



Frailty

Fragilità

Una nuova prospettiva per
comprendere la domanda sanitaria e
sociale in un Paese invecchiato

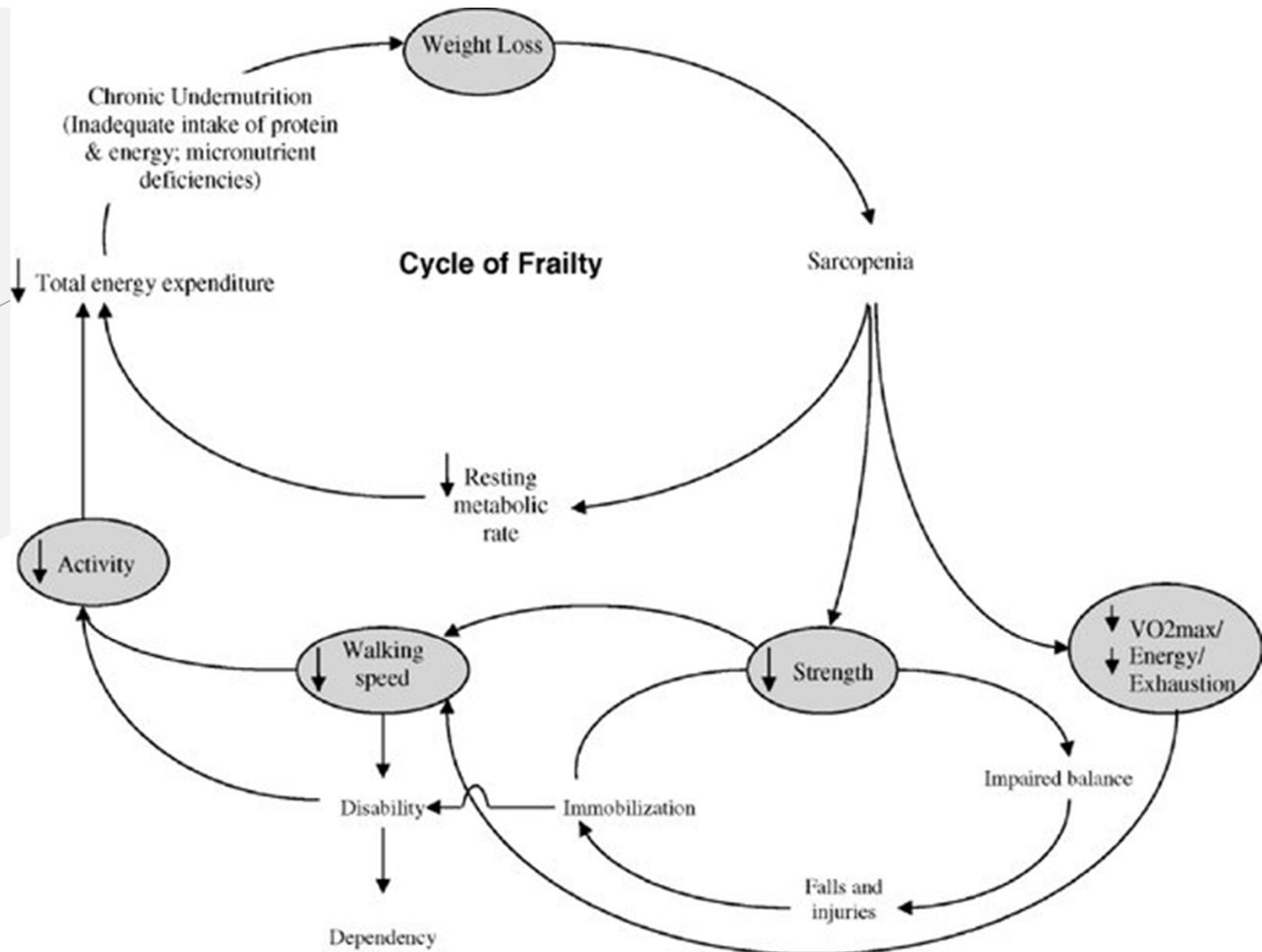


Fragile

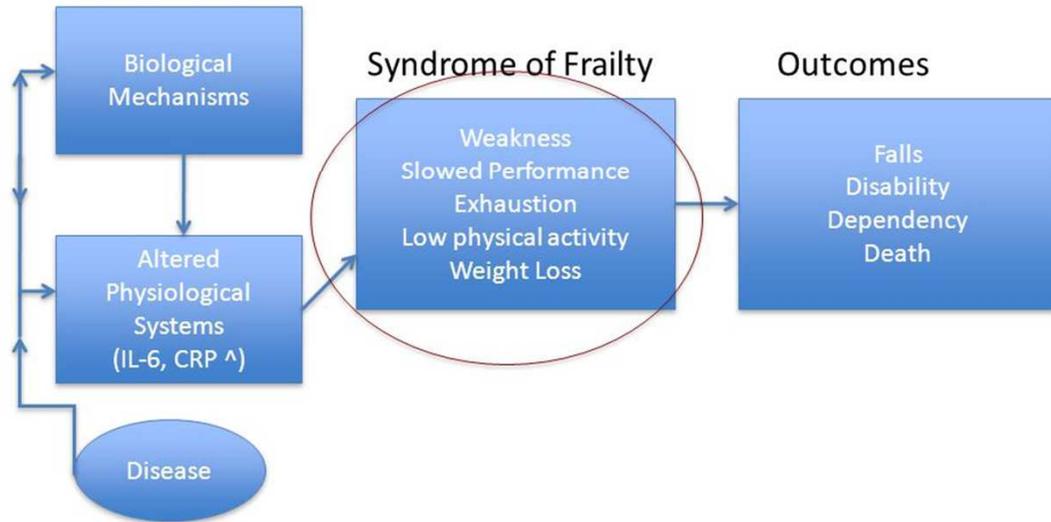
«**Soggetto a spezzarsi con facilità**»

Una persona che ha perso la propria capacità di adattamento e flessibilità e vede precipitare la propria situazione di salute per un singolo evento

Frailty is a state of increased vulnerability, associated with loss of functional capacity and reduced ability to cope with normal or disease-based stressors. As a multidimensional concept, **frailty** is associated with a range of adverse health **outcomes**, including dependency, hospitalisation and mortality.



Pathway of Frailty



Fried, Walston, Ferrucci. Frailty. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 2009

La Fragilità può essere considerata come il fattore alla base di esiti invalidanti come Disabilità e Dipendenza.

I percorsi assistenziali associati alla fragilità

I fragili e il Sistema Sanitario: alcuni esempi

Fragilità e Dipartimenti di Emergenza

- Fragili e molto fragili costituiscono circa il 50% di coloro che accedono al PS.
