



MARTEDÌ 17 SETTEMBRE 2019 CSF "IL FULIGNO" - VIA FAENZA, 48 - FIRENZE

STRATEGIE POSSIBILI PER IL FUTURO DELL'ALZHEIMER

"POLITICHE, SERVIZI E BUONE PRATICHE PER UNA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA"

Alessandro Bussotti
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
Azienda USL Toscana Centro

La Rete dei Servizi per la Demenza: Ricerca e Innovazione

**M.S., 75 anni, BPCO, diabete, cardiopatia ischemica,
iniziale decadimento cognitivo
Vive solo, assistito dal Servizio Sociale e da una rete di
vicini e conoscenti che si occupano di lui**

In sei mesi :

4 ricoveri

8 accessi in PS

3 TAC torace

6 RX torace

5 Ecocardiogrammi

4 Eco addome

5 TSH, fT3, fT4

**M.S., 75 anni, BPCO, diabete, cardiopatia ischemica,
iniziale decadimento cognitivo
Vive solo, assistito dal Servizio Sociale e da una rete di
vicini e conoscenti che si occupano di lui**

In sei mesi:

6 Medrol cpr 16 mg

3 Urbason retard mite

4 Lanoxin mite

3 Lanitop

4 Aldactone 25 mg

3 Kanrenol 100 mg

2 Losec cpr 20 mg

6 Nitrodur 15

6 Lasix cpr

3 Levoxacin 500 mg

5 Capoten cpr 25 mg

4 Enapren cpr 10 mg

3 Triatec cpr 2.5 mg

4 Oxivent spray

3 Lunibron A soluz. aerosol

4 Eolus polvere

3 Duovent spray

3 Atem spray

2 Beclometasone spray

2 Serevent spray

4 Breva soluz.aerosol

3 Oxis 9 polvere

3 Seretide diskus 50/500

3 Aliflus spray 25/250

2 Pulmaxan 400

2 Symbicort

- Demenza – malattia cronica
- Ricovero ospedaliero eccezione e non regola per un buon trattamento
- Presa in carico
- Nuova organizzazione territoriale
- Medico di Medicina Generale

Dimissioni complesse AOUC 2017

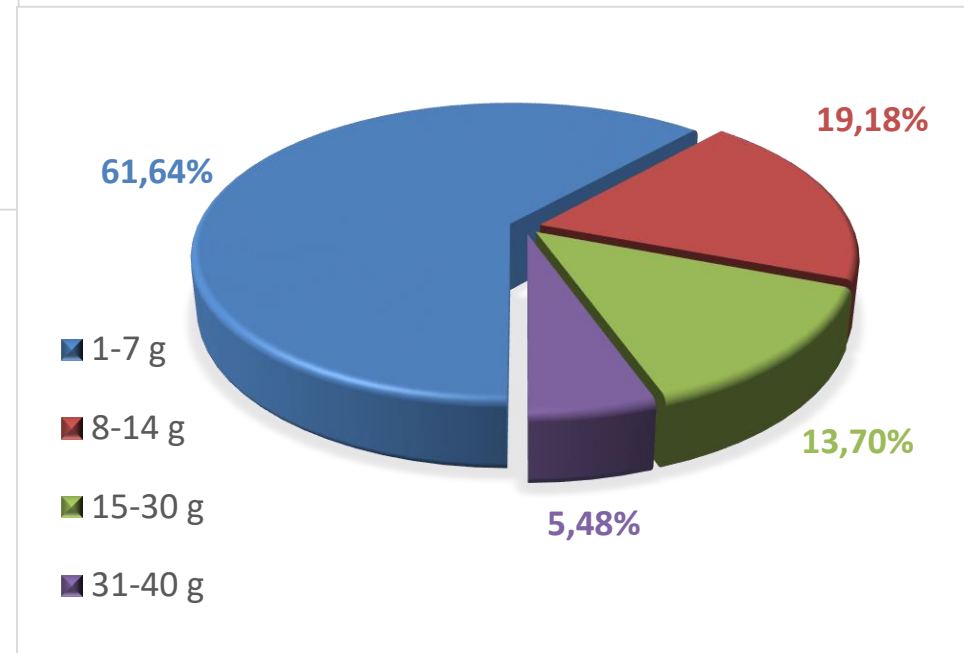
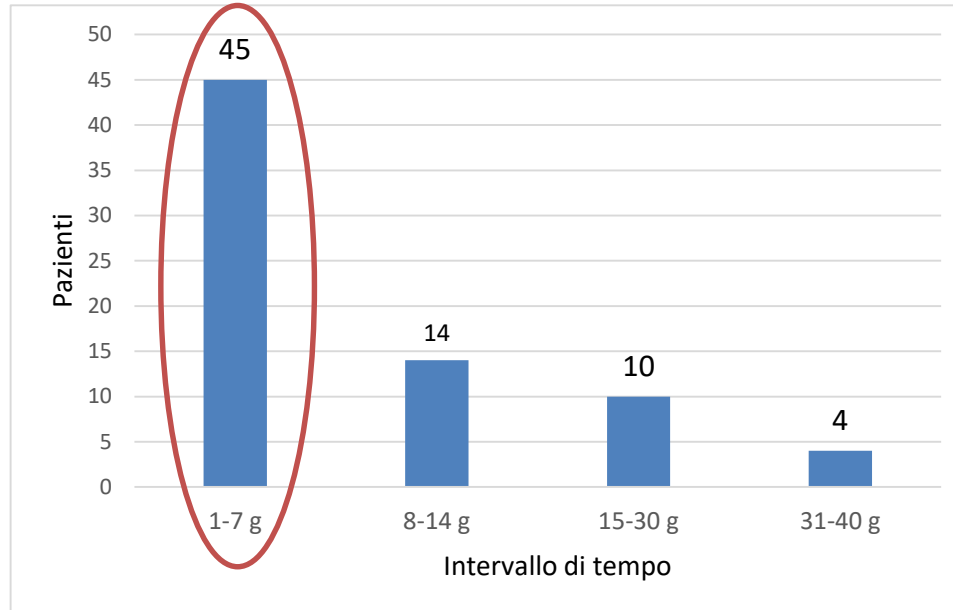
	UOMINI	DONNE	TOTALE	PERCENTUALE
≤ 50 aa	23	18	41	4,28%
51 - 60 aa	26	33	59	6,17%
61 - 70 aa	52	63	115	12,02%
71 - 80 aa	116	103	219	22,88%
81 - 90 aa	136	131	267	27,90%
> 90 aa	39	217	256	26,75%
TOTALE	392	565	957	

