



Convegno

**ACTIVE AND HEALTHY AGEING:
IL RUOLO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DELLA POPOLAZIONE (PASSI d'Argento)
26 settembre 2013**

*Le regioni e l'attenzione alla
prevenzione negli ultra64enni*

Il caso della Toscana



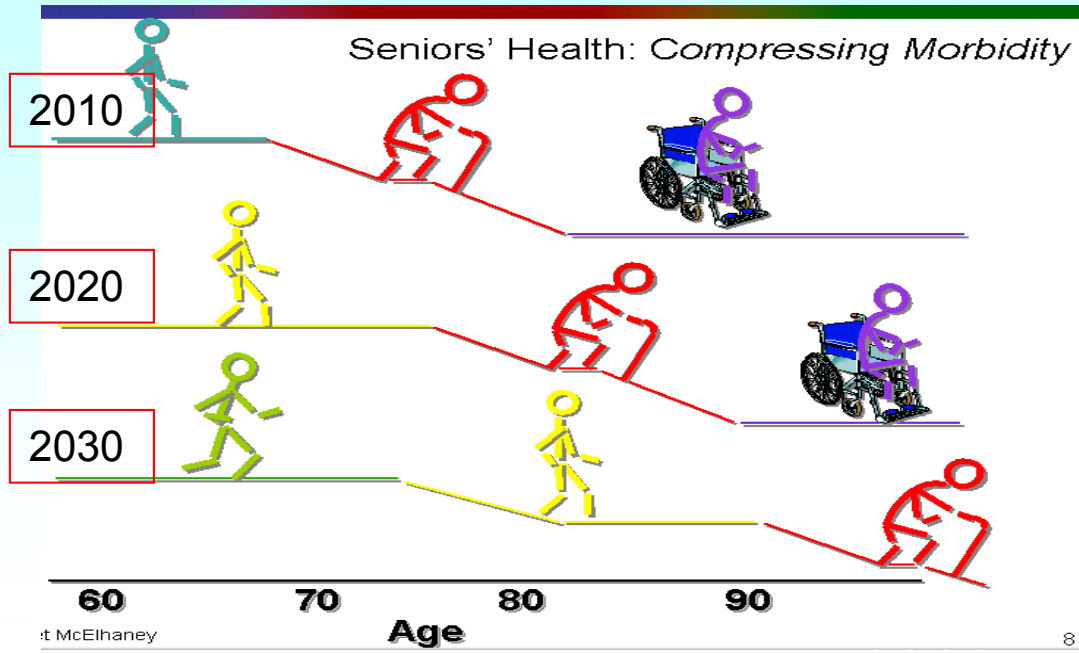
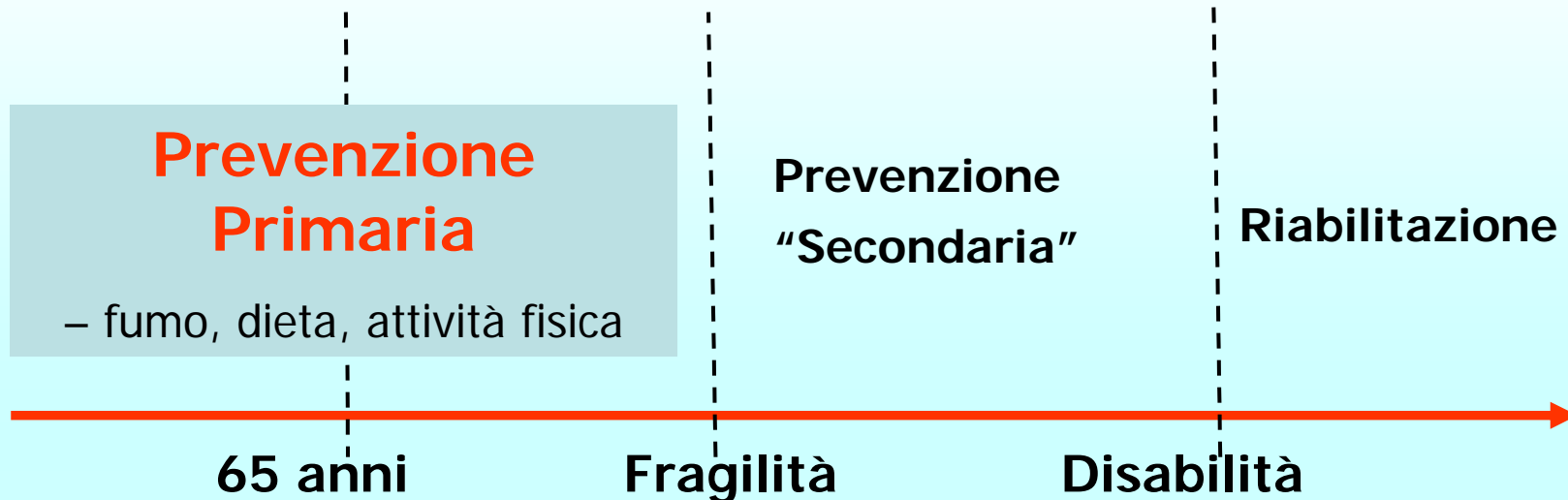
ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

paolo.francesconi@ars.toscana.it

Gli anziani in Toscana secondo PdA (dati survey 2012)

