

LA GESTIONE CLINICA DELL'ANZIANO COMPLESSO: LA CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO

The clinical management of the complex older: the hospital-community continuity

Alessandra Frustaci¹, Stefano Bonassi¹, Massimo Fini²

1 Area di Approcci di Sistema e Malattie non trasmissibili, Unità di Epidemiologia Clinica e Molecolare, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma

2 Direzione Scientifica, IRCCS San Raffaele Pisana, Roma

Keywords

Complexity
Multimorbidity
Transitional care
Discharge planning
Continuity of care

Abstract

The clinical management of the complex older, namely a patient with multi-systemic alterations, requires the adoption of complex systems management principles. Theoretically, aging is in itself a manifestation of complexity, being a multi-causal elements phenomenon.

In a global population ageing scenario, with increasing healthcare costs, but above all with the need of managing complex older patients, many efforts are being devoted to develop innovative approaches for improving healthcare quality, reducing hospital admissions and containing healthcare costs.

Various healthcare models have been developed in order to bridge the gap between hospital and community care, mostly for older with complex needs. A pivotal point of each care pathway is the need of a constant flow of information between different care providers, patients and caregivers. Information technology tools like electronic patients records, web-based case report forms, shared clinical databases together with dedicated case managers and telemedicine systems, can enhance communication and sew up the meshes of a healthcare system that can become too fragmentary for a frail older.

Evidence from international literature is promising and shows that programs aimed at ensuring hospital-community continuity of care can reduce hospital admissions and emergency services use. The biggest challenge is to overcome a disease-based logic in order to go a wellness-based logic and a quality of life improvement.

Introduzione

Il termine "complessità" in medicina è stato usato con ampi significati, come sinonimo di fragilità [1], come misura del grado di interazione in un sistema [2] o per descrivere aumenti non lineari della vulnerabilità in relazione al numero dei sistemi fisiologici alterati in un individuo [3]. La presa in carico clinica dell'anziano complesso, inteso come un paziente con alterazioni a carico di più di un sistema fisiologico, richiede allora l'adozione dei principi della gestione dei sistemi complessi, e cioè il riconoscimento dell'interconnessione e della non additività, la presenza di effetti indiretti e ritardati, l'impossibilità di implementare interventi con un singolo effetto e la non predicibilità dei risultati a partire dai singoli interventi [4].

In un contesto teorico, l'invecchiamento è di per se stesso una manifestazione della complessità, essendo un fenomeno determinato da molteplici componenti causali [5]. Un aspetto fondamentale della sfida posta dalla gestione clinica dei pazienti anziani con problematiche cliniche e sociali multiple ed interagenti tra loro è la necessità di oltrepassare le linee guida sviluppate per i singoli disturbi e di adottare un approccio olistico e personalizzato. Nel 2001 negli USA è stato presentato il *Chronic Care Model* (CCM), un modello per guidare la riorganizzazione pratica dell'assistenza per le persone che soffrano di patologie croniche, sottolineando la necessità dell'interazione tra

il gruppo curante ed i pazienti, tramite valutazioni puntuali, aumentata auto-gestione da parte dei pazienti e follow-up [6, 7].

L'assistenza al paziente anziano con multimorbilità rappresenta una sfida non solo per i pazienti ed i clinici, ma anche per i sistemi sanitari, con necessità di ridurre le istituzionalizzazioni dopo la dimissione. Wimmer et al. [8] in uno studio di coorte su pazienti con età ≥ 70 anni hanno rilevato tramite un modello multivariato che la complessità del regime farmacologico era un predittore significativo della dimissione non a domicilio.

La transizione ospedale-territorio rappresenta un punto critico nel quale la sfida della complessità può amplificarsi. In uno scenario di invecchiamento globale della popolazione, accompagnato da crescenti costi per l'assistenza sanitaria, ma soprattutto dalla necessità di gestire pazienti complessi, cioè con multimorbilità e con necessità di cure personalizzate, la maggior parte dei Paesi occidentali sta esplorando attivamente approcci innovativi per migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre le ri-ospedalizzazioni e contenere la spesa sanitaria.

L'assistenza transizionale

La necessità di garantire una presa in carico modulata sui bisogni delle persone anziane dopo un evento acuto o nei percorsi della cronicità, trova nella continuità una possibile risposta.

