



Journal Club - Aggiornamenti in Geriatria

21 luglio 2017

La crisi dei servizi per l'anziano fragile

Marco Trabucchi

“We are living toward incredible times where the only constant is change, and the rate of change is increasing”.

(Anonymous)

“Non è quello che non sapete che vi mette nei pasticci. E' quello che siete sicuri di sapere, ma che poi si rivela non vero”

Mark Twain

Tim Cook, numero uno di Apple, ha recentemente tenuto una lettura agli studenti del MIT di Boston con questa conclusione.

“Siamo tutti legati in un unico destino. Se tenete sempre presente questa idea, se scegliete di vivere la vostra vita a metà strada tra la tecnologia e le persone che questa aiuta, se vi impegnate a creare il meglio per tutti, non solo per alcuni, allora oggi l’umanità può ben sperare”.



I servizi per l'anziano fragile come marker del rispetto della società per la libertà e la dignità delle persone.

Vi è ancora troppo ageismo, senza equilibrio tra abbandono e interventi inutili e dannosi.

National Audit of Breast Cancer in Older Patients

Part of the National Clinical Audit Patient Outcomes Programme

2017 Annual Report





Per i malati di Alzheimer arrivano i robot prostituti

Un robot per soddisfare i bisogni sessuali degli anziani nelle case di riposo. A proporlo nel suo ultimo report la Fondazione Internazionale Responsible Robotics. Dal quale emerge che gli automi (già impiegati come badanti per gli over-70 che vivono soli a casa), potrebbero essere utilizzati anche a scopo terapeutico per coloro che pur vivendo negli ospizi, spesso affetti da Alzheimer, Parkinson e altre malattie, non hanno perso del tutto la libido. Diversi gli esempi di programmi pilota sperimentati con successo. Come quello portato avanti dalle aziende americane RealDolls e Someone to Care for, che dopo le bambole-sexy in silicone, investono ora nei robot per regalare momenti di piacere anche in tarda età.

Alcuni pensieri in libertà di fronte ad uno dei tre grandi problemi della nostra epoca (lavoro, immigrazioni, invecchiamento), senza retorica, pessimismo, prevenzione.

Di fronte alla scarsa efficacia degli interventi fino ad ora realizzati, forse un “pensiero libero” potrebbe apporre qualche indicazione.

La progettualità nel campo dei servizi per l'anziano fragile non ha “inventato” in questi anni alcun modello realmente nuovo; le uniche innovazioni sono state quelle di processo, per cui oggi alcuni servizi sono più efficaci, con un ruolo più adeguato, con risultati migliori rispetto al passato, con costi controllati, ma mancano idee innovative per il futuro, in grado di sopportare lo stress al quale saranno sottoposte le comunità nei prossimi anni. Infatti, molto probabilmente il cambiamento non avverrà in modo continuo e progressivo, ma ad un certo punto (non prevedibile!) il sistema arriverà ad una rottura, con conseguenze catastrofiche.



In Italia non esiste un centro di studio e di elaborazione progettuale.

Le regioni procedono senza una minima attenzione a quanto già è stato sperimentato.

La situazione lombarda come esempio della crisi.

La medicina, a sua volta, non è in grado di indicare la specificità di una condizione clinica rispetto ad un particolare servizio.

Lo scenario

- crisi dei modelli di gestione partecipati in sanità
- concentrazione progressiva della proprietà dei servizi
- riduzione qualitativa e quantitativa delle risorse umane
- aumentato ruolo della tecnologia (da servizio a governo)
- mancanza di reali innovazioni in campo clinico



**... alcuni esempi significativi di un cambiamento
“spontaneo” che va analizzato e governato.**

Temporal trend in dementia incidence since 2002 and projections for prevalence in England and Wales to 2040: modelling study

Sara Ahmadi-Abhari,¹ Maria Guzman-Castillo,² Piotr Bandosz,^{2,3} Martin J Shipley,¹ Graciela Muniz-Terrera,⁴ Archana Singh-Manoux,^{1,5} Mika Kivimäki,^{1,6} Andrew Steptoe,¹ Simon Capewell,² Martin O'Flaherty,² Eric J Brunner¹

ABSTRACT

OBJECTIVE

To forecast dementia prevalence with a dynamic modelling approach that integrates calendar trends in dementia incidence with those for mortality and cardiovascular disease.

DESIGN

Modelling study.

