



Associazione di promozione sociale

Iscritta all'Albo della Regione Liguria

DIALOGO SULLA VECCHIAIA DEL TERZO MILLENNIO

6 novembre 2015 ore 16

Piccolo auditorium G.B. Campodonico

LAVAGNA (GE)

I VECCHI CRESCONO IN FRETTA ...

Il vecchio Tigullio

Paolo Cavagnaro

Alcune riflessioni

1. Scenari demografici
2. «Complessità» del paziente geriatrico
3. Quali risposte nel Tigullio



1.Scenari demografici

IN FONDO SIAMO
UNA RISORSA
PER LA SOCIETA'.
E' LA SOCIETA' CHE
NON E' UNA
RISORSA PER NOI.



L'invecchiamento nel contesto europeo

Nel 2010 l'Italia è
al secondo posto
fra i Paesi UE27

in termini di
incidenza degli
anziani sulla
popolazione
attiva

Nel 2030 l'Italia
continuerà ad essere
uno dei Paesi a più
alta incidenza della
popolazione anziana
sulla popolazione
attiva, superata
soltanto da Germania
e Finlandia

Invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno demografico che interessa l'intera popolazione mondiale ed in particolare i paesi industrializzati. **Questo fenomeno risulta particolarmente evidente in Italia, dove nei prossimi quarant'anni la popolazione ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente**

e in Liguria è già oggi al 28%

Situazione demografica in Italia

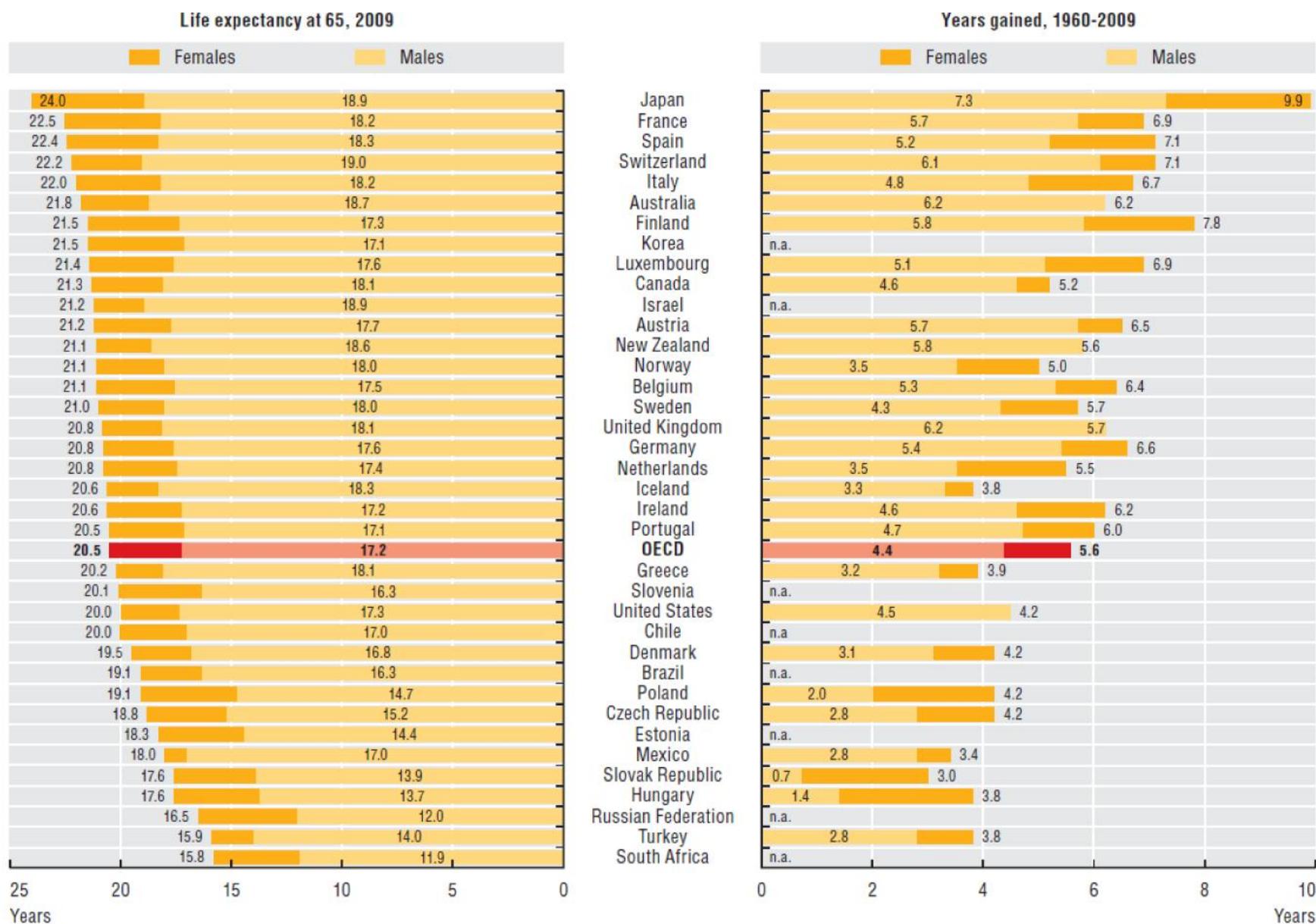
**Classe di età > 65 anni
passerà dall'attuale 20%
al 26% nel 2030, con un
aumento in termini
assoluti di circa 4 milioni
di unità**