In un contesto di necessità di individuazione di percorsi assistenziali che garantiscano un approccio integrato al paziente anziano complesso e nel contempo siano dotati di buon rapporto costo-efficacia, il concetto di "assistenza transazionale" (in inglese *transitional care*) gioca un ruolo di primaria importanza. Si definisce *transitional care* un insieme di azioni volte ad assicurare la continuità dell'assistenza quando i pazienti vengono trasferiti da una sede ad un'altra oppure si spostano attraverso livelli di assistenza differenti all'interno dello stesso luogo [9]. La gestione del paziente anziano complesso in un percorso di continuità ospedale-territorio rientra in questo approccio transizionale.

Haggerty et al. [10] identificano tre tipi di continuità:

- a) la continuità dell'informazione, ovvero l'utilizzo delle notizie anamnestiche e quelle riguardanti la vita personale per adattare l'assistenza alle esigenze del singolo paziente;
- b) la continuità della gestione, ovvero un approccio alla gestione delle condizioni morbose che sia coerente ed adeguato alle esigenze in divenire del paziente;
- c) la continuità relazionale, ovvero una relazione terapeutica tra un paziente ed uno o più curanti che sia senza soluzione di continuo.

La realizzazione effettiva di una transizione dell'erogazione delle cure può essere impegnativa [11] e dovrebbe prevedere contatti personali sostanziali con i pazienti nel passaggio dal contesto ospedaliero ad altri livelli di assistenza [12, 13].

I medici di base hanno un ruolo chiave nella transizione dell'assistenza dall'ospedale al territorio, e al fine di ottimizzare il piano di transizione i medici di base e il team ospedaliero dovrebbero interagire sin dall'ingresso del paziente in ospedale [14].

Hellesø e Lorensen [15] sottolineano che in letteratura la continuità dell'assistenza viene descritta a tre livelli: i) livello interpersonale, focalizzato sulla relazione diretta tra paziente e medico o infermiere; ii) livello intra-organizzazione, focalizzato sullo scambio di informazioni tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie all'interno di una stessa struttura; iii) livello inter-organizzazione, focalizzato sul coordinamento tra i diversi fornitori di cure mediche da parte di più di una organizzazione; la presenza di informazioni conflittuali o la mancanza di informazioni date al paziente è emerso come un ostacolo alla continuità delle cure.

Quando ci si focalizza sulla continuità ospedale-territorio ci si confronta con logiche divergenti; gli ospedali sono orientati alla malattia ed hanno necessità di dimissioni precoci, ridotte ri-ospedalizzazioni e ridotta durata di degenza [16]; l'assistenza territoriale è invece orientata alla promozione del benessere, con sforzi volti a far superare al soggetto il ruolo di malato [17]. La realizzazione di una continuità ospedale-territorio in presenza delle suddette asimmetrie ha come elemento chiave lo scambio di informazioni, favorito anche dall'adozione delle cartelle cliniche elettroniche [15] e dalla presenza di *case manager* [18].

I piani di dimissione nella continuità ospedale-territorio

Per una corretta dimissione, occorre attivare percorsi clinico-assistenziali integrati, che proseguono anche dopo il ricovero, e valorizzare il ruolo della famiglia. Il fine è quello di ridurre la ri-ospedalizzazione e garantire un'assistenza personalizzata.

La necessità di piani di dimissione efficaci sta acquisendo sempre maggiore importanza, dato il numero crescente di anziani che richiedono assistenza ospedaliera, con la conseguente carenza di posti letto e l'emergenza di varie problematiche che circondano la dimissione. A questo proposito alcune delle criticità rilevate nella letteratura internazionale riguardano la scarsa comunicazione tra ospedale e servizi territoriali, la mancata pianificazione delle dimissioni con scarso preavviso dato ai pazienti e la poco frequente discussione delle dimissioni con i pazienti e chi si prende cura di loro, l'eccessivo affidamento fatto sul supporto informale e la scarsa fornitura di servizi assistenziali ufficiali, la mancanza di attenzione alle necessità individuali dei soggetti maggiormente vulnerabili [19]. Doos et al. [20] hanno raccolto dati tramite interviste ai pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronica ostruttiva e ai loro *caregiver* in due reparti ospedalieri, e hanno rilevato che i pazienti lamentavano soprattutto carenza di comunicazione con i professionisti sanitari, in particolare riguardo le informazioni attinenti la terapia farmacologica e la discontinuità dell'assistenza al momento della transizione ospedale-territorio. Una pianificazione della dimissione e della continuità assistenziale ospedale-territorio è finalizzata ad una riduzione della permanenza in ospedale e alla prevenzione di ri-ospedalizzazioni, accesso ai servizi di emergenza o premature/non necessarie istituzionalizzazioni in strutture per la lungodegenza.