SETTING

General adult population of England and Wales.

PARTICIPANTS

The English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) is a representative panel study with six waves of data across 2002-13. Men and women aged 50 or more years, selected randomly, and their cohabiting partners were recruited to the first wave of ELSA (2002-03). 11392 adults participated (response rate 67%). To maintain representativeness, refreshment participants were recruited to the study at subsequent waves. The total analytical sample constituted 17 906 people. Constant objective criteria based on cognitive and functional impairment were used to ascertain dementia cases at each wave.

MAIN OUTCOME MEASURES

To estimate calendar trends in dementia incidence, correcting for bias due to loss to follow-up of study participants, a joint model of longitudinal and time-to-event data was fitted to ELSA data. To forecast future dementia prevalence, the probabilistic Markov model IMPACT-BAM (IMPACT-Better Ageing Model) was developed. IMPACT-BAM models transitions of the population aged 35 or more years through states of cardiovascular disease, cognitive and functional impairment, and dementia, to death. It enables prediction of dementia prevalence while accounting for the growing pool of susceptible people as a result

of increased life expectancy and the competing effects due to changes in mortality, and incidence of cardiovascular disease.

RESULTS

In ELSA, dementia incidence was estimated at 14.3 per 1000 person years in men and 17.0/1000 person years in women aged 50 or more in 2010. Dementia incidence declined at a relative rate of 2.7% (95% confidence interval 2.4% to 2.9%) for each year during 2002-13. Using IMPACT-BAM, we estimated there were approximately 767 000 (95% uncertainty interval 735 000 to 797 000) people with dementia in England and Wales in 2016. Despite the decrease in incidence and age specific prevalence, the number of people with dementia is projected to increase to 872 000, 1 092 000, and 1 205 000 in 2020, 2030, and 2040, respectively. A sensitivity analysis without the incidence decline gave a much larger projected growth, of more than 1.9 million people with dementia in 2040.

CONCLUSIONS

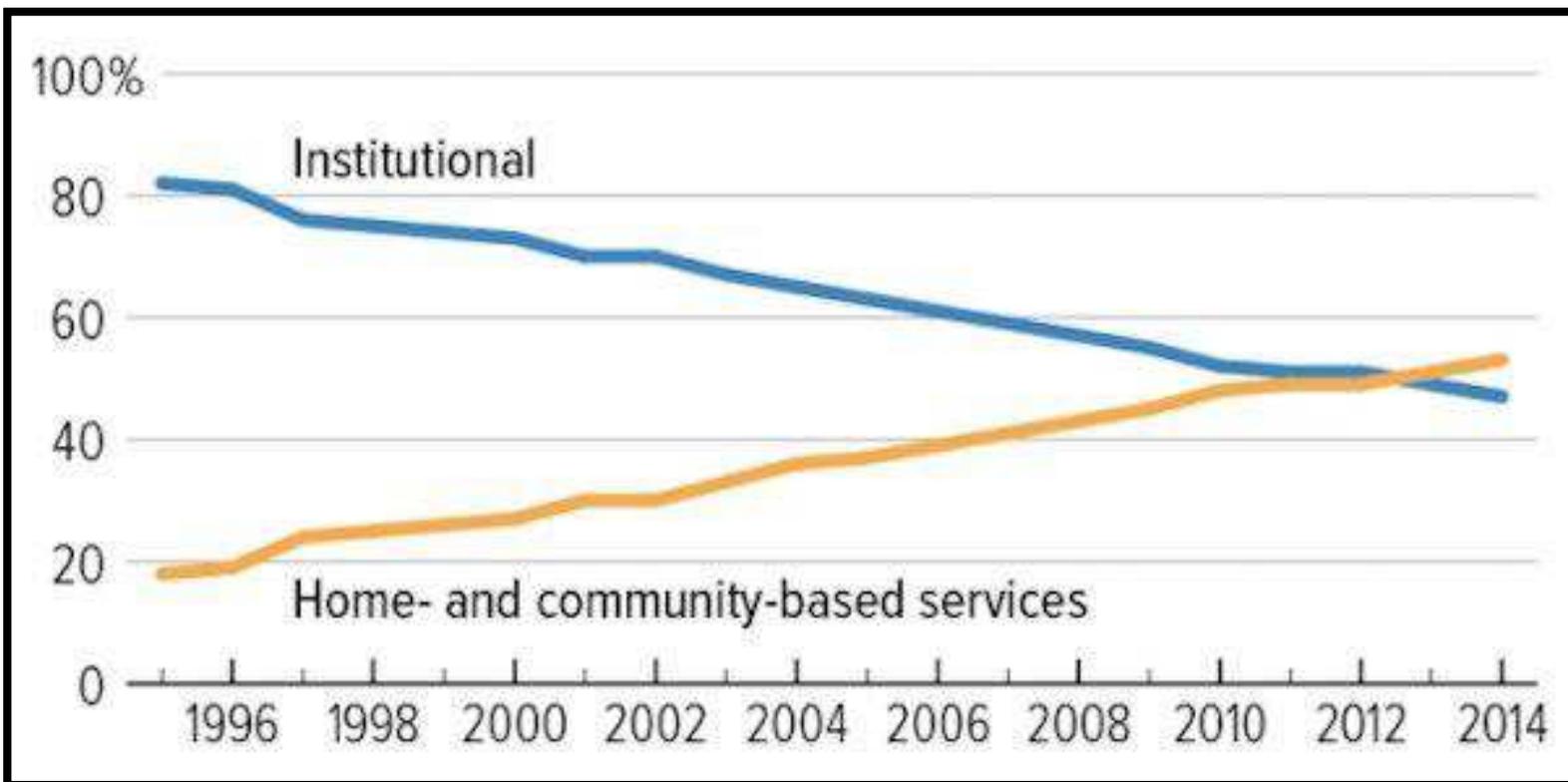
Age specific dementia incidence is declining. The number of people with dementia in England and Wales is likely to increase by 57% from 2016 to 2040. This increase is mainly driven by improved life expectancy.

