

L'assistenza di infermieri specializzati offerta ai malati più anziani riduce il rischio di un loro rientro in ospedale?

Gli effetti di un trattamento individuale erogato a pazienti over-65 nella transizione dall'ospedale a casa

La transizione dall'ospedale verso casa rappresenta un momento molto critico per la salute dei pazienti, soprattutto per quelli più anziani. Se non adeguatamente seguiti essi rischiano, più di altri, di tornare in ospedale più volte, in un periodo di tempo anche breve. Questa eventualità, oltre a provocare notevole disagio agli stessi anziani e ai loro familiari, determina un aumento rilevante nei costi sanitari sopportati dalla collettività. Come ridurre il rischio che ciò accada? In che modo prevenire il problema? Un possibile intervento consiste nel fornire ai pazienti in uscita dall'ospedale un'assistenza individuale mirata, erogata da infermieri specializzati. Tale assistenza prosegue anche presso il domicilio dei pazienti nel periodo immediatamente successivo alle dimissioni. Per valutare l'efficacia di questo intervento, fra il 1992 e il 2001, sono stati condotti in Pennsylvania due studi randomizzati. La presente nota sintetizza ciò che è emerso da queste due valutazioni.

Il problema della riospedalizzazione

Gli anziani sono molto vulnerabili dopo un periodo trascorso in ospedale. Accade spesso che, a breve distanza dalle dimissioni, abbiano delle ricadute e siano obbligati a tornare in corsia. Un lungo elenco di fattori contribuisce ad aumentare la probabilità di un loro ritorno in ospedale: scarse abilità motorie, invalidità di vario tipo, problemi psicosomatici. Tra questi fattori rientra anche una inadeguata assistenza post-ospedaliera.

Naturalmente le ospedalizzazioni ripetute rappresentano un costo elevato per la società. Studi condotti negli Stati Uniti hanno stimato che le "riospedalizzazioni" dei pazienti più anziani costano al sistema sanitario più di 24 miliardi di dollari l'anno [Vinson e al., 1990; Oddone e al., 1996].

Questo è un problema anche per l'Italia. Nel nostro Paese quasi il 20% degli anziani dimessi da un ospedale sono costretti a farvi ritorno almeno una volta nei successivi 3 mesi [Franchi e al., 2013]. Se a ciò si aggiunge che gli ultra65enni, oggi pari a circa il 20% della popolazione, saranno nel 2043 più del 32% [Istat, 2011], si intuisce quanto i costi legati a questo fenomeno

siano destinati a crescere nel giro di pochi anni. Come affrontare questo problema?

Le valutazioni al centro di questa nota - *Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders* (studio 1) e il successivo *Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure* (studio 2) - offrono una prima risposta.

I due studi [Naylor e al., 1999 e 2004] testano l'efficacia di un intervento volto a ridurre il numero di riospedalizzazioni nella popolazione più anziana. L'intervento si basa sulla costruzione di un piano individuale di cura gestito da infermieri specializzati. L'applicazione del piano inizia quando il paziente è ancora in ospedale e continua presso il suo domicilio.

In entrambi gli studi i ricercatori hanno indagato gli effetti dell'intervento su diverse variabili: la percentuale di "riospedalizzati", il tempo che intercorre tra la dimissione e l'eventuale primo rientro in ospedale, la qualità della vita dell'anziano, le sue condizioni fisiche, la soddisfazione del paziente nei confronti delle cure ricevute e, ovviamente, i costi sostenuti dal sistema sanitario.

"In Italia quasi il 20% dei pazienti anziani dimessi da un ospedale vi fanno ritorno entro i 3 mesi successivi"

In cosa consiste l'intervento?

L'intervento consiste in un programma di dimissione dall'ospedale e di assistenza domiciliare diretto da infermieri esperti (in inglese *Advanced Practice Nurse - APN*). L'intervento si compone di tre elementi fondamentali:

1. La costante presenza di infermieri specializzati (APN). A questo fine il secondo intervento sottoposto a valutazione prevede una formazione di due mesi, guidata da un team di esperti in varie discipline: specialisti in patologie psichiatriche degli anziani, farmacisti, nutrizionisti, assistenti sociali, fisioterapisti e cardiologi). Durante il corso gli infermieri vengono istruiti a riconoscere e gestire i bisogni specifici dei pazienti.

2. La definizione di piani individuali di cura durante il periodo passato in ospedale. Dopo una prima analisi delle condizioni di salute del paziente, gli infermieri redigono, in collaborazione con i medici, uno specifico piano di cura e pianificano i servizi che saranno attivati durante l'assistenza domiciliare.