Diagnosi	Pazienti	Percentuale
Patologie croniche	324	33,86%
Patologie oncologiche	166	17,35%
Ictus	161	16,82%
Frattura di femore	306	31,97%

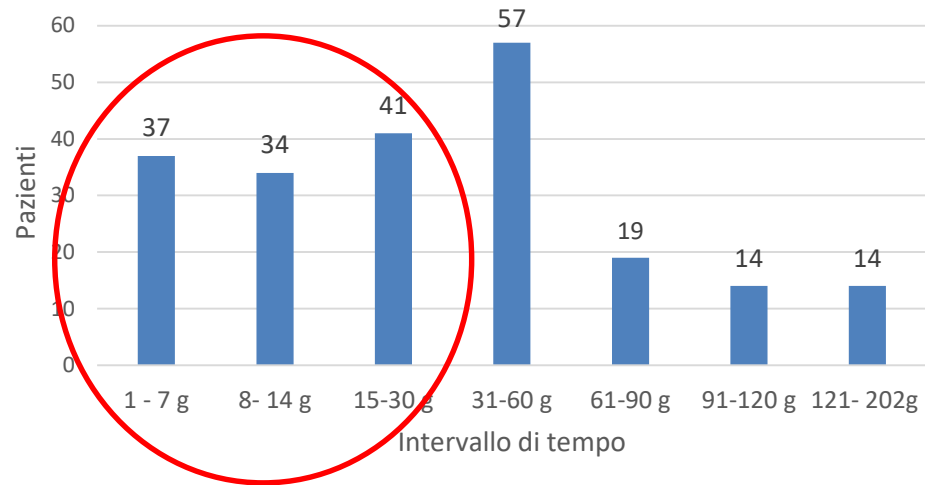
	Pazienti	Percentuale
Dimessi	884	92,37%
Deceduti in ospedale	73	7,63%



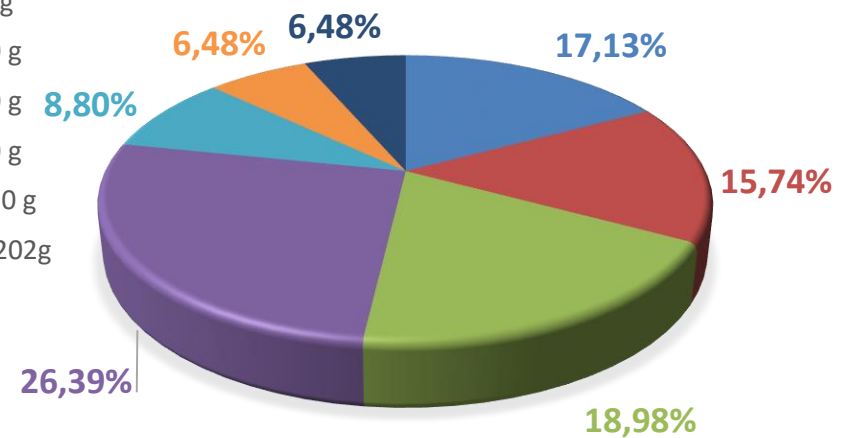
Tempo trascorso dalla segnalazione al decesso



