

GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA GERIATRI OSPEDALIERI (S.I.G.Os.)

BIMESTRALE - Suppl. al Vol. XX n. 1 - Gennaio/Febrero 2008 - Poste Italiane S.p.A. - Sped. in Abb. Postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 N. 46) Art. 1 Comma 1 - DCB Roma

Società Italiana Geriatri Ospedalieri

XX Congresso Nazionale

ATTI

Bologna 22-23-24 Maggio 2008



ISSN: 1122-5807

I MODELLI DELLA CARE: L'UGA E LA RETE/LE RETI DEI SERVIZI

Ferrari A.

Unità Operativa Complessa di Geriatria – Dipartimento Neuro - Motorio - Arcispedale S. Maria Nuova – Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

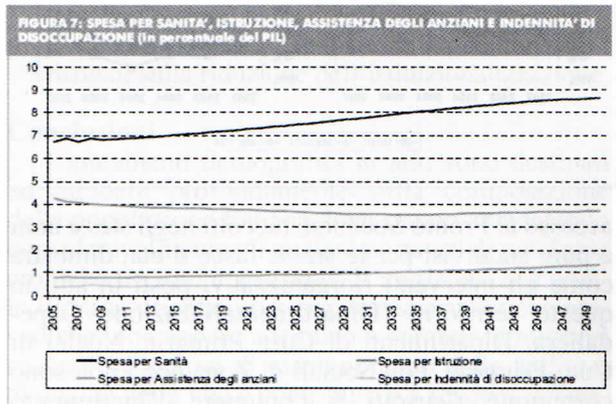
Da molti anni sono in atto importanti mutamenti demografici che vedono un progressivo aumento della popolazione anziana a scapito della popolazione attiva. Questo fenomeno è particolarmente evidente nelle aree a maggior sviluppo ed in particolare in Italia dove, secondo le stime delle Nazioni Unite, nel 2050 la popolazione ultrasessantenne supererà il 30% della popolazione totale e gli "oldest old" (gli ultraottantenni) saranno il 37% della popolazione ultrasessantenne (1) (tabella 1).

Country or area	Number (thousands)		Percentage of total population		Percentage of 80 years or over		Percentage currently married		Percentage living alone		Percentage in labour force*	
	2006 (1)	2050 (2)	2006 (3)	2050 (4)	2006 (5)	2050 (6)	Mar/Woman (7)	Mar/Woman (8)	Mar/Woman (9)	Mar/Woman (10)	Mar/Woman (11)	
World	597 822	1 029 183	11	22	17	29	59/40	51/49	53/47	52/48	53/47	
More developed regions	247 763	498 128	28	52	18	32	72/28	63/37	62/38	62/38	62/38	
Less developed regions	440 170	1 569 124	8	20	10	18	81/19	85/15	85/15	85/15	85/15	
Least developed countries	29 590	171 181	5	10	7	10	85/15	85/15	85/15	85/15	85/15	
Italy	15 106	21 051	26	41	21	37	81/19 A	70/30	70/30	70/30	70/30	
Japan	30 751	46 748	27	42	19	27	86/14 A	73/27	73/27	73/27	73/27	

United Nations : Department of Economic and Social Affairs – Population Division – Population Ageing 2006

Tab. 1

I mutamenti demografici sopra descritti saranno causa inevitabile di incremento di pazienti anziani portatori di patologie croniche spesso tra loro concomitanti. In questa tipologia di paziente il "Care tradizionale", rappresentato dalla somma di più interventi specialistici sullo stesso individuo, non potrà che determinare un aumento dei consumi sanitari con crescita progressiva della spesa senza peraltro garantire, con certezza, ricadute positive sui pazienti stessi, in particolare per quanto riguarda il benessere complessivo della persona e la conservazione dell'autonomia (17,18,19). Molti autori concordano sul fatto che l'incremento della popolazione anziana sarà causa, negli anni a venire, di incremento di spesa in ambito sanitario, sia per quanto concerne beni e servizi che per quanto riguarda i farmaci. Occorre tuttavia precisare che, mentre per tutti il "trend" sarà certamente in aumento, non vi è univocità di interpretazione circa l'entità percentuale di questo "trend". (2,3,4,5,6). Uno studio di previsione elaborato nel 2005 da Ministero dell'Economia e delle Finanze Italiano ed aggiornato al 2007, indica in 1,9 punti percentuali di PIL, l'incremento per la spesa sanitaria età-correlato che si realizzerà nel nostro paese dal 2005 al 2050.(7) (tabella 2).

