JAGS 58:681-687, 2010

- **La prevalenza della Fragilità aumenta linearmente con l'età, $P < .001$.**
- **L'indice di fragilità del campione = 22.7% (CI = 21.0-24.4%)**
- **Fragilità maggiore nelle donne (25.3%) che negli uomini (18.6%)**
- **Dopo gli 85 anni l'indice di fragilità > del 39%**

**Con quale metodo è
possibile riconoscere
e misurare la fragilità**



Perdita di peso involontaria ($\geq 5\%$ nell'ultimo anno)

Affaticamento (si stanca molto a fare le cose di tutti i giorni)

Ridotta attività fisica (riduzione nella frequenza settimanale di svolgimento di attività fisiche)

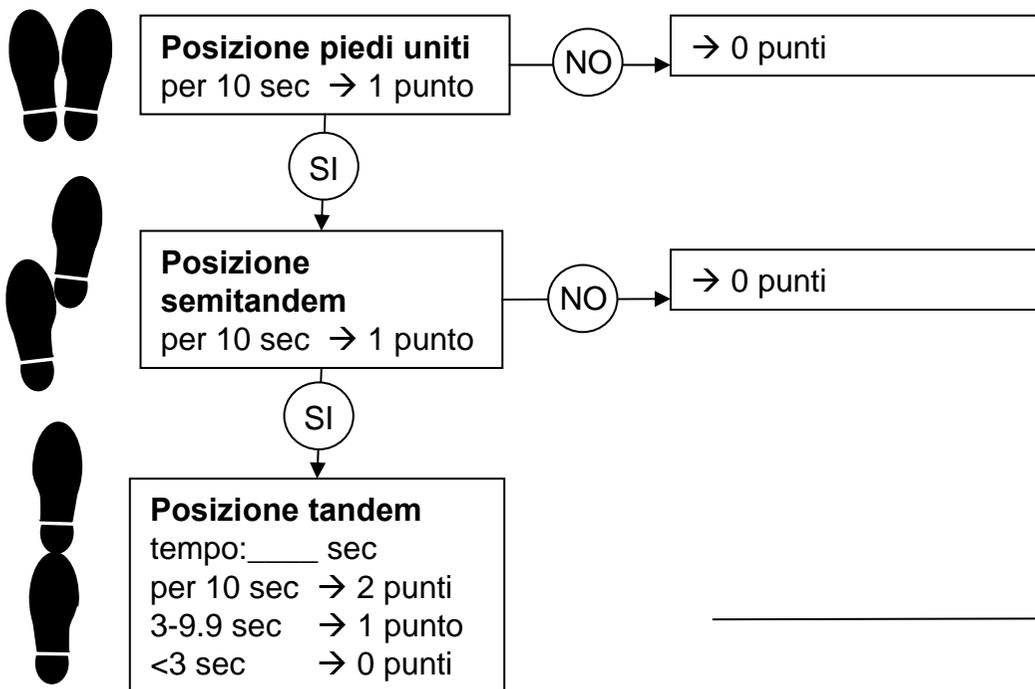
Riduzione velocità del cammino (SPPB – test della marcia)

Riduzione forza muscolare (SPPB - test della sedia)

Short Physical Performance Battery

(strumento concordato con la
Medicina Generale per la Sanità d'Iniziativa)

1. Test dell'equilibrio

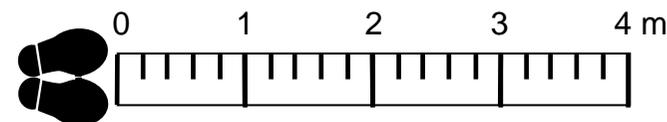


**Punteggio totale
(SPS): 0-12**

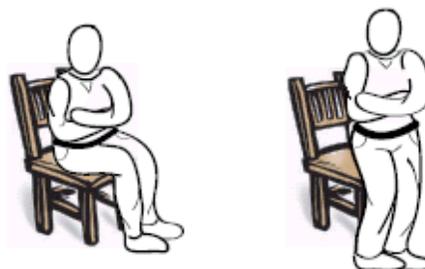
2. Test della marcia

Tempo per percorrere 4 metri
di passo normale: ____ sec
(tempo migliore di 2 prove)

