

Progetto Codice Argento

**Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile
nella transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale**

MODELLI INNOVATIVI PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE NELLA TRANSIZIONE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO E DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE: CASE MANAGEMENT E QUALITA' DELLA VITA.

RAZIONALE

La dinamica demografica pone l'Italia fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani nella popolazione. Al 01.01.2007 vi erano in totale 59,1 milioni di persone, di cui 11,8 milioni le persone di età superiore a 65 anni, pari al 19,9% della popolazione totale. Le più recenti proiezioni evidenziano un progressivo incremento della popolazione anziana (popolazione di 65 anni e oltre), tanto in termini assoluti quanto relativi. I numeri assoluti dicono che, rispetto agli attuali 11,8 milioni, gli anziani ammonteranno entro il 2051 a 20,3 milioni. In termini percentuali, raggiungeranno il 33% della popolazione totale. I cosiddetti "grandi vecchi" (convenzionalmente individui di > 85 anni) passano da 1,3 milioni nel 2007 a 4,8 milioni nel 2051, per una proporzione relativa che aumenta dal 2,3% al 7,8%. Secondo i dati ISTAT (report 6/2008) il 52% degli uomini e il 66% delle donne ultrasessantacinquenni dichiarano almeno due malattie croniche in atto, il 44% e il 51%, rispettivamente, ne dichiarano almeno 3. Per l'anziano salute significa principalmente autonomia, anche se questa può sussistere in presenza di malattia. Infatti il 45% dei soggetti di età compresa tra i 65 e 75 anni, anche se affetti da una compromissione fisica, dichiarano uno stato di salute buono o molto buono. Grande rilevanza assumono le problematiche cognitive: accanto com'è ovvio alle manifestazioni di demenza, talvolta anche disordini apparentemente minori come deficit di memoria (operativa o recente) o di equilibrio emotivo possono causare gravi alterazioni relazionali e di autonomia. La fragilità dell'anziano è riconducibile non solo alle caratteristiche fisiologiche ma anche alla condizione socioeconomica. Si trovano in stato di povertà il 5,4% degli uomini ed il 7,4% delle donne di età superiore ai sessantacinque anni. La presenza di disabilità è correlata all'età: tra le persone di > 65 anni, la quota di popolazione con disabilità è del 18,7%, e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di > 80 anni. Delle persone disabili ultra settantacinquenni circa il 34% vive solo e il 60,3% in famiglia.

Gli anziani hanno bisogno di risposte flessibili, differenziate (che tengano conto della loro diversità), integrate (dove il comparto sociale e quello sanitario interagiscono), continuative (tali da assicurare un tragitto assistenziale programmato).

Le esperienze nazionali ed internazionali suggeriscono come programmi integrati di intervento socio-sanitario a domicilio centrati sul modello del "case-management", e cioè su una figura professionale esperta nella valutazione del bisogno dell'anziano fragile e suo "angelo custode" nell'assicurargli l'effettiva erogazione del servizio necessario, prevenga il declino fisico e rallenti quello cognitivo degli assistiti. Il tutto con una riduzione significativa dell'ospedalizzazione e del ricovero in RSA permettendo un risparmio di spesa stimato in oltre il 20%.

In particolare, il modello del "case management" ha prodotto risultati estremamente positivi in Italia, in Europa e in altri paesi al Mondo: riduzione dei ricoveri in ospedale e/o in RSA del 35-40% (Italia); riduzione ricorso al pronto soccorso del 50% (Italia); miglioramento dello stato funzionale (fisico, cognitivo ed affettivo) del 30% (Italia); riduzione della spesa sanitaria dal 20 al 29% (Italia); riduzione della istituzionalizzazione del 50%; aumento aderenza alle strategie di prevenzione (vaccinazione anti-influenzale) del 25%; riduzione della comparsa di stress psico-fisico nel caregiver del 45% (Europa – studio ADHOC); riduzione spesa sanitaria con una significativa riduzione di posti letto ospedalieri per acuti (Canada).