**La classe di età > 85 anni
raddoppierà passando
dall'attuale 2,8% al 4,5%,
raggiungendo nel 2030
circa i 3.000.000 di unità**

II VECCHIO TIGULLIO

ASL 4 Chiavarese classi d'età	0-14	15-64	65-74	75-84	=>85	TOTALE	>= 65 aa.
Popolazione Residente al 1° gennaio 2015	16.854	88.470	18.667	16.007	7.297	147.295	41.971
% su totale popolazione	11,4	60,1	12,7	10,9	5,0	100	28,49

8.1.1 Life expectancy at age 65, 2009 and years gained since 1960 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011 and national sources for the Russian Federation, South Africa and Brazil.

Descrizione popolazione ASL 4 Chiavarese

COMUNI	Indice di invecchiamento %	Indice di vecchiaia %	Grandi vecchi %	Stranieri residenti %	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di ricambio della popolazione attiva	Tasso natalità ‰	
							totale	Stranieri residenti
BORZONASCA	31,3	358,6	5,5	10,41	138,2	164,0	7,50	21,19
CARASCO	19,1	126,7	2,3	8,22	119,3	124,8	10,49	26,85
CARRO	43,2	784,8	8,0	1,17	172,6	316,7	1,67	0,00
CASARZA LIGURE	20,2	151,6	2,3	4,48	125,4	153,1	10,23	20,13
CASTIGLIONE CHIAVARESE	25,5	207,4	4,5	7,66	143,2	178,7	7,84	15,75
CHIAVARI	28,4	253,7	4,9	6,01	149,6	161,2	7,16	15,02
CICAGNA	24,6	190,9	3,5	8,72	131,5	129,0	11,43	26,20
COGORNO	22,7	167,4	2,7	3,05	141,6	145,6	8,86	23,26
COREGLIA LIGURE	24,4	212,9	4,1	1,48	140,3	123,1	0,00	0,00
FAVALE DI MALVARO	27,0	242,1	6,7	9,00	129,0	89,7	3,91	21,74
LAVAGNA	30,0	279,8	5,2	4,56	155,2	178,9	6,70	5,06
LEIVI	23,7	187,9	3,1	3,22	155,9	176,6	9,75	13,16
LORSICA	33,9	325,9	3,5	3,66	162,7	240,0	11,56	105,26
MAISSANA	39,0	423,4	5,5	3,88	176,9	533,3	10,07	0,00
MEZZANEGO	22,0	168,1	2,9	17,14	112,2	107,1	9,83	17,92
MOCONESI	24,9	193,8	2,0	9,17	128,1	125,4	8,04	27,89
MONEGLIA	31,6	342,8	5,0	4,85	154,6	205,9	7,67	21,58
NE	25,2	221,6	3,8	7,72	150,2	170,7	10,01	37,84
NEIRONE	28,9	291,7	6,4	3,41	167,9	238,7	12,40	0,00
ORERO	28,7	277,8	3,4	4,93	134,8	342,9	3,28	0,00
PORTOFINO	33,0	380,5	4,7	8,46	157,9	205,9	8,46	0,00
RAPALLO	26,5	236,5	4,2	8,57	138,4	163,0	7,23	20,52
REZZOAGLIO	42,8	788,3	8,4	1,54	196,9	531,6	3,62	0,00
SAN COLOMBANO CERTENOLI	22,6	182,4	3,3	4,99	136,7	160,3	6,00	15,04
SANTA MARGHERITA LIG.	31,0	296,6	4,9	5,73	162,7	185,4	6,32	12,26
SANTO STEFANO D'AVETO	33,8	427,6	5,6	2,91	141,5	164,6	8,88	0,00
SESTRI LEVANTE	29,8	280,8	5,0	4,26	146,6	184,8	6,68	22,56
TRIBOGNA	26,2	214,5	3,5	4,50	152,0	164,3	8,04	0,00
VARESE LIGURE	37,1	484,2	7,4	2,74	168,5	292,6	6,49	0,00
ZOAGLI	29,4	310,2	5,5	4,98	169,5	182,5	8,55	23,44
ASL4 Chiavarese Totale	27,8	248,4	4,5	6,12	144,9	169,0	7,52	18,46
LIGURIA	26,8	234,6	3,9	7,08	141,7	174,8	7,63	15,70
ITALIA	20,2	144,0	2,6	7,02	113,1	124,3	9,43	17,94