<4.8 sec	→ 4 punti
4.8-6.2 sec	→ 3 punti
6.3-8.7 sec	→ 2 punti
>8.7 sec	→ 1 punto
incapace	→ 0 punti



3. Test della sedia



Capace

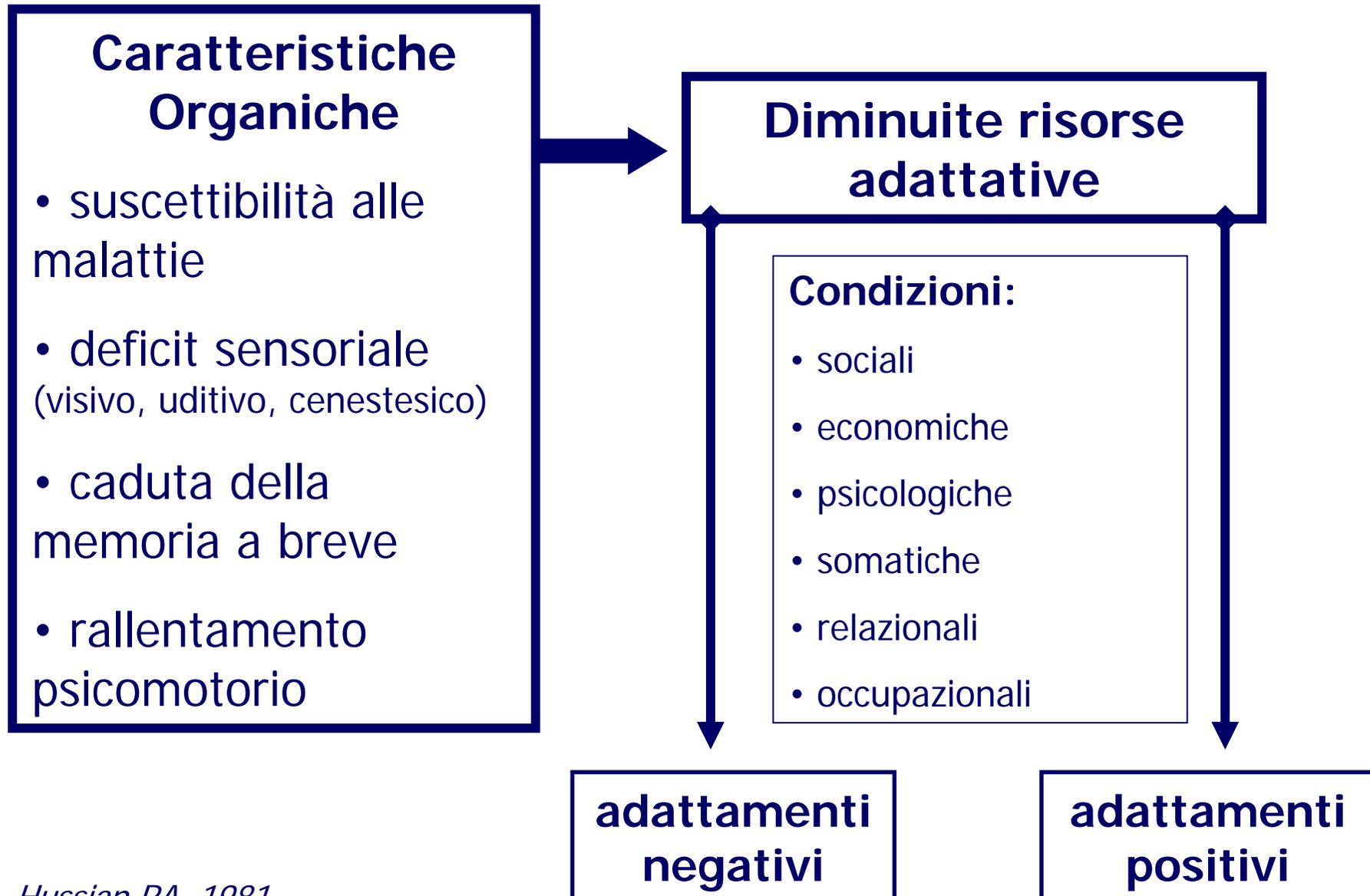
Alzarsi e sedersi per 5 volte più
velocemente possibile a braccia
incrociate