Il progetto generale, attraverso l'articolazione in tre sottoprogetti, ha come obiettivo quello di identificare percorsi assistenziali che siano in grado di migliorare la qualità assistenziale a favore degli anziani fragili e al tempo stesso di produrre una ottimalizzazione dei costi.

OBIETTIVI

- Definire e realizzare il percorso formativo della figura professionale responsabile della continuità assistenziale per l'anziano fragile;
- identificare e valutare l'efficacia in termini di costo-beneficio di un "codice argento" per l'accesso dell'anziano fragile in ospedale;
- elaborare una carta del rischio della disabilità dell'anziano fragile;

- Sottoprogetto 3: Sperimentazione di una modalita' innovativa di assistenza nell' ambito della rete dei servizi per l'anziano fragile: case management – angeli custodi

RISORSE

Per le attività previste nel progetto complessivo si richiede un finanziamento per il primo anno di €500.000,00.

TEMPI

La durata della sperimentazione è di tre anni.

L'articolazione delle singole attività è specificata nei sottoprogetti allegati.

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI

Le Unità Operative in cui verranno implementati i singoli sottoprogetti saranno concordate con le Regioni individuate per la sperimentazione.

TITOLO SOTTOPROGETTO 1:

REALIZZAZIONE DEL CURRICOLO FORMATIVO PER IL COORDINATORE DEL CASO – CASE MANAGER – NELL’AMBITO DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI A FAVORE DELL’ANZIANO FRAGILE.

RAZIONALE

Il paziente anziano che presenta un bisogno assistenziale a lungo termine, sia che si trovi in ospedale – in attesa di dimissione protetta – sia che si trovi a domicilio, dovrebbe essere segnalato al Punto Unico di Accesso (PUA), situato presso il Distretto. Il PUA è il nodo di sistema, lo sportello che accetta e valuta le domande di non autosufficienza. Per essere efficace il sistema dell’accesso unico deve prevedere al suo interno un coordinatore del caso (case manager), figura specializzata nella valutazione del bisogno. Il coordinatore del caso è figura professionale nuova nello scenario assistenziale italiano e dovrà essere adeguatamente formato sui principi del case management e sulla valutazione multidimensionale geriatrica. Proprio l’importanza e la provata efficacia di questi nuovi modelli di assistenza geriatrica hanno portato negli Stati Uniti e negli altri paesi europei ad un aumento degli spazi offerti alla formazione gerontologico-geriatrica sia a livello universitario che a livello delle scuole professionali. Senza operatori formati professionalmente ed opportunamente motivati nessun tipo di assistenza all’anziano (Ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata) porterà ad un reale vantaggio nel miglioramento della qualità della vita degli anziani disabili. Le mancanze strutturali nella formazione degli operatori professionali e ancor più la mancanza di preparazione culturale sull’assistenza continuativa geriatrica si esplicita in una richiesta di formazione professionale sentita e pressante da parte degli operatori sanitari stessi.

La sperimentazione si propone di definire il curriculum formativo e al tempo stesso di realizzare il corso di formazione per il coordinatore del caso che dovrà essere 1) lo specialista della valutazione dei bisogni assistenziali dell’anziano, presupposto questo alla corretta formulazione di un piano di assistenza individualizzato, e 2) esperto nelle tecniche di coordinamento dei vari servizi disponibili, pre-requisito per garantire una effettiva ed efficace integrazione dei servizi stessi.

OBIETTIVI

- Definizione del profilo professionale del coordinatore del caso nell’ambito della rete integrata dei servizi a favore dell’anziano fragile.
- Realizzazione di un corso telematico per la formazione del coordinatore del caso.
- Valutazione dell’impatto della formazione telematica, attraverso la modalità e-learning, sulla acquisizione da parte del personale che opera nell’ambito dei servizi geriatrici delle competenze adeguate a svolgere il ruolo di case manager.