2. «Complessità» del paziente geriatrico

ESSENDO
MALATO, VORREI
ESSERE CURATO.

LA PIANTI DI FARE
IL DON CHISCIOTTE
E TORNARE CON
I PIEDI PER TERRA.



Il paziente geriatrico

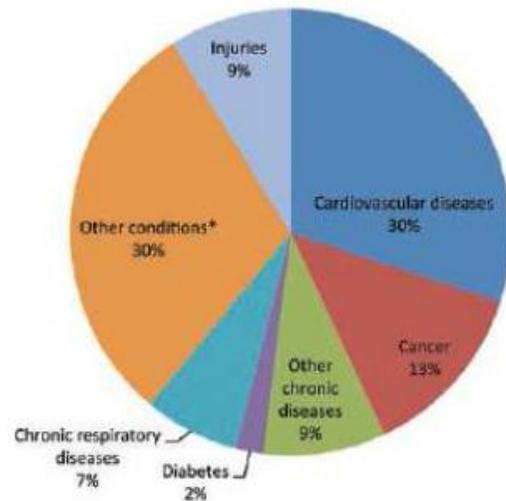
1. Il fattore invecchiamento
2. Il fattore multipatologia (spesso croniche)
3. Il fattore polifarmacoterapia
4. Il fattore psicodinamica
5. Il fattore funzionale
6. Il fattore psico-affettivo e sociale

Il fattore multipatologia (spesso croniche)

L'invecchiamento demografico comporta un aumento significativo del numero di persone affette da patologie croniche come malattie cardiovascolari, demenza, osteoporosi, diabete e bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); queste patologie presentano inevitabilmente un aumento di prevalenza all'aumento dell'età ed incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità dell'anziano

Transizione epidemiologica ed Economic Burden of Diseases

NEL MONDO:



Non Communicable Diseases constitute more than 60% of deaths worldwide (Bloom 2011)

LE PATOLOGIE CRONICHE: QUANTO INCIDONO SUL PIL?

