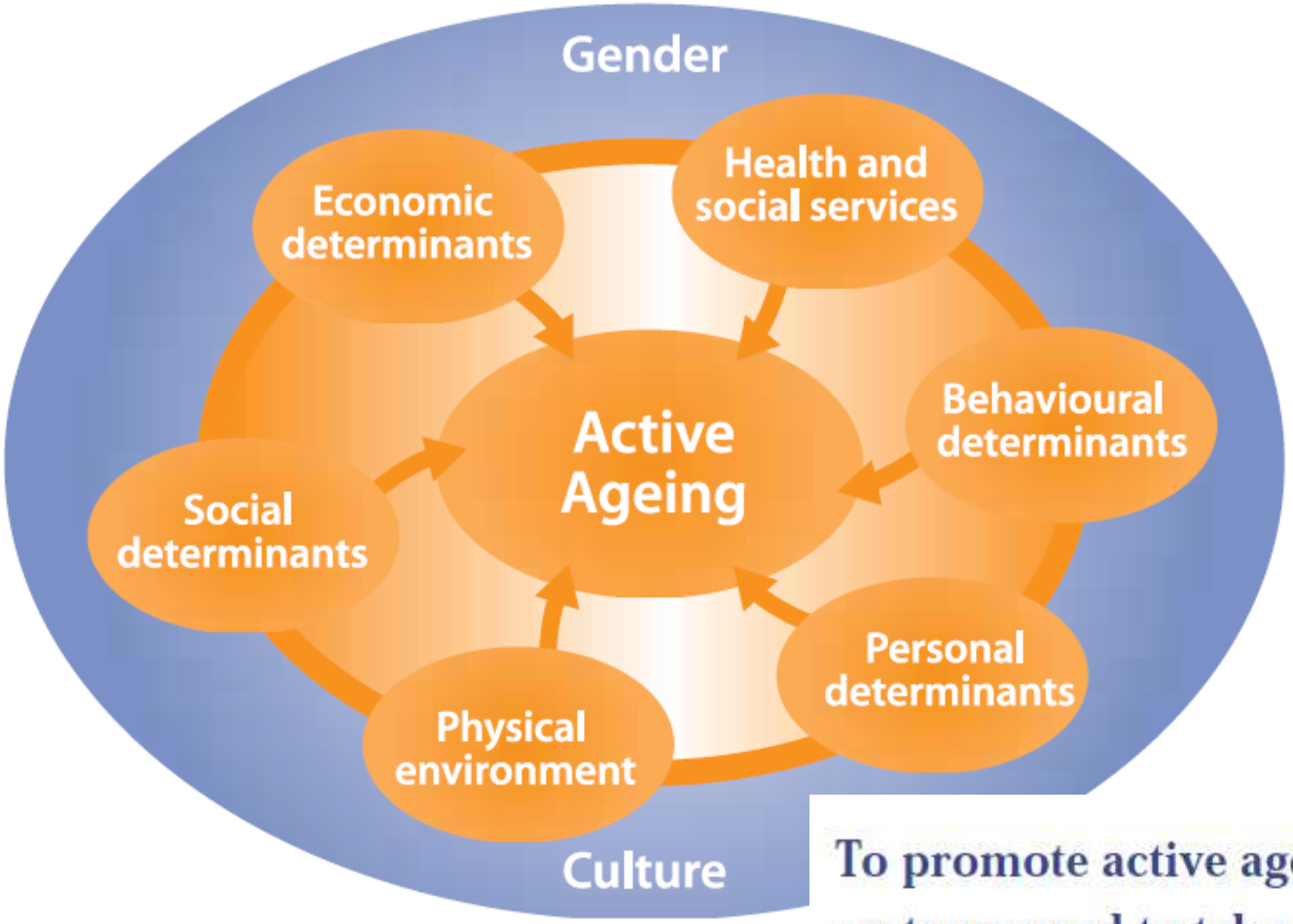
La salute degli anziani in ASL 3
Costruire la rete aziendale per passi d'argento

Gestire l'anziano fragile con polipatologia cronica

Active Ageing
makes the difference

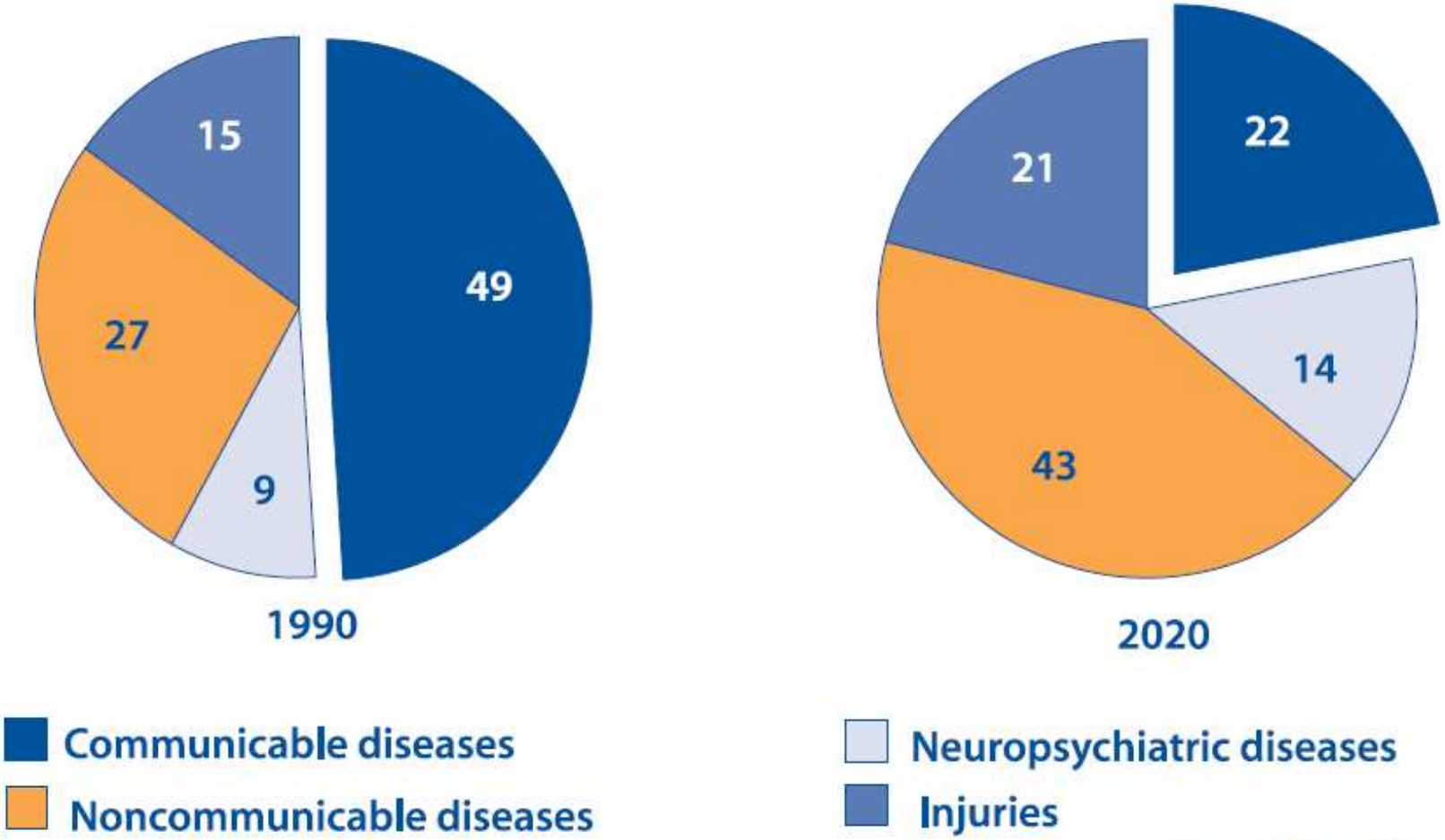
Gli Ambulatori Geriatrici di Comunità In ASL 3

Figure 8. The determinants of Active Ageing



To promote active ageing, health systems need to take a life course perspective that focuses on health promotion, disease prevention and equitable access to quality primary health care and long-term care.