3. L'adozione di un rigido protocollo di assistenza domiciliare da attuarsi dopo l'uscita dall'ospedale. Il protocollo prevede che il paziente sia tenuto sotto controllo e venga visitato più volte dall'infermiere a lui assegnato.

DIFFERENZE DI TRATTAMENTO NEI DUE STUDI

Il protocollo adottato nei due casi differisce nella durata del trattamento e nell'intensità delle visite domiciliari.

Nel **primo studio** l'intervento prosegue per un mese dopo le dimissioni e comporta una media di 5 visite, tra ospedale e casa, e contatti telefonici con i pazienti o i loro

caregivers. Il protocollo prevede:

- una visita iniziale entro 48 ore dall'arrivo in ospedale;
- visite almeno ogni 48 ore durante la degenza;
- almeno 2 visite domiciliari (la prima entro 48 ore dalle dimissioni e la seconda 7-10 giorni dalla dimissione);
- visite aggiuntive sulla base dei bisogni del paziente;
- disponibilità telefonica 7/7 giorni;
- almeno un contatto telefonico settimanale con i pazienti o i caregivers.

Alla fine dell'intervento gli APN inviano ai pazienti, ai *caregivers* e ai medici un riassunto dettagliato sugli obiettivi raggiunti e sui problemi incontrati.

Nel **secondo studio** l'intervento dura tre mesi dopo le dimissioni e comporta una media di 12 visite domiciliari. In particolare:

- una visita entro 24 ore dal ricovero;
- visite quotidiane nel periodo di degenza;
- almeno 8 visite a domicilio (la prima entro le 24 ore dalla dimissione);
- visite settimanali durante il primo mese;
- visite quindicinali durante il secondo e il terzo mese di intervento;
- visite aggiuntive sulla base di bisogni del paziente;
- disponibilità telefonica 7/7 giorni.

Se il paziente viene riospedalizzato nel periodo dell'intervento, l'APN ricomincia a visitare il paziente ogni giorno. L'intervento comunque non può superare i tre mesi previsti. Per aiutare i pazienti a riconoscere i propri bisogni ed effettuare le terapie necessarie anche autonomamente, gli APN hanno registrato su nastro una serie di consigli e buone pratiche.

In che modo è stato valutato?

Per procedere alla valutazione degli effetti dell'intervento sono stati condotti due studi randomizzati. Il primo tra il 1992 e il 1996; il secondo tra il 1997 e il 2001.

In entrambi i casi, i pazienti "trattabili" dal programma sono stati divisi in due gruppi grazie ad un sorteggio. Il primo gruppo è stato sottoposto all'intervento

(**gruppo sperimentale**); il secondo gruppo ne è stato escluso (**gruppo di controllo**).

La selezione casuale (random) dei partecipanti all'intervento consente di avere a disposizione due gruppi uguali e dunque di leggere le differenze osservate tra i due gruppi, su alcune caratteristiche chiave, come effetti dell'intervento.

"La durata e l'intensità del trattamento varia nei due studi. Nel secondo caso è stato realizzato un intervento più intenso"

LE SCELTE DI FONDO

I due studi si differenziano per alcune scelte di fondo molto rilevanti:

- il primo studio coinvolge solo 2 ospedali universitari della Pennsylvania, il secondo 6 ospedali, anche non universitari;
- nel primo studio i pazienti sono anziani, affetti da diversi tipi di patologie, mentre nel secondo hanno tutti subito un attacco cardiaco;
- il primo intervento ha una durata di 1 mese, il secondo dura 3 mesi
- le visite domiciliari sono più numerose nel secondo studio.
- il primo studio prevede di osservare i pazienti per 24 settimane dopo il primo ricovero, il secondo studio allunga i tempi di osservazione a 52 settimane.

IL PRIMO STUDIO

Nel primo studio stati ammessi a partecipare tutti i pazienti di almeno 65 anni che al momento dell'arrivo in ospedale presentavano disturbi legati all'anzianità: angina, attacco cardiaco, infarto del miocardio, bypass coronarico, infezioni del tratto respiratorio, problemi dell'intestino, problemi ortopedici. Essi dovevano risiedere nell'area servita dall'ospedale di riferimento, parlare inglese ed essere a rischio di riospedalizzazione (perché molto anziani, o perché già più volte ospedalizzati, o ancora per la presenza di problemi cronici). Inoltre dovevano essere disponibili a partecipare allo studio.

