

IL PUNTO DI VISTA DELL'INTERNISTA

The internist's point of view

Stefano Volpato, Renato Fellin, Giovanni Zuliani

Dipartimento di Scienze Mediche, Sezione di Medicina Interna e Cardiorespiratoria, Università di Ferrara

Keywords

Aging
Multimorbidity
Comprehensive geriatric
assessment
Continuity of care

Abstract

Older patients are often complex and characterized by the interplay between biomedical elements with social, economical, and environmental factors. Besides the well known problems of multimorbidity and polytherapy, other, often overlooked, issues including cognitive status, functional capability, and affective status, play a pivotal role, both in term of the clinician's implications and for the negative impact on patient's and relatives quality of life. Regardless the clinical setting considered, the management and long term care of this type of patient requires a new methodological approach that should be based on a comprehensive multidisciplinary assessment and on a individualized care planning. This care planning should be evidence-based and should prioritize the patient's preferences in terms of clinical outcomes and therapeutics options. The main clinical outcomes of the overall care management plan should be the optimization of quality of life, providing an effective continuity of care and an efficient integration and coordination of all the different professionals involved in patient's care.

Introduzione

Il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie e l'aumento della sopravvivenza, anche nei pazienti anziani con gravi condizioni cliniche, hanno profondamente modificato le caratteristiche cliniche del paziente anziano. Il progressivo e imponente invecchiamento della popolazione, ha determinato un incremento della prevalenza delle malattie croniche, spesso simultaneamente presenti nel medesimo individuo, che interagendo con le modificazioni fisiopatologiche proprie del processo d'invecchiamento, hanno generato un "nuovo modello di malato". Soprattutto dopo i 75 anni, tale paziente non è più un individuo autosufficiente affetto da un'unica e ben definita patologia acuta, ma è sempre più spesso un individuo caratterizzato da frequenti episodi di riacutizzazione delle patologie prevalenti, deficit funzionali multipli e condizioni di insufficiente supporto sociale [1]. Questa nuova tipologia di paziente, che oggi rappresenta la maggioranza degli utenti del servizio sanitario nazionale sia a livello ambulatoriale che a livello ospedaliero, ha necessità cliniche e socio-sanitarie peculiari e completamente diverse rispetto al classico paziente giovane-adulto e per questo rappresenta una nuova sfida per i sistemi sanitari nazionali e tutti i professionisti che vi operano.

Definizione di paziente anziano complesso

Secondo l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), il termine "paziente complesso" si riferisce a una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti sia in grado d'influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti, attraverso varie modalità tra le quali la limitazione della speranza di vita, l'aumentata morbilità intercorrente, le interazioni tra terapie farmacologiche, l'impossibilità del pieno impiego di cure adeguate per controindicazione [2]. Tuttavia l'esperienza clinica quotidiana suggerisce che nel paziente anziano il concetto di complessità sia molto più ampio e influenzato non solo da elementi appartenenti alla sfera biomedica, ma anche da fattori sociali, economici e ambientali. Inoltre, aspetti

Corrispondenza: Stefano Volpato, Università di Ferrara, Sezione di Medicina Interna e Cardiorespiratoria, U.O. Medicina Interna Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Via Aldo Moro, 8 - 44124 Ferrara. E-mail: stefano.volpato@unife.it

infiammatorio, dello sbilanciamento tra produzione ed eliminazione di radicali liberi e di modificazioni dell'equilibrio funzionale tra sistema nervoso simpatico e parasimpatico [7]. Appare dunque ipotizzabile che i meccanismi che stanno alla base di queste modificazioni siano molteplici, ma strettamente correlati tra loro, soprattutto da un punto di vista funzionale, e in grado di autoinnescarsi e automantenersi, determinando una sorta di circolo vizioso e fenomeno a cascata.