<11.2 sec	→ 4 punti
11.2-13.7 sec	→ 3 punti
13.8-16.7 sec	→ 2 punti
16.8-60 sec	→ 1 punto
>60 sec o incapace	→ 0 punti

**Quale l'obiettivo del
“prendersi cura”
della persona fragile**



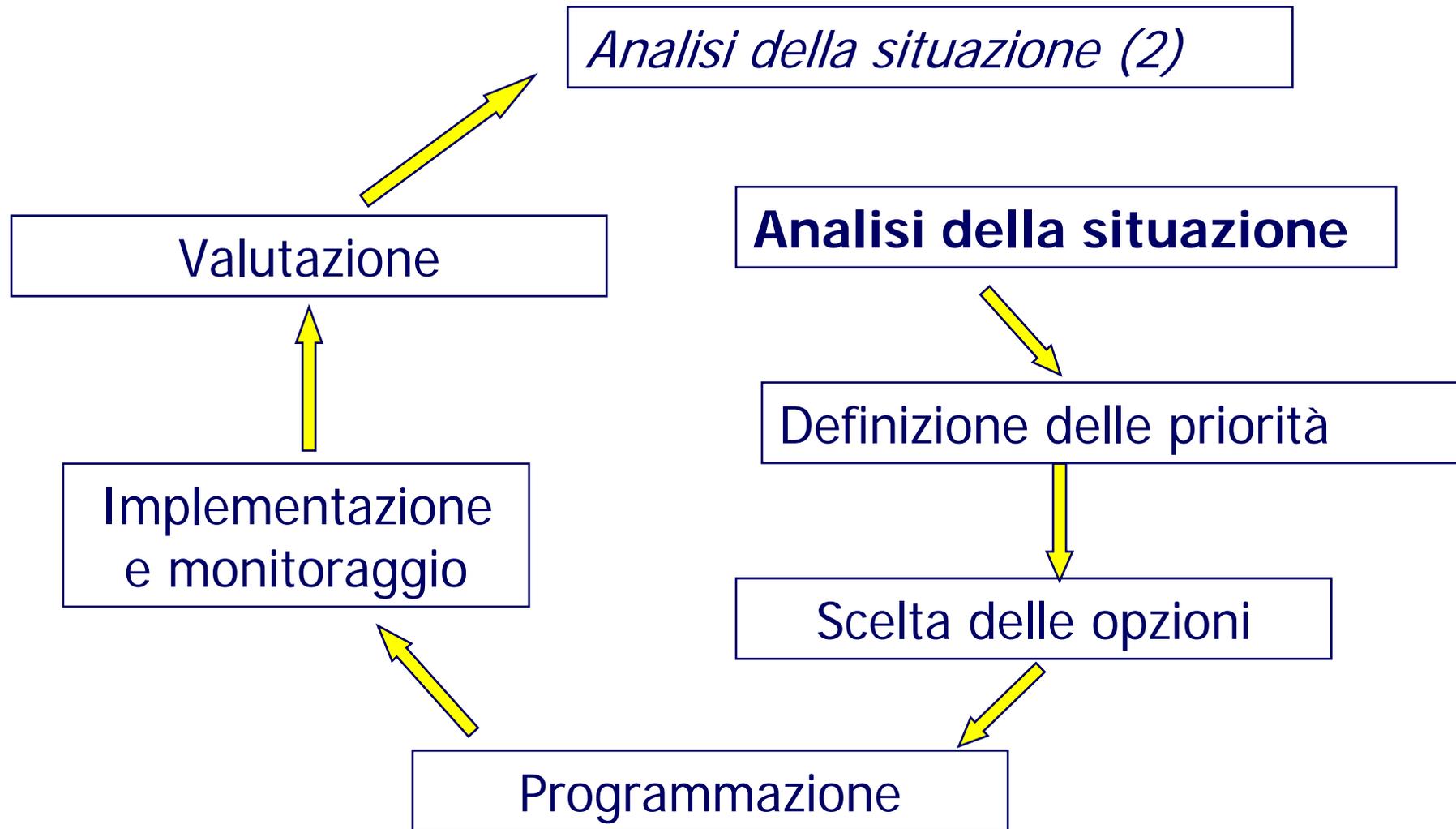
SENESCENZA