- Si stima che il costo delle patologie croniche e dei loro fattori di rischio incida sul PIL di una nazione tra lo 0.02 % e il 6.77% (Oxford Health Alliance, *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention 2005*)
- Si ritiene che nei prossimi vent'anni il costo delle patologie croniche superi i 38 trilioni di dollari (48% del PIL globale nel 2010) (World Economic Forum and Harvard School of Public Health, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases 2011*)

IN ITALIA:

•**38,6%** dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche

•**20,1%** ha almeno due patologie croniche e tra gli **over 75** la percentuale tocca il **68,2%** dei "grandi vecchi"

Fonte ISTAT 2011. Annuario Statistico Italiano 2011



COMMITTED TO
IMPROVING THE STATE
OF THE WORLD

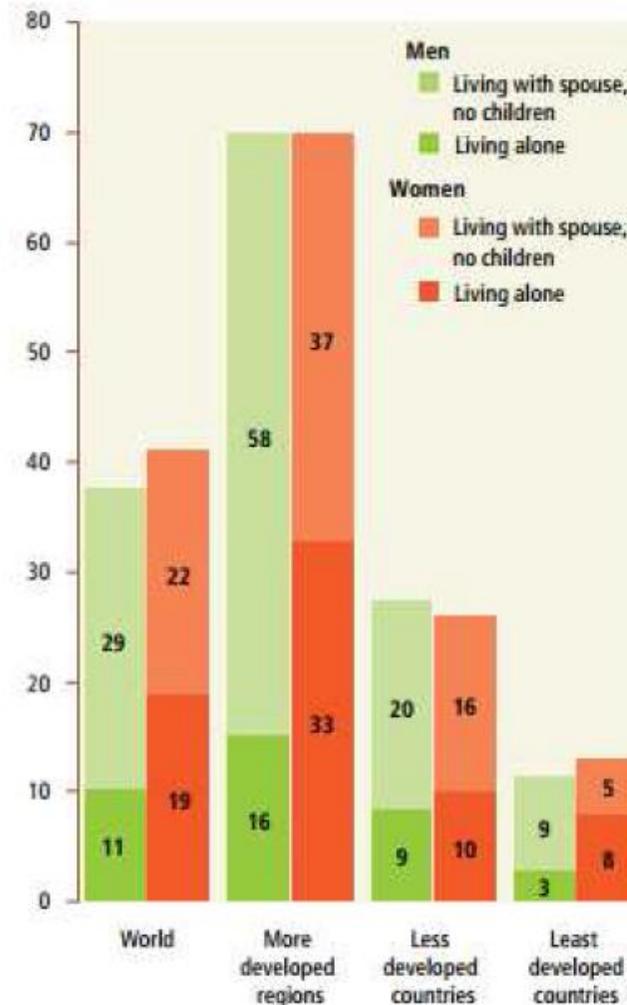
A livello mondiale, si stima che il **40 %** delle **persone anziane vive da sola**.

Circa $\frac{3}{4}$ della popolazione anziana nei Paesi maggiormente sviluppati vive da sola, rispetto ad $\frac{1}{4}$ nei Paesi meno sviluppati.

In **Italia** oltre un anziano su quattro, ossia il **27,1 %** degli **over 65 vive da solo**. Tra le donne il dato è pari al 36,9 %.

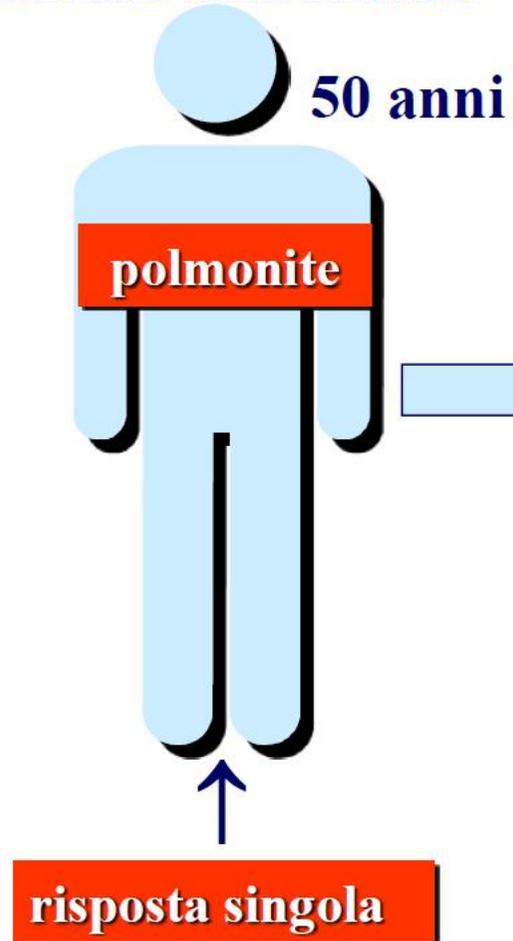
“The predominance of independent living among older persons is likely to increase as the world’s population continues to age”.