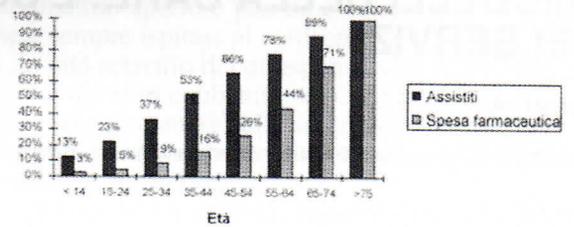
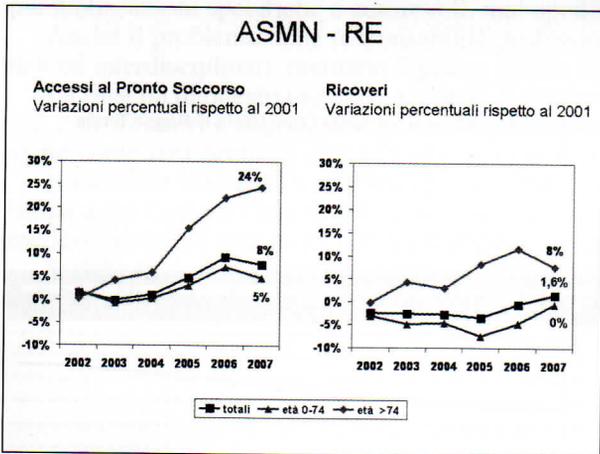


Tab. 2

Nel corso degli ultimi anni, in Italia, sono state poste in atto molte azioni di tipo riorganizzativo ispirate principalmente al modello della "Clinical Governance" introdotta nel SSN Britannico dal 1998 (8). Lo scopo principale di queste azioni doveva essere quello di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni mantenendo al contempo alta la qualità dell'assistenza sanitaria complessivamente erogata. L'impatto di queste azioni, misurato in termini di contenimento della spesa e di efficacia e sicurezza delle prestazioni, fino ad ora non sembra essere stato eclatante. Probabilmente nonostante sia ben compresa "la necessità di adottare linee guida e percorsi assistenziali, concordati e appropriati rispetto alle singole circostanze, che favoriscano la comunicazione e la reciproca collaborazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza distrettuale per: evitare i ricoveri ordinari non necessari; limitare la durata delle degenze necessarie; collaborare nella utilizzazione del day hospital e della day surgery; concordare le modalità della dimissione protetta secondo i bisogni delle persone e le caratteristiche dei presidi e servizi disponibili per l'assistenza intermedia (8), nella applicazione pratica di questi principi si è ragionato ancora in termini di "Care tradizionale" senza tener conto che la tipologia d'utenza, costituita da un gran numero di anziani affetti da patologie croniche quasi sempre concomitanti, richiederebbe un approccio specificamente dedicato.

La tabella sotto riportata, che dettaglia i ricoveri in degenza ordinaria presso L'Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova di Reggio Emilia dal 2001 al 2007 suddivisi per fasce d'età, raffrontandoli con i dati di

Tab. 3 - ASMN - RE - Ricoveri per età



Tab. 5 - Distribuzione cumulativa per fasce di età degli assistiti e della spesa farmaceutica nel campione <ASSET

autori hanno poi perfezionato e descritto accuratamente le peculiarità del CCM (38). L'applicazione di questo modello alla gestione di diverse condizioni di cronicità (scompenso cardiaco, asma, diabete, depressione) ha prodotto evidenze di miglioramento di alcuni outcomes e di riduzione dei costi (39,40).

