



Le cure integrate del paziente anziano – la strategia dell'OMS e aspetti nuovi in medicina di famiglia

Curare una persona con una malattia cronica è un compito difficile. Ancora di più se si tratta del proprio padre, della madre, del marito o di un altro caro. La persona cambia atteggiamento, aumentano i bisogni, le attività di tutti i giorni diventano una sfida. Chi cura una persona bisognosa deve adattare i propri ritmi di lavoro e di vita. In un quadro di malattie croniche, il decorso tende a peggiorare e si aggiungono ulteriori sfide. La difficoltà a vestirsi, ad andare in bagno da soli, il rischio di caduta, non essere più in grado di cucinare da soli, tutte attività queste ultime che diamo per scontato e che rendono possibile una vita autonoma. Tanti familiari e curanti (“caregiver”) si vedono costretti, quando l’avanzare dell’età e delle malattie inizia a limitare proprio quest’autonomia che rende possibile una vita al proprio domicilio, a sistemare il proprio caro in una casa di cura. Un quadro clinico complesso aumenta il bisogno di cure specifiche e mirate. Ma in una realtà dove i posti

in casa per anziani sono limitati e, diciamo, un ricovero diventa un trauma per sia il paziente, sia per i familiari, diventa molto importante poter creare una rete di professionisti che si occupa non solo della cura al paziente, ma anche del sostegno ai familiari.

Le cure integrate

Esistono diverse definizioni e modelli di cure integrate. Certi modelli si basano sulle cure integrate a livello individuale, altri modelli si concentrano su diversi gruppi di diagnosi o gruppi di pazienti. In generale, l’obiettivo delle cure integrate è quello di ottimizzare la rete di cura non solo a livello terapeutico, ma anche a livello d’integrazione nel sistema sanitario e nella comunità. Che il modello si chiami *Case Management*, *Piano di cure individuali*, *Patient-centered*, *Chronic Care Model*, *Modello di cure integrate per pazienti anziani e fragili* oppure *Modello di cure integrate per malattie specifiche*, in ogni caso si tratta sempre di ottimizzare il coordinamento della rete di cure intorno al paziente.

La strategia dell’Organizzazione Mondiale della Salute (OMS)

Dopo i 60 anni iniziano a manifestarsi delle patologie quali il peggioramento della vista, dell’udito e della mobilità. A questo quadro si aggiungono delle malattie come la demenza, le malattie cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, ecc.), le malattie respiratorie, il diabete e le malattie dell’apparato muscoloscheletrico (artrosi, lombalgie, ecc). Nel 2015, l’Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha pubblicato un rapporto sull’**“Healthy Ageing”** ossia

Redatto da:
Mirjam Rodella Sapia
Dr. med., med. dent., MPH
Spec. FMH Medicina interna generale
SQIL-Certificate Harvard Medical School

sull’**“Invecchiamento sano”**. L’obiettivo dell’*Healthy Ageing* è quello di *“sviluppare e di mantenere le abilità funzionali che permettono il benessere”*. Le **abilità funzionali** sono definite come *“attributi dipendenti dalla salute che permettono alla persona di essere e di fare ciò che ritiene di valore”*. La **capacità intrinseca** invece è definita come *“un insieme di capacità fisiche e mentali sulle quali si può basare la persona”*. L’obiettivo dell’*Healthy Ageing* descritto nel rapporto dell’OMS è quindi di mantenere le abilità funzionali e le capacità intrinseche attraverso le diverse fasi della vita (*“Life Course”*).

I professionisti della salute in un ambito clinico sono in grado di identificare precocemente un peggioramento delle capacità fisiche e mentali e di iniziare un trattamento. Al contrario, le abilità intrinseche come ad esempio la forza muscolare e la velocità d’andatura, non vengono misurate nei controlli di routine. Un peggioramento di queste abilità viene quindi identificato solo tardivamente. Spesso i professionisti curanti non dispongono dell’istruzione sufficiente per svolgere questi esami diagnostici. Il rapporto dell’OMS propone quindi delle linee guida proprio su come migliorare l’approccio a livello di medicina comunitaria e di intervenire a livello della medicina di base per prevenire il declino di queste capacità. Le raccomandazioni dell’OMS raggruppate nel documento *Integrated Care for Older People (ICOPE)* affronta proprio questi bisogni.

Le linee guida di ICOPE sono state elaborate sull’evidenza scientifica e sono divise in tre moduli:

- Declino delle capacità intrinseche, incluso la perdita della mobilità, malnutrizione, peggioramento della vista e dell'udito, declino cognitivo e segni di depressione

Modulo II

- Sindrome geriatrica associata ad una dipendenza dalle cure, incontinenza urinaria e rischio di caduta

Modulo III

- Sostegno per i curanti ("caregiver"): Interventi per sostenere i "caregiver" per evitare un esaurimento.

