



Volti e Storie di Fragilità: Un approccio alla complessità della Persona

Dott. Pasquale Ragone
Medico di Medicina Generale
Presidente Cooperativa Ippocrate
9 Febbraio 2018





*Forgione Maria Grazia
nata a Torrecuso (BN) il 21 Luglio 1914
(probabile parente di Padre Pio)*

La Vostra **Opera** e il Vostro **Impegno!**

Incontri di formazione per Operatori
Pastorali al servizio della *fragilità*.



La Vostra **Opera** e il Vostro **Impegno!**

La comunità cristiana da sempre esprime il suo impegno a «*visitare gli ammalati*», «*consolare gli afflitti*», e nelle nostre Parrocchie esistono numerose esperienze che mostrano una Chiesa maternamente presente nei luoghi della sofferenza, per esprimere **vicinanza e sostegno** a quanti vivono un tempo di dolore.

Sosteniamo
chi ha bisogno
di noi



La Vostra **Opera** e il Vostro **Impegno!**

In questo ambito si inseriscono quegli operatori pastorali che a nome della propria comunità in stretta collaborazione con il Parroco svolgono tale Servizio: questo è il ***Ministero della Consolazione.***

Ma non sempre gli operatori pastorali sono formati all'incontro con i diversi aspetti della ***fragilità.***

Quali sono i diversi aspetti?

1. *Psicologico – Affettivo*
2. *Presenza di Malattia organica*
3. *Logistico - Burocratico*



LEGGE 833 DEL 1978

ISTITUZIONE DELLA FIGURA DEL M.M.G. CON RUOLO CENTRALE NELLA MEDICINA PUBBLICA

- ***COMPITI DI ASSISTENZA
PRIMARIA***
- ***DIAGNOSI E CURA***
- ***PREVENZIONE ED
EDUCAZIONE SANITARIA***



IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- Un **milione e mezzo** di cittadini italiani ogni giorno nei suoi studi
- Spesso il **primo** ad essere consultato per qualsiasi problema
- Unico Operatore Sanitario che viene a contatto con Paziente “non ancora affetto da malattie” (**Prevenzione**)
- Visite **domiciliari programmate** ai Pazienti Fragili “Anziani e/o Disabili”.



Il Medico di Famiglia viene contattato dal

**75% dei suoi
pazienti
in un anno**



**100% in
tre anni**

*Mediamente un assistito si
reca da lui 5 volte l'anno*

Dimensioni del Problema



Il contesto di riferimento: dati epidemiologici - fragilità

- ▶ Gli anziani (dai 65 anni in su) sono il 20,1% della popolazione, con un indice di vecchiaia* pari a 141,1
- ▶ L'indice di dipendenza** passerà dall'attuale 30,5% al 54,5% nel 2050
- ▶ In Lombardia il numero di persone con disabilità è stimato in circa 310.000, corrispondenti al 3,1% della popolazione residente, di cui circa 26.000 minori. Rispetto al totale delle persone con disabilità, il numero di persone con grave/gravissima disabilità è stimabile, sulla base dei dati INPS, in 37.825 di cui 4.831 minori.
- ▶ Gli utenti di servizi sociosanitari stanno diventando sempre più fragili e complessi. A titolo esemplificativo, si consideri che gli ospiti RSA sono circa 85.000, di cui:
 - ▶ il 70% sono persone affette da demenze, di cui il 36% con forme gravi di demenza
 - ▶ Il 7% sono persone affette da Alzheimer
 - ▶ L'1% sono stati vegetativi e persone affette da malattie del motoneurone (SLA, etc)
 - ▶ Il restante 22% sono anziani con diverso livello di fragilità, che confluiscono nella cosiddetta utenza tipica

Dal 2004 il numero di persone con forme gravi di demenza e con Alzheimer è aumentato in modo rilevante (oltre il 22%), passando da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer)

*L'indice di vecchiaia è il rapporto tra popolazione oltre i 65 anni e popolazione tra 0 – 14 anni

** L'indice di dipendenza è il rapporto tra anziani (over 65) e popolazione attiva (14-65 anni)

L' *allungamento* della Vita è accompagnato dalla *qualità* della Vita?

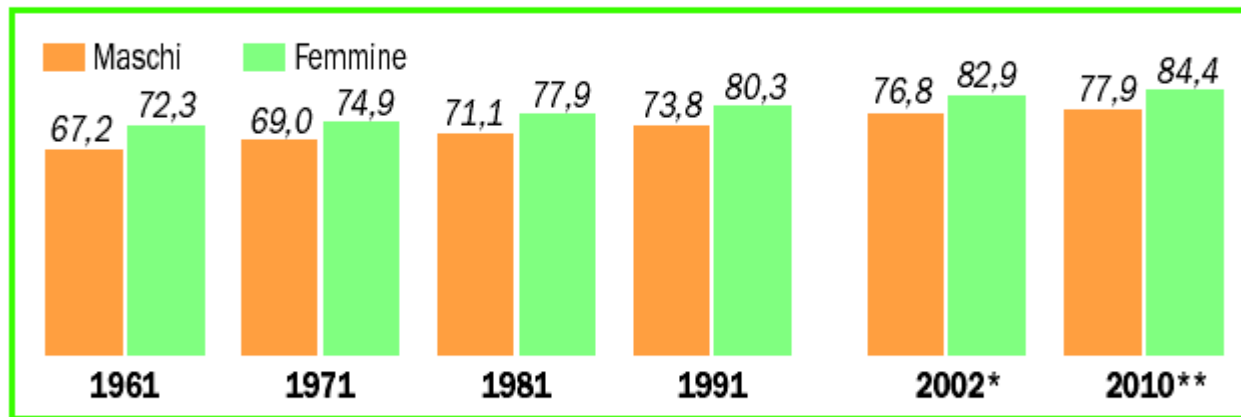


SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Speranza di vita alla nascita (vita media):
numero medio di anni di vita per un neonato