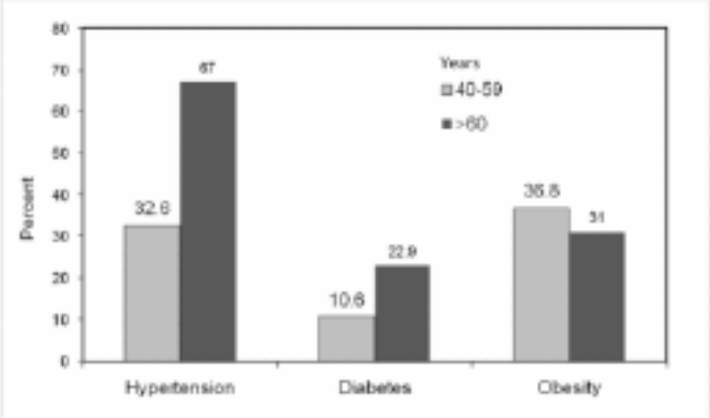
Figure 10. Global burden of disease 1990 and 2020 contribution by disease group in developing and newly industrialized countries

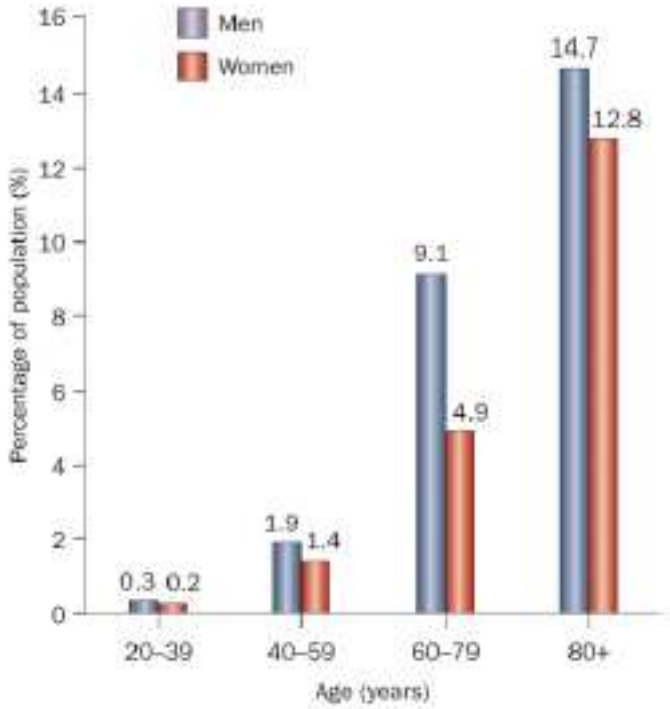


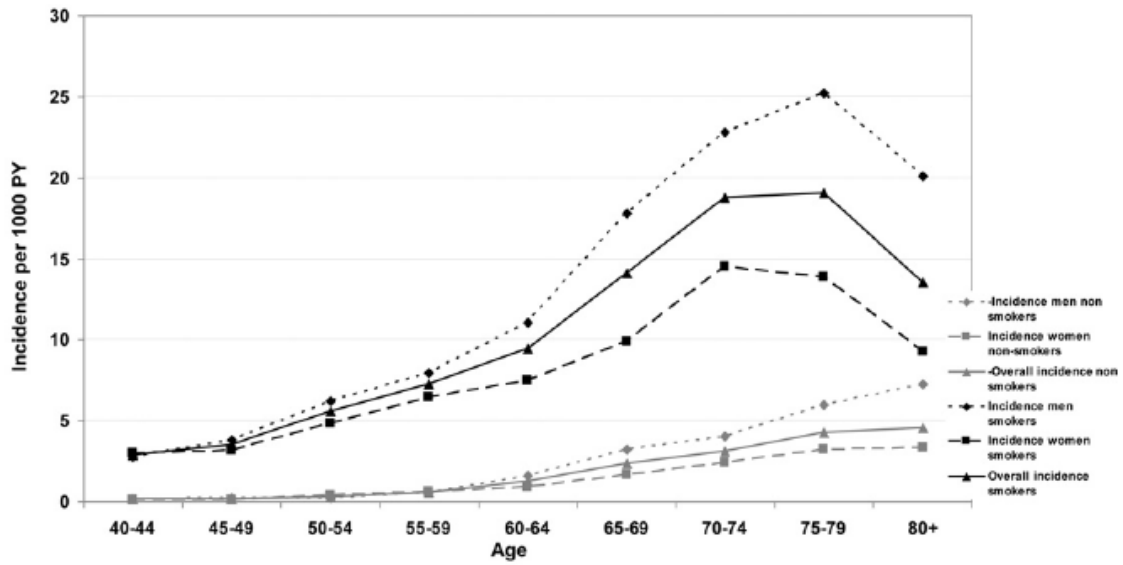
Source: Murray&Lopez, 1996

By 2020, over 70 percent of the global burden of disease in developing and newly industrialized countries will be caused by noncommunicable diseases, mental health disorders and injuries.

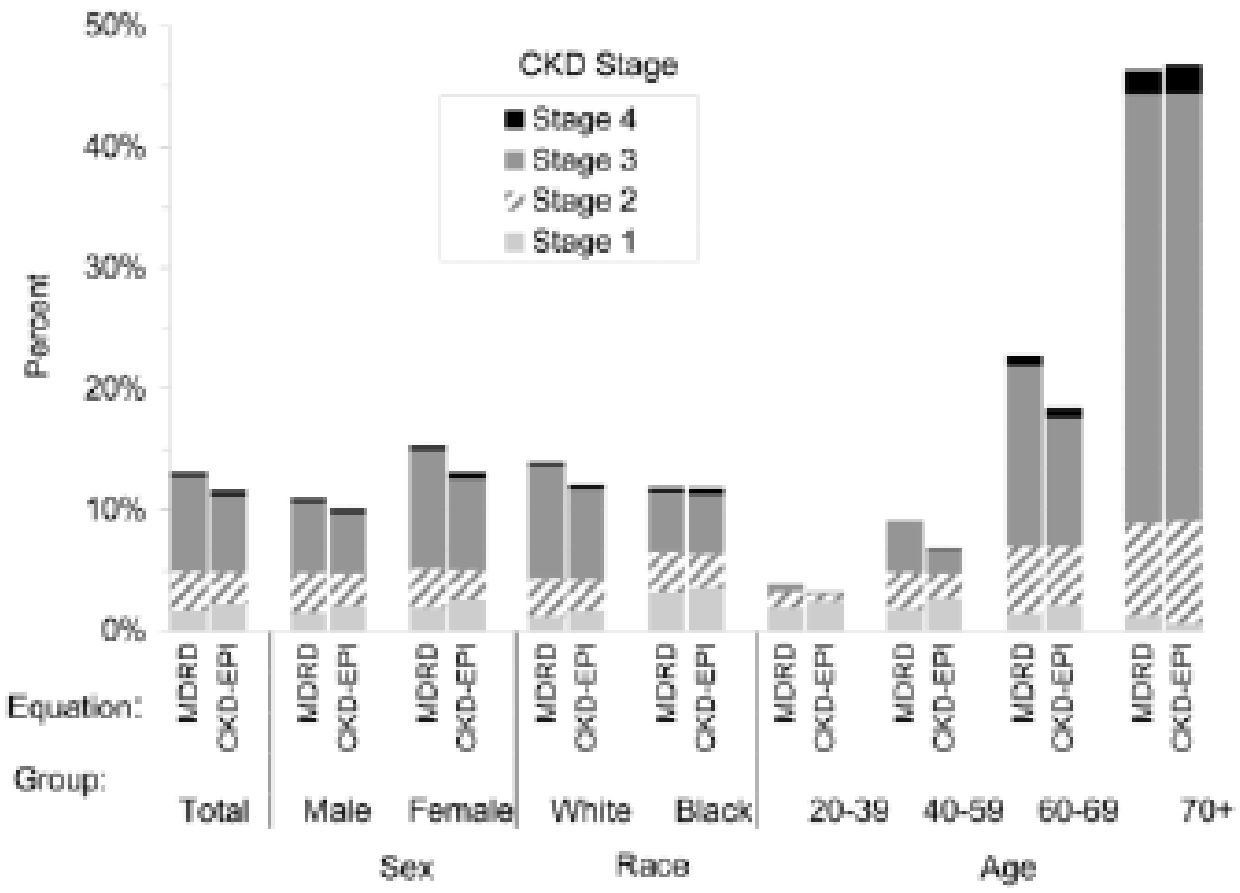
Le malattie croniche sono le malattie degli anziani







CKD


CKD Stage
Stage 4
Stage 3
Stage 2
Stage 1
Percent
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Equation:
MDRD
CKD-EPI
Group:
Total
Male
Female
White
Black
20-39
40-59
60-69
70+
Sex
Race
Age