- Dati di popolazione descrivono una prevalenza pari al 15%.
- Dunque l'uso dei servizi di PS appare triplicato rispetto alla popolazione non fragile
- Anche i cosiddetti pre-fragili appaiono robustamente rappresentati

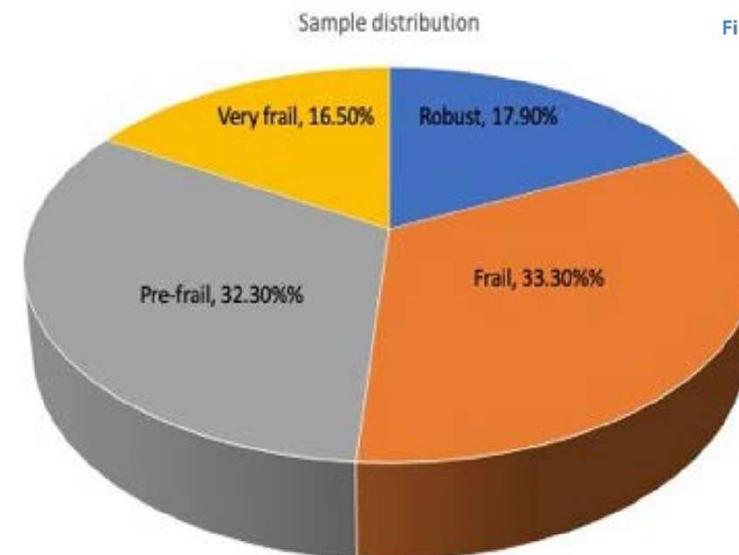


Figure 3. Frailty distribution.

©Biomedicine & Prevention 2019

Le aree della fragilità

Table 2. Score by area of the multidimensional evaluation.

	Physical condition	Mental condition	Functional capability	Support from the community	Socio-economic condition	TOTAL
Number	291					
Mean	-11.26	-5.50	27.24	15.99	11.19	37.66
SD	13.15	11.97	15.05	8.47	5.61	39.20
Min./Max	-51.00/0.00	-55.00/0.00	0.00/+41.00	0.00/+34.00	0.00/+18.00	-89.00/+90.00

- Il tempo mediamente trascorso in PS era pari a 3.3 giorni \pm 2.1. Solo il 3% dei pazienti aveva trascorso in PS meno di 12 ore.
- Il 18.2% dei pazienti fragili era Frequent User contro una media di popolazione pari all'1.9%
- Le dimensioni con un impatto maggiore erano quella della salute mentale e fisica, nonché la condizione socio economica.

I determinanti del ricovero

Table 3. Regression Model for the risk of hospitalisation.