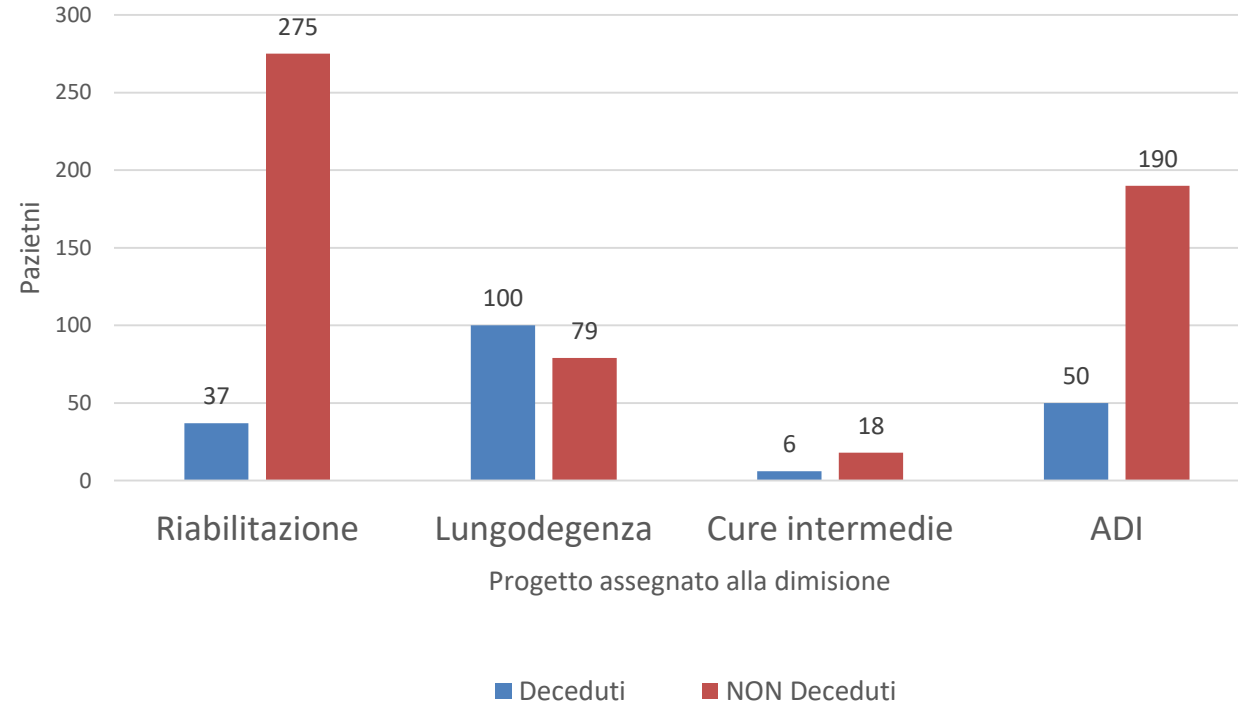
Tempo trascorso tra la dimissione ed il decesso



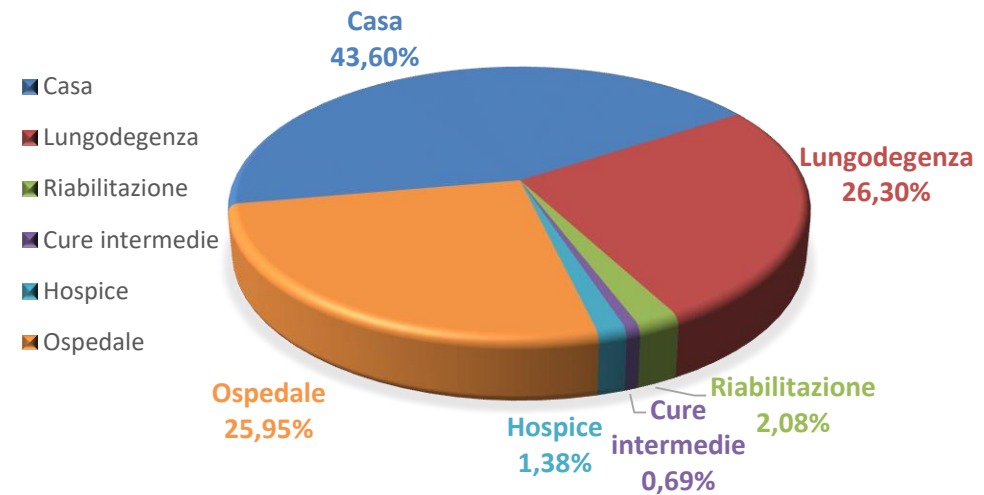
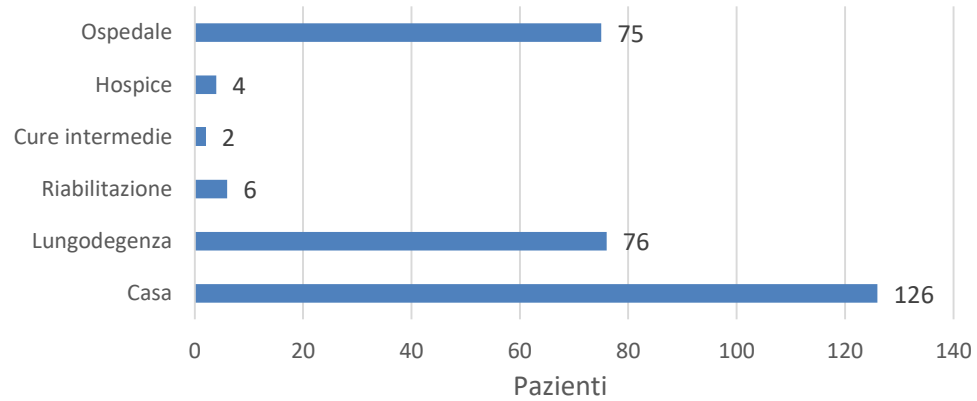
- 1 - 7 g
- 8 - 14 g
- 15 - 30 g
- 31 - 60 g
- 61 - 90 g
- 91 - 120 g
- 121 - 202g