Gli anziani sono comorbidi

The Changing Prevalence of Comorbidity Across the Age Spectrum

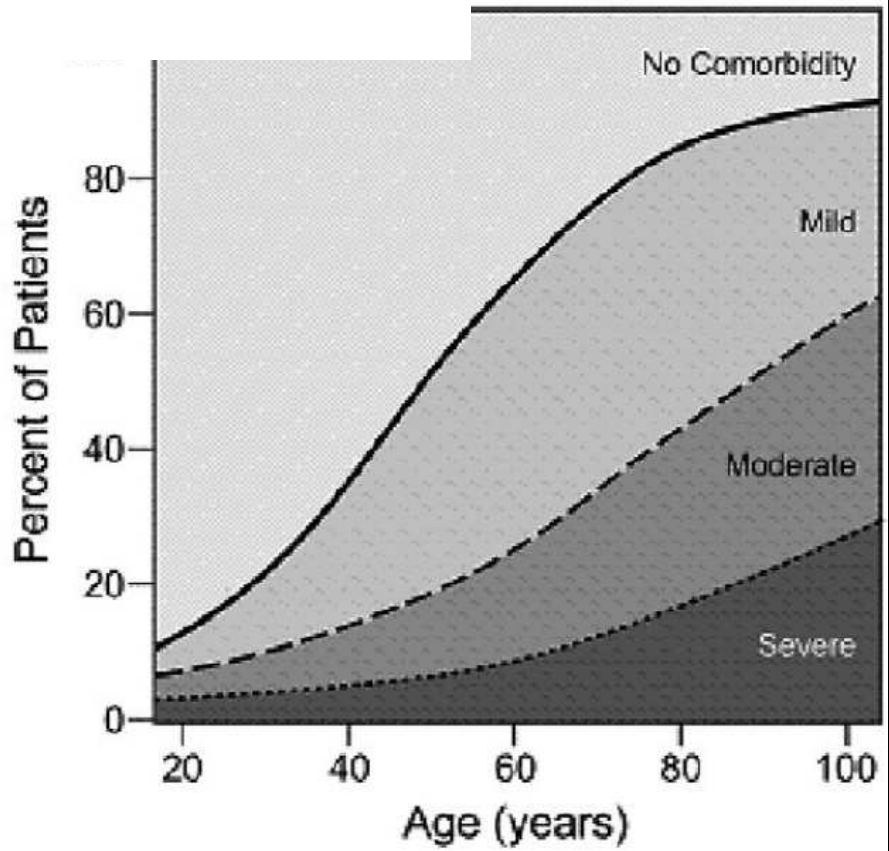
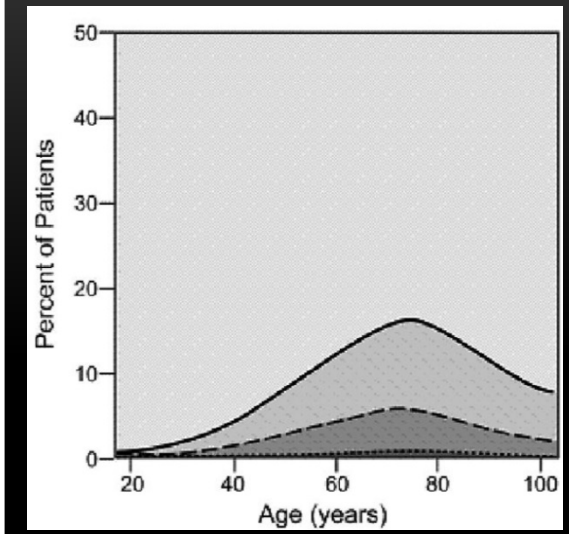
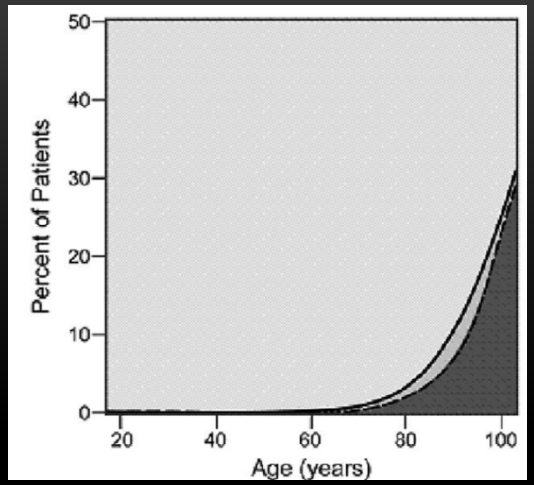


Figure 1.
Prevalence of overall comorbidity by severity across the age spectrum

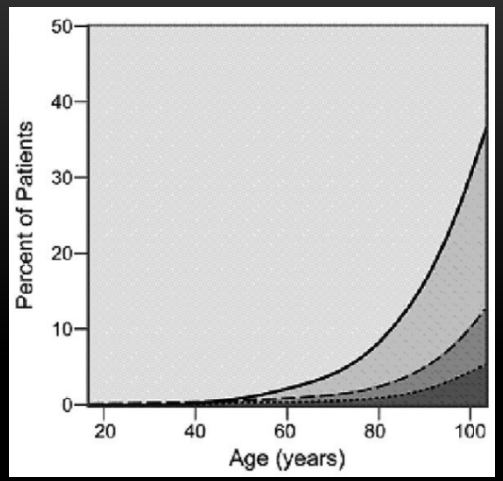
Crit Rev Oncol Hematol. 2008 August ; 67(2): 124–132.



