

Il progetto Anziano Fragile

Gruppo di lavoro:

R. Brolis, N. Brugnolli, M.A. Gentilini,
A. Lombardi, S. Sforzin, D. Zanon

San Bonifacio, Verona. 8 ottobre 2016



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari*
Provincia Autonoma di Trento





Il progetto Anziano Fragile si propone di identificare precocemente gli anziani a rischio di fragilità con un approccio di **medicina di iniziativa** utilizzando gli strumenti dell'**epidemiologia nominativa**.



Obiettivi

Intercettare le persone anziane *fragili*, a rischio di perdita dell'equilibrio socio-sanitario, prima che insorga peggioramento delle condizioni di salute con conseguente *domanda* di servizi.

Avviare programmi coordinati per la gestione integrata della *cronicità*.

Fasi del progetto

Definizione del concetto di fragilità

Definizione degli eventi avversi

Identificazione delle variabili (fattori di rischio) a partire dai flussi amministrativi di dati correnti

Calcolo per ciascun soggetto il rischio di incorrere nell'evento avverso (modello predittivo)

Sviluppo di programmi di intervento

Valutazione dell'impatto degli interventi sugli eventi avversi



Una definizione operativa di fragilità

Per gestire la fragilità e rallentare la progressione verso la disabilità è necessario un *pensiero complesso ed una visione di sistema*.

Se uno degli elementi del sistema viene meno o si modifica, l'equilibrio complessivo si spezza.

Vanno considerati tutti i possibili fattori determinanti la fragilità, non solo quelli biologici, ed analizzate le reciproche interazioni.

Gli elementi costituenti il rischio possono variare nel tempo, ed anche nella modalità d'interazione fra loro.



Relazioni tra variabili dei problemi

poche

molte

moltissime

Molti e di varia natura
(salute, disabilità, gestione, contesto, ...)

PAZIENTE FRAGILE

Strutturale e (di solito) medio alta

Uno o più di salute

PAZIENTE CRONICO

Possibile e (di solito) medio bassa

Unico di salute

PAZIENTE ACUTO

limitata

illimitata

Durata dell'assistenza

Instabilità clinica



Una definizione operativa di fragilità

Dal punto di vista operativo, ed anche delle politiche sanitarie, è più utile, arrivare ad un modello che consideri le interrelazioni tra i fattori e sia in grado di identificare la fragilità restituendo nomi e cognomi: quali sono le **persone fragili**.

Falasca, Berardo and Di Tommaso: *Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty?* Ann Ist Super Sanità 2011 Vol. 47, No. 2: 220-228

Una definizione operativa di fragilità

Probabilità di incorrere in uno dei
seguenti eventi indesiderati (avversi):

Decesso

Ricovero urgente

Attivazione di un piano ADI

Inserimento in RSA

Fasi del progetto

Definizione del concetto di fragilità

Definizione degli eventi avversi

Identificazione delle variabili (fattori di rischio) a partire dai flussi amministrativi di dati correnti

Calcolo per ciascun soggetto il rischio di incorrere nell'evento avverso (modello predittivo)

Sviluppo di programmi di intervento

Valutazione dell'impatto degli interventi sugli eventi avversi



Il **modello statistico** (retrospettivo-prospettico)

Calcola la **probabilità** che nell'anno successivo si verifichi uno degli eventi avversi .

Stratifica la popolazione per **classi di rischio** in funzione dell'indice di fragilità.

A partire dall'identificazione di un quadro concettuale operativo condiviso di fragilità, si è strutturato un elenco di 45 variabili sanitarie e sociali predittive nei confronti dei 4 eventi avversi, da testare in un modello statistico per mappare e stratificare la popolazione anziana in funzione del rischio calcolato di fragilità.



metodi: i dati

Residenti in provincia di Trento (circa
88.000)

=/ > 65 anni

Non residenti in RSA e non in ADI (eventi)