- **“in buona salute”** (in grado di svolgere da soli tutte le ADL e le IADL, al massimo non essendo autonomi in una IADL): **64,5%**
 - a basso rischio di malattia cronico-degenerativa: 49,8%
 - a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità: 14,7%
- **“a rischio di disabilità”** (in grado di svolgere da soli tutte le ADL ma non sono autonomi in 2 o più IADL): **19,1%**
- **“con disabilità”** (non sono autonomi e hanno bisogno di aiuto nello svolgimento di 1 o più ADL): **16,4%**

Aggiungere anni alla vita: la prevenzione della disabilità

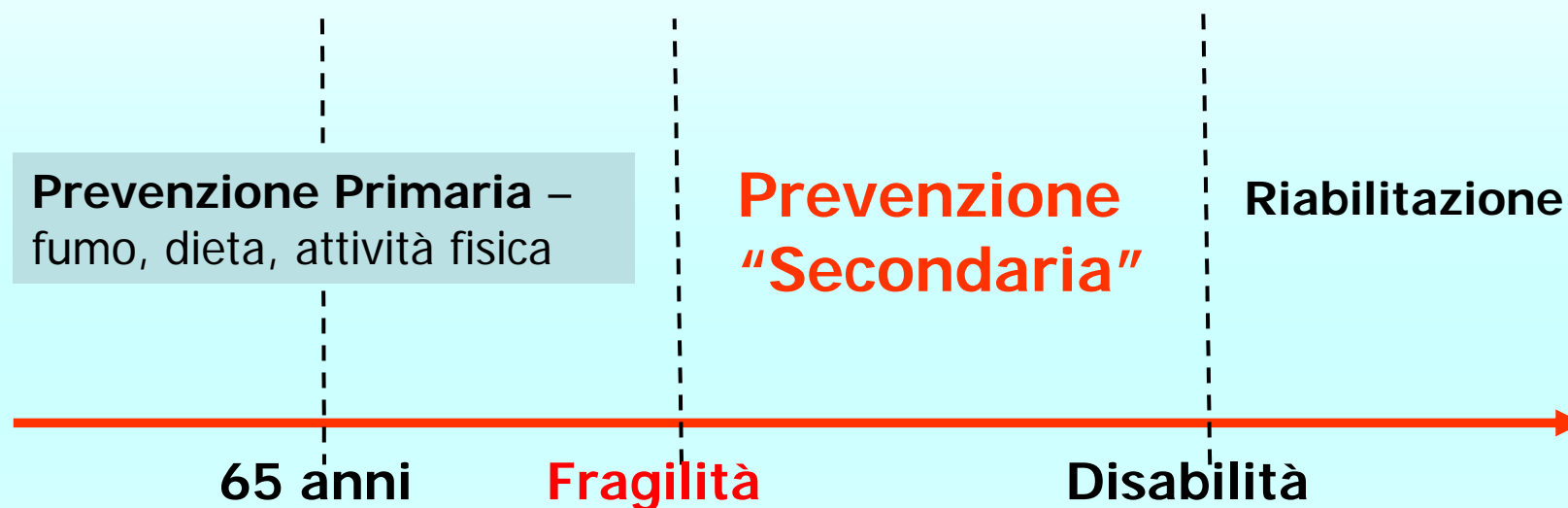


Prevenzione Primaria !

- "...research suggests that the greatest future decline in disability may result from reductions in lifestyle risk factors... A study initiated at an average age of 68 years documented postponement of disability by 7.7 years in those who exercised, had normal body mass indexes and did not smoke..."

James F. Fries, 2002 Editorial JAMA

Aggiungere anni alla vita: la prevenzione della disabilità nell'anziano fragile



Fried LP et al

Frailty in older adults: evidence for a phenotype.

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Mar



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Special Article

Frailty Consensus: A Call to Action

John E. Morley MB, BCh^{a,*}, Bruno Vellas MD^{b,c}, G. Abellan van Kan MD^{b,c}, Stefan D. Anker MD, PhD^{d,e}, Juergen M. Bauer MD, PhD^f, Roberto Bernabei MD^g, Matteo Cesari MD, PhD^{b,c}, W.C. Chumlea PhD^h, Wolfram Doehner MD, PhD^{d,i}, Jonathan Evans MD^j, Linda P. Fried MD, MPH^k, Jack M. Guralnik MD, PhD^l, Paul R. A B S T R A C T