Diabete

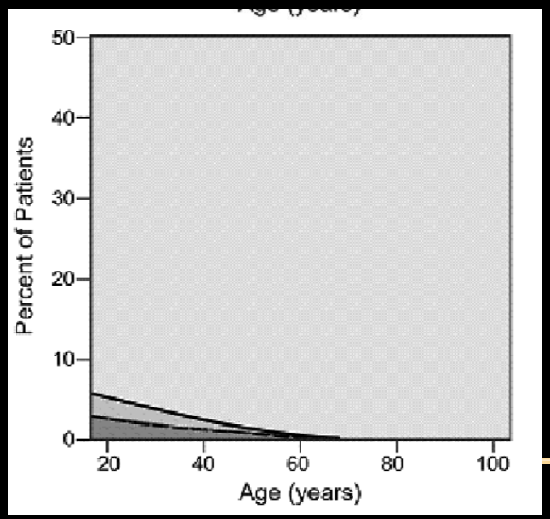


Demenza

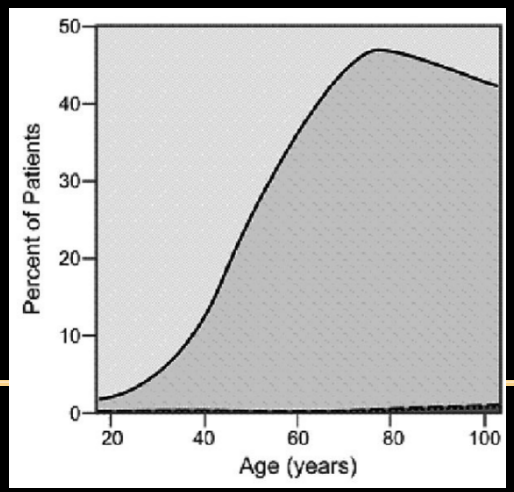


CHF

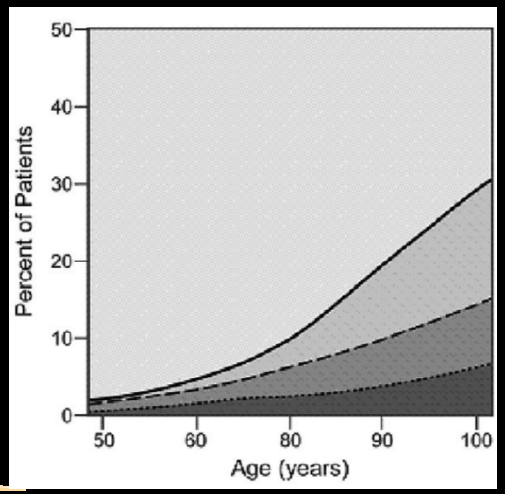
Neoplasia
In prima
diagnosi



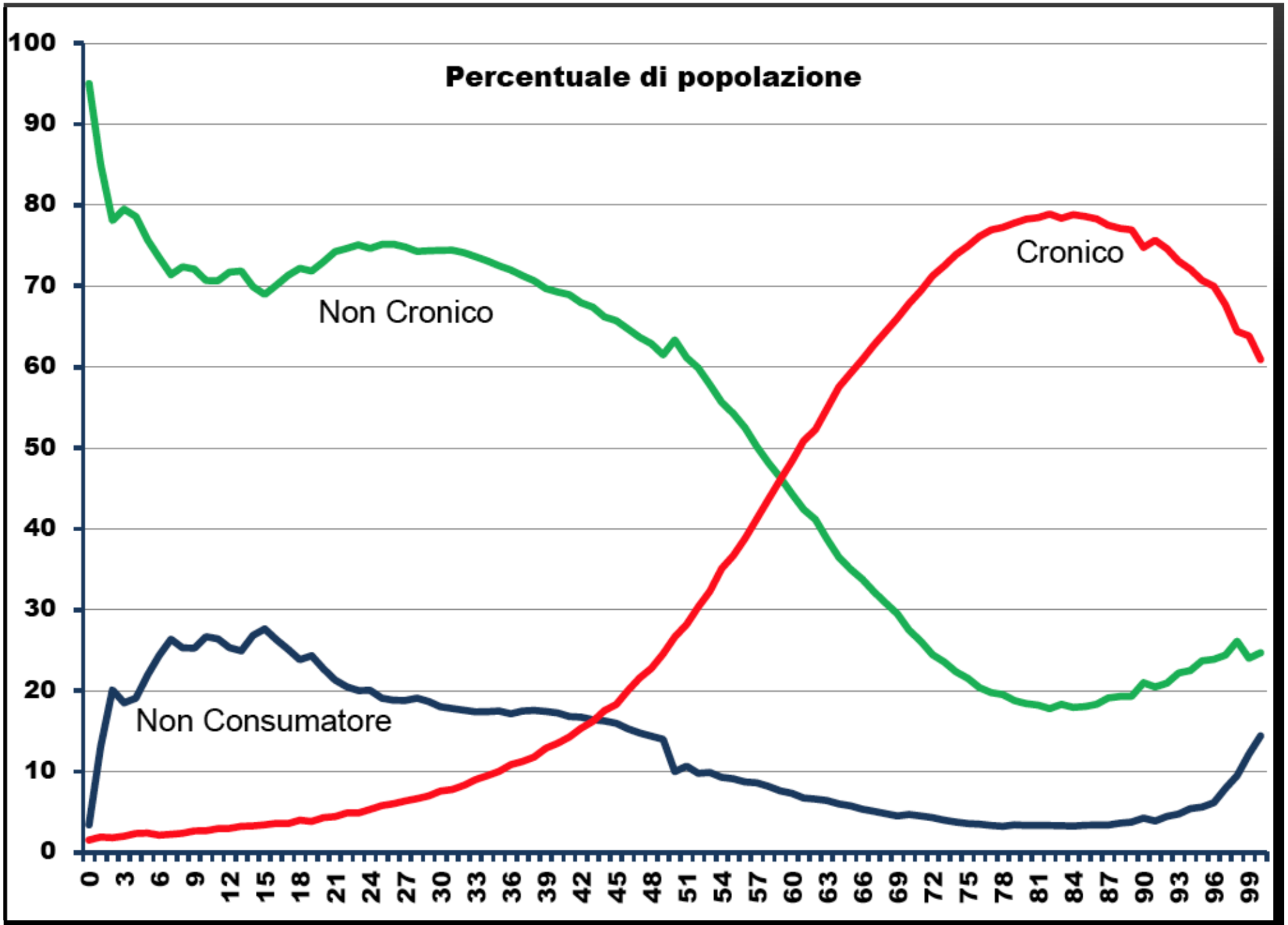
HIV



ipertensione



Tumori
Solidi in anamnesi


Percentuale di popolazione
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Non Cronico
Cronico
Non Consumatore
0 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60 63 66 69 72 75 78 81 84 87 90 93 96 99

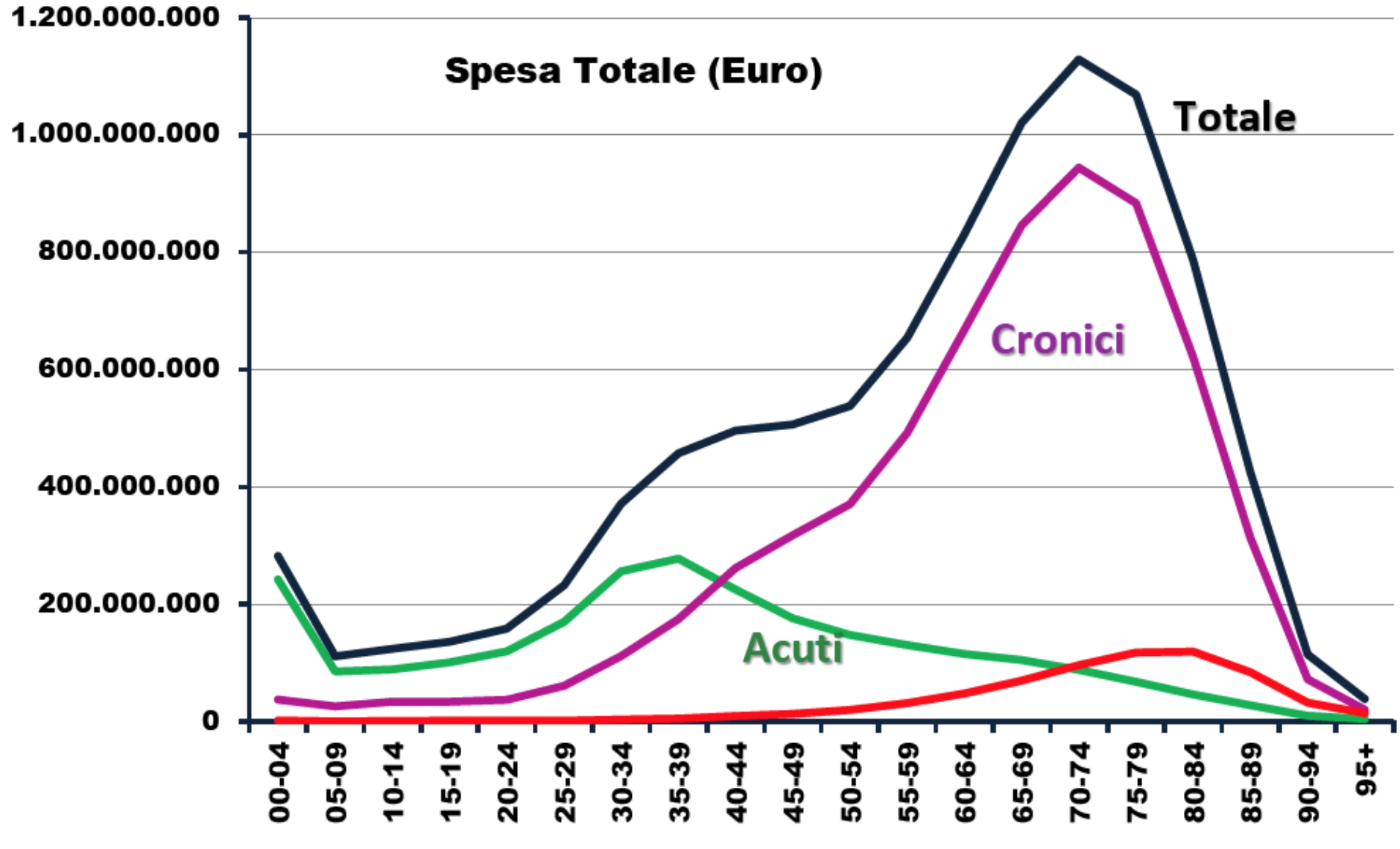
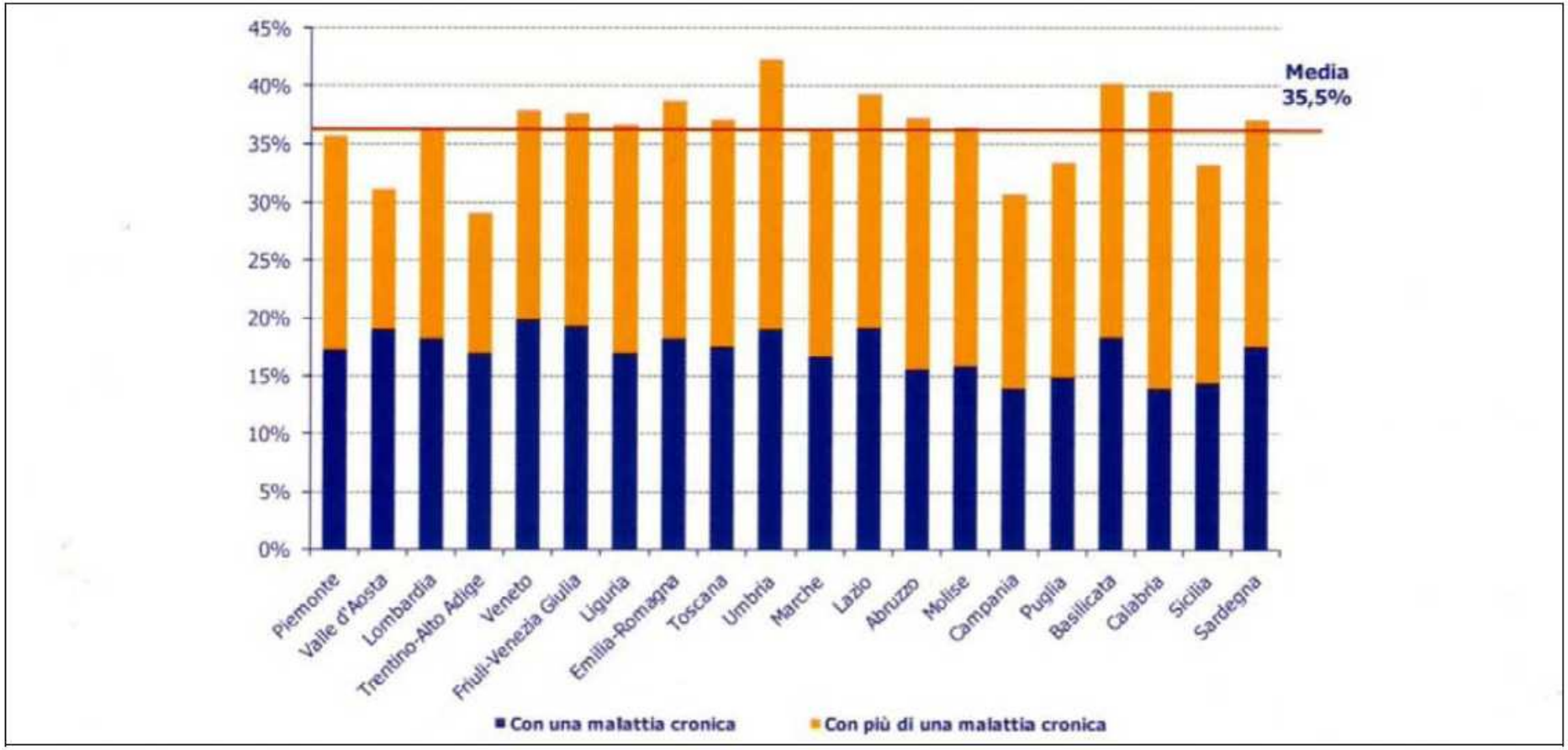