Variable	Sign	95% LC		
		Exp(B)	Inf	Sup
Frailty	<0.001	2.5	1.3	4.8
Triage code	Ns			
Gender	Ns			
Age	Ns			
Frequent users	Ns			

- Il rischio di essere ospedalizzati a seguito dell'accesso in PS è stato valutato attraverso una regressione logistica binaria forward stepwise
- L'unica variabile significativamente associata alle ospedalizzazioni era la fragilità con un hazard ratio di 2.5 (LC: 1.3 – 4.8)
- Nessuna patologia era statisticamente associata al ricovero: quella più diffusa era costituita dai problemi odontoiatrici (79%), seguita dalle cardiopatie (67%) e dalle artriti/artrosi (61%).

Anemia e Fragilità

Livelli di Emoglobina e Outcomes Intra-Ospedalieri

Prevalenza Anemia

Al ricovero	47.2%
In Dimissione	63.9%
<i>Uomini</i>	55.3%
<i>Donne</i>	44.7%
Under-reporting	85.3%

Outcomes Intra-ospedalieri

Mortalità	2,944
Re-ricoveri	2,244
<i>Aumento della degenza media di 2 volte</i>	2,274

Durante la degenza ospedaliera l'emoglobina diminuisce ulteriormente da 12.02 g/dl a 11.70 g/dl ($p < 0.001$)

Albumina e Fragilità

Albuminemia e Outcome ospedalieri

PRIMA ALBUMINA	FREQUENZA	PERCENTUALE VALIDA
NORMALE ($\geq 3,5$ g/dl)	4.413	51,0
IPOALBUMINEMIA LIEVE (3,0-3,4 g/dl)	2.174	25,1
IPOALBUMINEMIA MODERATA (2,5-2,9 g/dl)	1.335	15,4
IPOALBUMINEMIA GRAVE (<2,5 g/dl)	730	8,4

Mortalità	4,72
Aumento Degenza Media di 2 volte	2,82

Azotemia, GFR e Fragilità

Outcome ospedalieri

eGFR e Mortalità	3.8
Azotemia e Mortalità	6.5
eGFR e Aumento della degenza	1.5
Azotemia e Aumento della degenza	1.74

L'elevata mortalità associata alla presenza di eGFR e azotemia alterati potrebbe rendere conto della degenza non particolarmente lunga, ma comunque più lunga rispetto ad altre condizioni, di questi soggetti

Patologie e Fragilità

Il burden in termini di anni di vita
in condizioni di disabilità

*Numero di YLDs, tassi di YLD per
100.000 persone con i cambiamenti
percentuali tra il 1990 ed il 2017*

**GBD 2017 Italy Collaborators: Italy's health
performance, 1990–2017: findings from the
Global Burden of Disease Study 2017.**

Published: November 2019

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30189-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30189-6).

Tabella. 1	Rank of cause of YLDs		YLDs (in thousands)		YLD rate per 100 000 people	
	1990	2017	2017	Percentage change, 1990–2017	2017	Percentage change, 1990–2017
Chronic obstructive pulmonary disease	13 (12 to 19)	11 (10 to 14)	187 (155 to 221)	46.9% (30.1 to 63.7)	308 (256 to 365)	37.7% (21.9 to 53.4)
Alzheimer's disease and other dementias	22 (19 to 22)	12 (12 to 13)	178 (129 to 231)	85.7% (70.5 to 102.9)	294 (213 to 381)	74.1% (59.8 to 90.2)
Oral disorders	10 (10 to 11)	13 (12 to 13)	172 (107 to 261)	–2.3% (–4.5 to 0.0)	285 (176 to 430)	–8.4% (–10.5 to –6.3)
Osteoarthritis	20 (12 to 29)	14 (10 to 20)	148 (75 to 295)	51.8% (45.0 to 58.4)	245 (123 to 487)	42.3% (35.9 to 48.5)

Fragilità e Long Term Care

LTC unica soluzione per evitare che esplodano i costi sanitari impropri

Di chi dobbiamo prenderci cura?

BPCO: 5% popolazione 35-80 anni

Alzheimer: 600.000 persone (4.7% anziani)

Scompenso cardiaco: 1.3% popolazione generale

Con quali servizi?

- Centri diurni
- Infermiere di famiglia
- Telemedicina
- Rimodulazione degli incentivi economici e assegni

Rimodulare la LTC

Riconnettere ospedale - territorio

FR

- Per contesti:
 - Dimora
 - Centri
 - RSA
 - Hospice
- Per caratteristiche della fragilità
 - Paziente terminale
 - A prevalente domanda sociale
 - A prevalente domanda sanitaria
- Per caratteristiche prioritarie dell'intervento
 - Tecnologico (telemedicina, monitoraggio, ecc.)
 - Personale assistenziale (infermiere di comunità, supporto, ecc.)
 - Servizio (ADI, AD sociale, RA, RSA, ecc.)

Grazie!