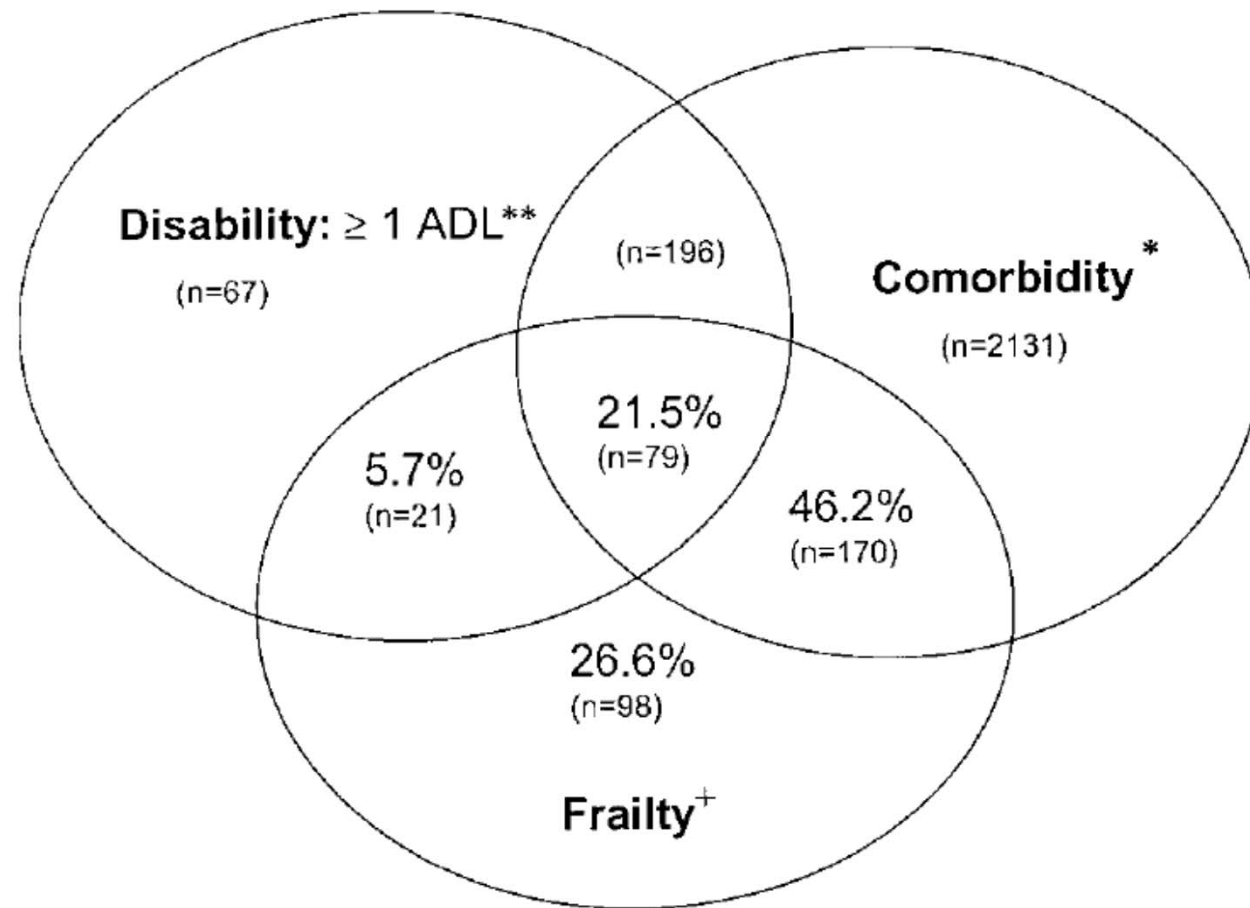
Luis M. Maurits

Frailty is a clinical state in which there is an increase in an individual's vulnerability for developing increased dependency and/or mortality when exposed to a stressor. Frailty can occur as the result of a range of diseases and medical conditions. A consensus group consisting of delegates from 6 major international, European, and US societies created 4 major consensus points on a specific form of frailty: physical frailty.

1. Physical frailty is an important medical syndrome. The group defined physical frailty as “a medical syndrome with multiple causes and contributors that is characterized by diminished strength, endurance, and reduced physiologic function that increases an individual's vulnerability for developing increased dependency and/or death.”
2. Physical frailty can potentially be prevented or treated with specific modalities, such as exercise, protein-calorie supplementation, vitamin D, and reduction of polypharmacy.
3. Simple, rapid screening tests have been developed and validated, such as the simple FRAIL scale, to allow physicians to objectively recognize frail persons.
4. For the purposes of optimally managing individuals with physical frailty, all persons older than 70 years and all individuals with significant weight loss ($\geq 5\%$) due to chronic disease should be screened for frailty.

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴ John Gottdiener,⁵ Teresa Seeman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹ and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study



Alcune Iniziative della Toscana

- Coordinamento progetto CCM sulla Fragilità
- Le linee guida sulla fragilità
- L'Attività Fisica Adattata
- La sanità d'iniziativa

Iniziative della Regione Toscana

- **Il progetto CCM sulla fragilità**
- Le linee guida sulla fragilità
- L'Attività Fisica Adattata
- La sanità d'iniziativa

La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale: definizione e sperimentazione di strumenti e interventi

- Progetto programma CCM 2009
- Presentato da: Regione Toscana
- Ente esecutore: ARS Toscana
- **Obiettivo generale: Fornire indicazioni utili per la progettazione d'interventi socio-sanitari finalizzati alla prevenzione della disabilità negli anziani fragili**
- Altre unità di ricerca: AgeNaS, Università di Firenze (Cattedra di Geriatria), Studio InChianti, SdS Valdichiana Senese, SdS Fiorentina sud-est