Spesa Totale (Euro)
1.200.000.000
1.000.000.000
800.000.000
600.000.000
400.000.000
200.000.000
0
Totale
Cronici
Acuti
00-04
05-09
10-14
15-19
20-24
25-29
30-34
35-39
40-44
45-49
50-54
55-59
60-64
65-69
70-74
75-79
80-84
85-89
90-94
95+

Grafico 4 - Incidenza delle malattie croniche sulla popolazione in Italia, per Regione – anno 2006



Fonte: "The European House – Ambrosetti - Meridiano Sanità 2008 - dati ISTAT – fig. 13 pag. 16

COSA SERVE PER LA GESTIONE DELLA CRONICITÀ?

- ✓ **Connessione dei percorsi di cura**
- ✓ **Sostenibilità** (30% cronici --> 70% risorse SSR)
- ✓ **Diversa cultura**
- ✓ **Diverse competenze**
- ✓ **Diversi strumenti**

La risposta al bisogno del paziente cronico non è solo di tipo STRUTTURALE, ma ORGANIZZATIVA

Serve un modello in grado di governare il percorso del paziente (governo clinico)..

…mettendo in connessione (e coordinando) tra loro diverse strutture e figure professionali

DA UN SISTEMA BASATO SULL'OFFERTA ….

1. **… a un sistema orientato dalla domanda**
2. **.. in relazione ai livelli di cronicità**

Cos'è il CReG?

1) è un **sistema di classificazione** delle malattie croniche, in categorie:
   - clinicamente significative
   - omogenee per assorbimento di risorse sanitarie
   - che tengono conto anche della multimorbidità

2) è un '**modalità di remunerazione'** forfettaria della presa in carico dei pazienti con patologie croniche

Percentuale incidenza malattie croniche ASL 3 2014

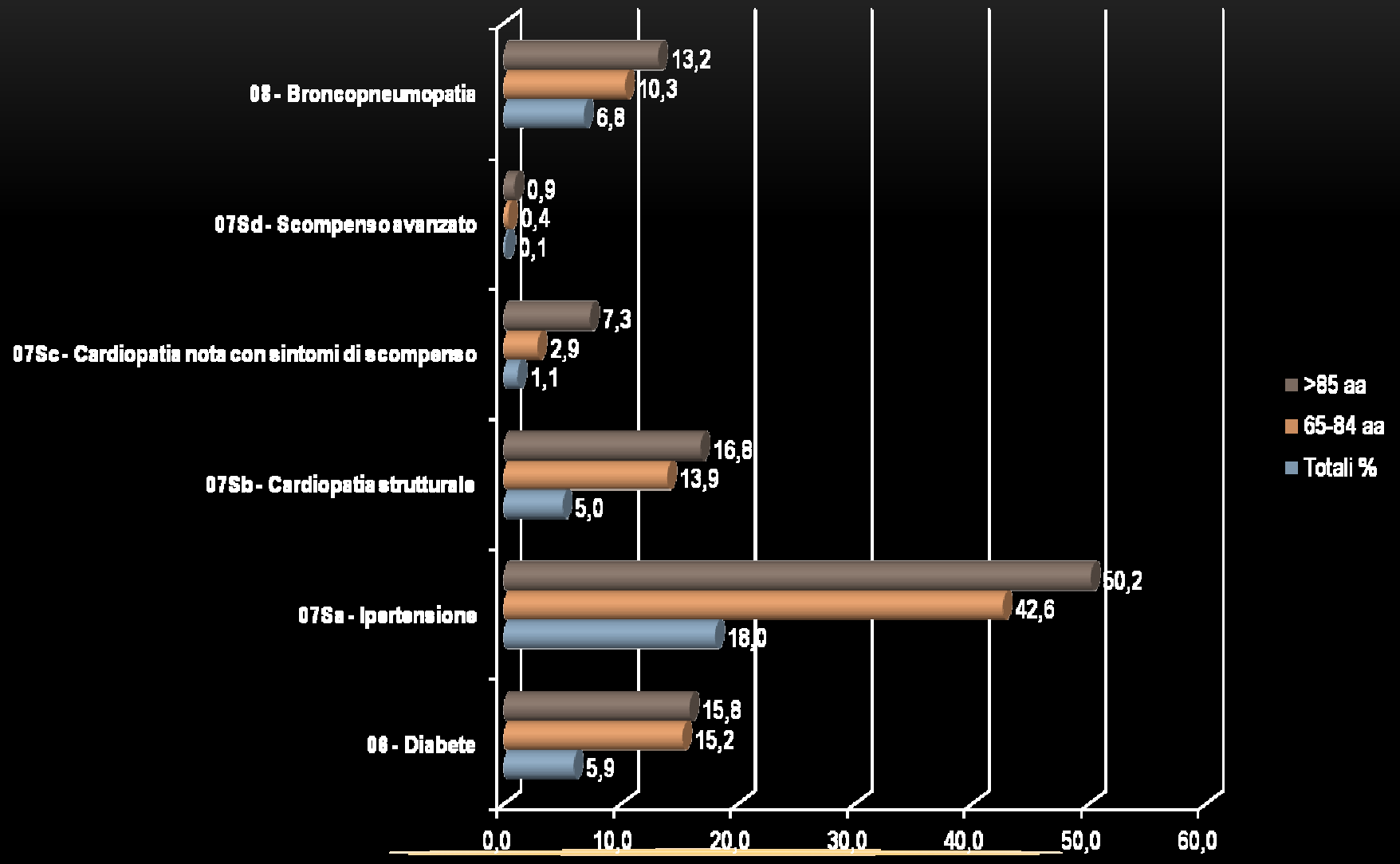
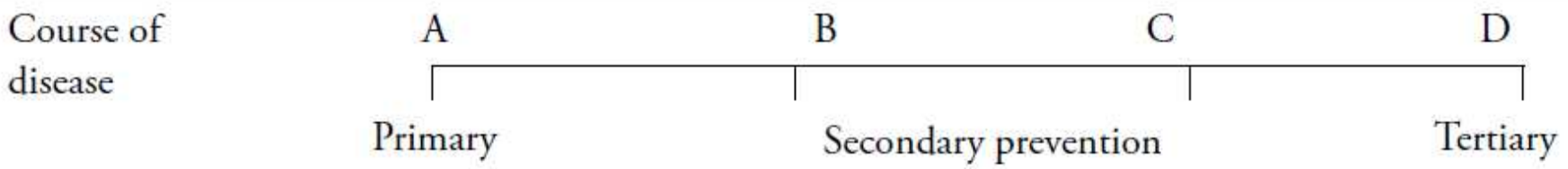


Fig. 4.1 *Prevention and stages of disease*



A–B	Period of increased risk
B	First observable pathophysiological changes
C	First changes perceivable by patient
D	Course can no longer be influenced

Primary prevention is directed at the prevention of illnesses by removing the causes. The target group for primary prevention is those that are healthy with respect to the target disease.