Periodo di osservazione: 1/07/2010-30/06/2012

Periodo di controllo: 1/07/2012-30/06/2013

Controllo sul 70% del campione

Applicazione del modello sul restante 30%
(di cui era noto l'esito)



metodi: le variabili

variabile	Usata nel modello	Significativa	Significativa TN
X01_N. Numero ricoveri urgenti	SI	SI	SI
X02.Ricovero urgente (ultimi 30 gg)	SI	SI	SI
X03.Ricovero urgente (31-90 gg)	SI	SI	
X04.Ricovero urgente (91-180 gg)	SI	SI	SI
X05.Ricovero urgente (181-730 gg)			
X06_N. Numero ricoveri			
X07.Ricovero in ultimi 30 gg			
X08.Ricovero in ultimi 31-90 gg			
X09.Ricovero in ultimi 91-180 gg			
X10.Ricovero in ultimi 181-730 gg			

metodi: le variabili

variabile	Usata nel modello	Signifi cativa	Signifi cativa TN
X11_N. Numero accessi al PS	SI	SI	SI
X12. Accessi al PS in ultimi 30 gg	SI		SI
X13. Accessi al PS in ultimi 31-90 gg	SI		SI
X14. Accessi al PS in ultimi 91-180 gg	SI		
X15. Accessi al PS in ultimi 181-730 gg			
X16_N. Numero accessi al PS con diagnosi di caduta in casa	SI		
X17_N. Numero esami strumentali effettuati durante l'accesso al PS	SI		
X18_N. Ricoveri di durata > 30 giorni	SI	SI	
x19. Servizi a domicilio (esclusi pasti e telesoccorso)	SI		
X20. Esistenza di piano AIO o ADInf	SI	SI	SI

variabile	Usata nel modello	Significativa	Significativa TN
X21.Servizio di consegna pasti a domicilio	SI		
X22.Servizio di telesoccorso	SI		
X23.Servizio di SAD (non evase)	SI		SI
X24_N. Eta'	SI	SI	SI
x25.Comune di Trento	SI	SI	
X26.Solitudine anagrafica (vivere da solo)	SI		
X27.Solitudine anagrafica (vivere in coppia anziana, entrambi ≥ 75 anni)	SI		
X28.Straniero	SI		
X29.Genere femminile	SI	SI	SI
X30_N.Altimetria del comune di residenza	SI	SI	

X31_N.Indice di deprivazione socio economica	SI		
X32_N. Numero di esenzioni per patologie croniche	SI	SI	SI
X33_N.Indice di Charlson	SI	SI	SI
X34.frattura di femore	SI		
X35_N. Numero esenzioni ticket per invalidità	SI	SI	SI
X36_N. Percentuale di invalidità			
X37.richieste di presidi per la deambulazione	SI	SI	SI
X38.richieste di presidi per l'incontinenza	SI	SI	
X39_N. N. di principi attivi massimo presenti in farmaci erogati in un trimestre	SI	SI	SI
X40.barbiturici No3AA02	SI		
X41.butirrofenoni No5AD01	SI	SI	
X42.fenotiazinici R06AD02	SI		
X43.inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione No6AB	SI	SI	
X44.anticolinesterasici No6DA02	SI		SI
X45.antipsicotici No5AX08	SI		

metodi: fonti dati

- SIO** ricoveri ed accessi in PS
Cartella sociale e dati Comune di Trento
SIDI replica APSS anagrafe provinciale assistiti
ISTAT altimetria ed indice di deprivazione sociale
Atl@nte dati sociosanitari
Eusis-Adiuvat assistenza integrativa e protesica
CINECA-PrEle farmaceutica
SIT cure domiciliari