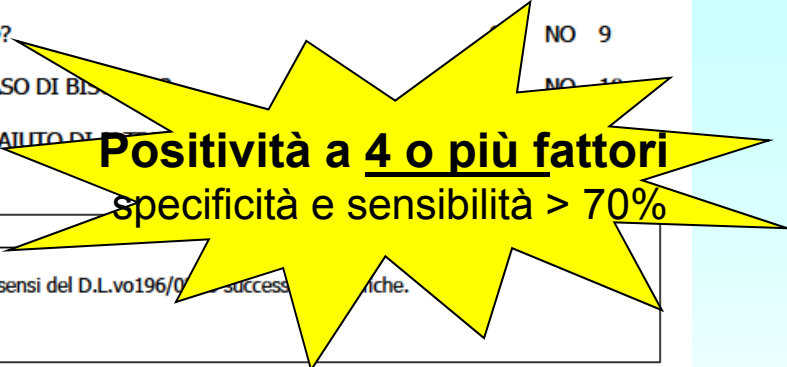

Questionario di screening postale

NOME	COGNOME	INVIO
INDIRIZZO		
<i>Egregio Signore/Gentile Signora, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande (facendo una crocetta sul sì e sul no)</i>		
1. VIVE DA SOLO?	SI	NO 1
2. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI?	SI	NO 2
3. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?	SI	NO 3
4. HA PROBLEMI DI MEMORIA?	SI	NO 4
5. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?	SI	NO 5
6. È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O SI È RECATO AL PRONTO SOCCORSO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI?	SI	NO 6
7. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA?	SI	NO 7
8. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI?	SI	NO 8
9. È DIMAGRITO PIÙ DI 3 KG NELL'ULTIMO ANNO, SENZA VOLERLO?		NO 9
10. PUÒ FACILMENTE CONTARE SULL'AIUTO DI UNA PERSONA IN CASO DI BISOGNO?		NO 10
11. SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AIUTO DI UNA PERSONA?		NO 11

Per cortesia, ci indichi il suo numero di telefono _____ / _____

Il sottoscritto **NOME COGNOME** autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo 196/03 e successive modificazioni e integrazioni.

Firma _____



**Positività a 4 o più fattori
specificità e sensibilità > 70%**

In corso ulteriore semplificazione con aumento performance sulla base dei dati raccolti ... utile per prossima indagine PdA ?



VISITA DI 2° LIVELLO:

Condizioni	Strumenti di valutazione
Fisiche	Short Physical Performance Battery
Cognitive	MMSE o MMSE short form
Tono dell'umore	Geriatric Depression Scale a 15 items
Nutrizionali	MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) BMI (misurazione peso e altezza)
Dipendenza nelle IADL e supporto rete sociale	Scheda IADL / rete sociale
Ambientali	Scheda valutazione rischi ambientali per cadute

alcuni numeri

- **16.798**
i questionari spediti ad altrettanti anziani residenti;
- **8.978 (53,5%)**
i questionari rientrati compilati;
- **3.877 (43,2%)**
gli autosufficienti e positivi al questionario di screening;
- **2.307**
gli autosufficienti e positivi al questionario di screening che sono stati valutati;
- **1.239 (53,7%)**
i fragili confermati in sede di valutazione secondo i criteri di L. Fried.

Iniziative della Regione Toscana

- Il progetto CCM sulla fragilità
- **Le linee guida sulla fragilità**
- L'Attività Fisica Adattata
- La sanità d'iniziativa



Regione Toscana

DOCUMENTO REGIONALE DI INDIRIZZO

CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

Linea guida
**La fragilità
dell'anziano**

DOCUMENTO 21



SCARICARE IL TESTO
INTEGRALE DELLA LINEA
GUIDA FRAGILITA'

http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=22425

oppure... dal sito della
Regione Toscana...

www.regione.toscana.it

Raccomandazione 1 A

Occorre pensare sempre che la persona ultra 75enne possa essere un “soggetto fragile”. Il **sospetto** di condizione di “fragilità” può essere basato sull’osservazione e/o sulla narrazione della persona ...

Raccomandazione 1 B

La Fragilità può essere sospettata dai Professionisti sanitari secondo un **approccio di opportunità** e in particolare:

- a. dal Sistema delle Cure Primarie
- b. nei contatti dell’Utente con la Medicina Specialistica
- c. nei contatti con i Servizi Socio-Sanitari

Raccomandazione 2

Nel sospetto di uno stato di “fragilità” questa condizione deve essere **valutata** nella persona anziana con:

- 1) il test SPPB;
- 2) il riscontro di perdita di peso corporeo, di riduzione dell'attività motoria e di senso di affaticamento.

La valutazione deve essere eseguita da Professionisti specificamente formati.