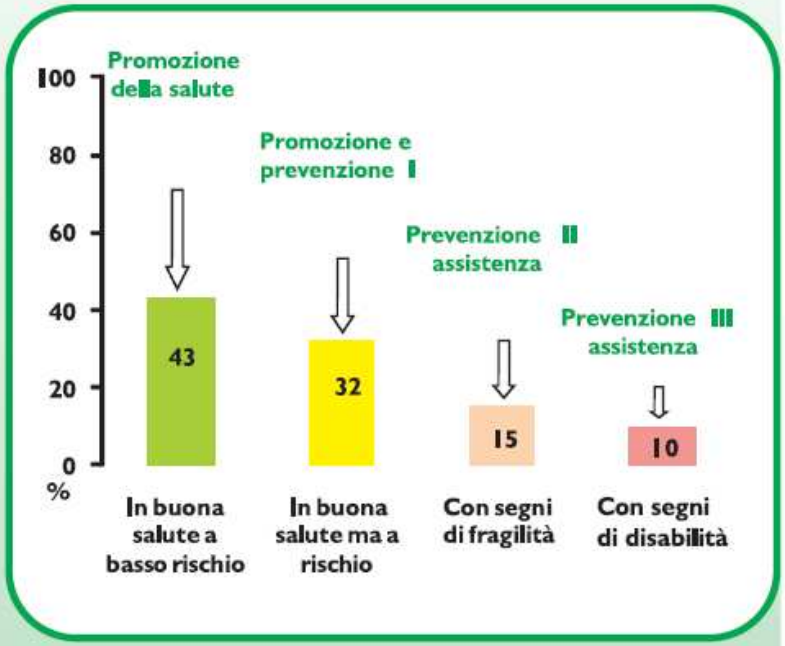
Secondary prevention aims at identifying the disease at an early stage so that it can be treated. This makes an early cure possible (or at least the prevention of further deterioration). The target group for secondary prevention consists of people who are already ill without being aware of it, or those who have an increased risk or a genetic disposition.

Tertiary prevention is directed toward people who are already known to suffer from an illness. This is therefore a form of care. Tertiary prevention includes activities intended to cure, to ameliorate or to compensate. For example, the avoidance of complications of the prevention of progress of disease would be classed as tertiary prevention.

Source: Van der Maas and Mackenbach 1999.

Gli ultra 64enni sono stati suddivisi in 4 sottogruppi a seconda della loro autonomia. Gli indicatori scelti sono quelli - ampiamente validati - delle ADL (attività di base della vita quotidiana) e delle IADL (attività strumentali della vita quotidiana).
I soggetti appartenenti ai gruppi sono così definiti:

1. "In buona salute a basso rischio": sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL e non sono autonomi al massimo in una IADL. Inoltre presentano al massimo un fattore di rischio tra: problemi di masticazione, vista o udito; insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol fuori pasto o scarso consumo di frutta e verdura; sintomi di depressione o rischio di isolamento sociale.
2. "In buona salute ma a rischio": hanno analoghe caratteristiche al gruppo 1 ma in presenza di almeno due fra i fattori di rischio sopra elencati;
3. "Con segni di fragilità": sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in due o più IADL;
4. "Con segni di disabilità": indipendentemente dalle IADL e dai fattori di rischio, non sono autonomi nello svolgimento di una o più ADL.



Ambulatorio Geriatrico di Comunità

Valgo ancora..

Invecchiare bene
Oltre le fragilità

Valgo ancora..
Invecchiare bene oltre la fragilità

Come va la salute ?

Attività fisica Quotidiana !

Sono anziano e mangio sano !!

Prendere bene pochi farmaci necessari !

Prevenzione disabilità !

Valgo ancora..
Invecchiare bene oltre la fragilità

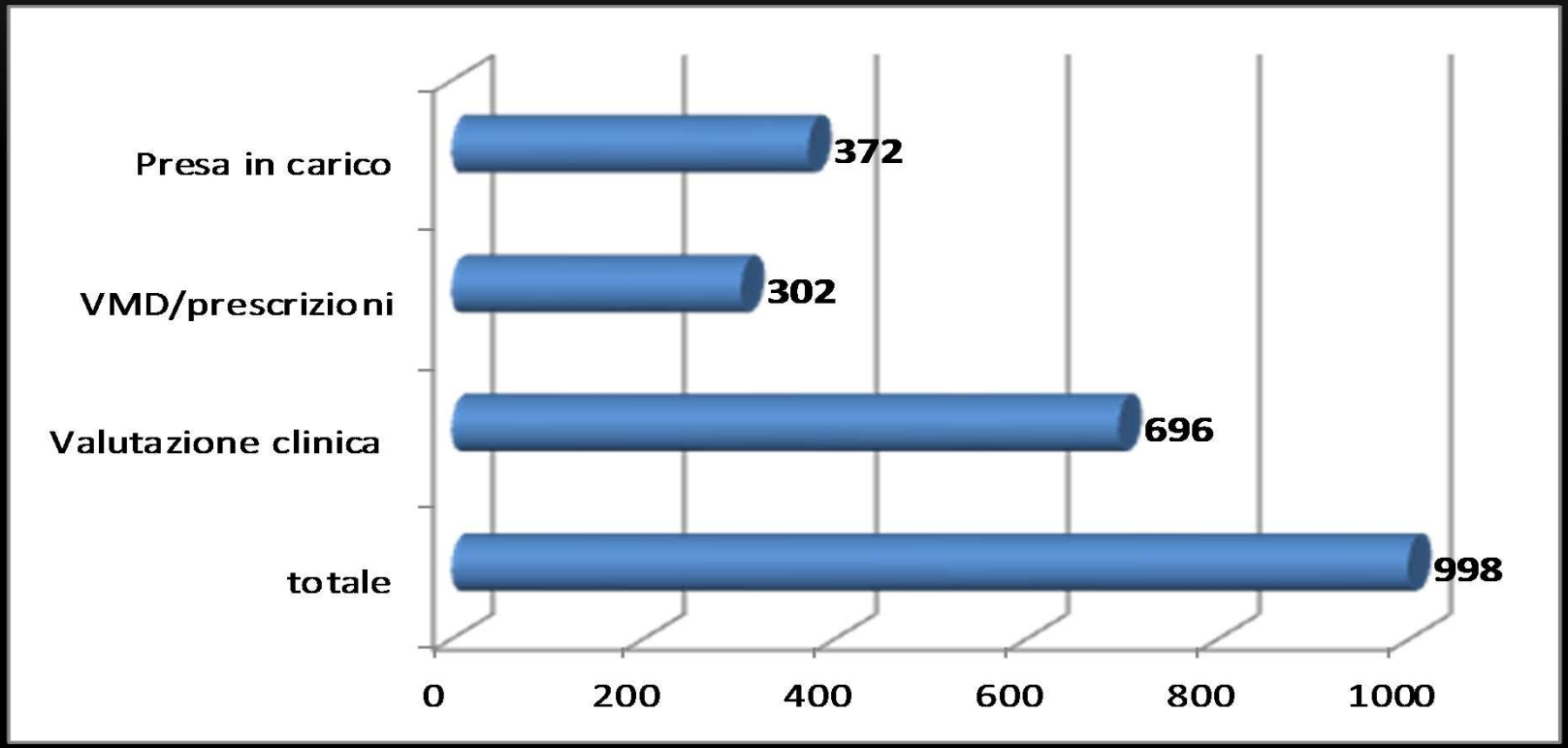
Visite geriatriche
Monitoraggio Infermieristico ambulatoriale e telefonico
Recupero funzionale in palestra
Prelievi ematici, elettrocardiogramma,
Spirometria, test del cammino
Certificazioni e valutazioni multidimensionali