RISULTATI E PRODOTTI ATTESI

Gli output previsti per questo progetto sono:

- Curriculum studiorum per la figura professionale del coordinatore del caso.
- Programma di formazione multimediale con lezioni frontali on-line, casi simulati interattivi, quiz di apprendimento, materiale didattico con manuali on-line, quiz di valutazione.
- Verifica dell’impatto della formazione telematica, attraverso la modalità e-learning, sulla acquisizione da parte del personale che opera nell’ambito dei servizi geriatrici delle competenze adeguate a svolgere il ruolo di case manager.

COERENZA

Il coordinatore del caso assumerà un ruolo cruciale nella corretta gestione dell’anziano fragile e/o a rischio di disabilità, valutando attraverso le metodologie più moderne (gli strumenti validati di seconda e terza generazione) tutte le aree problematiche emerse. E’ per questo motivo che sarà necessario stabilire il curriculum formativo del coordinatore del caso e al tempo stesso sperimentare la fattibilità di un corso di formazione multimediale che sia in grado di prepararlo adeguatamente all’adempimento dei suoi compiti.

AZIONI

Attraverso l'utilizzo della modalità e-learning basata su internet e le nuove tecnologie digitali, verrà costituito un programma di formazione che consentirà a tutti gli utenti una fruizione a distanza senza vincoli di tempo e luogo.

In linea generale verrà costruita una struttura didattica che si articolerà in tre fasi:

- La prima fase sarà organizzata con lezioni specifiche sui principali insegnamenti gerontologici-geriatrici, sulle teorie del nursing geriatrico e sulle competenze del case management.
- La seconda parte sarà pratica e si baserà sull'apprendimento e sull'utilizzo della valutazione multidimensionale con lo strumento di valutazione di terza generazione *interRAI-Home Care*; è infatti ormai riconosciuto di fondamentale importanza che chi lavora nell'assistenza geriatrica diventi esperto dell'utilizzazione di tali strumenti.
- La terza fase rappresenta la fine del corso telematico ed attraverso opportune verifiche sulle capacità acquisite saranno identificate le figure professionali che rivestiranno il ruolo di coordinatori del caso.

TEMPI

La durata della sperimentazione è di tre anni. Dopo la fase iniziale per la definizione dei criteri formativi per la figura professionale del coordinatore del caso (6 mesi) si passerà alla realizzazione del programma di formazione multimediale con lezioni frontali on-line, casi simulati interattivi, quiz di apprendimento, materiale didattico con manuali on-line, quiz di valutazione (12 mesi). La fase successiva di 18 mesi prevederà l'implementazione del programma stesso e la verifica dell'impatto della formazione telematica sulla acquisizione da parte del personale che opera nell'ambito dei servizi geriatrici delle competenze adeguate a svolgere il ruolo di case manager.

TITOLO SOTTOPROGETTO 2:

REALIZZAZIONE DI UN CODICE ARGENTO PER IL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO DELL'ANZIANO FRAGILE E VALUTAZIONE DEL SUO IMPATTO SULLA FUNZIONE FISICA, SULLA QUALITÀ DI VITA E SULLA MORTALITÀ.

RAZIONALE

Negli ultimi anni, attraverso alcuni lavori preliminari, si è evidenziata l'importanza di identificare un cosiddetto codice geriatrico – Codice Argento – in Pronto Soccorso che permetta una immediata identificazione dell'anziano fragile ed un percorso del paziente diversificato e determinato dalla presenza di patologie e condizioni che suggeriscono una gestione nei reparti di Geriatria piuttosto che di Medicina Interna. O comunque una presa in carico, qualsiasi sia il reparto di ammissione, che consideri le specificità del paziente fragile e la sua necessità di assistenza a lungo termine. Si permette così di allertare il territorio (rete dei servizi e case manager) per una efficace ed efficiente dimissione protetta.

La sperimentazione si propone di realizzare uno specifico codice di allarme per il paziente anziano fragile che si reca in Pronto Soccorso e di validare tale metodologia, per poi decidere su una implementazione più estensiva.