(IV/A)

Raccomandazione 3

Nella persona anziana la fragilità **si conferma** quando sono presenti almeno 3 delle seguenti condizioni:

1. perdita di peso involontaria ($\geq 5\%$ negli ultimi 12 mesi)
2. facile affaticabilità riferita nello svolgimento delle attività quotidiane
3. riduzione dell'attività fisica nella sua frequenza settimanale
4. riduzione nella velocità del cammino (SPPB-test della marcia ≤ 2)
5. riduzione della forza muscolare (SPPB-test della sedia ≤ 2)

(IV/A)

Raccomandazione 4

Nella persona anziana in cui è stato definito uno stato di “Fragilità”, è necessario **valutare**:

1. stato funzionale (IADL)
2. stato clinico
3. funzioni cognitive e stato psico – affettivo
4. trattamento farmacologico
5. situazione socio – economico – ambientale
6. preferenze individuali, bisogni e valori dell'individuo

La valutazione viene eseguita all'interno del gruppo multiprofessionale delle cure primarie, avvalendosi, laddove necessario, del supporto di altri Professionisti e del Servizio Sociale

VI/A

Raccomandazione 5

La Fragilità è conseguente a numerosi fattori concomitanti, il cui aspetto predominante consiste nella progressiva riduzione della forza muscolare e del peso corporeo. Di conseguenza, le principali strategie per stabilizzare il sistema e comprimere il fenomeno “Fragilità” consistono nella **promozione dell’attività fisica** e nel **controllo di alimentazione** e peso corporeo.

III/A

Raccomandazione 6 (pag. 17)

La persona riconosciuta “fragile” deve essere sorvegliata e valutata periodicamente **nell’ambito del sistema delle Cure Primarie**, anche utilizzando specifici strumenti di raccolta dati.

Il Medico di Medicina Generale individua e coordina le azioni necessarie alla soluzione di eventuali problemi emergenti dall’analisi della Fragilità avvalendosi anche del supporto di altri Professionisti e del Servizio Sociale.

II/A

Accordo Integrativo Regionale 2012

“... si ritiene opportuno prendere in considerazione una rivisitazione del Chronic Care Model nel senso dell’arruolamento dei pazienti fragili ...”

Iniziative della Regione Toscana

- Il progetto CCM sulla fragilità
- Le linee guida sulla fragilità
- **L'Attività Fisica Adattata**
- La sanità d'iniziativa



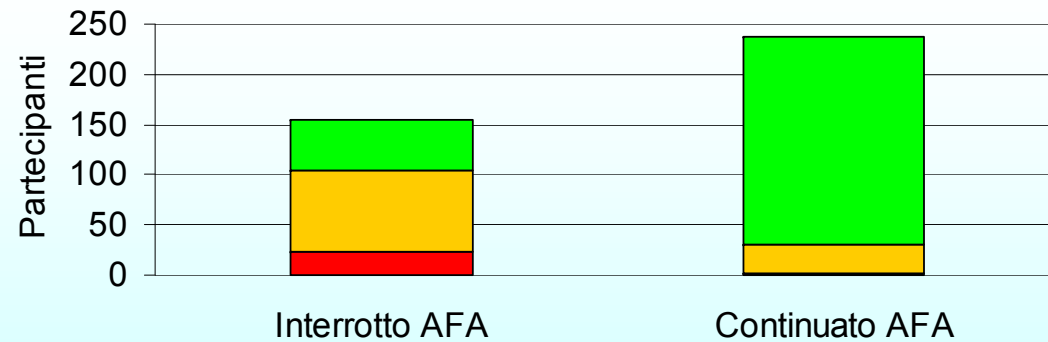
Le AFA

Programmi di attività fisica, svolti in gruppo, adattati per specifiche alterazioni croniche dello stato di salute per la prevenzione della disabilità

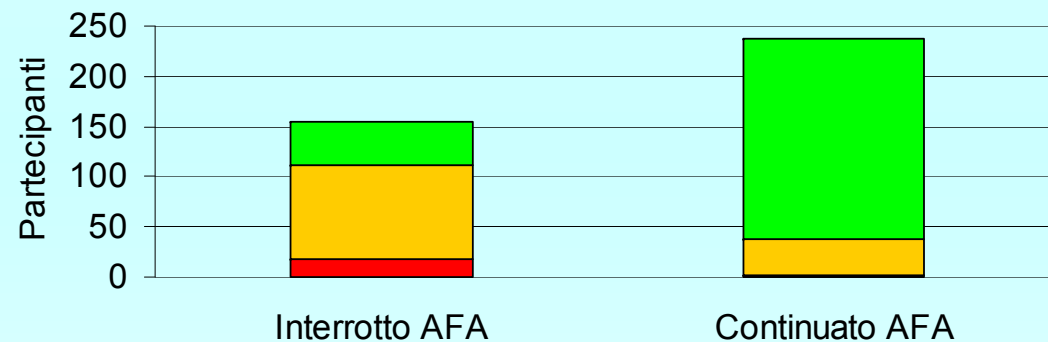
Opportunità di esercizio efficace

MAL DI SCHIENA

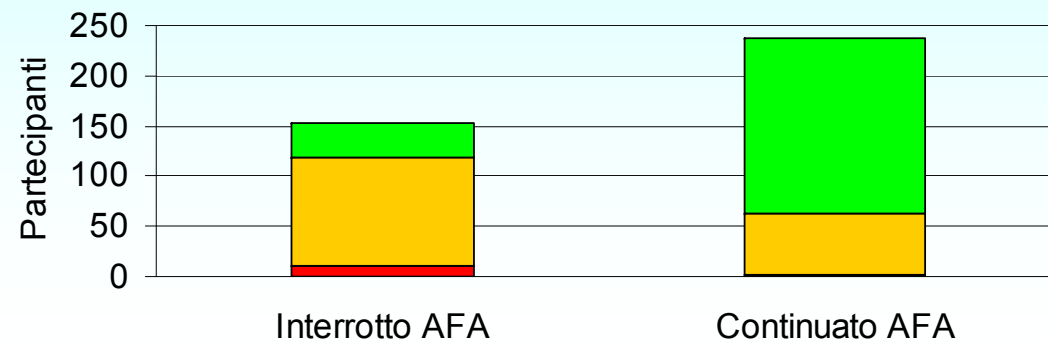
Come va il suo/la sua
rispetto a prima di iniziare l'AFA?