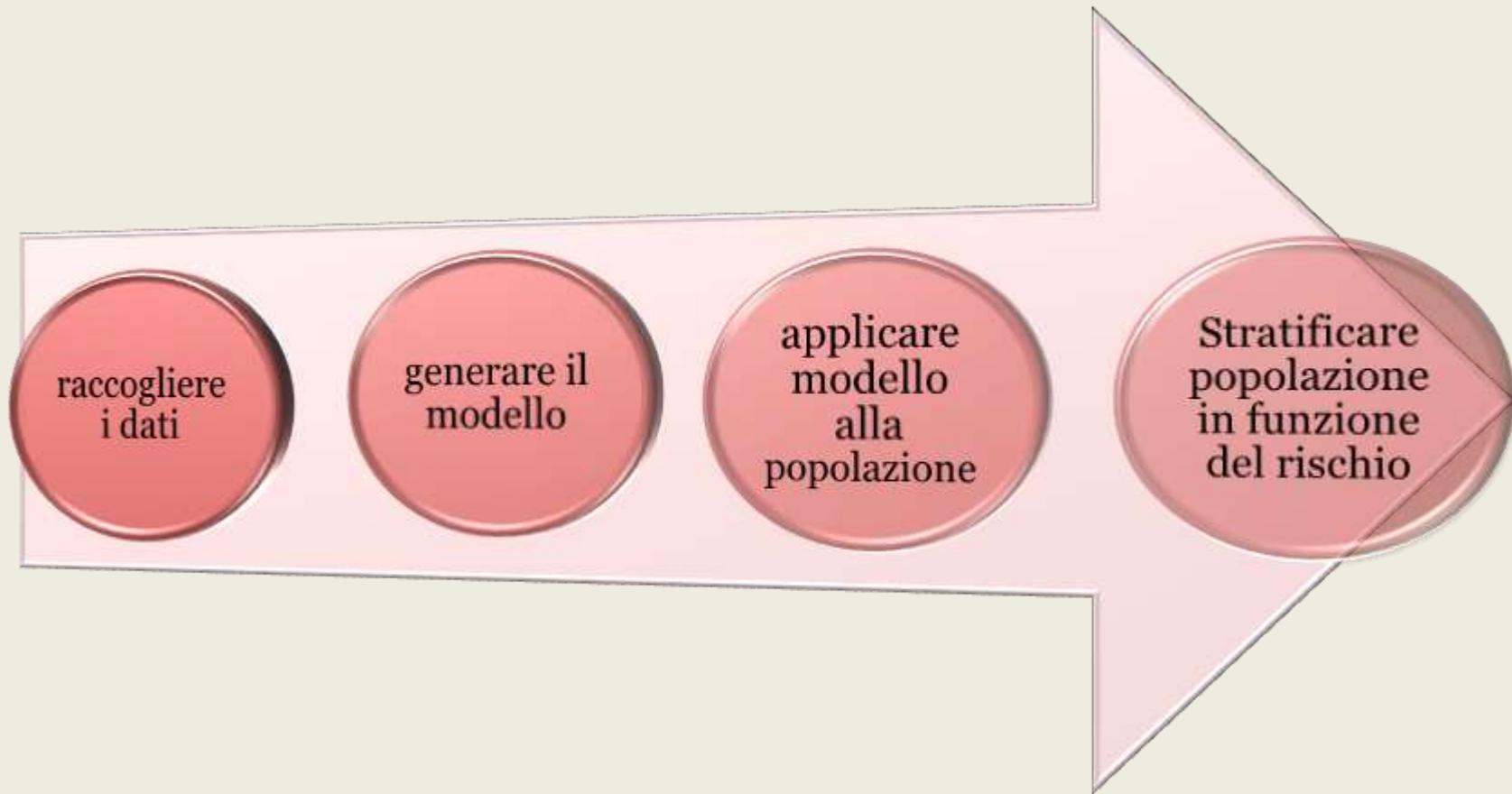
Il **modello statistico** (retrospettivo-prospettico)

Calcola la **probabilità** che nell'anno successivo si verifichi uno degli eventi avversi .

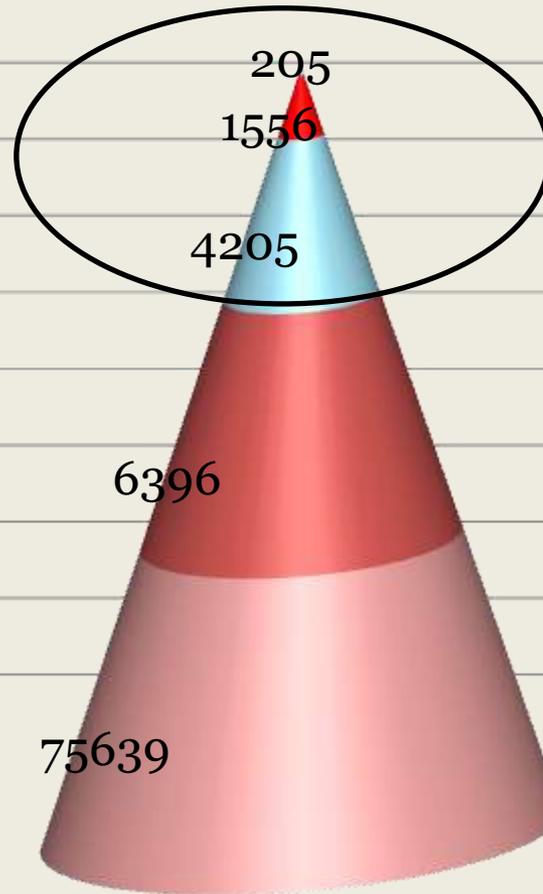
Stratifica la popolazione per **classi di rischio** in funzione dell'indice di fragilità.