thebmj | *BMJ* 2017;358:j2856 | doi: 10.1136/bmj.j2856

Distribuzione percentuale delle classi di età dei residenti nei presidi assistenziali

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65-74 anni	13	13	13	13	13	12
75-79 anni	15	14	14	13	13	13
80-84 anni	24	23	22	22	22	22
>=85 anni	48	50	51	51	52	52

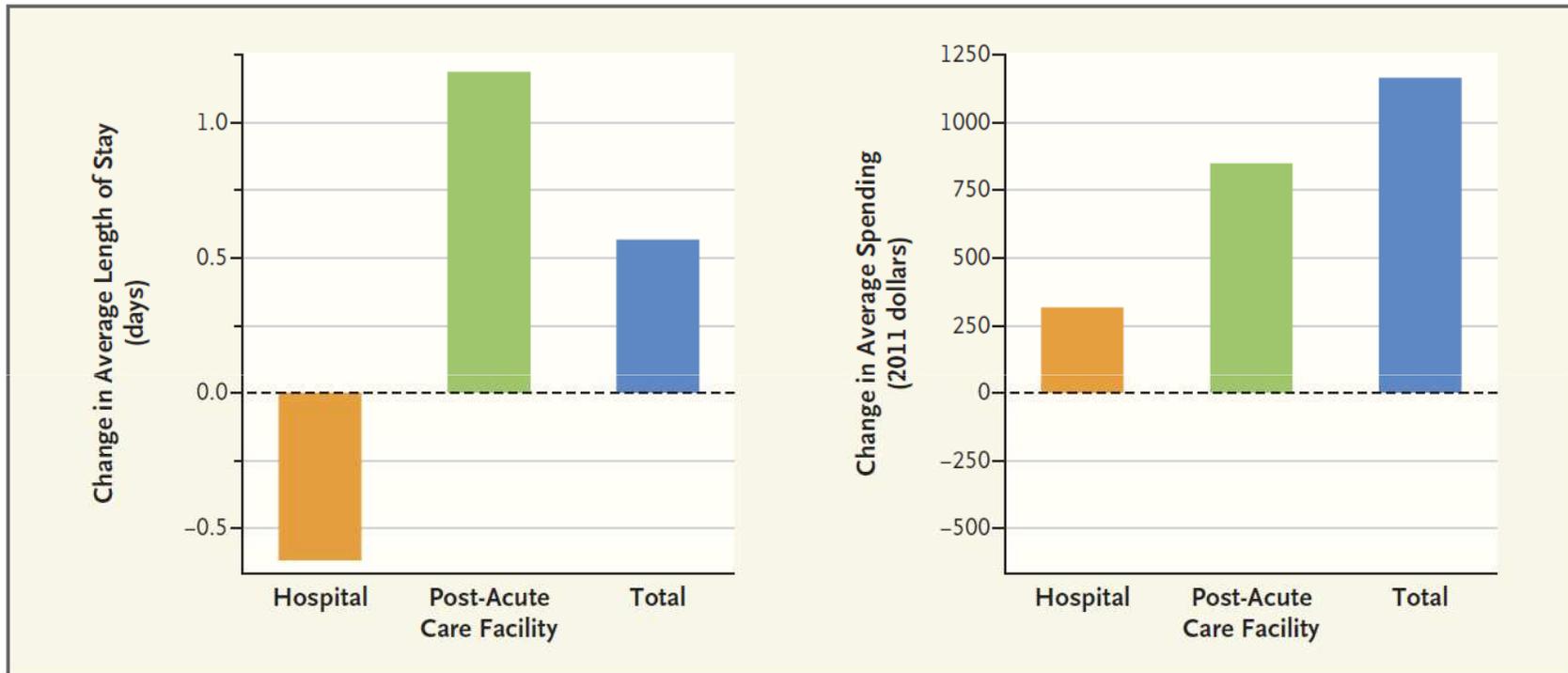
(A. Guaita e M. Trabucchi, 2017)