SALUTE



UMORE



Chi²
sempre P<0.00001



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 30-05-2005 (punto N. 19)

Delibera

**PER SINDROMI ALGICHE DA IPOMOBILITA',
OSTEOPOROSI E SINDROMI CRONICHE STABILIZZATE
NEGLI ESITI SONO APPROPRIATI I PROGRAMMI AFA.....**

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

**I PROGRAMMI AFA SONO FUNZIONE-ORIENTATI E NON
MALATTIA ORIENTATI...; DEFINITI COORDINAMENTO E
PROGRAMMI PER "ALTA" E "BASSA" DISABILITA'**

Oggetto:

Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29 novembre 2001) . Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale.

Sostenibilità economica per cittadino ed erogatori

≈2.20 € per sessione di 1 ora

27 € per mese per corsi 3 volte/settimana

20 € per mese per corsi 2 volte/settimana

10 € / anno per assicurazione



Indicatore n. 2 AFA a bassa disabilità

Estensione dell'AFA a bassa disabilità nell'Azienda

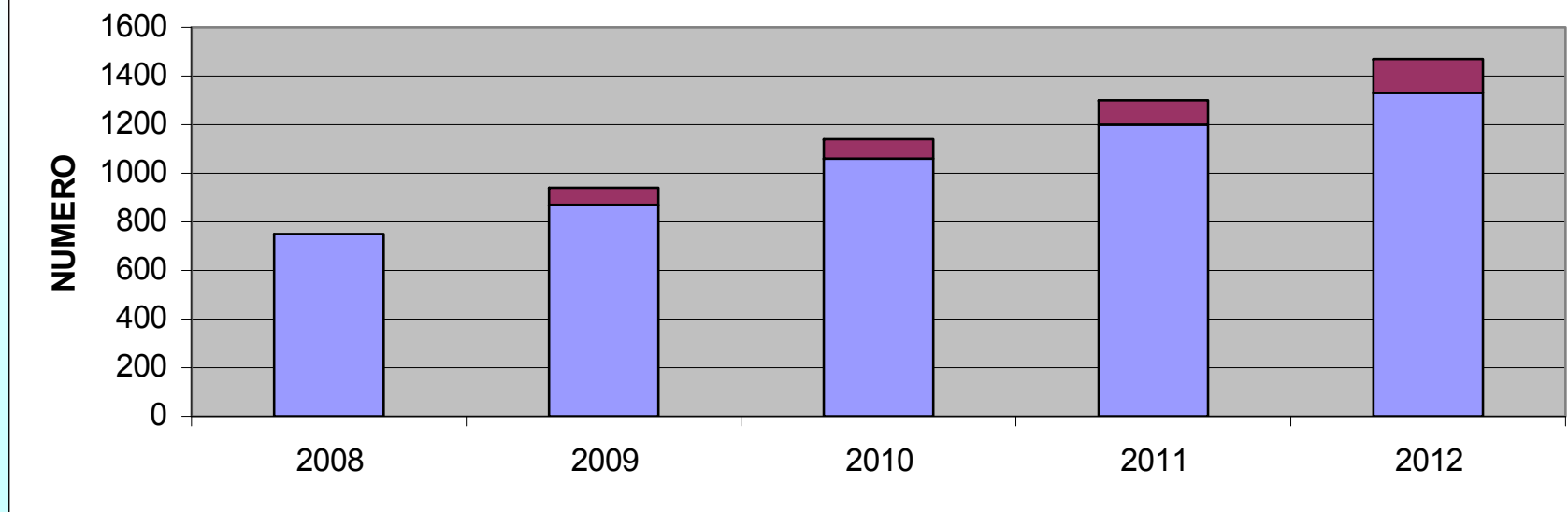
Indicatore n. 3 AFA ad alta disabilità

Attivazione programmi AFA ad alta disabilità


DAL 2010 OBIETTIVI MeS



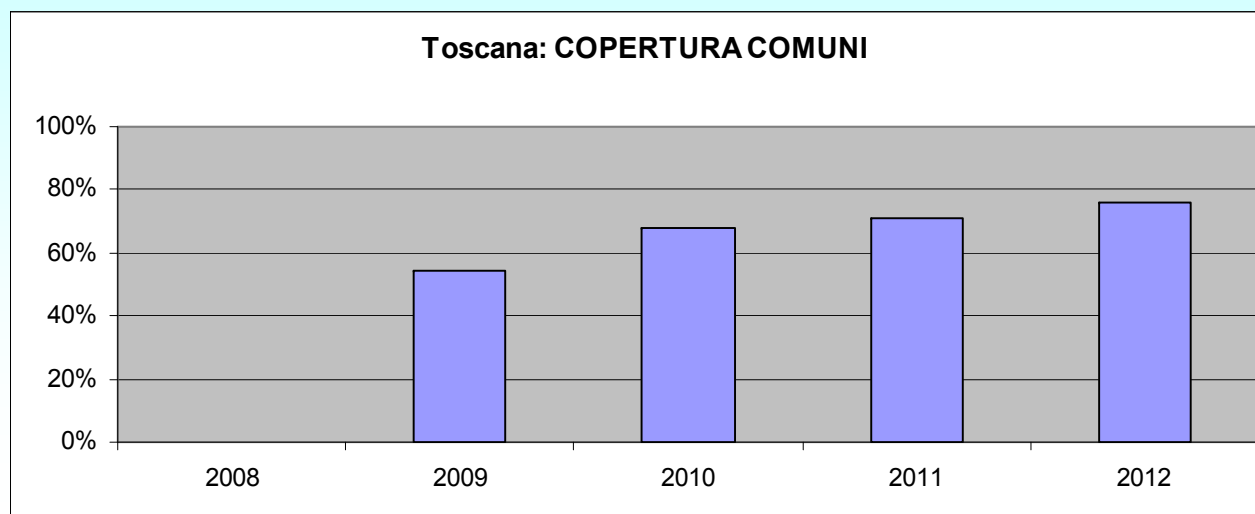
Toscana: CLASSI AFA



 N. Classi alta disabilità

 N. Classi bassa disabilità

Toscana: COPERTURA COMUNI





Ministero della Salute

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione

Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione

Ministero della Salute

Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità.

L'AFA (Attività Fisica Adattata), per il duplice ruolo svolto nel combattere l'ipomobilità e favorire la socializzazione, appare come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di crearne uno virtuoso.

L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile.

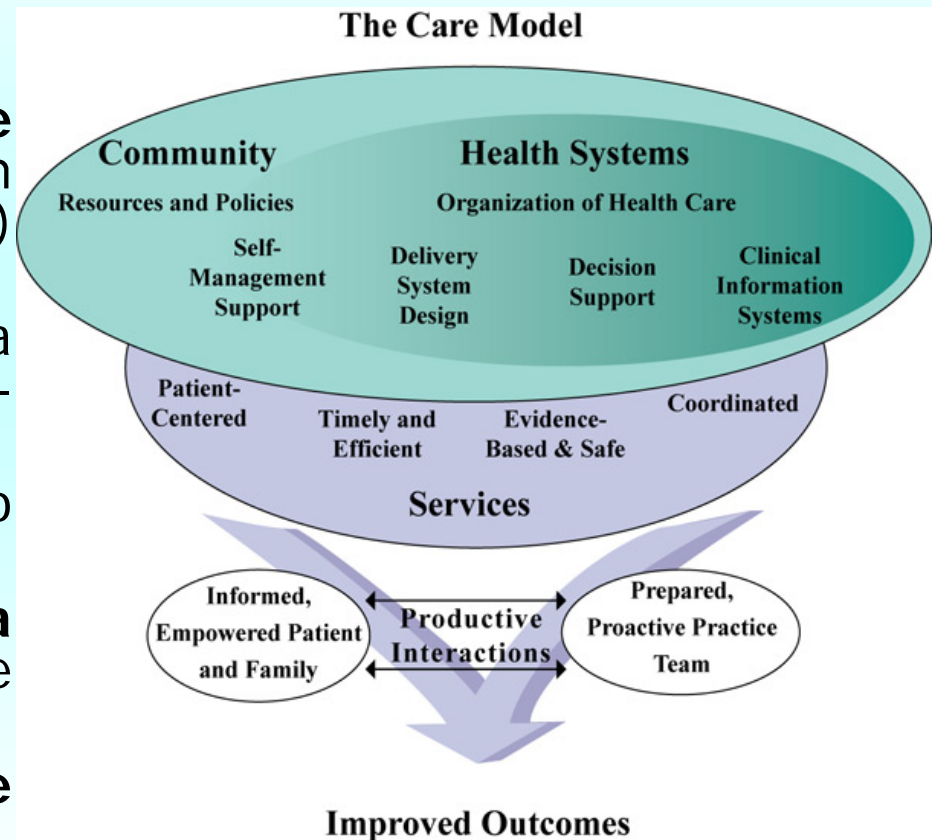
Documento di indirizzo approvato con accordo Stato-Regioni 10.2.2011

Iniziative della Regione Toscana

- Il progetto CCM sulla fragilità
- Le linee guida sulla fragilità
- L'Attività Fisica Adattata
- **La sanità d'iniziativa**

Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa: il Chronic Care Model (CCM)

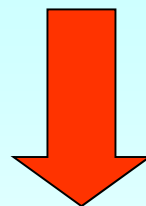
- Forte mandato del PSR
- Nuova organizzazione delle cure primarie basata su team multi – professionali (moduli) proattivi
- **Supporto alle decisioni** con la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici
- Ruolo dell'infermiere per il supporto al **self management**
- Forte investimento sul **sistema informativo** a supporto delle attività di cura e di self-audit
- **Coinvolgimento delle risorse della comunità (AFA)**