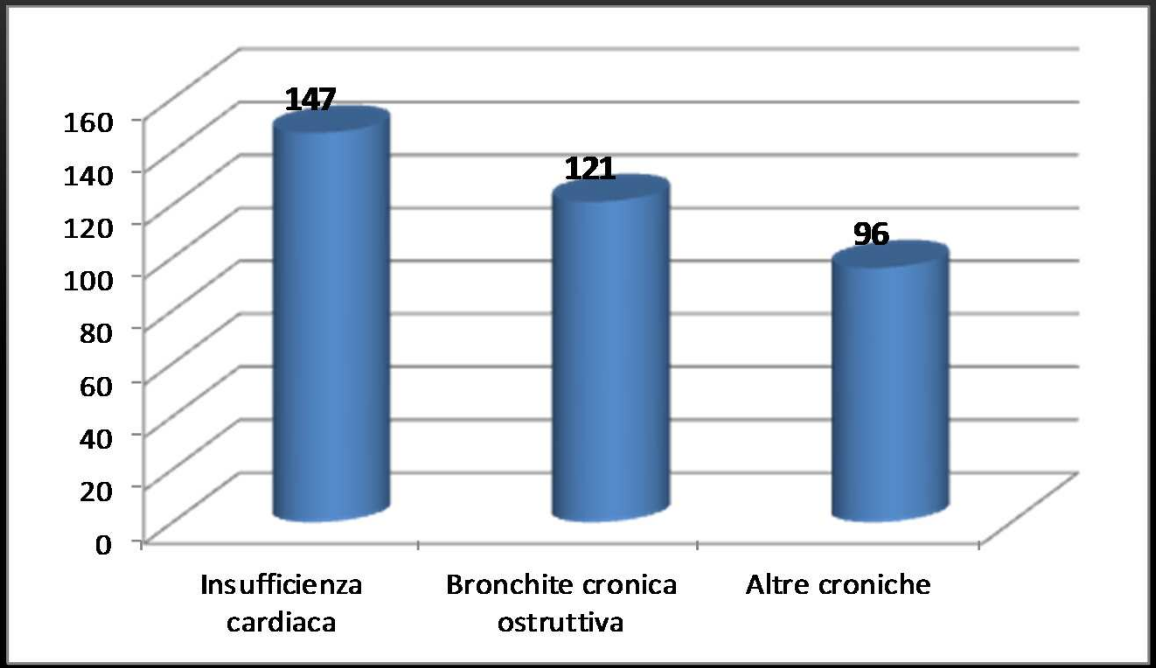
Cognome_____

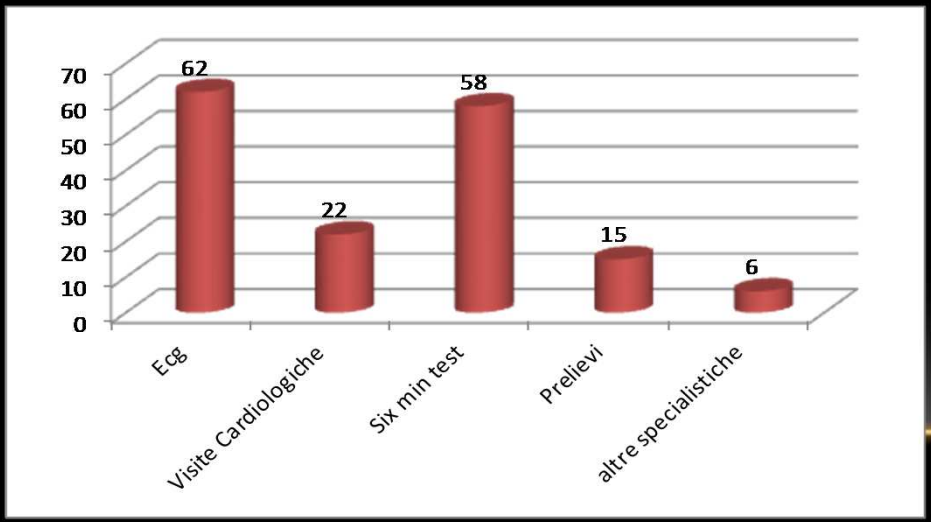
Nome_____

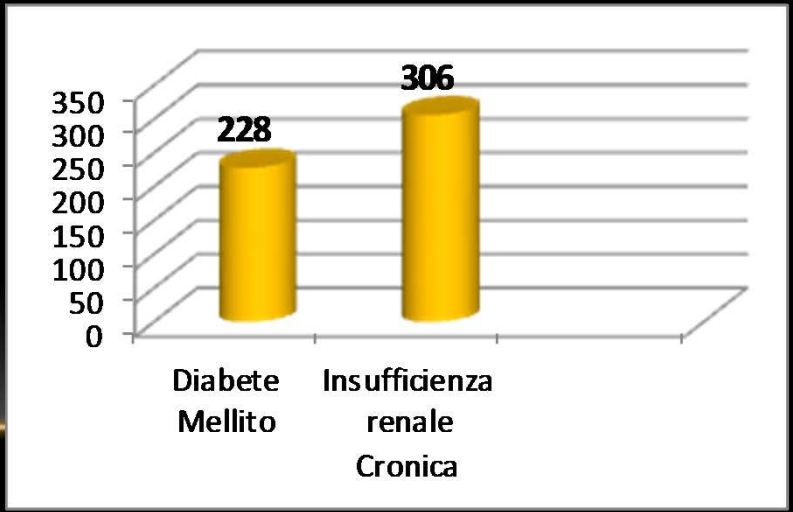
DIS **11** Via Assarotti 35 piano -1 St 14 **010/8494528**
Dis **9** Fiumara Via Degli Operai 80 St 14 **010/8497168**
Dis **13** Via Missolungi ex Osp Nervi **010/8496964**

Tipologia 1° semestre 2015




160
140
120
100
80
60
40
20
0
147
121
96
Insufficienza cardiaca
Bronchite cronica ostruttiva
Altre croniche


70
60
50
40
30
20
10
0
62
22
58
15
6
Ecg
Visite Cardiologiche
Six min test
Prelievi
altre specialistiche

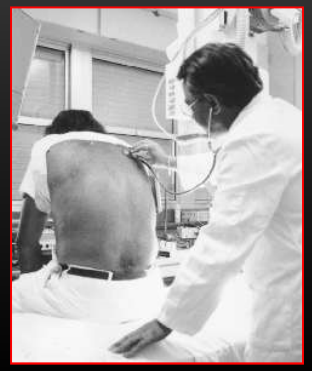

350
300
250
200
150
100
50
0
228
306
Diabete Mellito
Insufficienza renale Cronica

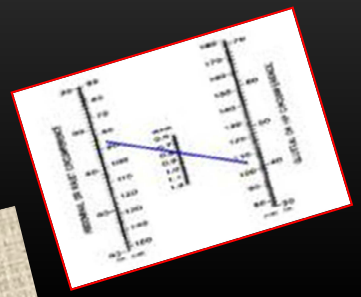
ANAMNESI

ESAME OBIETTIVO

ESAMI EMATICI

ALCUNI ESAMI STRUMENTALI
(Ecg, ecocardiogramma, spirometria, Walking test, E.G.A.)





BMI
FEV_1
F.E.
NHYA
GFR

ASL3	Ambulatorio Geriatrico di Comunità	DATA	00/00/0000

SIG. Pinco Pallino

PRIMA DI COLAZIONE	PANTOPAN 20 MG UNA COMPRESSA
ORE 8.30 / 9.00 COLAZIONE	FUROSEMIDE DUE COMPRESSE CARVEDILOLO 25 MG MEZZA COMPRESSA APROVEL 150 UNA COMPRESSA AVODART 0,5 UNA COMPRESSA
ORE 11	
ORE 12.00 / 13.00 PRANZO	DAONIL UNA COMPRESSA PRIMA DI PRANZO CARDIOASPIRINA UNA COMPRESSA LUVION 50 UNA COMPRESSA
ORE 16.00	FUROSEMIDE DUE COMPRESSE ADENURIC 80 UNA COMPRESSA
ORE 18.00	LACIPIL 6 MG UNA COMPRESSA
ORE 19.00 / 20.0 CENA	DAONIL UNA COMPRESSA PRIMA DI CENA CARVEDILOLO 25 MG MEZZA COMPRESSA
ORE 22.00	TAMSULSONINA 0,4 UNA COMPRESSA LANTUS 16U
	MEDICAZIONE ARTI INFERIORI