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA PER SESSO

Censimenti 1961-1991 e anni 2002 e 2010



* stime ** previsioni

POPOLAZIONE

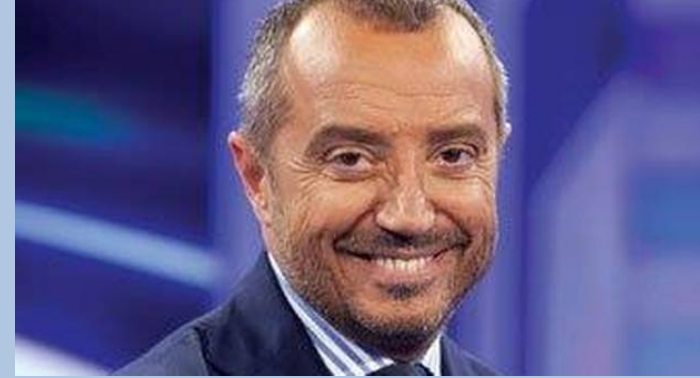
Dalla Rubrica di **Uno Mattina**
“Sarò franco”
di Franco Di Mare
del 30 Gennaio 2018

The Rai logo, consisting of the word "Rai" in a bold, blue, sans-serif font.

<http://www.raiplay.it/video/2018/01/Chi-vuol-esser-lieto-del-3012018-0e87122a-f4b5-40c1-ae2b-3578910ff545.html>

Ma chi è vecchio ?

Chi ha superato certi limiti di età ?



- **La vecchiaia NON può essere imprigionata anagraficamente tra due cifre**
 - **La vecchiaia va considerata in modo positivo come una vittoria e non come una sconfitta**
- **Vecchiaia come età delle modifiche e non delle perdite, come equilibrio tra ciò che viene meno e ciò che ancora può crescere**

Rai



*Gli ultra 65enni hanno un tasso di consultazione domiciliare mensile **otto volte** maggiore rispetto ai pazienti di età compresa fra i 15 ed i 60 anni.*

Rai



- Da fonte OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità):
fra due anni nel mondo ci saranno più ultrasessantenni
che bambini al di sotto di 5 Anni.

- Fra 30 anni nel 2050 nel mondo ci saranno 2 Miliardi
di Anziani sopra i 60 anni.

La cosa ci riguarda molto da vicino in quanto l'Italia è
seconda solo al Giappone per età media:

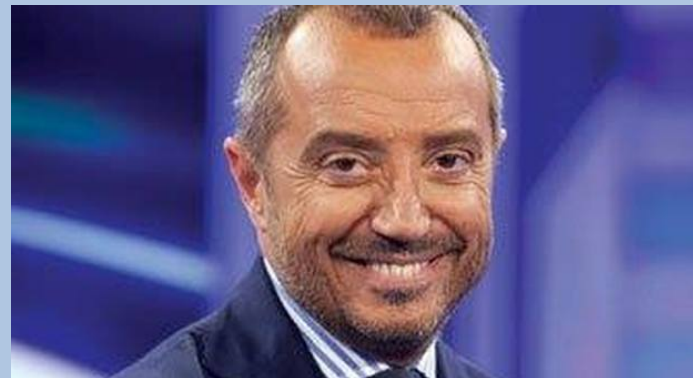
80 anni per gli Uomini, 84 anni per le Donne!



Aumenteranno i disturbi della Memoria, le Demenze Senili, i casi di Alzheimer e di Parkinson.

Nel frattempo una nota Casa farmaceutica ha ufficialmente comunicato di disinvestire nella ricerca farmacologica per queste malattie perché non redditizio!

Rai



Nel 2050 ci saranno milioni di ottuagenari, di cui
135 milioni affetti da demenza senile.

In Italia ce ne sono, oggi, un milione e
duecentomila che coinvolgono tre milioni tra
malati, familiari e badanti a cui si aggiungeranno,
dico io, le forze del volontariato da Voi
rappresentate!

Rai



Circa il 20% della popolazione ultrasessantacinquenne è in condizioni di non autosufficienza per motivi fisici, mentali o di entrambi i tipi: in metà dei casi la dipendenza da terzi è totale ed in un quarto dei casi esistono condizioni che renderebbero consigliabile *l'attivazione di Cure Domiciliari.*

Quali sono i diversi aspetti?



1. Psicologico – Affettivo

Aspetto Psicologico – Affettivo

Quale, secondo Voi, è la più grande sofferenza che affligge la persona fragile e che può aggravare la sua malattia organica sia nel peggioramento che nell'accentuazione dei sintomi?

La **SOLITUDINE!**

Aspetto Psicologico – Affettivo

*“Relazione d’aiuto, ascolto empatico,
comunicazione efficace nel tempo
della malattia e del lutto”*

Dott. Gaetano Malafronte

Dott.ssa Anna Paliotti

14 Dicembre 2017

Aspetto Psicologico – Affettivo

Non mi ci soffermo ma :

1. **Semplicità** di linguaggio
2. Parlare dei loro argomenti
3. Mai essere *avversivi o generici* sui loro problemi
4. **Empatia**
5. ...sicuramente la vostra pratica quotidiana supera tutti i «blablabla» dei “sacri testi”!