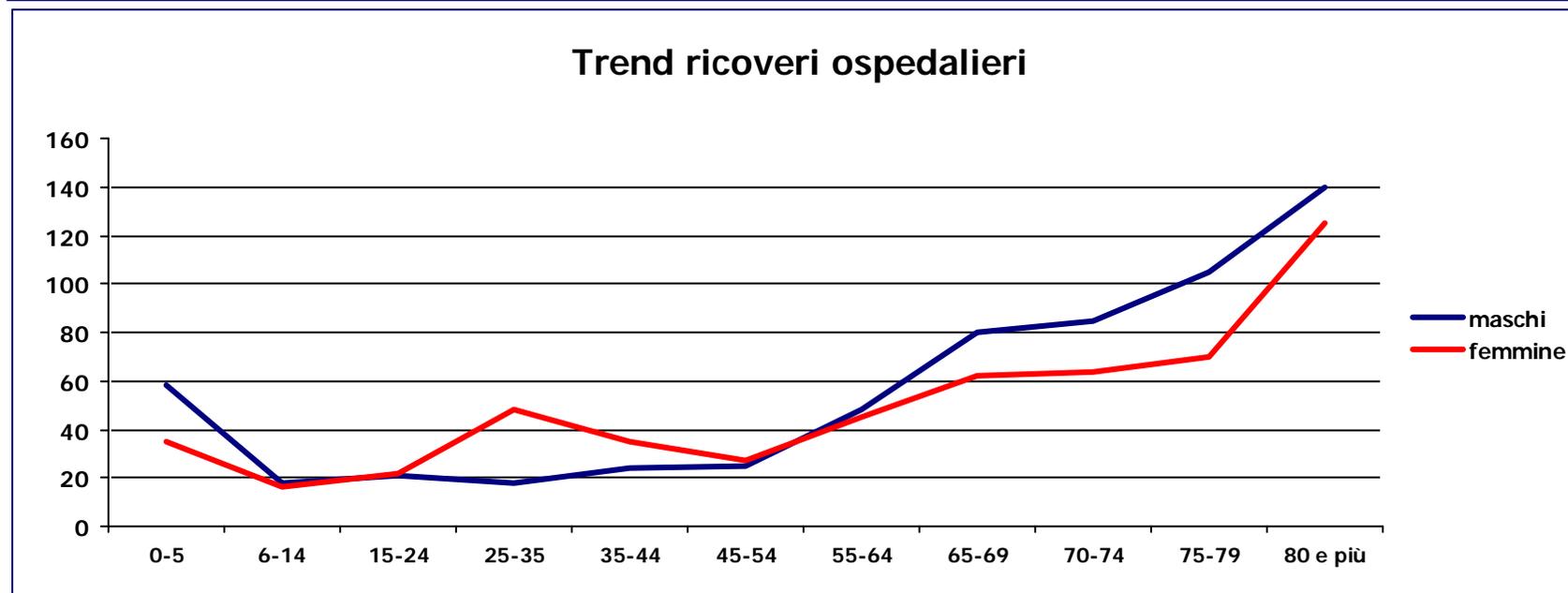
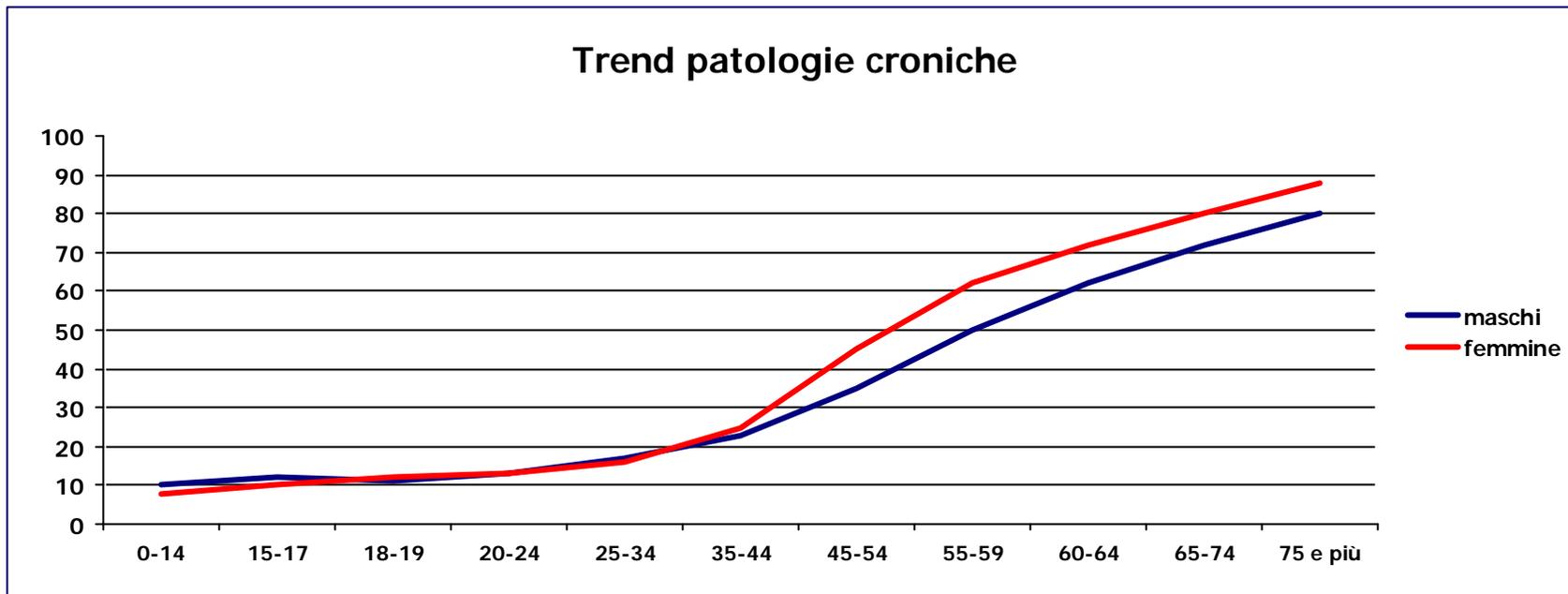
**Quale outcome sulle
condizioni di
“salute” della
popolazione**