OBIETTIVI

- Sviluppo e validazione di un punteggio di predizione prognostica per gli anziani "fragili" che si recano in Pronto Soccorso.
- Identificazione dei soggetti "a rischio" di perdita di autonomia funzionale con l'ausilio di dati che possono essere facilmente estratti dalle informazioni "amministrative" dell'ospedale e del territorio. I vantaggi derivano dalla applicazione di un sistema rapido, a basso costo, oggettivo e che consente confronti orizzontali (tra ospedali) e verticali (prima-dopo istituzione di servizi geriatrici).
- Valutazione della capacità del modello assistenziale dei Reparti di Geriatria di ridurre la disabilità intra-ospedaliera e ad un anno dalla dimissione, e di ridurre la mortalità intra-ospedaliera, la mortalità ad un anno dalla dimissione, il tasso di re-ospedalizzazione, la durata della degenza stessa e l'istituzionalizzazione.

RISULTATI E PRODOTTI ATTESI

Gli output previsti per questo progetto sono:

- Sviluppo codice argento per la identificazione degli anziani "fragili" che si recano in Pronto Soccorso.
- Fattibilità della implementazione di tale codice nel Pronto Soccorso di Ospedali omogeneamente distribuiti nell'ambito del territorio nazionale.
- Verifica dell'impatto del codice argento sulla disabilità e sulla mortalità dei soggetti anziani fragili ricoverati in Reparti di Geriatria rispetto a Reparti di Medicina Interna.

COERENZA

In Italia, l'esatta stima dell'impatto dell'ospedalizzazione sullo stato di salute delle persone anziane è resa difficile dalla mancanza di sistemi di monitoraggio che, attraverso l'uso di indicatori di efficacia, verifichino i risultati degli interventi. I dati a disposizione per questo tipo di valutazione sono fino ad ora derivati unicamente dalla scheda di Dimissione Ospedaliera, nata come strumento per analisi economiche ed epidemiologiche dei ricoveri negli ospedali per acuti, ma che male si adatta sia all'intenzione di studiare gli esiti sia alla tipologia della popolazione di età avanzata. Nel triage di Pronto Soccorso ci sono il codice bianco, giallo, verde e rosso a segnalare rapidamente all'equipe di Pronto Soccorso l'urgenza del caso. Tuttavia, in questi sistemi di codifica, le caratteristiche di fragilità, complessità ed instabilità, che sono proprie dell'anziano fragile e che lo rendono particolarmente esposto agli eventi avversi della degenza ospedaliera, non sono mai registrate e quindi mai pesate ai fini di una valutazione di efficacia. E' per questo motivo che si ritiene necessario sperimentare un codice argento che non sia solo basato sulla diagnosi di malattia e sulla gravità dell'evento acuto, ma che al tempo stesso prenda in considerazione quegli aspetti di fragilità che sono propri della popolazione anziana.

AZIONI

In linea generale il progetto si articolerà in due fasi:

- La prima fase sarà destinata alla creazione del codice argento, partendo dalle esperienze che in questo settore sono già state fatte da alcuni ricercatori italiani. In particolare, nella fase iniziale la sperimentazione farà riferimento ai risultati ottenuti in uno studio pilota che è stato condotto nella ASL 10 di Firenze e nello studio Prodiges, che ha riguardato un campione rappresentativo di ricoveri in diverse unità operative per acuti del territorio nazionale. Tra gli altri, verranno presi in considerazione i dati estratti dai seguenti database: SDO, farmaceutico territoriale e mortalità. Su questa base sarà possibile costruire il codice argento.
- La seconda parte prevede l'implementazione e la validazione del codice argento in ospedali selezionati in diverse Regioni italiane. Il campione dello studio sarà formato dall'analisi delle ospedalizzazioni dei soggetti ultra65enni nei presidi ospedalieri oggetto della sperimentazione per motivi medici.