Quali sono i diversi aspetti?



2. Presenza di Malattia organica

Non meno del 90% degli ultrasessantacinquenni è affetto da una o più patologie, da cui conseguono sintomi, disabilità e necessità diagnostiche e terapeutiche più o meno continue.

Cosa potete fare Voi?

Due momenti di vostro coinvolgimento:

1. *Prevenzione*

2. Durante il *percorso terapeutico e della riabilitazione*

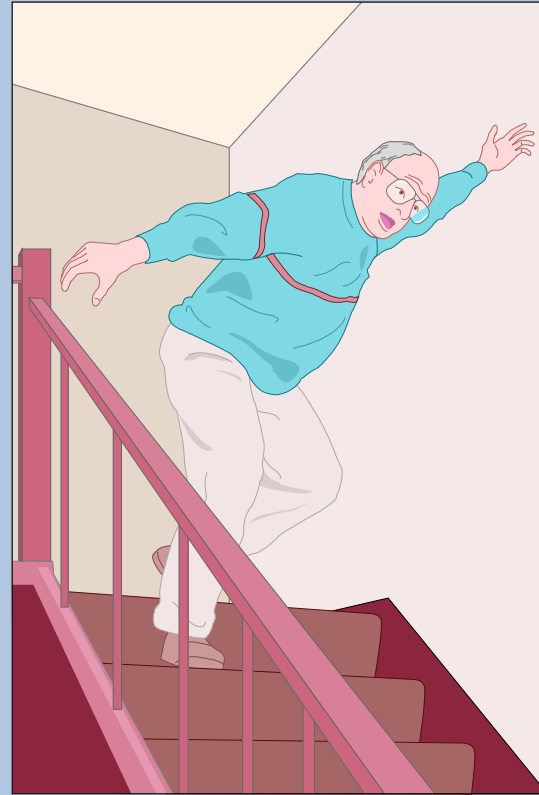
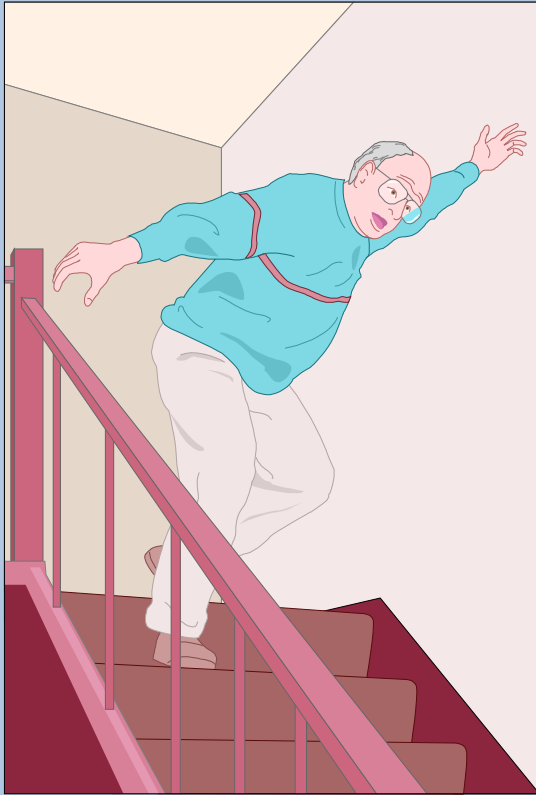


Esempio di Prevenzione per le Cadute dell'Anziano:



Caduta accidentale...





... o caduta non spiegata???

***Sincope, Demenza, “Capogiri”,
Ipotensione ortostatica, Aritmie ...***

Nell'anziano che cade:

- Cerca di capire perché
- Rivaluta la terapia farmacologica, in particolare quella attiva sul SNC e, se puoi, **sospendi** qualcosa
- Istruisci il personale infermieristico di riferimento, il caregiver o la persona che assiste il paziente sulla prevenzione delle cadute