L'esigenza di transitare da un sistema orientato per risposte specialistiche episodiche di cura, ad un sistema che preveda la presa in carico complessiva dei pazienti da parte di un'equipe multi professionale, si rende quindi necessaria se non altro per contribuire alla sostenibilità economica del sistema di cura. Questa esigenza inizia ad evidenziarsi anche in documenti di indirizzo di alcuni Servizi Sanitari Regionali (20).

La Geriatria, intesa come disciplina specialistica di ambito medico dedicata al paziente anziano, ha sviluppato negli anni cultura, conoscenze, esperienze, metodi di lavoro che le consentono di occuparsi del paziente anziano complesso impedendone il declino funzionale (11,14,15).

Già dal 1988 la Conferenza di Consenso sull'Assesment del Paziente Anziano identificava alcuni elementi caratterizzanti il lavoro in Geriatria. (9,10).

Tra questi:

- **la Valutazione Multidimensionale** definita come una analisi multidisciplinare del paziente che abbraccia numerosi domini (più comunemente fisico, mentale, sociale, economico e funzionale) allo scopo di indirizzare il piano di cura, le risorse assistenziali e gli interventi, focalizzandoli sui problemi del paziente e sulla prevenzione della disabilità.
- **Il Targeting del paziente** che influisce sui risultati del lavoro specifico Geriatrico.
- **La necessità di lavorare in rete** con i servizi territoriali allo scopo di monitorare e di riaggiustare il piano di cura.

Questi elementi cardine, applicati nella pratica clinica nei setting ospedalieri per acuti (UGA), nel corso degli anni, in diversi trial effettuati nei confronti di un "Usual Care", hanno prodotto evidenze di riduzione di mortalità, prevenzione delle disabilità, diminuzione dell'istituzionalizzazione, ed hanno determinato una migliore percezione di salute da parte dei pazienti e dei loro "caregiver" senza aggravio di costi (11,12,13,14,15,16).

La stessa metodologia di lavoro è stata poi uti-

accesso al Pronto Soccorso raccolti negli stessi anni e pure suddivisi per le stesse fasce d'età, dimostra come gli interventi riorganizzativi posti in atto in questo territorio (Dipartimentalizzazione Ospedaliera, Dipartimenti di Cure Primarie, Nuclei di Cure Primarie, Poli Sociali di Zona ecc.) non sono comunque riusciti a contenere l'incremento costante degli accessi al P.S. (+24% rispetto al 2001) e dei ricoveri ospedalieri negli ultrasettantacinquenni (+8% rispetto al 2001)(tabella n° 3). Questi pazienti, secondo i dati raccolti dallo studio ASSET (6), risultano anche consumare 8 volte, se femmine, e 12 volte, se maschi, i farmaci utilizzati dai venticinquenni del rispettivo sesso (tabelle n° 4 - 5).

Affinchè il sistema di cura rimanga sostenibile si renderà pertanto necessario adeguare il modello del "Care tradizionale" alle modificazioni demografiche in precedenza descritte. Fin dal 1996 Wagner ed altri hanno proposto un modello di cura dedicato ai pazienti portatori di malattie croniche (Chronic care model - CCM) (41,42). Gli stessi

Consumo farmaceutico medio per fasce di età espresso in euro/anno		
Fasce di età	Consumo medio (euro)	
	Maschi	Femmine
< 14	41,37	35,72
0-4	35,11	31,59
5-14	43,55	37,53
15-24	44,93	40,94
25-34	52,75	62,75
35-44	80,89	90,52
45-54	146,20	149,62
55-64	300,38	277,40
65-74	505,77	431,13
> 75	652,75	481,20
Totale	196,13	195,12