MMG, Infermieri e OSS organizzati in moduli (5-15 MMG)

**Fase pilota
Giugno 2010**

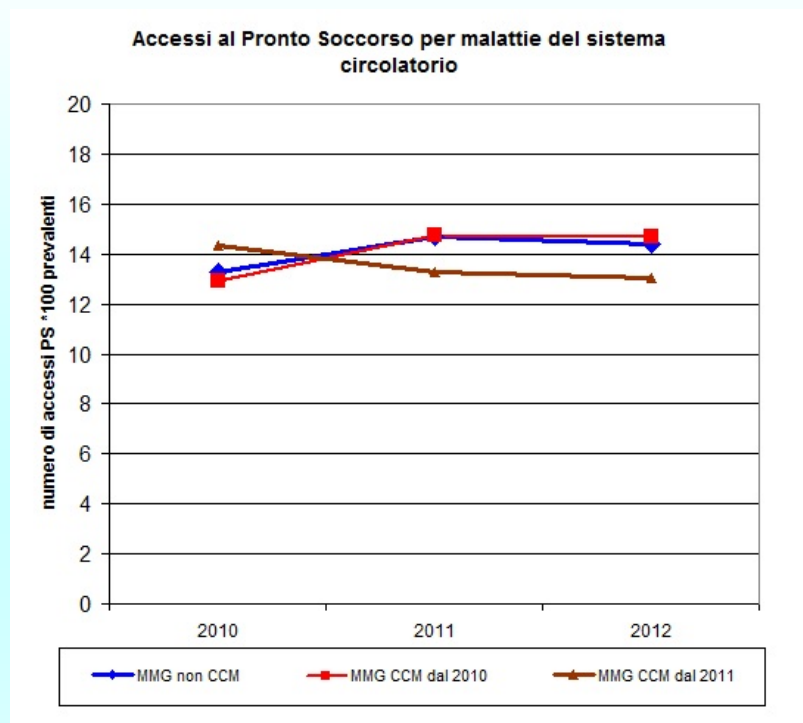
11 ASL
57 moduli
504 MMG
112 Infermieri
618.969 Pazienti



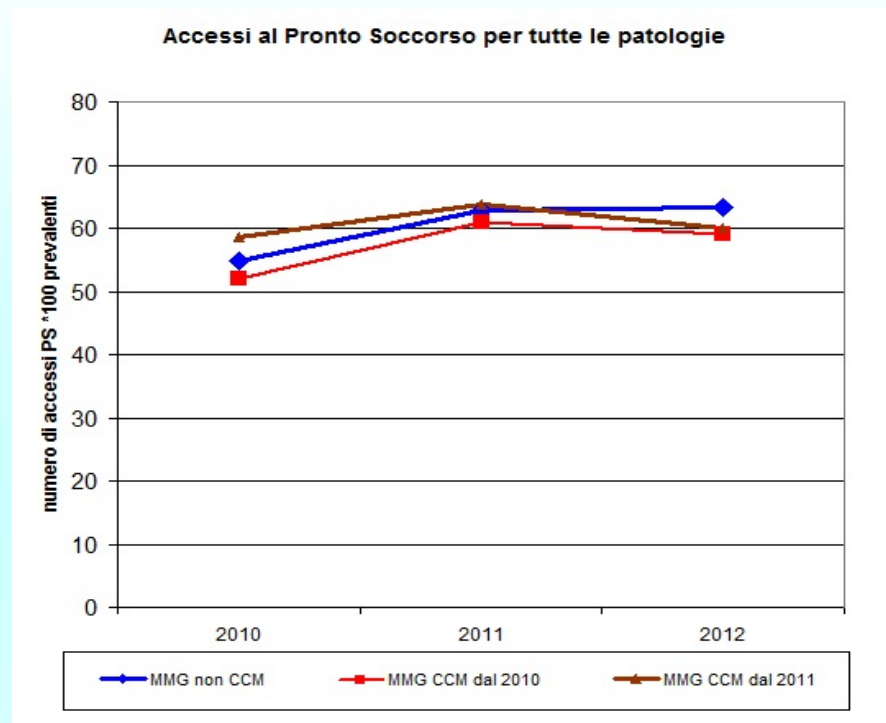
**Estensione
Marzo 2011**

31 moduli
301 MMG
62 Infermieri
337.213 Pazienti

Scompensati: accessi al Pronto Soccorso



Media 2009: 13,2 / 100
Differenza delle Differenze:
- 1,6 %
DdD in % media 2009: -12,4%



Media 2009: 54,2 / 100
Differenza delle Differenze:
- 6,1% (p < 0,05)
DdD in % media 2009: -11,2%

tra medici partecipanti (fase pilota e prima estensione) e non partecipanti al progetto tra l'anno prima e l'anno dopo l'inizio del progetto, stimata con modello panel, aggiustando per distretto del MMG, % ultra85enni, % under45enni, % donne, indice di Charlson medio, performance MMG 2009, numero prevalenti assistiti

Come staranno gli anziani in
Toscana quando faremo la prossima
indagine PdA?

paolo.francesconi@ars.toscana.it