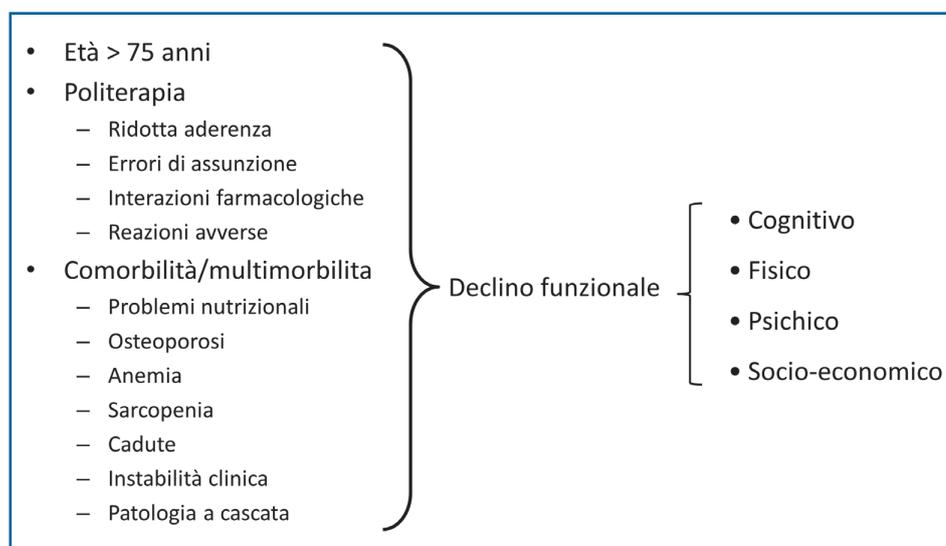
Caratteristiche cliniche

Da un punto di vista fenotipico (**Figura 2**), il paziente anziano complesso è solitamente un soggetto ultrasettantacinquenne, affetto contemporaneamente da più condizioni croniche a carattere progressivo e prone a frequenti riacutizzazioni, in trattamento polifarmacologico, con frequenti deficit cognitivi e funzionali, talvolta inserito in un contesto socio-ambientale difficile e svantaggioso [8]. L'interazione tra le caratteristiche cliniche e le peculiarità biologiche precedentemente descritte condiziona la storia clinica di questi pazienti che risulta tipicamente caratterizzata da continue fluttuazioni del quadro morboso e dello stato di salute, anche in assenza di chiari fattori scatenanti (instabilità clinica), e frequenti episodi di patologia a cascata, situazioni in cui l'insorgenza di una nuova condizione, o la riacutizzazione di una preesistente, favorisce lo sviluppo o l'aggravamento di una ulteriore patologia. Inoltre, rispetto alle patologie acute, le malattie croniche hanno uno spettro più ampio di manifestazioni cliniche, una minore correlazione tra le manifestazioni cliniche e la fisiopatologia sottostante determinando una minore specificità del quadro clinico complessivo e conseguentemente una maggior difficoltà diagnostica.

I risultati dello studio U.L.I.S.S.E. (Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano) [9], un progetto che ha esaminato le caratteristiche dei pazienti anziani in base alla tipologia del *setting* assistenziale (ospedale, assistenza domiciliare, residenze territoriali) hanno confermato su un campione di oltre 3000 pazienti che i soggetti anziani che necessitano di cure in acuto o in cronico sono caratterizzati da un alto livello di complessità clinica: indipendentemente dal *setting* assistenziale in esame, la loro età media era superiore a 80 anni, avevano un alto livello di disabilità fisica (in media più di 2 ADL perse) e di deterioramento cognitivo (prevalenza >25%), un'alta prevalenza di multimorbilità (media superiore a 3 patologie) e polifarmacoterapia (media di 4 farmaci in ADI e struttura residenziale, 10 farmaci per i pazienti ricoverati in ospedale).