Percentage of population aged 60 or over living independently

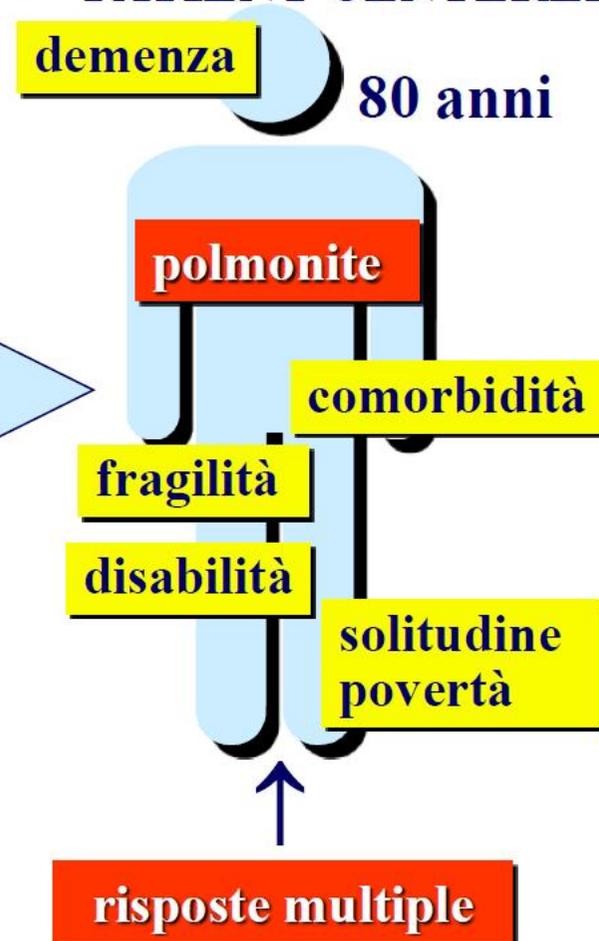


Fonte: Population Ageing and Development 2012, disponibile in:
http://www.un.org/esa/population/publications/2012WorldPopAgeingDev_Chart/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf;
<http://www.italiachiamaitalia.net/news/121/ARTICLE/20721/2010-03-16.html>.

**Medicina
“DISEASE CENTERED”**



**Medicina
“PATIENT CENTERED”**



Nell'interdisciplinarietà ogni figura porta il proprio sapere, la propria competenza, il proprio spaccato di realtà al gruppo permettendo l'apertura a punti di vista differenti, l'integrazione delle conoscenze e la condivisione di strategie verso il paziente

(Sara Morghen et al. Psicogeriatrica 2011, 2 supplemento)



ottica multidisciplinare



ottica interdisciplinare



Cambio di paradigma

	Patologia acuta	Patologia cronica
Esordio	Improvviso	Subdolo
Decorso	Intervallo di tempo definito	Lento, progressivo, mutevole
Causa	Individuabile in maniera univoca	Molteplici e aspecifiche
Diagnosi e prognosi	Solitamente accurate	Diagnosi incerta e prognosi ignota
Trattamento e cura	Limitato nel tempo, ma efficace. Possibilità di risoluzione completa	Duraturo e personalizzato. Non esiste risoluzione completa
Tipo di assistenza	Di primo livello anche se spesso di secondo livello	Quasi sempre di primo livello
Evoluzione	Guarigione, sequele, morte	Ingravescente, con complicanze e recrudescenze, non guarigione, morte
Follow-up	Tempo limitato definito	Necessario e periodico
Ruolo del paziente	Inconsapevole, responsabilità «Passivo» tranne nelle fasi di rilascio del consenso informato e della <i>compliance</i> terapeutica	Consapevole, responsabilità «Attivo»
Comorbidità	Rare	Probabili acute o croniche
Carattere	Minima incertezza	Incertezza pervasiva

Time for a Paradigm Shift?