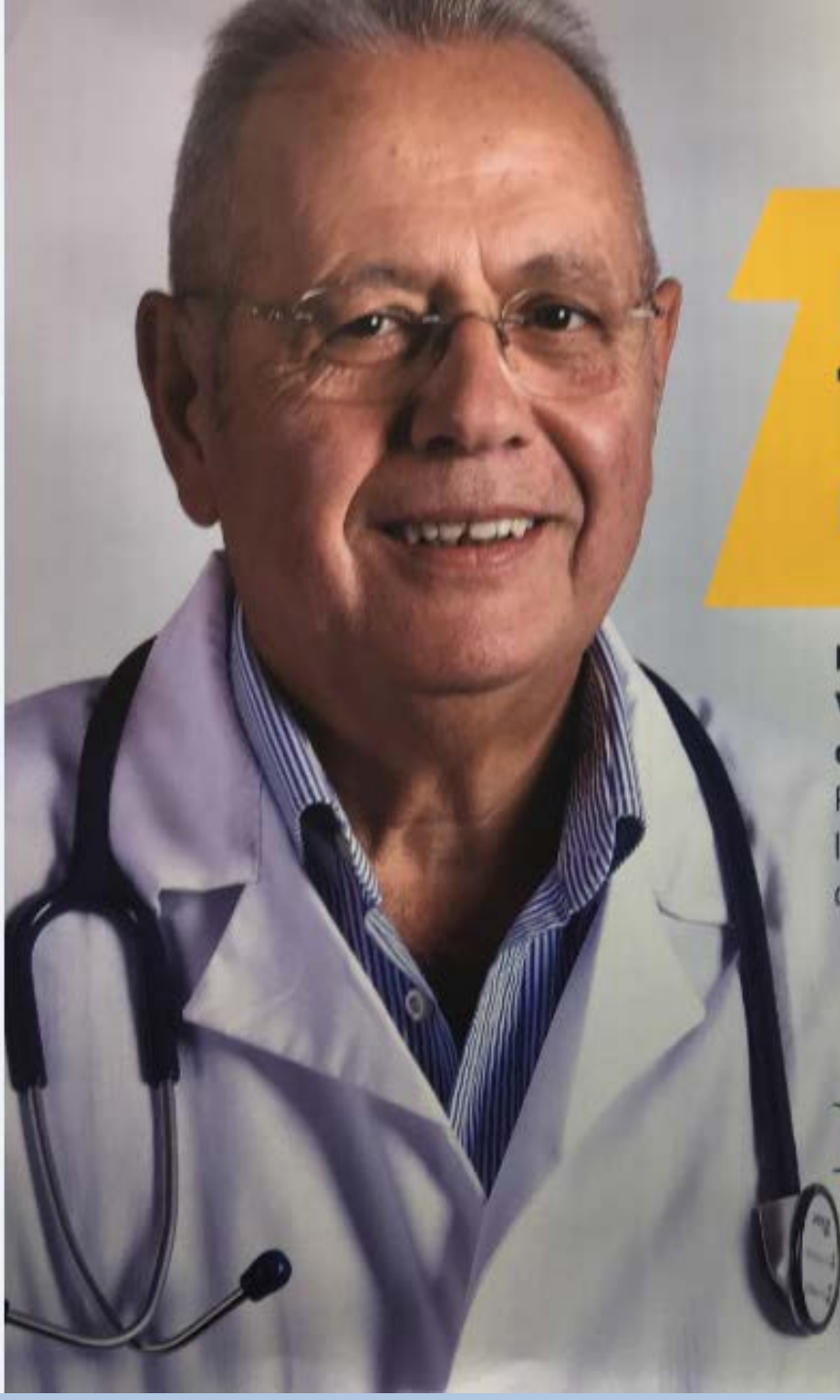
Esempio di prevenzione di malattie stagionali:

Nell'ambito delle
malattie infettive
uno strumento predominante
di **Prevenzione** è svolto dalle...

VACCINAZIONI!

Cicatrice da vaccino anti-vaiolo





IO CI METTO LA FACCIA TU USA LA TESTA!

Fai come me, vaccinati

Il vaccino è gratuito e sicuro, ti protegge e ti rende più forte. Vaccinarsi è una scelta importante per la tua salute e quella di chi ti sta vicino.

Rivolgiti al tuo medico di famiglia, saprà rispondere a tutte le tue domande e ti guiderà passo dopo passo nel percorso di vaccinazione.

FI MG
Federazione Italiana Medici di Famiglia
M
Napoli

Dott. Pasquale Ragone

www.fimmgnapoli.it

*Perché nel 2015 abbiamo avuto molti più casi di **influenza**?*

Vaccino anti-influenza: decessi 'sospetti' salgono a 11. Inchieste di diverse procure

L'Aifa registra altre otto segnalazioni di morti post-vaccinazione, anche da Roma (due), Como e Parma. Interessate altre partite di Flud. L'Agenzia: da primi test non risultano contaminazioni, ma non sono esclusi altri ritiri cautelativi dopo il provvedimento di ieri. Il Lazio sospende l'intera campagna di prevenzione col prodotto Novartis

Espulsi 4 marocchini a Bologna: diffondevano documenti e v...

Falsi ciechi scoperti dalla Finanza, tra di loro anche un ma...

A Roma scatta il piano sicurezza per il Giubileo: duemila a

Via alla privatizzazione di Ferrovie dello stato Delrio: "No...

S Roma, torna la lobby delle bancarelle

Vaccino anti-influenzale, 3 morti sospette. L'Agenzia del farmaco blocca 2 lotti di Fluad

Stop dell'Aifa in attesa delle verifiche. Vietato l'uso delle partite del prodotto della Novartis con numeri 142701 e 143301: «Contattate il medico per un'alternativa»



GUARDA ANCHE



ANSA

Morti sospette per vaccini:
no agli allarmismi

Il Messaggero > Primo Piano > Sanità

cerca nel sito...



Vaccino, le morti sospette ora sono 11. Aifa: «Non escluso ritiro altri lotti»

7

1mila

Condividi

Tweet





***Praticamente
finimmo la campagna
vaccinale!!!***

**A Febbraio 2015 la Magistratura appurò che non
c'era stata **nessuna responsabilità dei vaccini!!!****

**Sulla stampa e nelle televisioni questa notizia
comparve **nelle ultime pagine e nessuno se ne
ricorda!!!****

Ma nessuno sa che oltre a più casi di malati di influenza....