La comunicazione tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di assistenza all'anziano complesso è un passaggio fondamentale per la continuità delle cure. Una informazione carente può condurre a soluzioni di continuo nel percorso assistenziale dall'ospedale al territorio con duplicazioni non necessarie di consulenze o esami, poli-farmacia, errori iatrogeni, un peggioramento delle condizioni cliniche con insoddisfazione da parte del paziente e perdita di fiducia nei confronti dei medici curanti. In questo contesto già la lettera di dimissione per un paziente anziano complesso dovrebbe contenere maggiori informazioni rispetto a quelle tradizionali [21]. Kergoat et al. [22] hanno elaborato un modello di lettera di dimissione specifico per gli anziani dimessi dalle unità di valutazione geriatrica in Canada, che comprendeva una descrizione dettagliata delle procedure mediche effettuate (non semplicemente una lista dei farmaci), un dettagliato stato funzionale, nutrizionale, psico-sociale, la necessità da parte del paziente di supporti tecnici e infine raccomandazioni per il follow-up.

Efficacia dei progetti di continuità assistenziale

La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà.

Una revisione sistematica degli interventi per migliorare il passaggio di consegne circa la cura del paziente dal team ospedaliero ai medici di base ha mostrato che piani di gestione multi-componenti, che includono accordi sulle terapie farmacologiche, utilizzo di strumenti elettronici per facilitare la comunicazione e un coinvolgimento condiviso nel coordinare il follow-up del paziente riducevano le ri-ospedalizzazioni e miglioravano la soddisfazione dei pazienti [23]. Una metanalisi ha rilevato che le visite domiciliari preventive riducevano del 34% i ricoveri in strutture di assistenza residenziale [24].

Uno studio recente [25] ha valutato l'efficacia di un programma di *transitional care* per anziani complessi, e cioè di età ≥ 65 anni, con multimorbilità, che assumevano più di 5 tipi di farmaci, con ridotta mobilità, ridotte capacità di cura di sé, deterioramento cognitivo, malattie croniche, scarso supporto sociale e storia di ripetuti ricoveri ospedalieri o accessi al Pronto Soccorso negli ultimi sei mesi; i pazienti arruolati nel programma venivano affidati a "coordinatori delle cure", generalmente infermieri o assistenti sociali, che lavoravano con i pazienti già a partire dal ricovero in ospedale e successivamente tramite contatti telefonici e visite domiciliari aiutavano i pazienti e le loro famiglie a gestire il percorso terapeutico, ma coordinavano anche l'eventuale invio dei pazienti ad altri servizi assistenziali sul territorio che offrivano ad esempio cure giornaliere o domiciliari. Quando confrontati con una coorte di controllo di pazienti non arruolati nel programma, i pazienti che avevano ricevuto l'assistenza transizionale presentavano un rischio significativamente ridotto di ri-ospedalizzazioni non programmate ed una migliore qualità di vita e percezione soggettiva di salute.

Nyweide et al. [26] in uno studio di coorte retrospettivo su pazienti con età ≥ 65 anni hanno rilevato che la continuità assistenziale, misurata come condivisione delle visite al paziente da parte dei medici ed erogazione delle visite da parte di un singolo fornitore, era associata ad un ridotto rischio di ospedalizzazione prevenibile, anche se non aveva effetti sulla mortalità.

Takahashi et al. [27] in uno studio pilota di coorte prospettico hanno rilevato una riduzione del 10% nel tasso di riammissioni in ospedale nei 30 giorni successivi alla dimissione in pazienti di età < 65 con elevato rischio di ri-ospedalizzazione partecipanti ad un programma di assistenza transizionale rispetto a pazienti che seguivano i percorsi tradizionali; il programma di transizione prevedeva un contatto iniziale con il paziente durante il ricovero da parte di un team composto dal medico di base, il geriatra, il *case manager* e l'infermiere e successivi contatti domiciliari per 30 giorni da parte di un infermiere.

Rosenberg [28] ha rilevato una riduzione del numero e della durata dei ricoveri e degli accessi al Pronto Soccorso in un campione di 248 anziani fragili dopo un anno dall'ingresso in un programma di assistenza primaria interdisciplinare ed integrata a domicilio realizzato in Canada; tale modello utilizzava una valutazione geriatrica multidimensionale, la fornitura di cure domiciliari, cartelle cliniche elettroniche, comunicazioni maggiormente frequenti con i *caregiver* e i pazienti tramite telefono cellulare ed e-mail, sistemi di monitoraggio.