Cambio di paradigma

Condizione

ACUZIE

«QUI ED ORA» IN RISPOSTA AD
INSORGENZA DI NECESSITA
SPECIFICA

Ruolo assistito

RIDOTTO E PASSIVO

Paradigma

CRONICITA'

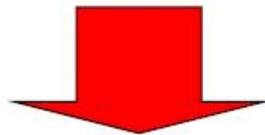
«CON CONTINUITA' IN PIANO
DI ASSISTENZA» CON
INTEGRAZIONE PRE-DEFINITA
INTERVENTI SU BISOGNI
VALUTATI ANTICIPATAMENTE

RILEVANTE ED
ATTIVO

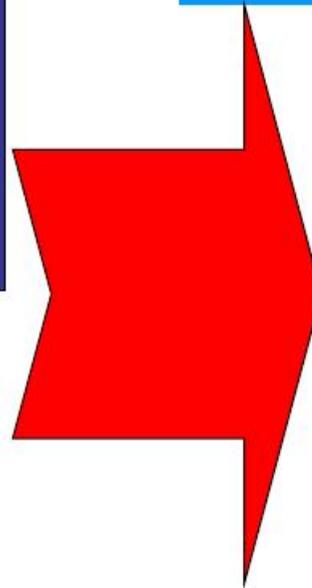


Il passaggio dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità implica che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria sviluppi elementi che facilitino l'**integrazione** dei servizi sul paziente, **alleato** e volano del sistema, determinando trattamenti coordinati e continui nel tempo, orientati al soddisfacimento di **bisogni di salute** individuali e complessi.