Tab. 4

lizzata, fin dagli anni 90, allo scopo di presidiare la salute in anziani fragili viventi al proprio domicilio ed è stata oggetto di numerosi studi clinici che hanno confrontato diversi modelli organizzativi con un "Usual Care" su indicatori quali: il mantenimento dell'autonomia, l'ospedalizzazione, il tempo di degenza in ospedale, il consumo di servizi sanitari e l'istituzionalizzazione. I risultati positivi segnalati da diversi autori (17,21,24) tuttavia, sono stati messi in discussione da una revisione sistematica comparsa sul BMJ nel Marzo del 2000 ad opera di Jolanda CM van Haastregt ed altri. Gli autori di questa revisione concludono che non vi è evidenza di efficacia degli interventi basati sulla presa in carico complessiva di pazienti anziani viventi presso il proprio domicilio effettuata attraverso un programma di visite periodiche da parte di personale esperto di nursing. Gli effetti positivi segnalati nei trial esaminati sono stati considerati, dagli autori, modesti ed inconsistenti in particolar modo se rapportati al fatto che i programmi posti in essere si sono dimostrati costosi e molto dispendiosi come tempo dedicato (22). Successivamente, nel febbraio del 2002, ad opera di Andreas E. Stuck ed altri, è comparsa su JAMA una nuova meta - analisi che, utilizzando criteri di selezione più restrittivi, giungeva alle seguenti conclusioni: i programmi di presa in carico di pazienti anziani, viventi al proprio domicilio, strutturati attraverso visite periodiche basate sulla valutazione multidimensionale geriatrica e includenti un follow up di più visite, quando tarati su soggetti a basso rischio di mortalità sono efficaci. I benefici, a giudizio degli autori della revisione, sono maggiori nei pazienti "young - old" piuttosto che negli "old - old" (23). Dopo la pubblicazione della meta - analisi di Stuck numerosi altri studi si sono proposti di sperimentare l'efficacia di un programma di intervento con le caratteristiche in precedenza descritte su anziani viventi al proprio domicilio. Alcuni autori hanno dimostrato l'efficacia degli interventi nel prevenire la perdita d'autonomia, nel ridurre l'istituzionalizzazione, nel ridurre il numero dei ricoveri in ospedale e degli accessi al pronto soccorso (19,36,25,26). Altri studi hanno evidenziato che l'applicazione del programma di intervento era in grado di ridurre i costi ed i consumi di beni sanitari (27,28,29) o di produrre altri effetti positivi (32,33,34). Altri ancora hanno dimostrato inefficacia degli interventi (30,31). Un solo studio effettuato in Svezia si è dimostrato efficace sulla mortalità. Il vantaggio in termini di mortalità tuttavia si è dimostrato limitato alla durata dell'intervento stesso e gli autori sottolineano che il dato è strettamente correlato al particolare contesto in cui lo studio è stato effettuato (35).

Del tutto recentemente Anke Huss, Andreas E. Stuck ed altri hanno tentato di dire una parola definitiva pubblicando sul Journal of Gerontology Medical Sciences del Marzo 2008 una nuova revisione sistematica e meta-analisi dei trial randomizzati progettati per analizzare i programmi di visite

periodiche di anziani viventi al domicilio compresi quelli eseguiti più recentemente (37). Gli autori hanno utilizzato criteri stringenti di inclusione ed esclusione dei trial oggetto della meta - analisi, concludendo che:

1. I risultati su tutti gli outcomes sono eterogenei
2. I programmi focalizzati sulle popolazioni meno anziane (younger-old) determinano significativi benefici sulla mortalità.
3. I programmi prevengono o ritardano significativamente il declino funzionale se includono l'esame clinico come parte dell'assessment iniziale.
4. Per contro la meta - analisi non ha confermato i risultati sulla riduzione dell'istituzionalizzazione.