Distribuzione sopravvivenza in funzione del percorso assegnato alla dimissione



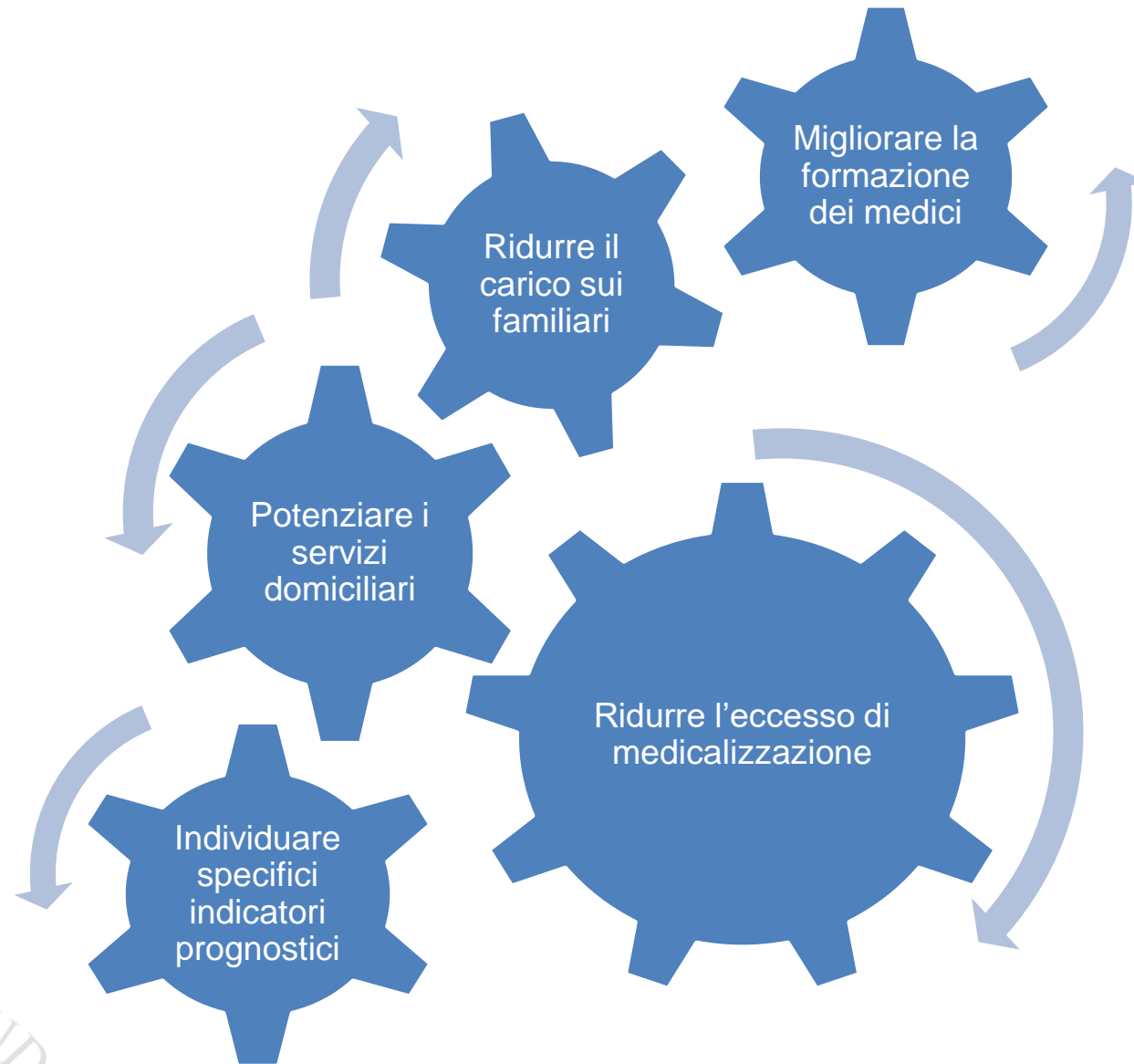
Luogo del decesso



Sopravvivenza dei pazienti dimessi dall'ospedale con una forma di nutrizione artificiale e deceduti nel corso del follow up.

Tipo di nutrizione artificiale	Sopravvivenza media in giorni	N. pazienti sopravvissuti >90 giorni
NE	37,73	1
NP	39,83	2





