*Il problema della ospedalizzazione degli anziani residenti in struttura.*

I dati italiani su quanti anziani ospiti di struttura accedono al pronto soccorso (PS) degli ospedali sono veramente pochi e poveri; altrove, considerando la rilevanza anche numerica del problema, è stato proposto il programma INTERACT, Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) - <http://www.pathway-interact.com/> - con l’ obiettivo di ridurre gli accessi ai pronti soccorso e le ospedalizzazioni degli anziani residenti in struttura. Dati americani riguardanti il periodo 2009-2010 rilevano che oltre 2 milioni di visite al PS di pazienti ultrasessantacinquenni riguardano soggetti residenti in strutture (circa l’11% di tutte le visite in PS per questa fascia di età, e le percentuali vanno crescendo con l’aumentare dell’età - dal 4,6% per soggetti di età compresa tra 65-74 anni al 21,9% per gli ultraottantacinquenni). Una valutazione del 2004 sulle nursing homes riscontra che solo il 60% degli accessi al PS è potenzialmente evitabile, mentre circa il 40% degli accessi in ospedale potrebbe essere evitato. In Norvegia l’ incidenza annuale di ricovero ospedalieri di un anziano istituzionalizzato è 2,3 volte più alta rispetto all’ anziano che vive in comunità .Le cause dell’ ospedalizzazione sono per il 50% respiratorie, cardiovascolari e cadute.

Il progetto INTERACT prevede training e supporto per lo staff delle residenze con l’ obiettivo di valutare con appropriatezza gli acute changes dei residenti comunicandoli con metodologie informatiche al Medico; inoltre è previsto un piano per migliorare la qualità delle cure complessive dei residenti. Il punto di riferimento come outcome è l’ ospedalizzazione potenzialmente evitabile , ma anche il ricovero ripetuto in ospedale e anche l’ accesso al PS senza ricovero. Sono considerate giornate ad alto rischio quelle comprese fra 0 e 30 giorni dall’ accesso in residenza. L’ implementazione di Interact si associa alla riduzione del 24% delle ospedalizzazioni dei residenti in struttura in un periodo di osservazione di 6 mesi con conseguente notevole risparmio. Ma altri studi non confermano il risultato positivo (JAMA Intern Med 2017; 177:1257). Si tratta comunque di importante iniziativa che tende a migliorare la qualità delle cure nelle residenze e a ridurre le ospedalizzazioni non necessarie. Si ricorda che gli anziani che accedono al pronto soccorso e che poi non sono ospedalizzati presentano nei 6 mesi successivi un declino funzionale maggiore rispetto ai controlli (Ann Emerg Med 207;69:426). INTERACT propone strategie comunicative e formative volte a sviluppare atteggiamenti proattivi nelle strutture per anziani nella prevenzione dello sviluppo o dell’aggravamento di condizioni cliniche che potrebbero richiedere il ricovero ospedaliero (disidratazione, infezioni, scompenso cardiaco, BPCO ecc.), migliorare le capacità di gestione di determinate patologie direttamente in struttura (infezioni, febbre ecc.), implementare percorsi di cura specifici per pazienti a fine vita (http://interact2.net) . La possibilità di accedere a un fascicolo sanitario elettronico comune e condivisibile per ogni paziente, associata all’adeguata formazione geriatrica del personale sanitario, potrebbe contribuire a ridurre gli accessi ospedalieri inopportuni  . Anche un diverso atteggiamento culturale, rivolto a una sempre maggiore conoscenza delle esigenze degli ospiti e delle problematiche del personale di assistenza e dei familiari, è molto importante.

In Italia il problema è alquanto negletto nonostante la sua frequenza e il fatto che i rapporti ed interazioni fra ospedale e strutture per anziani dovrebbero essere forti soprattutto in un’ era informatica che consente di utilizzare la telemedicina e la cartella clinica informatizzata online (che potrebbe contenere anche la valutazione multidimensionale geriatrica).

Anche Il Residential Aged Care Integration Program (RACIP) - <http://www.waitematadhb.govt.nz/health-professionals/aged-care/the-residential-aged-care-integration-programme-resources/> - prevede interventi di supporto allo staff da parte di una “gerontology nurse specialists”, al fine di accrescere le competenze del personale di assistenza. Ma non mancano certamente altri progetti o modelli di intervento.

La maggioranza dei pazienti che accedono all’ospedale ritorna poi nella residenza di partenza dopo gli accertamenti effettuati in PS; meno del 20% dei dimessi dal PS hanno diagnosi riferibili ad un’urgenza assoluta o ad un’emergenza; per questi il dipartimento di emergenza è il luogo di elezione e cruciale per la corretta gestione clinica di molte situazioni tipiche geriatriche; il migliore inquadramento diagnostico potrebbe permettere in futuro una riduzione degli accessi inappropriati. La collaborazione tra il medico e il personale della residenza e del reparto ospedaliero resta basilare per difendere gli interessi del malato, attraverso decisioni condivise. Vi sono numerose esperienze di modalità per facilitare la transizione dell’anziano, in attesa dell’auspicabile cartella clinica computerizzata degli ospiti, che dovrebbe essere consultabile da ogni altro punto del sistema sanitario dove si esercitano le cure. L’aspetto centrale è evitare che il paziente che entra nell’ospedale sia studiato come se “non avesse una storia” di malattia e di contatti con operatori sanitari esperti e attenti, perché così si rischia l’esposizione a trattamenti inutili o dannosi (futili). Una effettiva continuità curativo-assistenziale sarebbe efficace e pertanto auspicabile . L’intera organizzazione della rete anziani andrebbe riprogettata magari istituendo dipartimenti ad hoc ; la nuova sensibilità verso la condizione anziana e la crisi economica impongono un ripensamento non differibile. Per ora prevalgono le soluzioni tipo piano nazionale cronicità, cioè prevalentemente burocratiche e basate sulla malattia singola,