Per quanto riguarda le singole patologie, i dati dello studio REPOSI (Registro dei Pazienti per lo Studio delle Polipatologie e Politerapie in reparti della Rete SIMI) [10] hanno dimostrato che tra i pazienti ricoverati in ospedale le patologie cardiovascolari, il diabete tipo 2, la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, le neoplasie maligne, l'in-

Figura 2
Principali caratteristiche
fenotipiche del paziente
anziano complesso



sufficienza renale cronica e l'anemia, rappresentano le patologie più frequenti con una prevalenza compresa tra il 15 e 80%. Studi condotti in diversi setting assistenziali e specificatamente orientati sulla popolazione anziana, hanno sostanzialmente confermato questi risultati sottolineando però l'elevata prevalenza di malattie neurodegenerative e in particolar modo della demenza, in soggetti con età più avanzata [11]. Questi studi hanno inoltre evidenziato l'elevata prevalenza di multimorbilità, ovvero coesistenza nello stesso paziente di due o più patologie croniche, un'altra caratteristica peculiare della popolazione anziana. Nei soggetti ultrasessantacinquenni oltre il 50% presenta multimorbilità e la prevalenza aumenta in modo proporzionale all'aumentare dell'età [12, 13]. Da un punto di vista clinico, appare di estrema importanza il fatto che le diverse patologie croniche tendono ad associarsi nello stesso paziente in modo non casuale e con frequenza superiore a quella attesa sulla base della prevalenza delle singole patologie, suggerendo l'ipotesi di eziopatogenesi e/o fattori di rischio comuni a patologie considerate entità nosologiche distinte e indipendenti [14, 15].

Limiti dell'approccio clinico tradizionale

Tradizionalmente, le modalità di presa in carico e gestione dei pazienti con malattie croniche è guidata da raccomandazioni e linee guida di società scientifiche rilevanti oltreché sull'esperienza e background culturale personale. Tuttavia, sia le linee-guida che la preparazione medica accademica tradizionale, oltre ad essere fondate sui risultati di studi clinici che per definizione tendono ad escludere i pazienti più anziani e complessi, sono fondamentalmente basate su un paradigma di approccio clinico e cura orientato su una singola patologia o su un singolo problema clinico, indipendentemente dalla coesistenza delle altre condizioni patologiche e soprattutto indipendentemente dalla presenza di problemi funzionali, cognitivi e sociali [16]. Inoltre, in un'era caratterizzata da una sempre maggiore settorializzazione della medicina, il medico di medicina generale che ha in cura questi pazienti tende ad avvalersi della consulenza di numerosi specialisti che affrontano in modo molto spesso unilaterale il singolo problema di loro competenza [17]. Ne consegue che sempre più spesso i pazienti anziani con multiple patologie croniche e bisogni assistenziali complessi ricevono un'assistenza spesso non coordinata, frammentata, incompleta e inefficiente [18]. Per questa "nuova" tipologia di paziente, un approccio clinico rigidamente e specificatamente orientato sulla diagnosi e cura della singola patologia è molto spesso inadeguato e insufficiente in quanto associato a situazioni di sotto trattamento, ipertrattamento o di trattamento inappropriato [19].

Appare dunque chiaro come in questi pazienti il processo decisionale e la gestione clinica a lungo termine siano particolarmente difficili e complicati; in particolare, in situazioni in cui la risoluzione del quadro clinico con guarigione della malattia risulta impossibile o altamente improbabile, la scelta dell'obiettivo clinico da perseguire può essere estremamente difficile e talvolta fuorviante.

La gestione clinica integrata ed individualizzata

Allo scopo di superare i limiti e i problemi connessi all'utilizzo del modello di cura sopradescritto, sono state suggerite diverse strategie finalizzate al miglioramento della qualità di cura prestata ai soggetti anziani complessi con patologie croniche multiple (**Tabella 1**).

È stato da tempo dimostrato che la cura del paziente anziano è più efficace quando si tengono in considerazione e si affrontano appropriatamente gli elementi che contribuiscono allo sviluppo della "fragilità". Questi elementi sono identificabili con la procedura di valutazione multidimensionale geriatrica (VMD), che esamina i diversi determinanti dello stato di salute del soggetto anziano. La VMD è uno strumento di valutazione clinica multidisciplinare nel quale sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi di un individuo anziano, vengono definite le sue capacità funzionali, viene stabilita la necessità di servizi assistenziali, viene sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi devono essere commisurati ai bisogni ed ai problemi [20]. La letteratura internazionale ha dimostrato che la VMD e il piano di intervento che da essa deriva, costituiscono l'elemento specifico, caratterizzante, dell'assistenza continuativa al paziente anziano. Indipendentemente