**Cambiamenti nella
struttura della
Popolazione (+ anziani,
= + ammalati)**

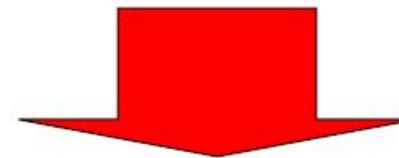


**Cambiamenti nella
Epidemiologia delle
Malattie (+ patologie
cronico-degenerative)**

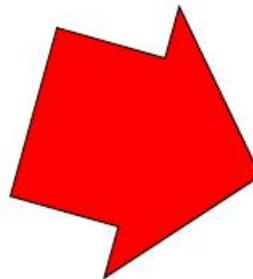


**La medicina del
presente/futuro**

**Variazione delle situazioni
di complessità nel
Singolo paziente**



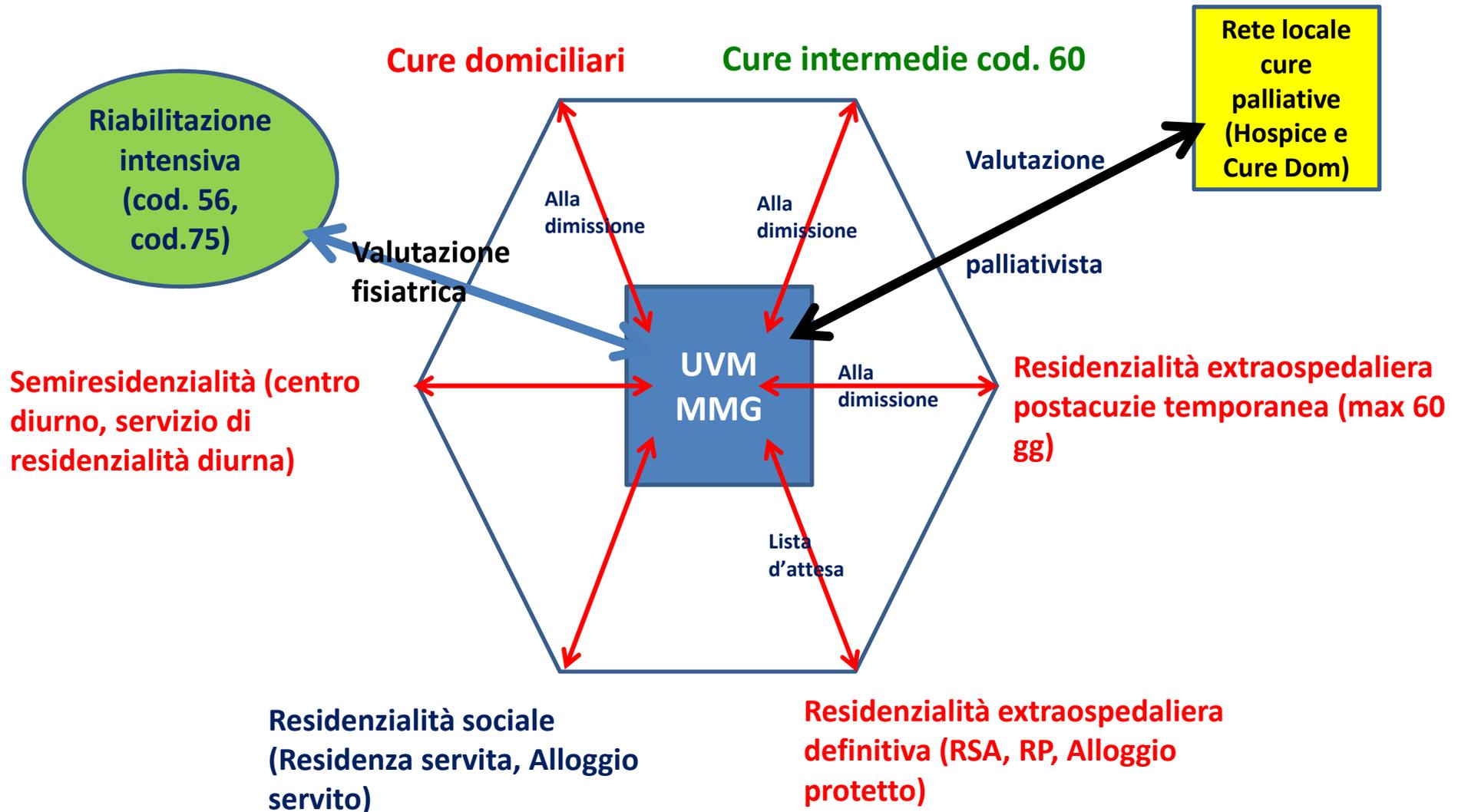
**Revisione delle
Modalità
assistenziali**



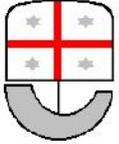
3. Quali risposte nel Tigullio



Governo dei percorsi per il paziente geriatrico nel Tigullio



Il futuro prossimo.....

SCHEMA N.....NP/6896 DEL PROT. ANNO.....2015		REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Pianificazione e Programmazione delle Politiche Sociali Integrate - Servizio
OGGETTO : APPROVAZIONE DI INDIRIZZI VINCOLANTI IN MATERIA DI POLITICHE PER LE PERSONE ANZIANE, CONTRASTO ALLA VIOLENZA E CONTRASTO AL DISAGIO E GRAVE EMARGINAZIONE		
DELIBERAZIONE	N. 514 <small>del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA</small>	IN DATA 27/03/2015
LA GIUNTA REGIONALE		

Lo schema sottostante rappresenta una primo step nel processo di sviluppo e innovazione del sistema residenziale e semiresidenziale per gli anziani che rappresenta un'indicazione di massima che attraverso il gruppo di lavoro tecnico regionale dovrà essere perfezionato ed integrato

«Senectus ipsa morbus est»
(Terenzio 195-159 A.C.)



Direi di no!!!!!!



**Grazie
per l'attenzione**