A partire dall'identificazione di un quadro concettuale operativo condiviso di fragilità, si è strutturato un elenco di 45 variabili sanitarie e sociali predittive nei confronti dei 4 eventi avversi, da testare in un modello statistico per mappare e stratificare la popolazione anziana in funzione del rischio calcolato di fragilità.





Stima degli attesi (su circa 88000 over 65)



Nella classe di rischio >30 ci attendiamo circa 6000 persone.

Nella classe di rischio >50, circa 1800 persone: in media **4-5 per ogni MMG.**

- 81-100
- 51-80
- 31-50
- 21-30
- 0-20



Obiettivi

Intercettare le persone anziane *fragili*, a rischio di perdita dell'equilibrio socio-sanitario, prima che insorga peggioramento delle condizioni di salute con conseguente *domanda* di servizi.

Avviare programmi coordinati per la gestione integrata della *cronicità*.

Fasi del progetto

Definizione del concetto di fragilità

Definizione degli eventi avversi

Identificazione delle variabili (fattori di rischio) a partire dai flussi amministrativi di dati correnti

Calcolo per ciascun soggetto il rischio di incorrere nell'evento avverso (modello predittivo)

Sviluppo di programmi di intervento

Valutazione dell'impatto degli interventi sugli eventi avversi



Quali interventi sono efficaci nel rallentare, posticipare o minimizzare gli eventi avversi?

Ci sono evidenze che la fragilità non sia ineluttabile, sia prevenibile, reversibile e ritardabile.

L'invecchiamento è una esperienze individuale: la popolazione degli anziani è altrettanto (o anche di più) eterogenea di quella di altre classi di età.



Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary care. Quality in Primary care 2011, 19:369-389



Evidenze di efficacia:

Person-oriented care: rispondere ai bisogni per come sono percepiti dagli anziani; coinvolgere gli anziani nelle scelte che li riguardano.

Comprehensive care: prevenzione e promozione della salute; multimorbilità, politerapia e aderenza terapeutica; cure di fine vita; continuità delle informazioni; integrazione tra servizi (case management).

Community based care: integrazione con politiche/ servizi sociali; supporto alle cure informali.

Come sviluppare gli interventi

1) Valutazione multidimensionale

- *Proporre alla persona/famiglia una visita domiciliare dell'infermiere del PUA è un'azione che va garantita a tutte le persone individuate come "fragili" (con cut-off da definire in base alle risorse disponibili) anche in presenza di servizi attivi.*
- *Somministrare il [GFI](#), integrato con altri approfondimenti, consente di effettuare una valutazione multidimensionale della persona condividendo con lei e, se presente, con il familiare la percezione delle difficoltà.*



2) Programma di intervento



*La situazione del paziente è **ben presidiata**, non sono presenti difficoltà o problemi. Alla persona viene indicato il PUA di riferimento: numero telefonico e professionista a cui rivolgersi. La persona viene inserita in un programma di vigilanza, costituito da un follow up telefonico periodico (1 volta al mese) con nuova somministrazione del GFI.*

2) Programma di intervento

*La situazione **va ulteriormente esplorata** con un assessment più approfondito da parte di un altro professionista che non ha effettuato la visita domiciliare. Ad esempio assistente sociale, fisioterapista, MMG che non vede il suo paziente da un tempo valutato eccessivo.*

Si definisce come condurre l'approfondimento valutativo che una volta effettuato sarà ridiscusso nel team multidisciplinare.



2) Programma di intervento

*Sono presenti **problemi e difficoltà** che richiedono la pianificazione ed attivazione di interventi e/o supporti.*

Il programma di intervento è definito sulla base delle informazioni raccolte con gli strumenti multidimensionali.



3) follow up e vigilanza

Va attivato nel tempo un programma di vigilanza con visita domiciliare o follow up telefonico con intervista guidata.

In letteratura:

Gli esiti misurati sono quasi sempre di processo.

I risultati sulle riduzione della mortalità e della ospedalizzazione sono incerti.

Le evidenze più convincenti sono correlate alla qualità di vita (anche dei caregiver) e all'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi.

I costi non sono aumentati rispetto agli approcci tradizionali.



Gli interventi personalizzati sono individuati e proposti dall'infermiere dopo una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, con MMG, assistente sociale, coinvolgendo anche la persona e la famiglia, condotta con scale appropriate che orientano alle aree prioritarie di intervento. **I PUA (Punti Unici di Accesso) mantengono la regia degli interventi, dalla pianificazione condivisa, al monitoraggio nel tempo, alla valutazione degli esiti.**



Per sviluppare questo percorso è stata attivata una **formazione dedicata per gli infermieri esperti che lavorano nei PUA** distrettuali.