Abbiamo avuto **16.000 morti** in più tra gli anziani che, per paura, **non si vollero vaccinare!!!!**



Rapporto N. 13 del 31 gennaio 2018

Rapporto Epidemiologico InfluNet

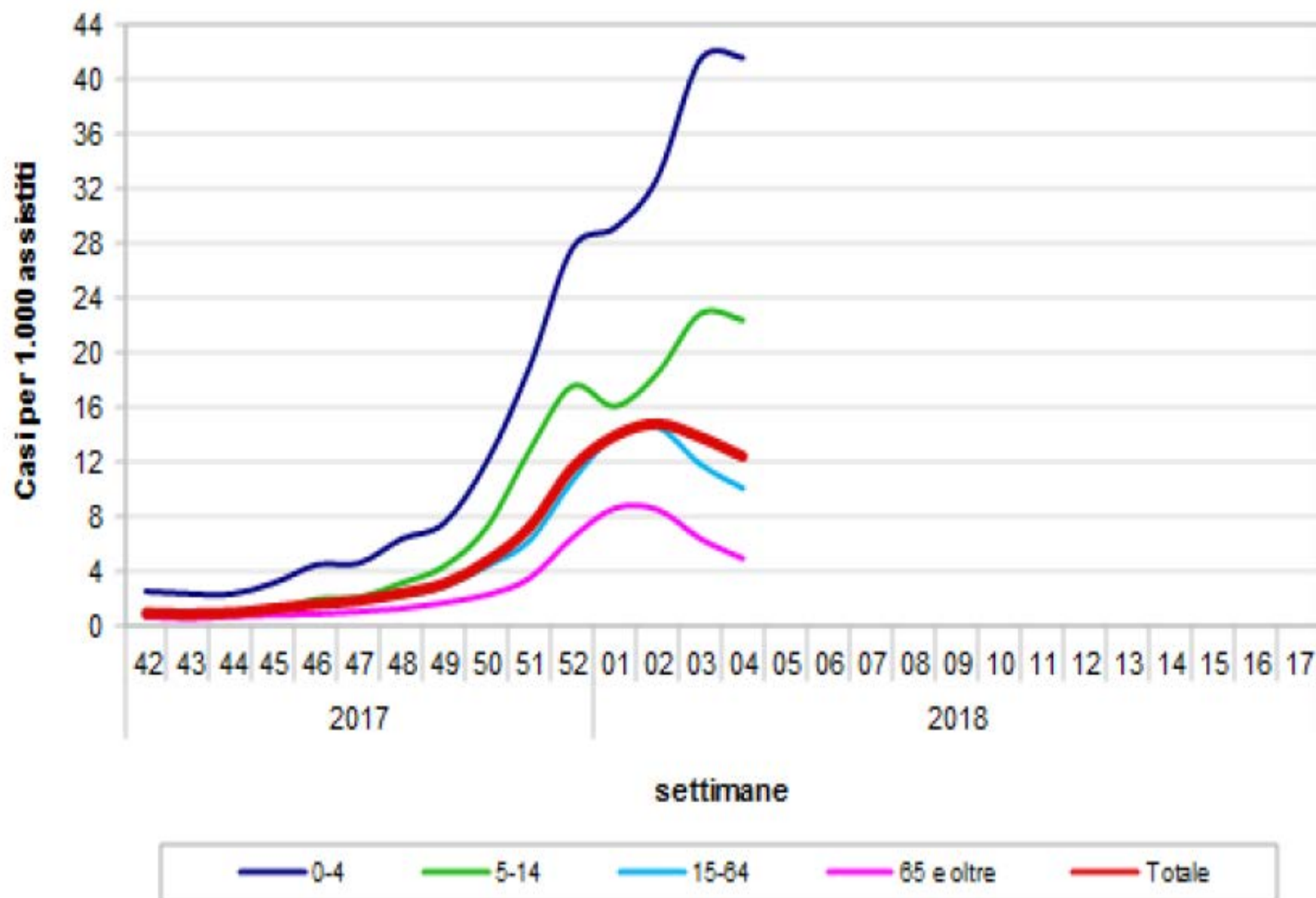


Stagione Influenzale 2017 - 2018

*Settimana **2018 - 04**
dal **22** al **28** gennaio 2018*

Il rapporto presenta i risultati nazionali e regionali relativi alla sorveglianza epidemiologica delle sindromi influenzali, elaborati dal Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto superiore di sanità.

Incidenza delle sindromi influenzali in Italia per classi di età. Stagione 2017 - 2018



Dolore cronico:

*Cure
palliative*

Curare quando non si può guarire

L'Italia ha una Legge sul dolore che tutto il mondo ci invidia:

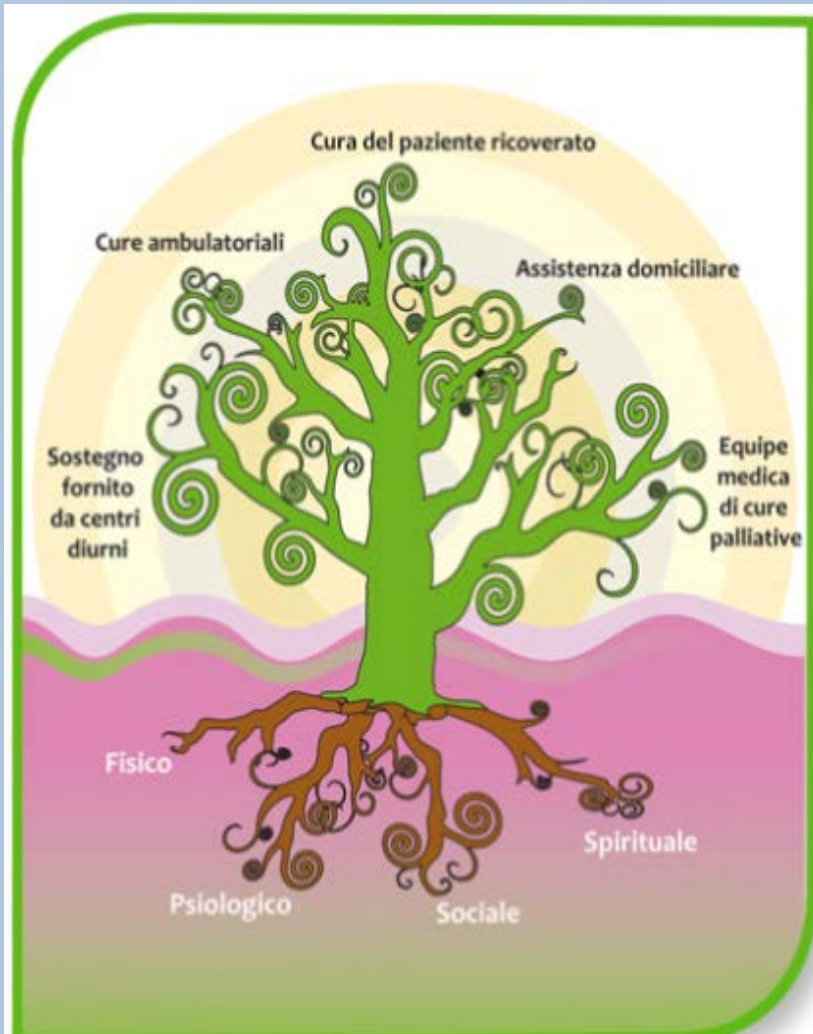
È la legge 38, approvata dal Parlamento il 15 marzo del 2010 e riguardante le tematiche delle **Cure Palliative e della Terapia del Dolore** rivolte al paziente adulto e pediatrico.

Tale provvedimento garantisce l'accesso al trattamento del dolore nell'ambito dei LEA e assicura il **Rispetto della dignità e dell'autonomia della persona**, e la **promozione della qualità della vita** in ogni fase della malattia.

E' nata così una normativa che sta riportando l'Italia allo stesso livello di altri Paesi europei in questo campo.

Il dolore non è più sintomo, ma è una **MALATTIA** vera e propria e come tale va combattuta.

I punti salienti:



ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

■ ART. 2:

Distinzione tra cure palliative e terapia del dolore:

ART. 2.

(Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) «cure palliative»: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

b) «terapia del dolore»: l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

Il fatto che siano disponibili moderni metodi per il controllo del dolore, accessibili ed efficaci rende **moralmente obbligatorio** che ogni medico sia ben informato sull'uso dei farmaci analgesici.

Non controllare il dolore in modo adeguato equivale, sia moralmente che legalmente, ad una **inadeguata condotta professionale** .

E.D. Pellegrino

*Director & John Carrol Professor
Georgetown University Medical Center for
clinical Bioethics Washington DC USA*



NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

LA LEGGE 38: NOVITÀ, RUOLI E COMPETENZE

- La Legge n°38 non è ancora ben conosciuta da tutte le figure chiave.
- Sono stati fatti notevoli passi avanti nella gestione del paziente con dolore. **E' necessario promuovere l'educazione a tutte le figure chiave coinvolte.**

Dolore cronico: Esperienze



María F.

75 anni

- *Diabete tipo 2 in trattamento insulinico*
- *Insufficienza venosa arti inferiori*
- *Obesità*
- *Neuropatia Diabetica*
- *Insufficienza renale cronica*

Rosa Maria D.L.
90 anni

- *Osteoartrosi Generalizzata*
- *Operata di K del colon con normale ricanalizzazione*
- *Deformazione artritica dei piedi*

Non meno del **90%** degli ultrasessantacinquenni è affetto da una o più patologie, da cui conseguono sintomi, disabilità e necessità diagnostiche e terapeutiche più o meno continue.

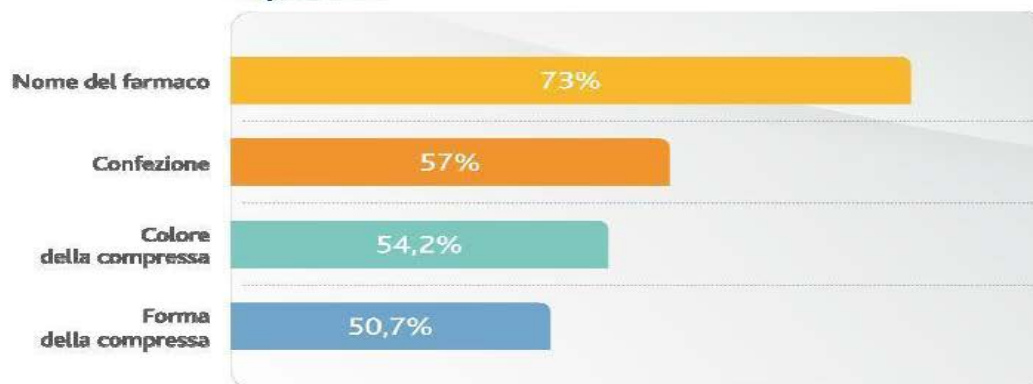
Terapie Farmacologiche complesse

«Il cambiamento dell'aspetto del farmaco può contribuire a spiegare la non persistenza nel curarsi» ribadiscono gli autori. «Quest'ultima può aumentare la morbilità, la mortalità e la spesa sanitaria a causa di complicanze e recidive». Le modificazioni dell'aspetto dei farmaci – ipotizzano gli studiosi – possono far insorgere al paziente una perdita di fiducia nella sicurezza o nell'efficacia dei farmaci prescritti o portare a confusione che contribuisce a errori pericolosi, come una doppia assunzione di farmaci.»