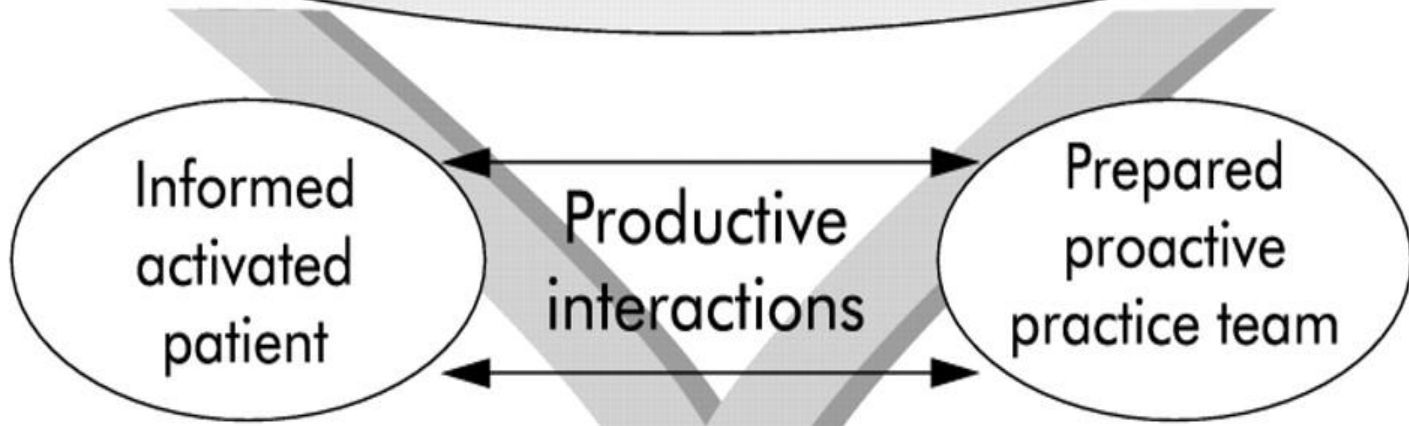
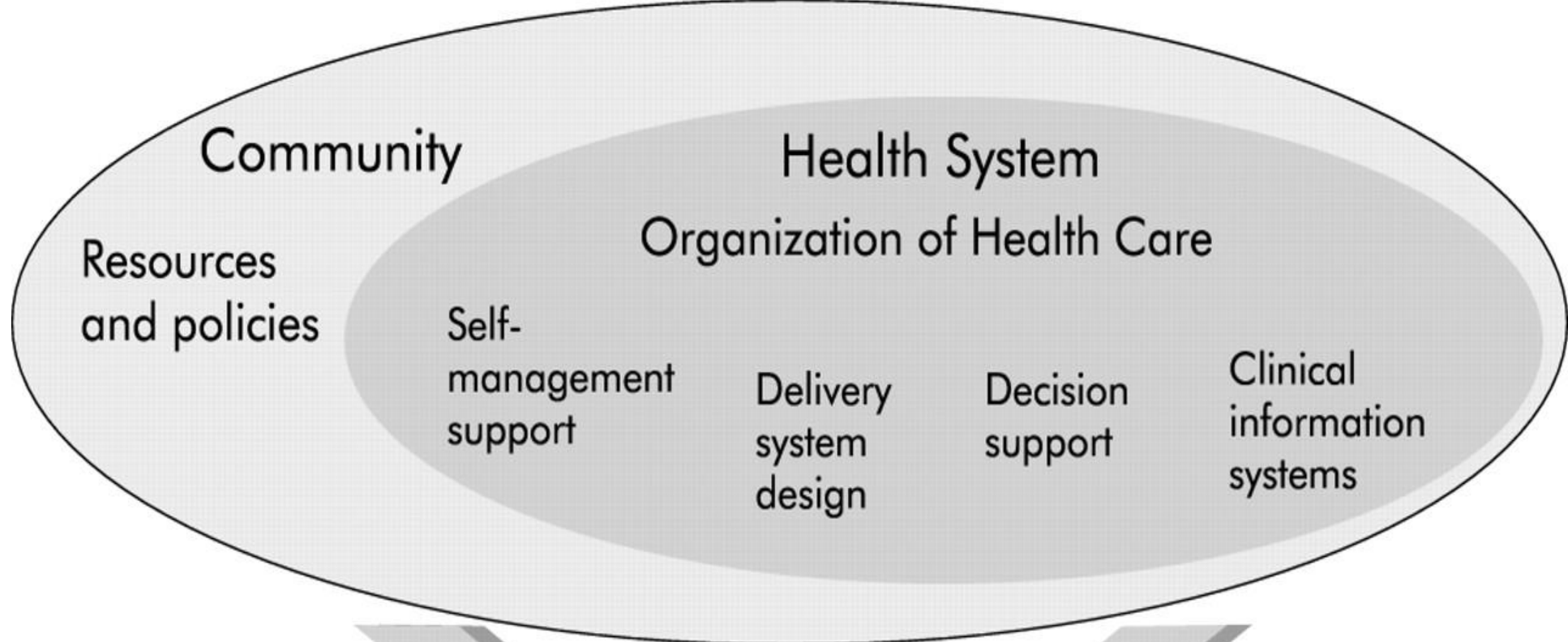
CARATTERISTICHE DEI MODERNI SISTEMI SANITARI

I moderni sistemi sanitari sono sempre più dominati da tendenze “ultraspecialistiche” e tecnologiche e orientati alla gestione del paziente “iperacuto”

La gestione dei pazienti cronici come fossero pazienti acuti porta a risposte assistenziali inadeguate e a percorsi di cura non idonei e non personalizzati

«We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease»

Kane RL



Functional and clinical outcomes

Sanità di Iniziativa

- Diabete
- BPCO
- Scompenso cardiaco
- Ictus

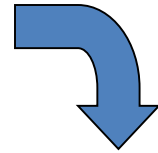
Malattie croniche

Caratteristiche

- Età sempre più avanzata
- Polipatologia
- Crescente dipendenza
- Riacutizzazioni intercorrenti con progressivo scadimento della qualità della vita.