Tabella 1 Principali elementi necessari per lo sviluppo di un piano assistenziale integrato e personalizzato

• Valutazione dei bisogni espressi e non espressi dal paziente
• Valutazione e quantificazione degli effetti negativi di patologie e sintomi in termini di funzione fisica, cognitiva e sociale
• Valutazione dei determinanti non biologici dello stato di salute del paziente
• Valutazione delle preferenze del paziente in termini di obiettivi clinici da perseguire
• Stima della speranza di vita attesa
• Implementazione e monitoraggio di un piano di cura basato sull'evidenza
• Coinvolgimento attivo del paziente e dei famigliari (caregiver)
• Integrazione dell'attività dei diversi specialisti e professionisti

dal *setting* assistenziale considerato, la VMD aumenta l'accuratezza diagnostica e permette la pianificazione di interventi specifici capaci di rallentare il declino funzionale, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili [21, 22]. Elemento fondamentale per la programmazione di un piano assistenziale individualizzato è la definizione di obiettivi clinici prioritari, perseguibili, condivisi con il paziente e/o i suoi famigliari e commisurati alle patologie, alle peculiarità e alle preferenze del paziente stesso. Affinché il piano assistenziale risulti efficace, gli obiettivi clinici devono essere condivisi da tutti i professionisti che assistono il paziente evitando così la frammentazione del processo di cura ed evitando soprattutto i potenziali effetti indesiderati secondari ad una applicazione pedissequa e indiscriminata delle linee-guida di pratica clinica malattia-specifica [23]. In quest'ottica, appare fondamentale il ruolo della medicina narrativa [24], ovvero quella branca della medicina che, basandosi sulle competenze e capacità narrative, migliora l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo di un più solido ed empatico rapporto medico-paziente, imperniato sulla valorizzazione e utilizzo anche in fase terapeutica dei racconti dei pazienti, della famiglia e del personale sanitario.

Negli ultimi quindici anni, soprattutto negli Stati Uniti, sono stati sviluppati e sperimentati alcuni modelli di cura innovativi e multi-professionali per la presa in carico e gestione dei pazienti anziani con patologie croniche multiple [25, 26]. Tra i diversi modelli sperimentati, GRACE (*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders*), Guided Care and PACE (*Program of All-inclusive Care for the Elderly*) sembrano poter migliorare la qualità di cura e soprattutto la qualità di vita dei pazienti anziani complessi, senza incrementare in maniera significativa il consumo di risorse economiche [27]. Questi tre modelli, pur avendo caratteristiche distintive tra loro quali per esempio la composizione del gruppo multidisciplinare, alcuni criteri di inclusione dei pazienti e la tipologia di copertura assicurativa, condividono gli elementi teorici e metodologici fondamentali:

- Valutazione multidimensionale geriatrica
- Sviluppo di un piano di cura esaustivo fondato su protocolli basati sull'evidenza
- Implementazione continuativa del piano
- Monitoraggio standardizzato e continuo dello stato clinico del paziente e della sua aderenza al piano di cura
- Integrazione e coordinamento dei diversi operatori sanitari coinvolti (cure primarie, cure specialistiche, ospedali, dipartimenti d'emergenza, strutture territoriali)
- Facilitazione del trasferimento da ospedale a strutture post-acuzie
- Facilitazione dell'utilizzo di servizi territoriali.

I risultati degli studi clinici che hanno confrontato questi modelli assistenziali integrati, rispetto all'assistenza tradizionale, suggeriscono effetti significativamente positivi in termini di soddisfazione da parte dei pazienti e dei *caregiver*, minori accessi in Pronto Soccorso, minore tasso di ospedalizzazione, e in alcuni casi, una maggiore sopravvivenza [18].