Terapie Farmacologiche complesse

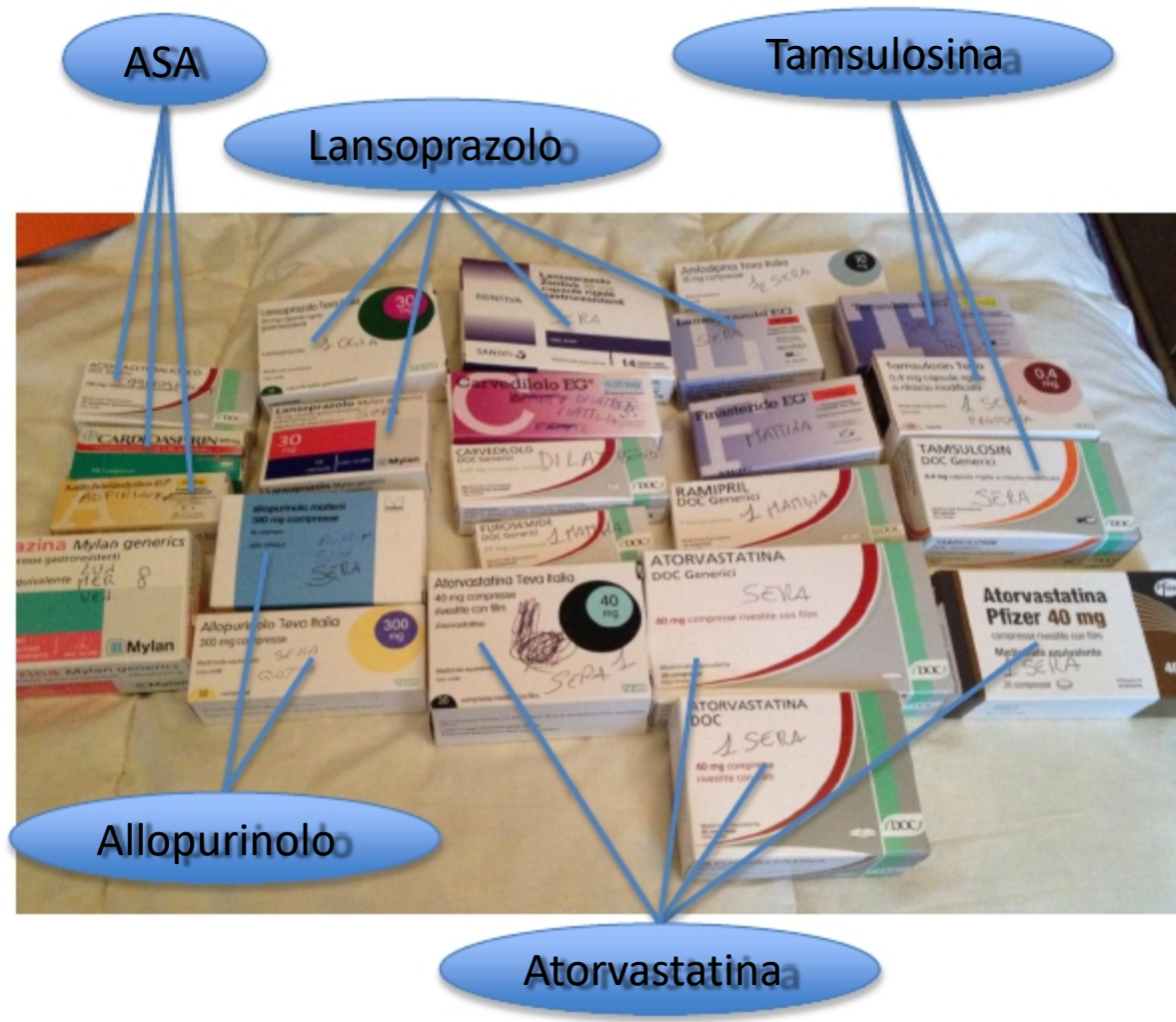
Principali cambiamenti del farmaco che causano disagio al paziente



Il disagio per il **cambio di nome** del farmaco abitualmente assunto è **più forte** tra gli anziani e i **pazienti con pessimo stato di salute**

Estratto di un'indagine CENSIS
Novembre 2012

Farmaci di un paziente in politerapia e problema della sostituzione del generico da parte del farmacista



*Mia mamma diceva sempre:
“La vita è come una scatola di cioccolatini...
Non sai mai quello che ti capita”* (Forrest Gump)



***Mia mamma dice sempre:
“I generici sono come una scatola di cioccolatini...
Non sai mai quello che ti capita”***

Quali sono i diversi aspetti?



3. Logistico - Burocratico

La Vostra Opera e il Vostro Impegno!

Quale servizio possono dare gli
Operatori Pastorali
al servizio della *fragilità* per questo
aspetto logistico – burocratico:

L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN CAMPANIA



L'assistenza domiciliare



L'aumento della popolazione anziana e la **transizione epidemiologica dalle malattie acute a quelle croniche** hanno fatto emergere un aspetto di rilevanza notevole in campo sanitario : la cosiddetta “**fragilità clinica**”, in considerazione dell'attuale maggiore attesa della vita e delle malattie ad essa correlate.

Il contesto regionale

La popolazione di età superiore ai 65 anni, nella nostra regione, è pari a **667.210** unità circa. Ne deriva la necessità di attivare e/o potenziare **l'assistenza domiciliare a favore di una fascia di popolazione**, che in termini di domanda potrebbe essere pari ad almeno **il 2%** del valore complessivo.