Paziente “complesso”

Individuo affetto da un'unica e definita malattia, acuta e risolvibile nel breve-medio termine



Malato cronico, affetto da più patologie incidenti contemporaneamente

Fenotipo clinico risultante è determinato e influenzato non solo da **fattori biologici** (malattia-specifici) ma anche da **determinanti non biologici** (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità delle cure ecc.), che interagiscono fra di loro e con i fattori malattia-specifici in maniera dinamica

Cronicità

Sanità di Iniziativa

Prospettive (AIR 2012):

- Abbandono del modello per patologie
- Preso in carico del paziente complesso, compresa la patologia psichiatrica, il dolore, le cure palliative, la demenza, la patologia oncologica...

La nuova Sanità di Iniziativa



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 05-07-2016 (punto N 24)

Delibera

N 650

del 05-07-2016

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

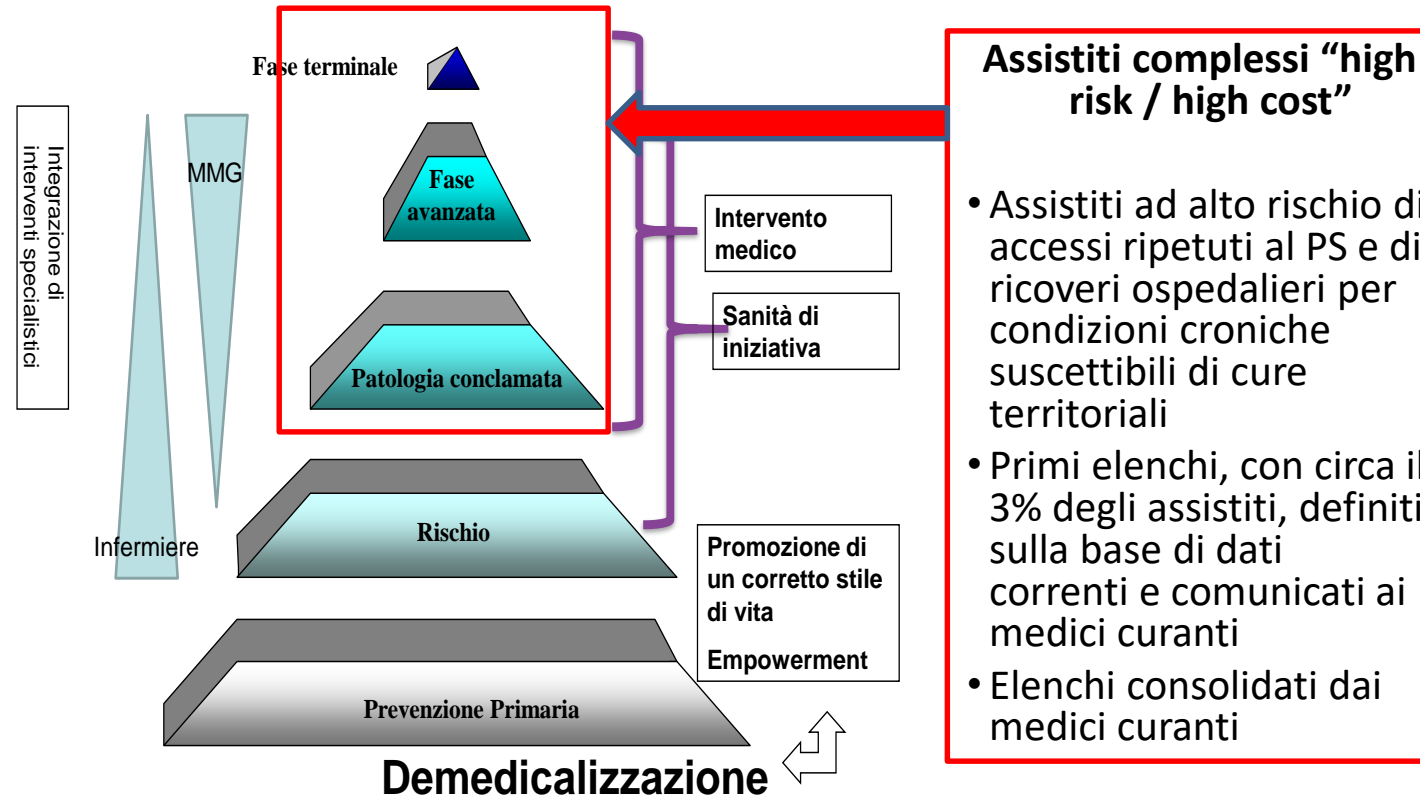
Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore ELISA SCOPETANI