(Rozzini R, 2017)

Home-to-Home Time — Measuring What Matters to Patients and Payers

Michael L. Barnett, M.D., David C. Grabowski, Ph.D., and Ateev Mehrotra, M.D., M.P.H.



Changes in Average Length of Stay and Spending among Medicare Beneficiaries, by Setting, 2004–2011.

Changes in length of stay (in days) and spending (in 2011 dollars) were estimated using a 20% sample of Medicare administrative claims from 2004 to 2011. We calculated the annual average length of stay and inflation-adjusted Medicare payments for all hospitalized beneficiaries by setting in three categories: hospital, post-acute care facility (including skilled nursing facilities, inpatient rehabilitation facilities, and long-term care hospitals), and total. Because a small number of extremely long stays at skilled nursing facilities might bias our estimates, we excluded beneficiaries with post-acute care facility stays exceeding 100 days.

(New Engl J Med 377(1):4-6, 2017)



Lo scenario: aspetti demografici ed epidemiologici e le relative conseguenze sul piano economico e organizzativo.

Le modificazioni demografiche ed epidemiologiche (nel 2016 si sono registrati in Italia 142.000 decessi in più rispetto alle nascite) avrebbero invece dovuto determinare un atteggiamento di severa attenzione da parte della politica, se fosse davvero tesa a trovare risposte nei singoli settori della vita sociale, da quello previdenziale, ai servizi per la non autosufficienza, all'organizzazione delle città, aperta alle esigenze dei più deboli.

In particolare non si è percepito che i fenomeni demografici non fanno sconti e che quindi la realtà di oggi produrrà effetti nefasti sul futuro; infatti il numero così ridotto di nascite attuali produrrà una drastica, ulteriore compressione del numero dei figli generati in futuro.

**Secondo l'INPS la mancata attuazione dell'adeguamento pensionistico all'aumento della speranza di vita arriverà a costare fino al 2035 141 miliardi in più.
E' denaro sottratto ai servizi e quindi ad un equilibrio equo sul piano distributivo.**



La spesa previdenziale in Italia è percentualmente superiore a quella degli altri paesi europei. Così si penalizza la spesa sanitaria.

L'assoluta mancanza di interesse da parte della quota di popolazione che dovrebbe essere coinvolta nella costruzione di un futuro di protezione sociale. La debolezza estrema della rappresentanza degli interessi.

Non voglio fare l'ennesima revisione critica dell'attualità, ma l'indicazione di alcune premesse irrinunciabili per un buon funzionamento della rete dei servizi per l'anziano fragile.

E' onanistico continuare a parlare di integrazione socio-sanitaria, di omogeneità di servizi tra le regioni, di standard di fabbisogno per i servizi territoriali.

Dove i progressi sono avvenuti (pochi) sono frutto di movimenti non programmati ...

I costi sono sotto controllo (almeno se nessuno nasconde i debiti sotto il tappeto).

E' quindi possibile ragionare serenamente verso il futuro, anche tenendo conto che in alcune regioni l'equilibrio è stato raggiunto ... con spargimento di sangue.