La formazione ha approfondito:

- la conoscenza del modello e la capacità di comunicarlo;
- la scala GFI (Groningen Frailty Index) e le altre scale di valutazione delle diverse dimensioni e funzioni;
- i possibili interventi sanitari, socio-educativi e di comunità da predisporre insieme agli altri soggetti del territorio.



Fasi del progetto

Definizione del concetto di fragilità

Definizione degli eventi avversi

Identificazione delle variabili (fattori di rischio) a partire dai flussi amministrativi di dati correnti

Calcolo per ciascun soggetto il rischio di incorrere nell'evento avverso (modello predittivo)

Sviluppo di programmi di intervento

Valutazione dell'impatto degli interventi sugli eventi avversi



Valutazione degli esiti: evidenze

Gli esiti misurati sono quasi sempre di processo.

I risultati sulle riduzione della mortalità e della ospedalizzazione sono incerti.

Le evidenze più convincenti sono correlate alla **qualità di vita** (anche dei caregiver) e **all'appropriatezza** nell'utilizzo dei servizi.

I costi non sono aumentati rispetto agli approcci tradizionali.





CONCLUSIONI

il valore del progetto

Interventi proattivi (che non aspettano le segnalazioni).

Integrazione dei flussi amministrativi (sociali e sanitari).

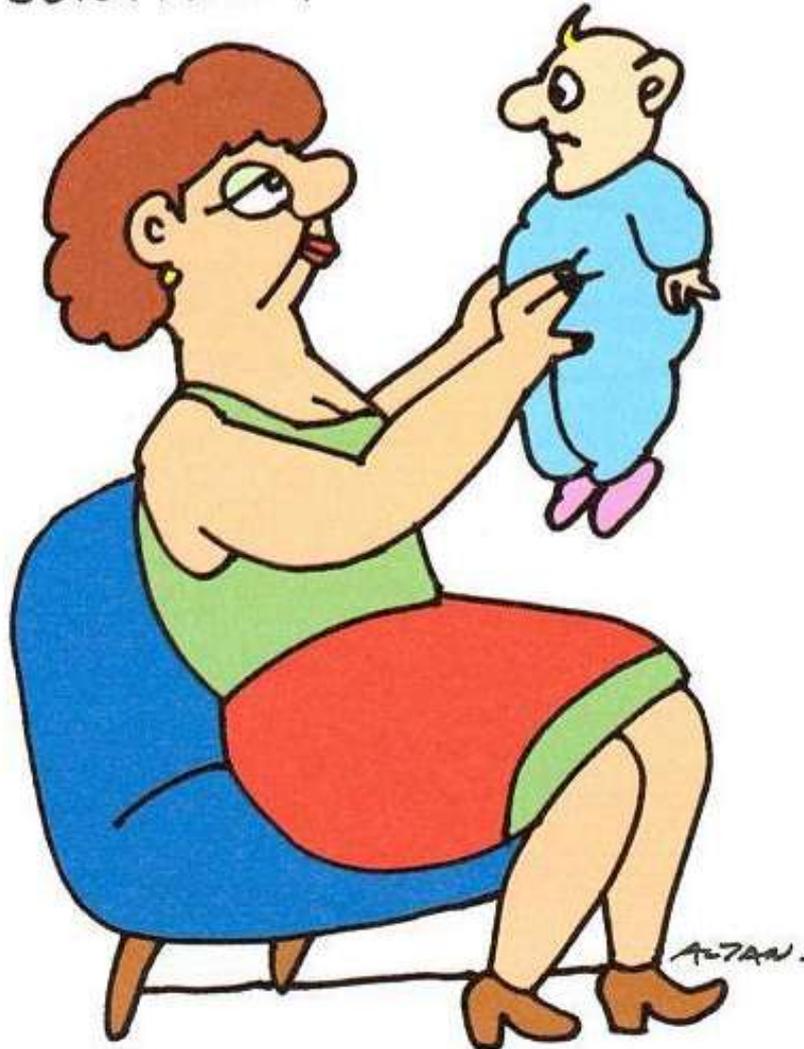
Sostenibilità nel tempo.

La connotazione del PUA di forti contenuti progettuali (case manager).

***Approccio alla fragilità
innovativo e anticipatorio.***

HAI BUONE
PROBABILITA'
DI VIVERE
CENT'ANNI.

TUTTI QUI
IN QUESTO
PAESE?!



Grazie per
l'attenzione