I risultati attesi tenderanno a verificare la riproducibilità di quelli ottenuti nelle sperimentazioni pilota, dove si è potuto verificare come i soggetti anziani classificati come poco-medio fragili che si ricoveravano in Medicina Interna mostravano gli stessi outcome funzionali e di mortalità rispetto a quelli ricoverati in Geriatria; di contro, i soggetti classificati come fragili con il punteggio maggiore mostravano nell'anno successivo alla dimissione outcome migliori e consumavano meno risorse se erano stati ricoverati in Geriatria.

TEMPI

La durata della sperimentazione è di tre anni. Dopo la fase iniziale per la definizione dei criteri e la costruzione del codice argento (6 mesi) si passerà alla implementazione del codice stesso in ospedali equamente distribuiti sul territorio nazionale (18 mesi). La fase finale di 12 mesi prevederà la verifica dell'impatto del codice argento attraverso l'analisi dei dati raccolti.

TITOLO SOTTOPROGETTO 3:

SPERIMENTAZIONE DI UNA MODALITA' INNOVATIVA DI ASSISTENZA NELL' AMBITO DELLA RETE DEI SERVIZI PER L'ANZIANO FRAGILE: CASE MANAGEMENT – ANGELI CUSTODI.

RAZIONALE

La sperimentazione si propone di identificare e valutare l'efficacia in termini di costo-beneficio di un percorso assistenziale per l'accesso dell'anziano fragile alla rete dei servizi territoriali e all'integrazione tra ospedale e territorio; l'obiettivo finale sarà di dimostrando come ottimizzando il percorso assistenziale al momento dell'ingresso in ospedale con il codice argento e successivamente alla dimissione dall'ospedale e all'interno dei servizi territoriali con il case manager - angelo custode, sia possibile migliorare la qualità della vita dell'anziano fragile, ridurre la disabilità fisica, cognitiva e comportamentale, e al tempo stesso ridurre la spesa socio-sanitaria.

OBIETTIVI

Obiettivo generale del progetto è quello di valutare nella realtà di ASL di Regioni diverse, ma caratterizzate dalla implementazione di servizi di assistenza domiciliare, se i servizi a favore degli anziani fragili basati sulla integrazione socio-sanitaria e sull'integrazione tra ospedale e territorio (modello case-management) permetta di ridurre l'ospedalizzazione e/o l'ammissione in RSA e la durata della degenza, giustificandone la produttività e quindi l'investimento di risorse.

In sintesi gli obiettivi primari dello studio saranno:

- Output del case-management in funzione delle caratteristiche cliniche e funzionali dei soggetti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in diverse Regioni italiane per valutare eventuali differenze e sottostanti cause (diversità nella disponibilità di altri Servizi, "policy" regionale o della singola ASL, diversa dotazione personale dell'ADI etc).
- Valutazione della capacità di tale modalità assistenziale di ridurre l'ospedalizzazione, la durata della degenza, l'istituzionalizzazione.

Obiettivi secondari della sperimentazione saranno:

- identificare le differenze nella tipologia dei pazienti serviti dall'ADI;
- valutare se queste differenze siano ascrivibili ad una diversa presenza di Servizi, a diverse "policy" nelle varie ASL/Regioni o ad una diversa strutturazione (numero di personale, logistica etc) del servizio;

RISULTATI E PRODOTTI ATTESI

Gli output previsti per questo progetto sono:

- Programma di acquisizione dati con un software dedicato che verrà utilizzato per l'archiviazione dei dati raccolti con le schede di valutazione; inoltre per l'inserimento dei dati relativi alle patologie e ai farmaci somministrati, il software permetterà la codifica automatica secondo codici riconosciuti a livello internazionale, ovvero l'International Code of Disease per le patologie e l'Anatomical, Therapeutical and Chemical Classification per i farmaci. Il software sarà strutturato a garanzia della privacy dei pazienti.
- Banca dati. La sua composizione e la quantità di dati in essa contenuta permetteranno di utilizzarla per studi sia di tipo clinico – epidemiologico che di programmazione sanitaria. Attualmente non esistono in Italia banche dati relative a informazioni e/o studi di questo tipo e quindi è facile intuire quali siano le potenzialità dei prodotti generati dal progetto.
- Tipologia dei soggetti seguiti nell'ambito della rete integrata dei servizi e differenze nelle ASL selezionate delle Regioni italiane. Un primo output strategico di questo progetto è quindi quello di fornire ai programmatori sanitari regionali e nazionali una serie di informazioni su chi dispone di assistenza nel territorio per stabilire se esistano incongruità di arruolamento.
- Produttività del case management e dell'intervento del coordinatore del caso in termini di deospedalizzazione e de-istituzionalizzazione. Il secondo output strategico di questo progetto è quello di produrre i primi dati sull'economicità della continuità delle cure basata su un preciso modello assistenziale, il case-management. Gli outcome che verranno valutati alla fine dello studio saranno: qualità della vita, la funzione fisica, cognitiva, comportamentale ed affettiva, il tasso di ospedalizzazione e di re-ospedalizzazione, la durata della degenza in ospedale, il tasso di istituzionalizzazione, il consumo dei farmaci.

COERENZA

La strategia di intervento oggetto della sperimentazione sarà caratterizzato dalla implementazione del Coordinatore del Caso - angelo custode -, della Rete Integrata dei Servizi (Ospedale ↔ Territorio) e dello strumento di valutazione multidimensionale *interRAI-Home Care*.

Le Regioni sede di sperimentazione avranno il compito di identificare la ASL che parteciperà all'implementazione del progetto. All'interno della ASL verranno identificati i Distretti che successivamente saranno randomizzati per sperimentare l'intervento (case management - angelo custode) e per essere utilizzati come controllo. La selezione dei Distretti verrà fatta rispettando un criterio di omogeneità tra aree territoriali più prettamente rurali e aree metropolitane. Dopo la identificazione dei Distretti, si procederà alla loro randomizzazione (nell'ambito della stessa ASL); si può ipotizzare che un distretto sperimenterà l'intervento attivo (casa manager, rete dei servizi, strumento *interRAI-Home Care*), mentre l'altro avrà la funzione di controllo (continuerà ad utilizzare il modello assistenziale e le scale di valutazione già implementate).

Il modello di sperimentazione caso/controllo basato sulla randomizzazione e quindi sul successivo confronto tra Distretti della stessa ASL, verrà proposto in alcune Regioni appositamente individuate per validarne la fattibilità sull'intero territorio nazionale e le sue eventuali criticità.

AZIONI

Popolazione. Verranno arruolati tutti i soggetti di età ≥ 70 anni eletti al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (interventi sanitari e sociali adottati di concerto tra ASL e Comuni dopo protocolli d'intesa) dei Distretti appartenenti alle ASL delle Regioni coinvolte nel progetto.

Rilevamento dati baseline relativi ai servizi del Distretto. Una scheda specificamente disegnata verrà realizzata al fine di raccogliere le informazioni sulle caratteristiche strutturali dei servizi territoriali nelle differenti sedi di sperimentazione. Le variabili che saranno incluse nella scheda riguardano le informazioni sulla sede (caratteristiche demografiche, presenza di servizi ospedalieri, di RSA e territoriali in rapporto alla popolazione); sulle caratteristiche organizzative ed amministrative (risorse finanziarie, modalità di erogazione dei servizi sanitari e sociali); sulle caratteristiche strutturali dei servizi territoriali (rapporto personale amministrativo e sanitario per paziente, numero totale di pazienti assistiti per anno, durata media del servizio, lista d'attesa, giorni di erogazione dei servizi durante la settimana, servizi notturni e festivi, precedente utilizzazione di strumenti di valutazione multidimensionale, presenza di protocolli e specifiche linee-guida).