Conclusioni

I mutamenti demografici in atto sono destinati ad incidere profondamente sulla composizione della popolazione Italiana dove stanno aumentando considerevolmente gli anziani portatori di patologie croniche tra loro coesistenti. Il tradizionale modello di cura, orientato per risposte specialistiche episodiche, non appare adeguato a garantire i migliori risultati in termini di mantenimento delle abilità e di qualità della vita e contribuisce a rendere il sistema complessivo di cura scarsamente sostenibile dal punto di vista economico. In letteratura sono stati proposti nuovi modelli gestionali specificamente dedicati alla cura delle cronicità. Questi modelli, in alcuni ambiti specifici (diabete, scompenso cardiaco, asma, depressione) hanno prodotto evidenze di riduzione dei costi. La Geriatria, fin dagli anni ottanta, ha sviluppato cultura e strategie gestionali che le consentono di occuparsi del paziente anziano complesso. Queste competenze applicate nei "setting" ospedalieri per acuti (UGA) hanno prodotto evidenze di miglioramento degli outcomes funzionali e della qualità della vita dei pazienti a parità di costi e senza aumento di mortalità. Le stesse strategie sperimentate su anziani viventi al proprio domicilio hanno prodotto analoghe evidenze di riduzione significativa del declino funzionale ed, in alcuni trial, hanno determinato una riduzione della spesa sanitaria.

Semberebbe quindi ragionevole, pensando a servizi dedicati ad un'utenza costituita per lo più da anziani affetti da polipatologie croniche ed anche alla luce delle evidenze della letteratura, ormai consistenti, che, anziché orientarsi sulla moltiplicazione delle "Reti delle singole cronicità" (scompenso cardiaco, diabete, depressione, asma, ecc.) che finirebbero per sovrapporsi con inevitabile spreco di risorse, ci si rivolgesse al "Metodo Geriatrico" centrato sul paziente valutato nel proprio insieme (valutazione multidimensionale) con presa in carico in equipe multi - professionale (Geriatra, M.M.G Nuclei Cure Primarie, Esperto di Nursing con funzione di Case-Manager, Caregiver, Dipartimento delle Cure Primarie - Rete Territoriale dei Servizi) con la figura del "Case Manager" a fungere da raccordo tra le singole componenti dell'equipe. Ogni

intervento specialistico che si renderà necessario potrà essere giudicato nell'appropriatezza e "guidato" dall'equipe senza alterare l'equilibrio d'insieme

del paziente e senza perdere di vista l'obiettivo principale per la persona anziana: il mantenimento dell'autonomia residua.