La spirale della programmazione



ISTAT: indagine multiscopo 2001; gruppi d'età.

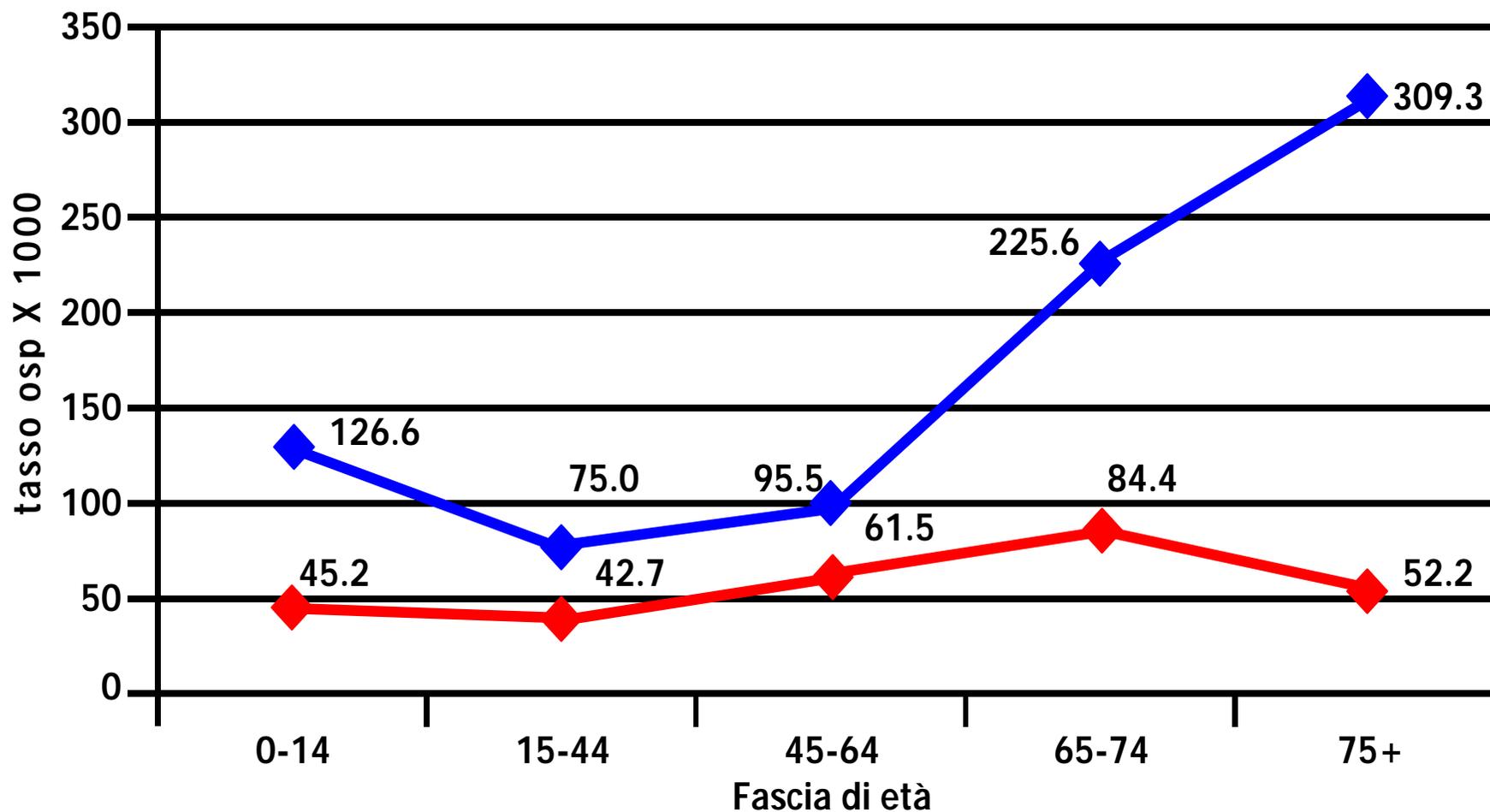


Tasso di ospedalizzazione: ricoveri per 1.000 residenti anziani – Anno 2000

	65- 74 anni			Più di 74 anni		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale
Italia	293,7	77,3	371,0	440,7	70,3	511,0