Conclusioni

Il paziente anziano complesso rappresenta una nuova sfida per il medico, per i suoi famigliari e per il Sistema Sanitario Nazionale. L'approccio clinico tradizionale, finalizzato al riconoscimento e al trattamento della singola patologia, appare oggi non

ottimale, poco efficiente e soprattutto inefficace per rispondere alle molteplici necessità di questa tipologia di paziente. I Sistemi Sanitari di molti paesi industrializzati, in particolare Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna e Olanda, stanno sperimentando nuovi modelli assistenziali integrati che, pur non essendo ancora ottimali, rappresentano una prima risposta concreta a questa nuova sfida. In Italia, le esperienze in tal senso, sebbene positive [28, 29], sono poco numerose e, soprattutto, poco implementate nella pratica clinica quotidiana. In questo scenario appare necessario e urgente sviluppare, testare e implementare nuovi modelli assistenziali integrati. Di uguale importanza appare la necessità di formare in maniera più moderna e professionalizzante i futuri medici modificando e adeguando i programmi didattici alle necessità di questa nuova tipologia di malati.

Bibliografia

- [1] Senin U, Cherubini A, Mecocci P. L'anziano fragile. In: Senin U, Cherubini A, Mecocci P, editori. "Paziente anziano paziente geriatrico medicina della complessità: fondamenti di gerontologia e geriatria". 3a ed. EDISES, Napoli. 2011. pp 291-314.
- [2] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Definition: Complex Patient, Funding Opportunity Announcement (FOA). Technical Assistance Conference Call. 2005.
- [3] Guralnik JM, Ferrucci L. Demography and Epidemiology. In: Hazzard W, Blass JP, Halter J, Ouslander J, Tinetti M, editors. "Principles of Geriatric Medicine and Gerontology". 5th ed. McGraw Hill, New York, NY. 2003. pp. 53-76.
- [4] Knapowski J, Wieczorowska-Tobis K, Witowski P. Pathophysiology of Ageing. *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2002; 53:135-146.
- [5] Blumenthal HT. The Aging-Disease Dichotomy: True or False? *J Gerontol Med Sci*. 2003; 58:138-145.
- [6] Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity*. 2011; 1:28-44.
- [7] Volpato S, Ferrucci L. Fragilità. In: Società Italiana Di Geriatria e Gerontologia, editore. "Le basi culturali della Geriatria". Roma 2005. pp 47-58.
- [8] Volpato S, Onder G, Cavalieri M, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. *J Gen Intern Med*. 2007; 22:668-674.
- [9] Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. L'assistenza sanitaria alla popolazione anziana in Italia: il progetto U.L.I.S.S.E. (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano). *G Gerontol*. 2011; 59:147-154.
- [10] Marengoni A, Nobili A, Pirali C, et al. Comparison of disease clusters in two elderly populations hospitalized in 2008 and 2010. *Gerontology*. 2013; 59:307-15.
- [11] Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*. 2008; 98:1198-200.
- [12] van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51:367-75.
- [13] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380:37-43.
- [14] Marengoni A, Rizzuto D, Wang HX, et al. Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57:225-30.
- [15] Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011; 10:430-9.
- [16] Darer JD, Hwang W, Pham HH, et al. More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad Med*. 2004; 79:541-548.
- [17] Kuo MC, Jeng C, Chen CM, Jian WS. Profile of elderly with multiple physician visits: advocacy for tailored comprehensive geriatric assessment use in clinics. *Geriatr Gerontol Int*. 2014; 14:372-80.
- [18] Boulton C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". *JAMA*. 2010; 304:1936-43.
- [19] Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004; 116:179-85.
- [20] Ferrucci L, Marchionni N, Abate G, et al. Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *G Gerontol*. 2001; 49:1-73.
- [21] Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995; 333:1184-9.
- [22] 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; 287:1022-8.
- [23] Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005; 294:716-24.
- [24] Charon R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. *Ann Intern Med*. 2001; 134:83-7.
- [25] Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008; 37:725-35.
- [26] Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:93.
- [27] Boulton C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". *JAMA*. 2010; 304:1936-43.
- [28] Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998; 316:1348-51.
- [29] Landi F, Onder G, Tua E, et al. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49:1288-93.