Cure domiciliari



“Le **cure domiciliari**” sono attività garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, esse possono essere sia di tipo sanitario che sociosanitario e sono dirette ai soggetti adulti ed anziani che necessitano a domicilio di una gamma di prestazioni di varia natura (infermieristica, medica, tutelare, riabilitativa).

LA REGOLAMENTAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

- **Delibera di Giunta regionale 41/2011:** linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania” ha disciplinato compiutamente le cure domiciliari in ambito regionale.
- **Delibera di Giunta regionale n.323/12 e 324/12** su sistemi di valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. e S.Va.M.Di.)
- **Decreto commissariale n.1/13:** “Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania”
- **Delibera di Giunta regionale 790/12** recepita con decreto 84/13Linee Operative P.U.A.
- **Decreto commissariale 4/2011 e Decreto commissariale n.128/12** requisiti e linee indirizzo per la rete di cure palliative
- **Decreto commissariale regionale 15/2014** linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'Assistenza Domiciliare I. 135/09



ADP

*Prestazioni sanitarie a **ciclo programmato**, che non richiedono né una VMD, né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.*

*Sono richieste dal **MMG** e sono volte a soddisfare un **bisogno sanitario semplice** nel caso in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG può richiedere l'attivazione dell'UVI.*



ADI

Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sanitarie particolarmente complesse, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I° livello) o 6 giorni (II° livello).

Le cure integrate di I e II livello prevedono un **RUOLO CENTRALE del MMG** che assume la gestione integrata condivisa dei processi di cure sanitarie.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del “Progetto di assistenza individuale” (**PAI**) sociosanitario integrato. Gli strumenti di valutazione multidimensionale sono:

- **S.Va.M.A.** (scheda di valutazione per i soggetti adulti e anziani non autosufficienti) approvata con delibera di giunta regionale n.323 del 3 luglio 2012
- **S.Va.M.Di.** (scheda di valutazione multidimensionale per la valutazione dei soggetti adulti disabili), approvata con delibera di giunta n.324 del 3 luglio 2012.

Conoscenza dei percorsi:

- Da chi parte l'attivazione di questi servizi?
- A quale ufficio rivolgersi?
- E' stata fatta una domanda di riconoscimento d'invalidità civile?

Conoscenza dei percorsi:

- Come richiedere esenzioni particolari per patologia?
- Come posso e se posso ottenere presidi per l'incontinenza parziale o completa?
- ... etc etc.....

I nostri tre casi clinici



María F.

75 anni

- *Diabete tipo 2 in trattamento insulinico*
- *Insufficienza venosa arti inferiori*
- *Obesità*
- *Neuropatia Diabetica*
- *Insufficienza renale cronica*

Parrocchia di Scanzano

Rosa Maria D.L.
90 anni

- *Osteoartrosi Generalizzata*
- *Operata di K del colon con normale ricanalizzazione*
- *Deformazione artritica dei piedi*

Parrocchia di Scanzano

Intervento della Sig.ra Rosaria Giordano nell'incontro del 11 Gennaio



Ok per le persone e le Famiglie con cui siamo già in contatto o che sono conosciute dalla Parrocchia!

Ma come possiamo approcciare le situazioni di persone che sono fuori dal nostro “circuito” senza causare suscettibilità, resistenza o rifiuto?

Compiti del MMG



- Partecipa in quanto attore della **P.U.A.**
- Accoglie ed effettua una prima valutazione della richiesta di accesso alle cure domiciliari integrate;
- Compila la scheda **S.Va.M.A.** o **S.Va.M.Di** per la valutazione dell'utente;
- Partecipa all'**UVI** per l'attività di valutazione multidimensionale;

Compiti del MMG



- Partecipa alla relazione del ***Progetto Personalizzato*** e del ***Piano Esecutivo***;
- Partecipa alla realizzazione del processo di ***assistenza***;
- Partecipa alle ***valutazioni periodiche straordinarie*** del caso in UVI;
- Compila il ***diario/cartella dell'utente*** annotando le prestazioni erogate e le variazioni cliniche.

Proposta:

- “Creiamo insieme” una **RETE** tra il Medico di Famiglia e il Ministero della Consolazione
- Rapporto **bidirezionale**: il Medico di famiglia segnala i casi che hanno bisogno degli Operatori Pastoralisti
- La parrocchia approccia i Pazienti “sconosciuti” tramite il loro Medico di Famiglia.

Conclusioni



- La nostra comune **Mission** è quello di *aiutare* una persona nella sua completezza di corpo e di spirito, in un momento di sofferenza e di disagio fisico e spirituale, con le sue debolezze, le sue certezze, le sue incongruenze e il suo vissuto.
- Non staremo davanti a Lui o a Lei per rimuovere solo un sintomo o per curare solo la sua malattia!!!



Patch Adams

**“Voi mi chiedete se esercito la medicina.
Se questo significa aprire la porta a chi ha
bisogno e a chi è sofferente, accudirlo, ascoltarlo,
mettergli un panno fresco in fronte fino a che la
febbre si abbassa.**

**Se è questo fare il medico, se è questo curare un
paziente, allora mi dichiaro colpevole.**

**[...] La missione di un medico non deve essere
solo prevenire la morte ma anche migliorare la
qualità della vita e prevenire le malattie.**

**Ecco perchè se si cura una malattia si vince o si
perde, ma se si cura una persona vi garantisco
che in quel caso si vince, qualunque esito abbia
la terapia.”**



*Hunter Doherty "Patch" Adams
(Washington, 28 maggio 1945)*

Grazie per l'attenzione