Dei 1296 sottoposti a screening, sono entrati a far parte dello studio 363 pazienti. I pazienti sono stati inclusi nello studio entro 48 ore dall'ospedalizzazione. Il gruppo di controllo è formato da 186 pazienti, i trattati che compongono il gruppo sperimentale sono 177.

Gli aspetti indagati riguardano la salute generale dei pazienti che è stata misurata ricorrendo a diverse variabili: numero di giorni che precedono l'eventuale riospedalizzazione (per comorbilità o per nuovi problemi di salute), numero di giorni di degenza in ospedale, numero di visite mediche dopo la dimissione, costi sostenuti dal sistema sanitario. E' stata inoltre indagata la soddisfazione espressa dal paziente per le cure ricevute.

Le informazioni sono state raccolte attraverso 4 interviste telefoniche alla 2°, 6°, 12° e 24° settimana dalla dimissione. I dati su rientri, tempi, cause, visite sono stati rilevati dalle cartelle cliniche dei pazienti. I costi sono stati calcolati in base ai servizi di cura prestati ai singoli pazienti.

IL SECONDO STUDIO

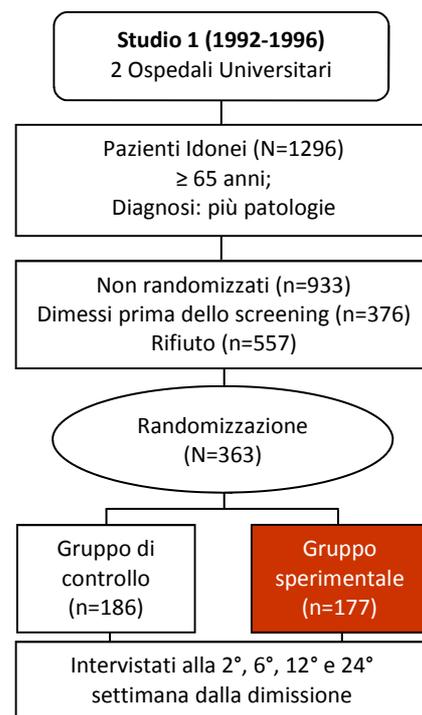
Il secondo studio ha coinvolto pazienti di almeno 65 anni con infarto ricoverati presso 6 ospedali. Essi dovevano essere reperibili telefonicamente e risiedere nel raggio di 2 km dall'ospedale. Dei 641 pazienti sottoposti a screening, sono entrati a far parte dello studio in 239: 121 nel gruppo di controllo e 118 in quello dei trattati.

In questo caso sono state condotte 5 interviste telefoniche alla 2°, 6°, 12°, 26° e 52° settimana dopo la dimissione. La soddisfazione dei pazienti è stata misurata alla 2° e alla 6° settimana. Le cartelle cliniche dei pazienti e la consultazione degli APN e dei medici hanno fornito le informazioni su numero, tempi e motivi delle riospedalizzazioni, nonché su tutte le visite mediche effettuate.

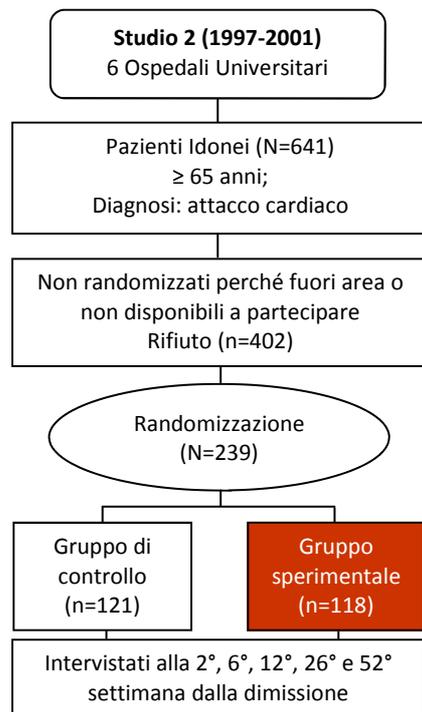
Due cardiologi "ciechi" rispetto al trattamento - ovvero medici non a conoscenza di chi fosse trattato e chi invece escluso - hanno convalidato i motivi alla base delle riospedalizzazioni, classificandoli come dovuti a disturbi di cui il paziente già soffriva durante la precedente ospedalizzazione o come nuovi problemi di salute.