Oggetto

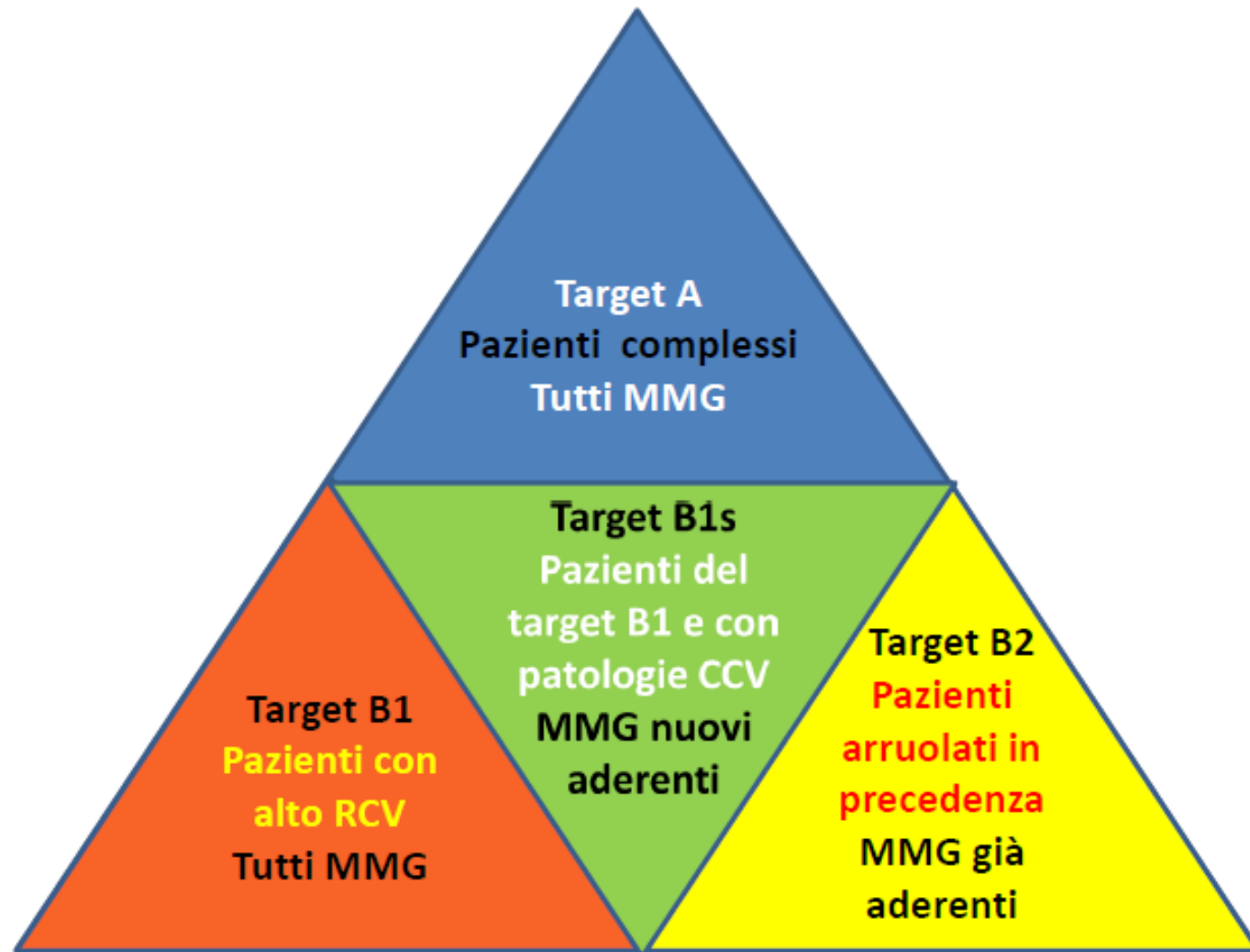
Sanità d'iniziativa - Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello.

LA PIRAMIDE DEL RISCHIO



Sanità di Iniziativa

Nuovo Modello



Malattie croniche

Necessità di trovare un punto di sintesi fra:

- interventi più avanzati (*le cure intensive*)
- qualità della vita residua (*proporzionalità e beneficiabilità*)
- risorse disponibili (*giustizia distributiva*)

Malattie croniche e Cure Primarie

Necessità di

- Identificare precocemente i malati cronici e costruirne un registro
- Facilitare la consapevolezza del malato e dei familiari nei confronti della situazione clinica
- Integrazione, multidisciplinarietà, continuità
- Presa in carico complessiva del paziente

Legge 219/2017

Articolo 5 comma 1

*” Nella relazione tra paziente e medico di cui all’articolo 1, comma 2, rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l’equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”*

Legge 219/2017

Articolo 1 comma 2

” E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo ”

Legge 219/2017

Articolo 1 comma 8

” Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”

MMG e Sanità di Iniziativa

- **Demedicalizzazione e centralità del paziente**
 - Team delle cure primarie come “difensore” degli interessi del cittadino
 - Attenzione agli stili di vita e non ai farmaci e alla tecnologia
 - Cittadino informato, Paziente esperto...