NOTA BENE: PORTATE SEMPRE QUESTO FOGLIO QUANDO VENITE

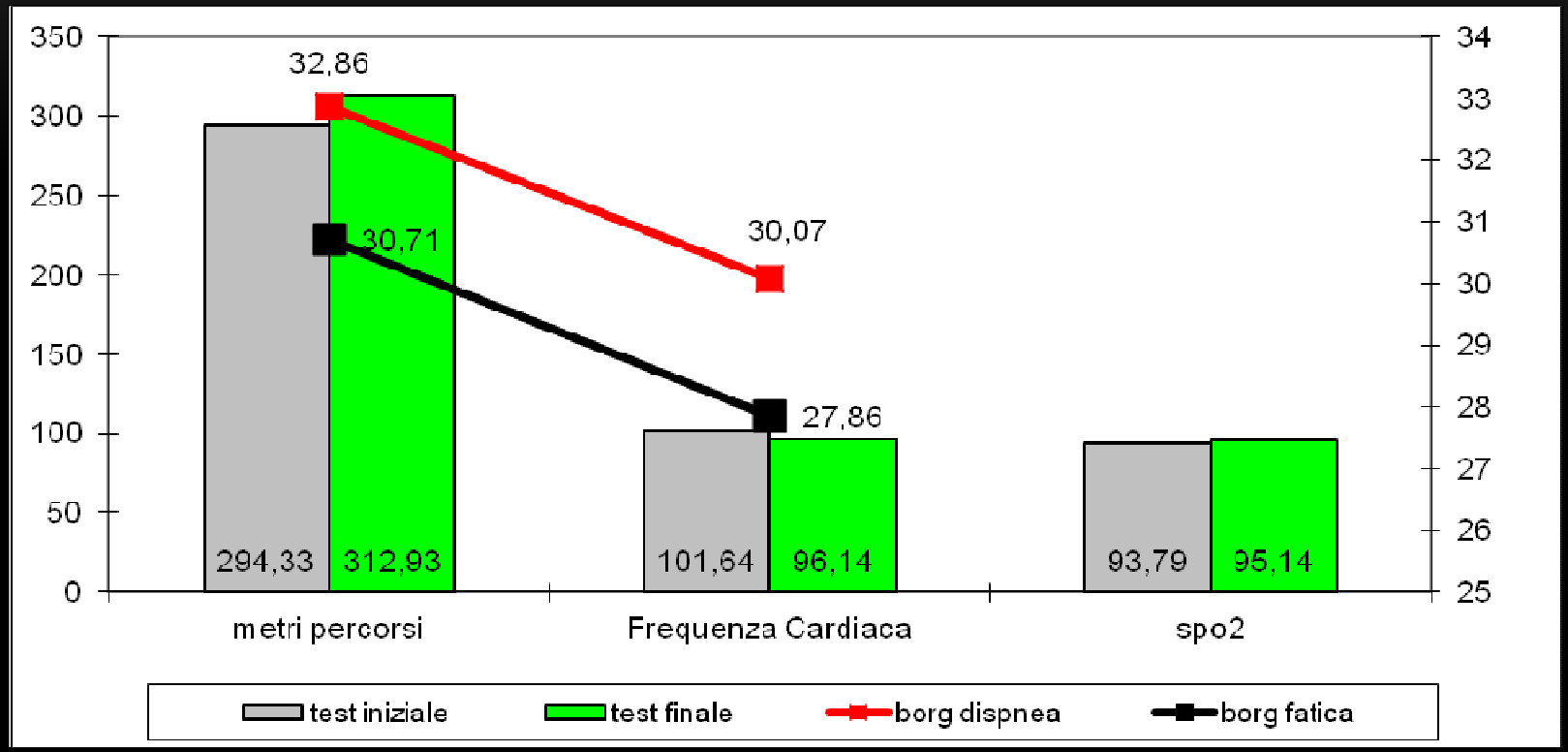
Orari delle terapie
Rapporti con in pasti
Sonno veglia
Effetti desiderati
Effetti collaterali
Spray broncodilatatori
Terapie iniettive
Controlli glicemici
Terapia insulinica
Controllo peso

Front lesson
Video
Counselling terapeutico

Allenamento allo sforzo e
Fisioterapia respiratoria

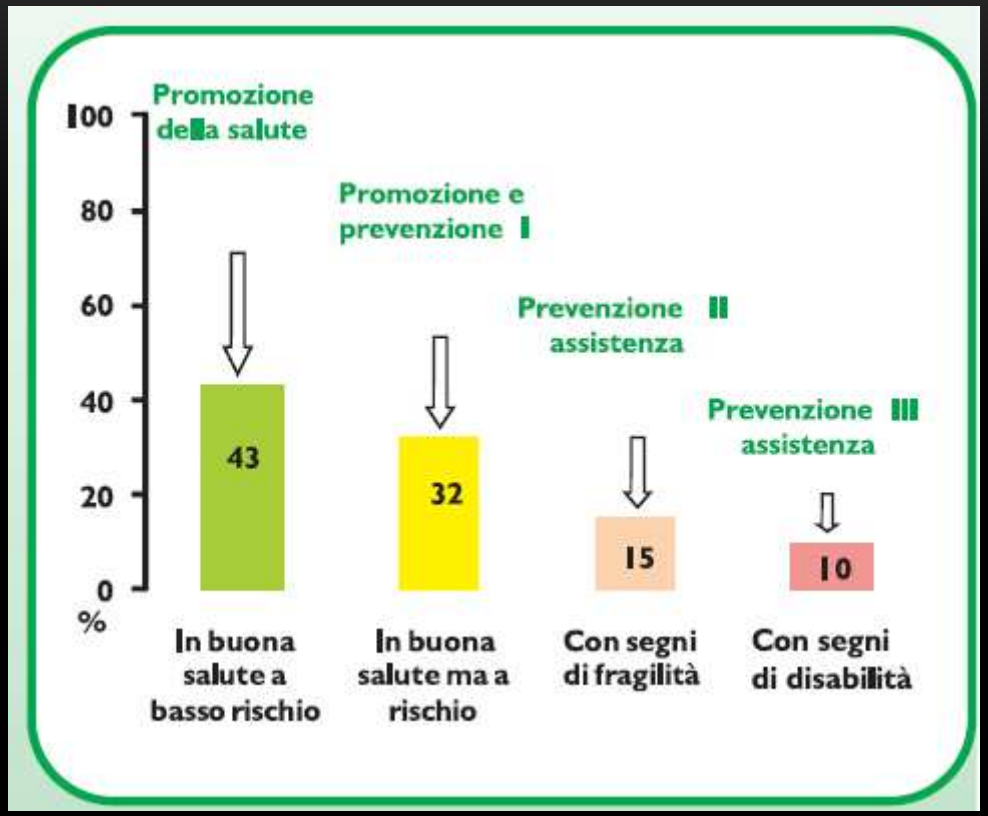
Training fisico e fisioterapia respiratoria in un modello di Chronic Care Territoriale ASL 3 Genovese

P. Mosca, M. Giordano,E. Rivanera, C. Passerini, D. Calzato, C. Caratti, E. De Lorenzi, M. Mezzasalma, R. Peruzzo, M. Occhi



1-

Come entrare in rete con passi d'argento ?



Triage paziente cronico a rischio ospedalizzazione

A domicilio *In dimissione* *data*

Cognome

Paziente clinicamente Stabile affetto da una o più patologie croniche

Può essere seguito in ambulatorio o a domicilio in modo programmato e ricevere prestazioni assistenziali mediche, infermieristiche e riabilitative con l'obiettivo di prevenzione secondaria e terziaria.

Il paziente ha una condizione personale, sociale ed assistenziale che consente una corretta assunzione delle terapie e segue i consigli e le prescrizioni

Paziente clinicamente stabile affetto da una o più patologie croniche

Con difficoltà relative a:

B1 Storia di ripetuti ricoveri ospedalieri (=/ > 1/ anno)

B2 Carenze personali, sociali, assistenziali per cui necessita controllo aderenza alle terapie, abitudini di vita, difficoltà ADL/IADL

Può essere seguito in ambulatorio o a domicilio con interventi medici, infermieristici e riabilitativi con l'obiettivo di mantenere il paziente a domicilio e prevenzione secondaria e terziaria

Paziente clinicamente instabile con condizioni cliniche e terapie complesse che devono essere monitorate valutate nel tempo

C1 Paziente assistito adeguatamente a domicilio

C2 Condizione abitativa assistenziale inadeguata

C3 Vive solo

C4 Condizione terminale gestibile a domicilio

Proposta: I pazienti in ambulatorio geriatrico sono quelli con segni di fragilità e quelli con disabilità che necessitino di prevenzione secondaria o terziaria per una o più patologie croniche

2-

75 GENOA THRESHOLD STUDY (7 GTS)

Tutti coloro che compiono i 75 anni in un distretto

Lettera di invito a visita geriatrica

Appuntamento

Visita Geriatrica

Recall
In base alla valutazione

Fattori di rischio
Patologie in atto
Indice prognostico

Andamento

CReG Liguria ?

Grazie per l'attenzione !!