In cosa consiste il ricovero “evitabile” (avoidable o preventable) ?; il termine “ambulatory care-sensitive” è utilizzato per misurare “l’evitabilità” degli accessi al PS considerati non necessari perché motivati da patologie croniche (es. scompenso cardiaco, BPCO, diabete) o infezioni che potrebbero essere prevenute negli altri setting curativo-assistenziali evitando la conseguente ospedalizzazione . Si fa riferimento alla diagnosi per descrivere un evento evitabile senza considerare però altri importanti fattori come la *multimorbidità* e la complessità clinica e assistenziale del paziente, le risorse presenti all’interno della struttura. La complessità clinica dei residenti in struttura e i vincoli e/o difficoltà legate alla erogazione delle cure possono condizionare la scelta di ospedalizzare oppure no . Molti studi che si sono occupati di ospedalizzazioni “potenzialmente evitabili” si basano sull’analisi retrospettiva di dati amministrativi, senza avere la possibilità di accedere a notizie cliniche più approfondite. Uno studio ha segnalato che nella maggior parte dei casi (76%) lo staff considerasse non evitabile il trasferimento in ospedale dell’ospite; i trasferimenti riguardano soprattutto i pazienti più anziani, residenti in struttura da poco tempo (meno di 30 giorni), che presentavano un rapido cambiamento dello stato di salute. I residenti con un accesso al PS potenzialmente evitabile rappresentano circa il 3% della popolazione totale residente in struttura  . Le cadute, in particolare, rappresentano un evento frequente in RSA. Circa il 50% dei soggetti residenti in RSA presenta almeno un episodio di caduta l’anno, e in circa la metà dei casi gli episodi sono ricorrenti. Se la caduta comporta molto spesso un accesso diretto all’ospedale, sempre più condivisa è l’opinione che altre patologie (es: infezioni, disidratazione) potrebbero essere curate direttamente in struttura senza trasferimento in ospedale, e con minor rischio di sviluppare i ben noti effetti avversi legati all’ospedalizzazione, tanto più frequenti quanto più il soggetto è fragile e non autosufficiente, come spesso risulta essere chi risiede in struttura. Circa il 30-50% degli anziani che afferiscono al PS è poi ricoverato; la percentuale aumenta se si tratta di anziani istituzionalizzati (40-60%). In questa popolazione, particolarmente frequente è l’ospedalizzazione nei 6-12 mesi precedenti la morte, anche se dati di letteratura riportano che nel 50% dei casi l’ospedalizzazione sarebbe “potenzialmente evitabile” trattandosi di patologie, quali scompenso cardiaco, polmonite, infezione delle vie urinarie, disidratazione, traumi da caduta, che potrebbero essere gestite direttamente nelle strutture, senza aggravio di mortalità e con un notevole risparmio economico . L’accesso in ospedale di un anziano istituzionalizzato comporta l’attivazione, nel 40-80% dei casi, di controlli ematologici e/o strumentali con costi conseguenti non sempre seguiti da benefici.

REACT è una delle tante iniziative (in Inghilterra) - a metà tra ospedale e territorio -<https://apps.nhslothian.scot/refhelp/News/Pages/REACT%20Hub%20(Rapid%20Elderly%20Assessment%20Care%20Team).aspx> - che si sono sviluppate nel corso degli ultimi anni con diversi denominazioni (RAPID RESPONSE, OPAL, REACT, ADMISSION AVOIDANCE TEAM, FRAILTY TEAM, ENABLEMENT TEAM...): equipè multidisciplinari tipicamente geriatriche intervengono dove servono per effettuare la valutazione multidimensionale geriatrica anche a domicilio, ma anche al pronto soccorso. Il problema infatti è la competenza del pronto soccorso e dell’ ospedale ad affrontare la situazione nuova del residente. Si noti che l’ utilizzazione di incentivi (*pay per performance*) ha portato alla drastica riduzione della ospedalizzazione di pazienti portatori di malattie croniche - *BMJ* 2014;349:g6423 doi: 10.1136/bmj.g6423.

E’ noto che le nursing home sono escluse nel curriculum formativo dei futuri medici e non si capisce il perché dal momento che una parte notevole della spesa sanitaria nazionale andrà utilizzata proprio per le persona più anziane disabili e con multipatologia; molto spesso sono nelle nursing home dove servono medici ed infermieri con competenze mediche qualificate.