Modelli di continuità ospedale-territorio: alcune esperienze italiane

Il progetto della Regione Lombardia «CreG» (Chronic related group) mira ad assicurare ai malati cronici la continuità delle cure sia nelle strutture extraospedaliere sia a domicilio, limitando così i ricoveri.

Sorlini et al. [29] presentano un modello di assistenza ai soggetti con patologie croniche, il *Chronic Related Groups* (CREG), in cui assicurano la continuità dell'assistenza fornendo tutti i servizi ambulatoriali necessari per una buona gestione delle patologie del soggetto (consulenze mediche, terapie, protesi, ospedalizzazione domiciliare, ecc.). Pecchia et al. [30] hanno valutato l'efficacia di un programma chiamato "Dimissione Protetta Difficile" (Di.Pro.Di.) per un sottogruppo di pazienti di età ≥ 65 anni con scompenso cardiaco e ad elevato rischio di ri-ospedalizzazione; tale programma era mirato a stabilizzare i pazienti tramite visite domiciliari per 3 mesi dopo la dimissione; rispetto ad un gruppo di controllo non partecipante al programma, i pazienti nel Di.Pro.Di. presentavano un numero significativamente ridotto di ri-ospedalizzazioni ed una ridotta durata della degenza.

Tarquini et al. [31] presentano un'esperienza con un modello di continuità ospedale-territorio basato sulla collaborazione tra ospedale, medici di base ed Università, che si rivolge perlopiù ai pazienti anziani con comorbidità. Gli autori individuano vari strumenti per la continuità: i contatti frequenti tra ospedale e medici di base, una database dedicato che possa essere facilmente condiviso con i medici di base, una lettera di dimissione completa di informazioni sugli interventi condotti durante il ricovero, informazioni per il follow-up, terapia farmacologica scritta in modo leggibile con caratteri di grandi dimensioni e che specifichi in modo chiaro quale terapia il paziente dovrà continuare ad assumere dopo la dimissione e quale invece dovrà sospendere; ad un anno dall'inizio del programma la durata dei ricoveri era diminuita così come la percentuale di pazienti ricoverati provenendo da altri reparti ospedalieri.

Bernocchi et al. [32] hanno rilevato che pazienti di età ≥ 65 affetti da scompenso cardiaco o broncopneumopatia cronica ostruttiva che partecipavano ad un programma di gestione domiciliare tramite tele-medicina, alla fine dei sei mesi di programma mostravano un miglioramento della condizione clinica e della qualità di vita.

Mazzuoli et al. [33] hanno studiato l'effetto di un programma annuale di gestione della malattia tra ospedale e territorio, che utilizzava una scheda raccolta dati clinica *web-based* ed il monitoraggio dei pazienti da parte degli specialisti e degli infermieri era coordinato dal medico di base; circa 100 pazienti di età ≥ 70 anni con scompenso cardiaco partecipanti al programma hanno mostrato una riduzione del numero dei ricoveri e delle chiamate di emergenza rispetto all'anno precedente.

Conclusioni

Vari modelli di assistenza sanitaria sono stati sviluppati al fine di colmare il vuoto tra assistenza ospedaliera e territoriale, soprattutto per gli anziani con esigenze assisten-

ziali complesse. Gli anziani fragili con multimorbilità sono spesso in poli-farmacoterapia, e l'esigenza di "ricucire" le indicazioni farmacologiche date dopo il ricovero in ospedale con quelle usuali del paziente si accompagna alla necessaria educazione dello stesso a riconoscere sintomi di peggioramento del quadro clinico.

Punto cardine di ciascun percorso rimane la necessità del flusso di informazioni costante tra i diversi erogatori di assistenza, il paziente e i suoi *caregiver*. Solo la condivisione dei dati relativi alla storia clinica ma anche alla situazione di vita dell'anziano fragile con multimorbilità può consentire la realizzazione di un sistema di assistenza sanitaria senza soluzioni di continuo. Gli strumenti informatici quali cartelle cliniche elettroniche, e-mail, schede raccolta dati *web-based*, database clinici condivisibili, possono favorire il suddetto flusso informativo, così come la presenza di *case manager* dedicati e sistemi di tele-medicina possono favorire la comunicazione e ricucire le maglie di un sistema assistenziale che può diventare troppo frammentario per le esigenze di anziani fragili.