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations: Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Population Ageing 2006.
2. Università della Svizzera Italiana. Luca Trivelli, Massimo Filippini, Ilaria Mosca. Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i cantoni svizzeri. - Quaderno N 03-04. Decanato della facoltà di scienze economiche Lugano.
3. Strunck BC, Ginsburg PB, Bunker MI. The effect of population aging on future hospital demand. *Health Affairs* 2006; doi 10.1377/hthaff.25.w141.
4. James M. Hoffman, Nilay D. Shah. Projecting future drug expenditures. 2008 *American Journal of Health. System Pharmacy*; Vol 65, Issue 3, 234-253.
5. Vittorio Mapelli. Invecchiamento e consumo di farmaci. *Il Sole 24 Ore Libri*; Collana Studi.
6. G.Favato, A.L. Catalano. Gli anziani e l'uso dei farmaci in Italia. Dati dallo studio ASSET. *Giornale di Gerontologia*; 2007; 55:191-192.
7. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Programma di Stabilità dell'Italia. Aggiornamento 2007.
8. Interventi di Elio Guzzanti e Damian Jenkinson nell'ambito di Italia e Gran Bretagna vis à vis: il punto sulla clinical governance. Roma 7 Novembre 2006 Villa Wolkonsky.
9. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment methods for clinical decision making: *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:342-347.
10. Fretwell M. The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:377-9
11. Rubenstein et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664 - 70
12. Landefeld CS, Palmer RM A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients *N Engl J Med* 1995; 332:1338-44
13. Saltvedt I, Mo ES...Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:792-8
14. Counsell SR, Holder C. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000 Dec;48(12):1572 - 81.
15. Cohen HJ, Feussner JR.. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*, Vol.346, No.12 March 21, 2002.
16. Covinsky KE, King JT. Do acute care for elders units increase hospital costs. A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997 Jun;45 (6): 729-34.
17. Nikolaus T, Specht - Leible N. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999 Oct;28(6):543-50.
18. Counsell SR, Callahan CM. Geriatric care management for low - incomes seniors: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007 Dec 12; 298(22):2623 - 33.
19. Caplan GA, Williams AJ, A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department the DEED II study. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Sep;52(9):1417 - 23.
20. Regione Emilia Romagna. Linee di programmazione per il 2008 - 04 - 17
21. Naylor MD, Broten D. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999 Feb 17;281(7):613 - 20.
22. Jolanda C M van Haastregt, Jos P M Diederiks, Effects of preventive home visits to elderly people living in the comunità: systematic review. *BMJ* volume 320 18 March 2000 754 - 758.
23. Andreas E Stuck MD, Matthias Egger, MD. Home visit to prevent nursing home admission and functional decline in Elderly People systematic review and meta - regression analysis. *JAMA* Feb 27, 2002. vol 287 No 8 pagg 1022-1028.
24. Stuck AE, Aronow HU. A trial of annual in home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N. Engl J Med* 1995 Nov 2; 333(18):1184 - 1190.
25. Mahoney JE, Shea TA. Kenosha County falls prevention study: a randomized, controlled trial of an intermediate intensity, community based multifactorial falls intervention. *J Am Geriatr Soc* 2007 Apr; 55(4):489 - 98.
26. Kono A, Kai I. Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: a pilot study. *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug; 16(4):293 - 9
27. René J.F.Melis; Eddy Adang. Cost effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community dwelling frail older people. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008, vol 63A, No 3, 275 - 282
28. Sylvia ML, Griswold M. Guided Care: cost and utilization outcomes in a pilot study. *Dis. Manag.* 2008 Feb; 11(1):29 - 36
29. Joseph B Engelhardt, Ronald W Toseland. Long term effects of outpatient geriatric evaluation and management on health care utilization, cost, and survival. *Research on Social Work Practice* 2006 Vol 16 - No 1 - 20 - 27.
30. Ans Bouman, Erik van Rossum. Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *Journal of Gerontology: medical sciences* 2008 Vol 63A - No 3, 291 - 297.
31. Bouman A, Van Rossum E. Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc* 2008 Mar; 56 (3): 397 - 404.
32. Chad Boulton, Lisa Reider. Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008, vol 63A, No 3, 321 - 327.
33. Boyd CM, Shadmi E. A pilot test of the effect of Guided Care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J. Gen Intern Med* 2008 Feb 12 (Epub ahead of print).
34. Byles JE, Tavener M. Randomized controlled trial of health assessments for older Australian veterans and war windows. *Med J Aust.* 2004 Aug 16; 181(4):186 - 190.
35. Sahlen KG, Dahlgren L. Preventive home visits postpone mortality: a controlled trial with time limited results. *BMC Public Health* 2006 Aug 31; 6:220 36.
36. René J.F.Melis, Monique I.J. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASY care Study). *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008, vol 63A, No 3, 283 - 290.
37. Anke Huss, Andreas E Stuck. Multidimensional preventive home visit programs for community dwelling older adults: a systematic review and meta - analysis of randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical sciences* 2008, vol 63, No 3, 298 - 307.
38. Thomas Bodenheimer MD, Edward H Wagner, MD, MPH. Improving Primary Care for patients with chronic illness. *JAMA* October 9, 2002 - Vol 288, No 14 - pag 1775 - 1779.
39. Thomas Bodenheimer MD, Edward H Wagner, MD, MPH. Improving Primary Care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *JAMA* October 16 - 2002. Vol 288, No 15 Pag 1909 - 1914.
40. Susan L Norris, MD, MPH, Darin E Olson, MD, PhD. Implementing evidence based diabetes care in geriatric populations. The chronic care model. *Geriatrics* 2004 Jun; 59(6):35 - 9.
41. Calkins E, Boulton C, Wagner EH. New way to care for older people (1st ed) New York, NY: Springer Publishing Co, 1999.
42. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996; 74(4):511-44.