Anche in questo caso i costi dell'intervento sono stati valutati sulla base dei servizi di cura prestati ai singoli pazienti e del costo del lavoro degli APN (retribuzioni e tempo dedicato alla preparazione del materiale) e del team multidisciplinare che ha svolto l'attività di

Tav. 1 - Il primo studio



Tav. 2 - Il secondo studio



L'intervento funziona?

In entrambi gli studi l'intervento si dimostra molto efficace.

Nel primo studio il rischio di tornare in ospedale nelle 24 settimane successive alle dimissioni si riduce di circa 17 punti percentuali grazie all'intervento: torna in ospedale almeno una volta il 20,3% dei trattati

contro il 37,1% del gruppo di controllo. Si tratta di una riduzione nella probabilità di essere riospedalizzato pari al 45,2%. Anche nel secondo studio il rischio di essere riospedalizzati nelle 52 settimane successive si riduce grazie all'intervento: - 22,3%.

L'effetto è elevato anche sulla media dei giorni di ospedalizzazione per paziente. Nel primo studio la riduzione è del 62% (1,5 giorni per i trattati e 4,1 per il gruppo di controllo); nel secondo del 37,5% (5 giorni per i trattati e 8 per il gruppo di controllo).

L'intervento consente inoltre notevoli risparmi. Il trattamento produce un risparmio di 3.031\$ per paziente nel primo studio e di 4.845\$ nel secondo. Sebbene il costo delle visite domiciliari e dell'intervento degli APN sia elevato, esso viene più che compensato dal risparmio dovuto ad un numero minore di rientri in ospedale.

Per quanto riguarda gli effetti sulla qualità della vita, sullo stato fisico e sulla soddisfazione del paziente emerge un piccolo miglioramento solo nel secondo studio.

Tav. 3 - Effetti sulle principali variabili risultato

Studio 1 (risultati alla 24 ° settimana)			
	Trattati	Controlli	Diff. %
% riospedalizzati almeno una volta	20,3%	37,1%	- 45,2%
N. rientri in ospedale	49	107	- 54%
Giorni di ospedalizzazione totali	270	760	- 64,4%
Media giorni ospedal. per paziente	1,53	4,09	- 62%
Costo per paziente \$	3.630	6.661	- 45%
Studio 2 (risultati alla 52 ° settimana)			
	Trattati	Controlli	Diff. %
N. riospedalizzati almeno una volta	47,5%	61,2%	-22,3%
N. rientri in ospedale	104	162	- 35,8%
Giorni di ospedalizzazione totali	588	970	-39,3%
Media giorni ospedal. per paziente	5	8	- 37,5%
Costo per paziente \$	7.636	12.481	- 38,8%

Quali conclusioni trarre dallo studio?

Gli studi dimostrano che un'assistenza domiciliare continua, portata da infermieri specializzati a pazienti anziani e con problemi gravi di salute, riduce molto il rischio di un ritorno in ospedale e comunque diminuisce i giorni di un'eventuale seconda o terza degenza. Si tratta peraltro di un effetto duraturo, che continua ad essere evidente anche quando è passato un anno dalle dimissioni.

Oltre all'effetto positivo sulla salute degli individui, l'intervento produce un apprezzabile risparmio per le finanze pubbliche. I costi per la gestione del paziente diminuiscono, grazie al trattamento, di una quota che oscilla nei due studi tra il 38% e il 45%. Ad un maggiore costo iniziale corrisponde nel lungo periodo una forte diminuzione della spesa.

Riferimenti bibliografici

- Franchi C. et al., *Risk factors for hospital readmission of elderly patients*, European Journal of Internal Medicine 24, 2013, pp. 45-51
- Istat, *Il futuro demografico del paese*, Statistiche Report, 2011
- Naylor MD. et al., *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A Randomized Clinical Trial*, JAMA 1999, pp. 613-620
- Naylor MD. et al., *Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized Controlled Trial*, JAGS 2004, pp. 675-684
- Oddone EZ. et al., *Classifying general medical readmissions: Are they preventable?* J Gen Intern Med 1996, 11, pp. 597-607
- Vinson J. et al., *Early readmission of elderly patients with congestive heart failure*. J Am Geriatr Soc 1990, 38, pp. 1290-1295

La presente nota è stata redatta da Lucia Mennuni sotto la supervisione di Pinuccia Dantino Servizio Studi e Valutazione Politiche regionali del Consiglio regionale della Lombardia Progetto CAPIRe è un'iniziativa della Conferenza dei Presidenti delle Assemblee Legislative delle Regioni e delle Province Autonome. Le attività di ricerca, analisi e formazione sono curate dall'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche di Torino.