Le esperienze descritte in letteratura sono promettenti e dimostrano che programmi di assistenza transizionale possono ridurre le ospedalizzazioni e il ricorso ai servizi di emergenza. La sfida più grande resta quella di superare una logica basata sulla malattia per andare verso una logica basata sul raggiungimento del benessere e del miglioramento della qualità di vita.

Bibliografia

- [1] McGeorge SJ. Unravelling the differences between complexity and frailty in old age: findings from a constructivist grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18:67-73.
- [2] Kang HG, Costa MD, Priplata AA, et al. Frailty and the degradation of complex balance dynamics during a dual-task protocol. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64:1304-1311.
- [3] Fried LP, Xue QL, Cappola AR, et al. Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64:1049-1057.
- [4] Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012; 10:4.
- [5] Kirkwood TB. Systems biology of ageing and longevity. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2011; 366:64-70.
- [6] Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*. 2001; 20: 64-78.
- [7] Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *J. Qual. Impr*. 2001; 27:63-79.
- [8] Wimmer BC, Dent E, Visvanathan R, et al. Polypharmacy and Medication Regimen Complexity as Factors Associated with Hospital Discharge Destination Among Older People: A Prospective Cohort Study. *Drugs Aging*. 2014; 31:623-30.
- [9] Coleman EA, Boult C. Position Statement of the American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51:556-557.
- [10] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327:1219-1221.
- [11] Coleman EA. Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51:549-555.
- [12] Naylor MD, Broton DA, Campbell RL et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:675-684.
- [13] Coleman EA, Smith JD, Frank JC et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52:1817-1825.
- [14] Kim CS, Coffey CE Jr. Transitions of care: optimizing the handoff from hospital-based teams to primary care physicians. *Am Fam Physician*. 2014; 89:706-7.
- [15] Hellesø R, Lorensen M. Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42:807-22.
- [16] Procter S, Wilcockson J, Pearson P, Allgar V. Going home from hospital: the carer/patient dyad. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 35:206-217.
- [17] Gardner G. Hospital and home. *Collegian*. 2000; 7:9-15.
- [18] Gustafsson M, Kristensson J, Holst G, et al. Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work - a focused ethnography. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13:496
- [19] Damiani G, Federico B, Venditti A, et al. Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates? *BMC Health Serv Res*. 2009; 4:9:22.
- [20] Doos L, Bradley E, Rushton CA, et al. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expect*. 2014; [Epub ahead of print].
- [21] Bolton P, Mira M, Kennedy P, Lahra MM. The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment. *J Qual Clin Pract*. 1998, 18:241-247.
- [22] Kergoat MJ, Latour J, Julien I, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatr*. 2010; 10:69.
- [23] Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012; 157:417-428.
- [24] Stuck AE, Egger M, Hammer A et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002; 287:1022-1028.
- [25] Wee SL, Loke CK, Liang C, et al. Effectiveness of a national transitional care program in reducing acute care use. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62:747-53
- [26] Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med*. 2013; 173:1879-85.

- [27] Takahashi PY, Haas LR, Quigg SM, et al. 30-day hospital readmission of older adults using care transitions after hospitalization: a pilot prospective cohort study. *Clin Interv Aging*. 2013; 8:729-36.
- [28] Rosenberg T. Acute hospital use, nursing home placement, and mortality in a frail community-dwelling cohort managed with Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60:1340-6.
- [29] Sorlini M, Perego L, Silva S, et al. The chronic related groups (CReG) model for ensuring continuity of care for chronically ill patients: pilot experience of the planning stage in Bergamo (Italy). *Ig Sanita Pubbl*. 2012; 68:841-61.
- [30] Pecchia L, Schiraldi F, Verde S, et al. Evaluation of short-term effectiveness of the disease management program "Di.Pro.Di." on continuity of care of patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58:1603-4.
- [31] Tarquini R, Coletta D, Mazzoccoli G, Gensini GF. Continuity of care: an Italian clinical experience. *Intern Emerg Med*. 2013; 8:595-9.
- [32] Bernocchi P, Scalvini S, Tridico C, et al. M. Healthcare continuity from hospital to territory in Lombardy: TELEMACO project. *Am J Manag Care*. 2012; 18:e101-8.
- [33] Mazzuoli F, Castelli G, Nozzoli C, et al. Continuity of care in heart failure: pilot study of the Tuscany region. *G Ital Cardiol*. 2012; 13:615-21.