Spese per Regione del Ssn per l'anno 2016 a confronto con il 2015 (milioni di euro)

Regione	2015		2016		Regione	2015		2016	
	Mln €	± anno prec. (%)	Mln €	± anno prec. (%)		Mln €	± anno prec. (%)	Mln €	± anno prec. (%)
Piemonte	8.328.241	0,1	8.455.850	-0,8	Marche	2.832.141	1,2	2.887.137	-0,6
V.Aosta	278.041	-4,6	277.644	-1,5	Lazio	11.161.138	0,3	11.169.476	0,9
Lombardia	18.737.811	2,9	18.788.179	-0,1	Abruzzo	2.474.383	2,6	2.513.128	-0,7
Pa Bolzano	1.163.510	1,9	1.201.879	2,6	Molise	624.209	-4,4	636.770	-3,0
Pa Trento	1.186.961	1,1	1.201.722	-1,4	Campania	10.268.560	1,8	10.461.047	0,6
Veneto	8.922.924	0,7	9.163.333	0,7	Puglia	7.399.440	2,1	7.505.759	0,4
Friuli V.G.	2.386.678	-4,2	2.409.797	-0,7	Basilicata	.091.370	2,5	1.092.391	-0,1
Liguria	3.280.702	0,9	3.279.422	0,1	Calabria	3.670.380	1,6	3.695.752	0,5
Emilia R.	8.686.309	0,2	8.738.410	1,6	Sicilia	8.997.305	1,0	9.143.125	0,1
Toscana	7.305.004	1,7	7.409.916	1,0	Sardegna	3.369.809	2,1	3.420.458	-0,2
Umbria	1.676.215	-0,3	1.717.609	1,0	Totale	111.907.131	11,1	115.168.803	0,3

(Il Sole 24 Ore Sanità, n. 25, 4-10 luglio 2017)

Le premesse culturali (e quindi politiche) per la costruzione di un sistema efficace ed efficiente

- La formazione degli operatori
- L'innovazione tecnologica
- Le disponibilità economiche
- La disponibilità di nuova forza lavoro (immigrazione)
- La disponibilità alla sperimentazione
- Cultura dell'innovazione radicale

La formazione

Medici, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, educatori, assistenti sociali (solo per citare le professioni più rappresentative) non apprendono la complessità della condizione di salute e malattia dell'anziano; continuano ad avvicinarlo con la tradizionale logica dell'approccio al singolo problema.

Il sistema McDonald's prevale nell'insegnamento, asservito alle logiche di servizi autoreferenziali, indipendenti dai risultati che riescono a produrre. Purtroppo manca la coscienza, conseguenza anch'essa di un'inadeguata formazione, di cercare una via personale nella cura degli altri e dell'universo, senza lasciarsi dominare delle mode o dalle pressioni economiche.

Qualcuno sostiene che le modificazioni demografiche ed epidemiologiche sono state così rapide da giustificare la lentezza con la quale l'apparato della formazione si è andato adeguando alle novità. Questa interpretazione dimentica di confrontare la lentezza dei cambiamenti in questo campo con la velocità con la quale la grande massa dei cittadini ha imparato a gestire le nuove ICT. Perché allora il drammatico ritardo a livello formativo e dell'organizzazione sociale nei settori della sanità e dell'assistenza? Forse vi è nell'inconscio collettivo il timore di affrontare problemi troppo grandi per le attuali nostre capacità conoscitive?

La tecnologia

Nei prossimi anni vi sarà anche un aumento forte dell'innovazione tecnologica, che offrirà enormi potenzialità di crescita dell'economia, a cominciare dall'intelligenza artificiale e dalla robotica.

Il progresso in questo campo imporrà una profonda ristrutturazione dell'organizzazione sociale e del mondo produttivo, perché si possa continuare a creare lavoro. La crisi dovrà essere controllata per evitare fenomeni sociali sconvolgenti; il settore della cura delle persone anziane fragili potrebbe giocare un ruolo di rilievo, perché in questo ambito la robotizzazione comporta una riduzione del lavoro inferiore rispetto ad altre aree della vita collettiva.