Choosing wisely

fare di più non significa fare meglio

Slow Medicine



Sobria Rispettosa Giusta



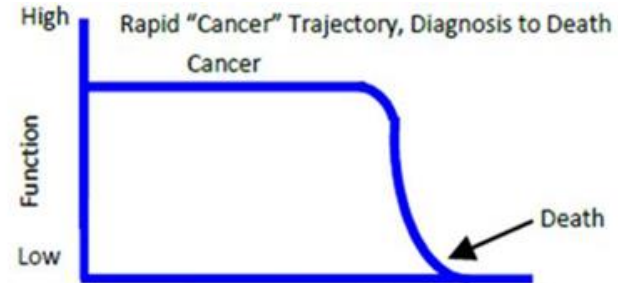
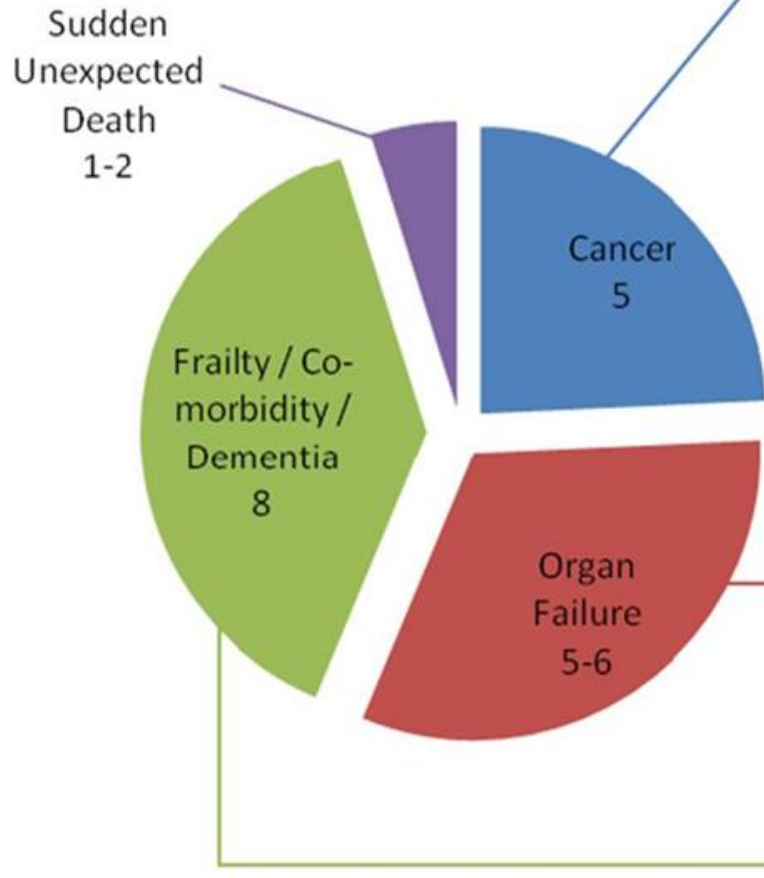
WOULD I BE SURPRISED IF THIS PATIENT DIED WITHIN THE NEXT YEAR?

Palliative care beyond cancer

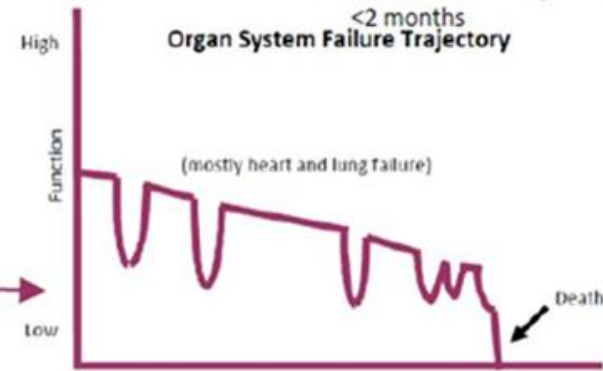
BMJ 2010;341:c4860

TRAIETTORIE DI MALATTIA

Average GP's workload – average 20 deaths/GP/year approx. proportions



Onset of incurable cancer → Time – Often a few years, but decline usually seems <2 months



Begin to use hospital often, self-care becomes difficult → Time - 2-5 years, but death usually seems "sudden"



Onset could be deficits in ADL, speech, ambulation → Time - quite variable - up to 6-8 years

Step 3

Specific Clinical Indicators - flexible criteria with some overlaps, especially with Those with frailty and other co-morbidities.

c) Frailty / Dementia – gradual decline

Frailty

Individuals who present with Multiple co morbidities with significant impairment in day to day living and:

- Deteriorating functional score e.g. performance status – Barthel/ECOG/Karnofsky
- Combination of at least three of the following symptoms:
 - weakness
 - slow walking speed
 - significant weight loss
 - exhaustion
 - low physical activity
 - depression.

Stroke

- Persistent vegetative or minimal conscious state or dense paralysis
- Medical complications
- Lack of improvement within 3 months of onset
- Cognitive impairment / Post-stroke dementia.

© The Gold Standards Framework

Dementia

There are many underlying conditions which may lead to degrees of dementia and these should be taken into account. Triggers to consider that indicate that someone is entering a later stage are:

- Unable to walk without assistance and
- Urinary and faecal incontinence, and
- No consistently meaningful conversation and
- Unable to do Activities of Daily Living (ADL)
- Barthel score <3.

Plus any of the following:

- Weight loss
- Urinary tract Infection
- Severe pressures sores – stage three or four
- Recurrent fever
- Reduced oral intake
- Aspiration pneumonia.

It is vital that discussions with individuals living with dementia are started at an early to ensure that whilst they have mental capacity they can discuss how they would like the later stages managed.

Medicina Generale – Novità organizzative

Dipartimento Medicina Generale

AFT

Coordinatori di AFT

- Medicina di gruppo
- Case della Salute

Equipe Uniche di Cura

ASL Toscana Centro

- Dipartimento Medicina Generale
- Dipartimento Specialistiche Mediche
- Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale

- Medici di Medicina Generale – AFT afferenti ad un Ospedale
- Medici ospedalieri

Equipe Uniche di Cura

- Limitare l'accesso al Pronto Soccorso ai casi urgenti
- Attivazione di Day Service con accesso su segnalazione del MMG e presa in carico condivisa del paziente
- -> ricovero quando è necessario

- Riunioni periodiche
- Elaborazione di percorsi condivisi