Rilevamento dati pazienti baseline e follow-up del Distretto sede di intervento. Tutti i pazienti verranno valutati all'inizio e dopo un anno (anche se dimessi dal servizio) con la scheda di valutazione multidimensionale *interRAI-Home Care*. Inoltre, nel caso di dimissione del paziente verrà eseguita sempre una nuova valutazione. Lo strumento di valutazione *interRAI-Home Care* è uno strumento validato di "terza generazione" che deriva dal Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC), frutto della collaborazione di un gruppo internazionale di ricercatori (*interRAI*). Le aree valutate con questo strumento sono: informazioni personali e demografiche, sfera cognitiva, comunicazione / udito, sfera visiva, problemi di umore e comportamento, stato sociale, supporto informale, funzione fisica (attività di base – ADL – e strumentali – IADL – del vivere quotidiano), continenza fecale e urinaria, diagnosi cliniche, condizioni di salute e misure di medicina preventiva, stato nutrizionale, idratazione, igiene orale, condizione della cute, valutazione ambientale, consumo farmaci. Gli stessi soggetti verranno valutati da personale non direttamente coinvolto nella sperimentazione anche con le scale di valutazione già in uso nella ASL; questo è necessario per consentire un confronto con i soggetti arruolati nel distretto di controllo e per verificare gli outcome descritti.

Rilevamento dati pazienti baseline e follow-up del Distretto sede di controllo. Tutti i pazienti verranno valutati all'inizio e dopo un anno (anche se dimessi dal servizio) con la scheda di valutazione multidimensionale già in uso nel Distretto. Inoltre, nel caso di dimissione del paziente verrà eseguita sempre una nuova valutazione. Questa procedura consentirà il confronto con i soggetti arruolati nel distretto di intervento e per verificare gli outcome descritti.

Durata dello studio. Tutti i pazienti verranno valutati all'inizio e dopo un anno. Considerando i tempi di arruolamento la durata complessiva dello studio è stimata in tre anni.

Scheda – diario. Le risorse utilizzate dai soggetti arruolati nella sperimentazione saranno costantemente monitorizzate a livello delle singole sedi.

Software e rete informatica. I dati delle valutazioni dei soggetti arruolati e quelli relativi al consumo delle risorse verranno inseriti in un software appositamente sviluppato.

Potenza dello studio. In base agli studi precedenti e ai risultati attesi è stato calcolato che un campione di 300 soggetti per ogni sede di sperimentazione regionale, con un totale di 1200 soggetti da arruolare (600 soggetti nel gruppo di trattati e 600 soggetti nel gruppo di controllo), garantirà una potenza intorno al 90% (errore alfa=0.01, errore beta=0.01).

TEMPI

La durata della sperimentazione è di tre anni. Dopo la fase iniziale per la identificazione delle sedi di sperimentazione e per la loro successiva randomizzazione (6 mesi) si passerà alla implementazione dell'intervento vero e proprio basato sul case management. In una prima fase di 12 mesi verranno arruolati i pazienti e in una fase successiva di 12 mesi si provvederà alla rilevazione dei dati di follow-up. In una fase finale di 6 mesi si procederà alla verifica dell'impatto del case management attraverso l'analisi dei dati raccolti.

Componenti del Gruppo di Lavoro:

| | |
|----------------------------|--|
| Prof. Massimo Fini | Coordinatore |
| Dott.ssa Donata Bellentani | Rappresentante Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali |
| Prof. Roberto Bernabei | Rappresentante Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - SIGG |
| Prof. Carlo Caltagirone | Rappresentante Associazione Italiana Psicogeriatrics - AIP |
| Prof. Carlo Damiani | Rappresentante Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa - SIMFER |
| Prof. Luigi Di Cioccio | Rappresentante Società Italiana Geriatri Ospedalieri - SIGOs |
| Dr. Fabrizio Oleari | Dipartimento Prevenzione, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali |
| Dott. Mauro Tavarnelli | Rappresentante Associazione Italiana Fisioterapisti - AIFI |