Una cultura della sperimentazione, superando qualsiasi conservatorismo ideologico e pratico. Chiunque pensa di conoscere le speranze e le attese degli anziani tra dieci anni è un illuso, un ignorante o è in malafede. Il tutto richiede una capacità di lettura sul piano delle dinamiche sociali, culturali, organizzative, psicologiche; oggi tecnicamente chiamiamo questo impegno di conoscenza “valutazione multidimensionale”, definizione che resta ancora valida, purché sia attenta alle modificazioni del bisogno reale. La sperimentazione comporta sempre la misura dei risultati; anche a questo proposito è necessaria l'identificazione di sistemi di misura che non sono quelli tradizionali, adottati negli anni scorsi per analizzare l'efficacia di un farmaco. Qual è, ad esempio, il risultato clinicamente rilevante di un servizio di cure post acute rivolto ad una persona affetta da demenza? Certamente una parte dell'analisi va condotta utilizzando gli strumenti tradizionali (mantenimento della funzione, cognitività, tono dell'umore, disturbi comportamentali, etc.); è però necessario identificare anche le ricadute dell'intervento sulla qualità della vita dell'ammalato, sulle dinamiche familiari, sui rapporti all'interno delle micro comunità. Solo così si comprende il bene sociale (il valore) indotto da un determinato intervento.

Le prospettive in ambito economico.
L'insostenibilità da parte del sistema pubblico di
aumenti significativi delle spese.
Le difficoltà delle famiglie che si aggravano.
L'inadeguata proposta del sistema assicurativo.

Alcune prospettive innovative

- servizi a basso costo come la residenzialità leggera e le case famiglia (preservando la qualità... un'utopia?)
- i villaggi Alzheimer
- i diversi esempi di welfare aziendale
- le assicurazioni private
- continuazione della produttività tra i 65 e 75 anni (considerando una valorizzazione di 5000 euro per ogni anno di attività si ottiene un prodotto di 33.4 miliardi)

**Il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme
Sanitarie Integrative, nella prospettiva
di un Secondo Pilastro in Sanità.**



2017

in collaborazione con il
CENSIS

La scienza medica è in continuo progresso, al pari dei molti altri ambiti delle conoscenze che discendono dal progresso scientifico e tecnologico.

A questo avanzamento deve corrispondere un miglioramento della capacità di relazione e di vita condivisa tra le persone. Le conoscenze si accumulano e le capacità operative aumentano in modo esponenziale: di conseguenza aumenta il bisogno di collaborazione, di condivisione, di supporto ai più fragili. Solo così si evita che il futuro sia un deserto popolato di macchine.

Più la società (e la medicina) si sviluppano, più è necessaria la coesione, che si fonda sull'attenzione, l'ascolto, l'accoglienza ed una sapienza cumulativa che deve essere trasmessa tra le generazioni.



The Long View of Long-Term Care: Our Personal Take on Progress, Pitfalls, and Possibilities.

Kane RL, Kane RA

J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2400-6.

As the two of us reach an age at which the chances of our needing LTC are real, we selfishly hope that the work we have done will make things better for all of us. We have come a long way since the year of our graduation, but the task remains unfinished.

La prevenzione e le sue incertezze:

l'esempio della demenza.

Ma ancora non sono chiari l'efficacia degli interventi e il rapporto costo beneficio.

Nine factors that contribute to the risk of dementia

1. Mid-life hearing loss - responsible for 9% of the risk
2. Failing to complete secondary education - 8%
3. Smoking - 5%
4. Failing to seek early treatment for depression - 4%
5. Physical inactivity - 3%
6. Social isolation - 2%
7. High blood pressure - 2%
8. Obesity - 1%
9. Type 2 diabetes - 1%



Opera di MAURIZIO CATTELAN per Alzheimer Fest

Alzheimer Fest

Gavirate, 1-3 settembre 2017

www.alzheimerfest.it





**L'Alzheimer Fest come Marco Cavallo.
Un'idea radicalmente nuova per guardare alla
malattia demenza e quindi per progettare servizi
radicalmente innovativi.
Abbandonare una strada impone però sempre di
correre alcuni rischi...**

Si iniziano a vedere alcuni segnali di cambiamento nell'organizzazione dei servizi per l'anziano? E' certamente finita l'era delle scelte imposte dall'alto (anche se qua e là vi sono i segni della conservazione!).

Il mix (non sempre pacifico) tra tecnologia in espansione e nuovi paradigmi sociali (condivisione, collaborazione, coprogettazione) permetterà di cogliere i nuovi bisogni innovando i processi delle risposte e quindi -si spera- anche i risultati.