Fonte: Ministero della Salute, 2003

Regione Toscana: tassi di ricovero X 1000



◆ ordinario

◆ day hospital

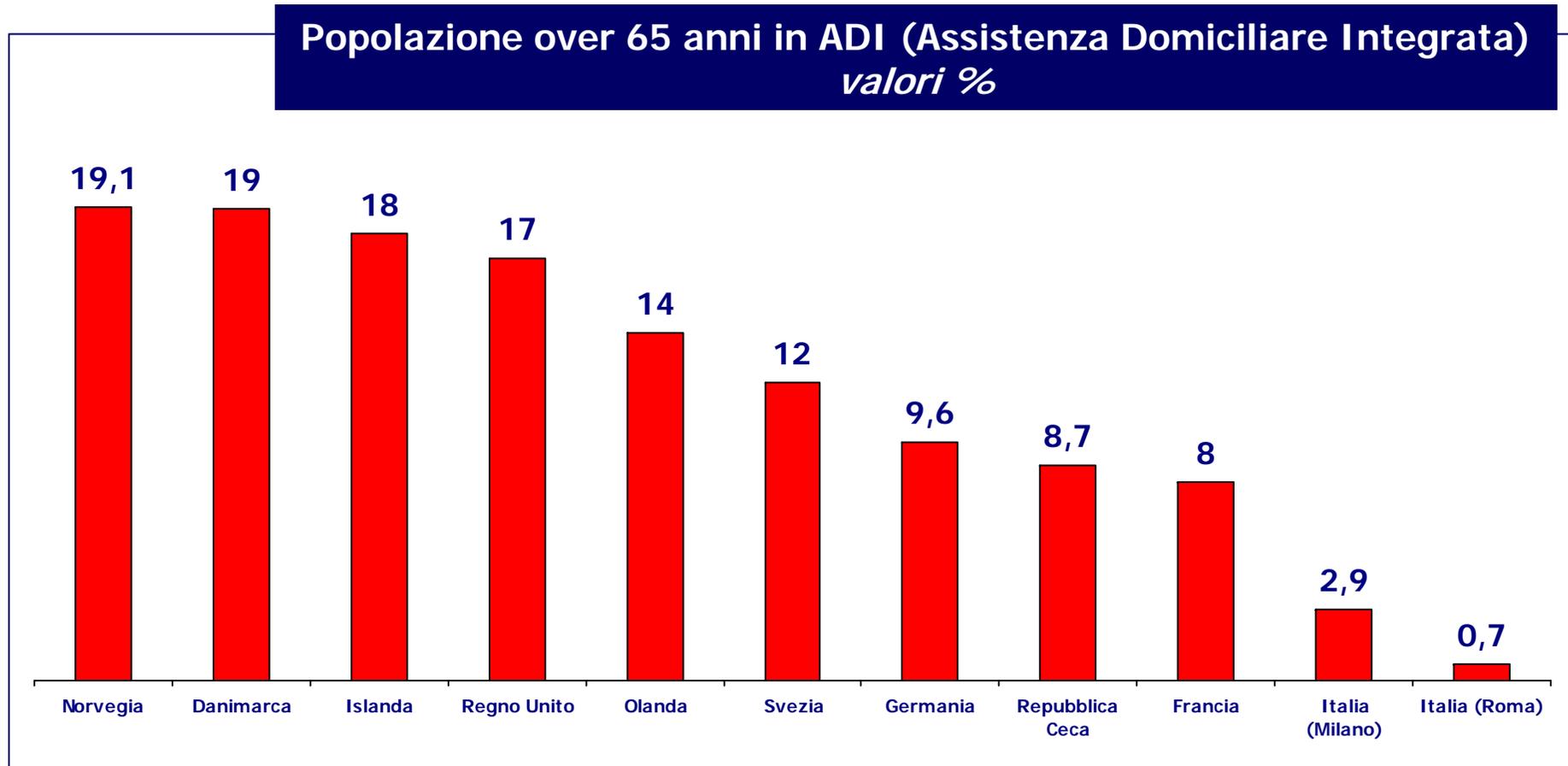


Remunerazione tariffaria teorica dei ricoveri di anziani (65 anni ed oltre) Anno 2000

	Remunerazione complessiva			Remunerazione tariffaria teorica media		
	65-74 anni	> 74 anni	Totale	65-74 anni	> 74 anni	Totale
Totale	6.449.921.832	7.172.689.135	13.622.610.967	2.965,56	3.113,94	3.041.,88

Fonte: Ministero della Salute, 2003

La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema



Fonte: Rielaborazione Ambrosetti da "Razionalizzazione e riqualificazione delle strutture locali: la gestione della cronicità", presentazione del Prof. Roberto Bernabei (Presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia), 2006

Il gruppo di lavoro ritiene opportuno proporre un possibile ulteriore sviluppo:

- **Studiare iniziative di facile diffusione per il trattamento della fragilità.**
- **Studiare valutazione e trattamento dell'area di confine tra fragilità e disabilità, momento questo spesso correlato con problemi di ordine sociale, psicologico, di comorbilità, di polifarmacoterapia.**

Questi due aspetti, in linea con il bisogno di *definire un quadro di riferimento generale per lo sviluppo delle azioni regionali nell'ambito della fragilità, secondo il parere del gruppo di lavoro, potrebbero trovare risposta attraverso l'organizzazione di una linea guida.**

**dall'Assemblea del CSR del 07/12/2010*

TERZO PRINCIPIO DI POPPER:
DELL'APPROSSIMAZIONE ALLA VERITÀ

Attraverso una discussione oggettiva ci avviciniamo alla verità e perveniamo ad una migliore comprensione delle cose.

Popper K. Conjectures and Refutation, 1935