L'OMS ha creato delle raccomandazioni su come gestire il declino delle capacità intrinseche dalle persone anziane:

Migliorare le funzioni muscoloscheletriche, la mobilità e la vitalità

1. Esercizi fisici incluso l'allenamento progressivo della forza muscolare
2. Supplementi nutritivi orali su consiglio dietetico

Mantenere le funzioni sensorie

3. "Screening" regolare della vista
4. "Screening" dell'udito e applicazione di un apparecchio uditivo se necessario

Prevenire il declino cognitivo e promuovere il benessere psicologico

5. Stimolazione cognitiva
6. Intervenzioni a livello psicologico in caso di sintomi di depressione

Gestire le malattie legate all'età come ad esempio l'incontinenza urinaria

7. Svuotamento regolare della vescica urinaria
8. Esercizi di rinforzo della muscolatura pelvica

Prevenire le cadute

9. Controlli regolari della terapia farmacologica
10. Esercizi fisici per mantenere l'equilibrio e la forza muscolare
11. Riduzione dei rischi e delle barriere architettoniche
12. Intervenzioni multifattoriali a livello individuale per ridurre il rischio di cadute

Sostegno per i familiari e caregiver



13. Sostegno psicologico

Le cure integrate in medicina di famiglia

Spesso, il medico di famiglia è la prima persona di riferimento quando si tratta di cercare un buon parere. Un colloquio iniziale che approfondisce diversi aspetti clinici e della vita quotidiana, una valutazione clinica, un esame di laboratorio e un esame delle funzioni cognitive ("Mini Mental Status" oppure "MoCA Test") fanno parte di una valutazione soggettiva e obiettiva di base. La presenza di un familiare e/o "caregiver" può essere d'aiuto per definire i bisogni effettivi del paziente. Il medico curante prescrive in seguito le terapie necessarie a livello medicamentoso e non medicamentoso (cure infermieristiche a domicilio, fisioterapia, ergoterapia, pasti a domicilio). I dati degli esami rilevati da altri professionisti coinvolti fungono da base per poter definire gli obiettivi del progresso terapeutico nel tempo. Spesso, la trasmissione di questi dati si rivela difficile. Così, anche se tutti i coinvolti fanno la loro parte, il medico di famiglia non è sempre al corrente dei cambiamenti dello stato di salute. Nel sistema attuale non vi è sempre uno scambio ottimale di informazioni tra il caregiver, il medico di famiglia e gli altri professionisti.



La rete curativa interdisciplinare che rappresenta la base delle cure integrate si unisce al sistema sanitario. La collaborazione con il sistema secondario (consulti specialistici) e terziario (ospedali) dev'essere altrettanto pianificato e coordinato per ridurre gli ostacoli nella presa a carico ottimale del paziente.

Negli Stati Uniti, i pazienti polimorbidi e ad alto rischio di complicazioni sono seguiti da un coordinatore di cure ambulatoriali ("ambulatory care coordinator"). Questo significa che un paziente affetto da diabete, da dolori cronici o con una car-

diopatia invalidante viene attribuito ad un coordinatore/trice che si occupa del coordinamento delle cure come ad esempio la prescrizione di fisioterapia, oppure il controllo annuo dall'oftalmologo.

In Ticino nel 2019 si sono diplomate le prime assistenti di studio medico che hanno conseguito questo nuovo diploma di coordinatrice ambulatoriale clinica. Ora, il compito della medicina primaria ossia degli studi di medicina di famiglia sarà quello di integrare questa nuova funzione professionale come figura centrale nella presa a carico del paziente cronico e polimorbido. La coordinatrice ambulatoriale clinica affianca il paziente e il suo caregiver più stretto. Il suo compito consisterà nel coordinamento dei diversi professionisti coinvolti nella cura del paziente, si occuperà della raccolta dati delle valutazioni cliniche all'inizio e a momenti definiti del percorso terapeutico per poter tracciare i risultati ottenuti. Dall'altro lato assicurerà la comunicazione tra le diverse figure professionali. La gestione delle informazioni, la comunicazione e l'analisi dei dati avverrà su una piattaforma elettronica, accessibile non solo ai professionisti, ma anche ai familiari.

Lo sviluppo e l'implementazione delle cure integrate, coordinate dalla nuova figura di coordinatrice clinica ambulatoriale, sono quindi di fondamentale importanza per ottimizzare la presa a carico del paziente anziano. In questo modo si può consentire al paziente di mantenere una vita autonoma, ridurre le complicazioni di malattie preesistenti e ridurre le ospedalizzazioni. Ciò aumenta inoltre la qualità di vita del paziente e riduce i costi al sistema sanitario.

Referenze:

Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC- SA 3.0 IGO.
Integrated care for older people (ICOPE) – Guidelines on community-level interventions to manage declines of intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.