

LA CONSULTAZIONE GERIATRICA E IL TEAM-BASED CARE

In Italia le attività geriatriche di consultazione e team-based care potrebbero non essere state sperimentate adeguatamente anche negli ospedali, setting in cui il 40-50% dei ricoverati ha più di 65 anni.

Ciò appare di particolare interesse e pertinente considerando la riorganizzazione prevista dal PNRR per le cure territoriali. La medicina geriatrica, infatti, avrà come obiettivi per la sanità territoriale quelli di prevenire le malattie croniche, ridurre fragilità e disabilità, ridurre l'ospedalizzazione privilegiando le cure domiciliari, mantenere la massima autosufficienza ed educare gli anziani a convivere con vari gradi di disabilità.

La proposta contenuta nel titolo è realizzata con il team "*inpatient geriatric consultation teams (IGCT)*", considerato anche recentemente nel paper pubblicato su Eur Geriatr Med 2021; 12: 175. I team potrebbero essere attivi nei vari setting in cui si trova la popolazione anziana. Il *co-management* sembra un metodo corretto, supportato dai buoni risultati ottenuti in ortopedia (ortogeriatría) ed in cardiologia (vedi [qui](#)).

In molte altre discipline (chirurgia per esempio), invece, questa co-gestione non è applicata anche in presenza di un'elevata frequenza di pazienti con multimorbilità e altre comuni sindromi geriatriche.

L'interdisciplinarietà e la continuità degli interventi geriatrici sono indispensabili per ottenere risultati positivi che richiedono attenzione e costanza. La compliance sembra il fattore limitante l'efficacia degli interventi geriatrici che richiedono prolungata applicazione oltre a competenze specifiche e risorse adeguate, soprattutto in settori come nutrizione, politerapia (deprescribing), e riabilitazione. In Ospedale questo tipo di approccio riduce la mortalità a 6-8 mesi, ma non modifica lo stato funzionale del paziente (BMC Med online, 2013).

Già nel 1986 (JAMA 1986;255: 2617) si realizzò il primo trial clinico sull'efficacia del Geriatric Consultation Team. Da allora, in Europa e in Italia l'iniziativa multiprofessionale ha avuto modesta considerazione. Nel tempo si è quindi cercato di identificare i processi e la struttura delle cure e dell'assistenza più efficaci: la difficoltà a trovare soluzioni definitive è legata tuttavia all'eterogeneità qualitativa e quantitativa delle singole ricerche cliniche e anche dalla mancanza di un indirizzo di health policy in questo settore. Gli interventi attuati o da attuare dovrebbero essere individuati con precisione e poi descritti in dettaglio magari con l'aiuto di specifici tutorial.

Il team è in grado di fornire servizi di tipo preventivo, curativo e anche riabilitativo suggerendo soluzioni utili al buon recupero (Ann Intern Med 1989; 110: 79) e alla conservazione il più a lungo possibile dell'autosufficienza. L'assistenza geriatrica in team dovrebbe essere adottata anche nelle RSA, al fine di facilitare la comunicazione con gli altri setting del servizio sanitario, compresi i servizi sociali.

Il team di assistenza geriatrica partecipa ad assicurare qualità delle prestazioni e continuità delle cure per tutti i pazienti anziani inseriti in programmi di long-term care (LTC); anche la transizione dei pazienti fra setting diventa competenza del team interdisciplinare. Le RSA sono destinate in futuro ad accogliere anche ricoveri temporanei, di breve durata e non solo di sollievo, ma anche per cure specifiche. Attraverso connessioni di interfaccia ben organizzate, le transizioni dei pazienti dall'ospedale al domicilio, RSA o ad altre strutture previste dal PNRR, diventano più efficienti ed efficaci. La riorganizzazione della sanità territoriale richiede

quindi adeguate competenze da ottimizzare nell'ambito dei corsi di laurea della scuola di medicina.

In questo contesto, si deve tenere in debito conto che stiamo entrando in una società della longevità: questo non significa soltanto aumento delle risorse destinate ai gruppi di età più avanzata. La salute richiede un approccio preventivo nel corso di tutta la vita, identificando le fasce d'età in cui è più probabile che gli interventi supportino un invecchiamento in salute. Di certo una società della longevità richiede investimenti nella ricerca sulla biologia dell'invecchiamento e sui trattamenti mirati all'invecchiamento. Molte malattie non trasmissibili hanno l'età come importante fattore di rischio: se possono essere sviluppati trattamenti che rallentano il processo di invecchiamento, i guadagni in termini di benessere sarebbero enormi. E' stato stimato che un aumento di un anno dell'aspettativa di vita ottenuto attraverso il rallentamento dell'invecchiamento vale 38 trilioni di dollari negli Stati Uniti. È pertanto necessario che la medicina territoriale non si limiti a trattare le acuzie e a prevenire alcune malattie con vaccinazioni e screening. Si deve realizzare la prevenzione delle malattie croniche tipiche dell' invecchiamento responsabili della riduzione della qualità della vita e delle prestazioni fisiche e mentali, nonchè dell'insorgenza di fragilità e disabilità.

Eventi sfavorevoli caratterizzati dall'uso eccessivo e forse improprio delle strutture ospedaliere hanno fatto pensare alla cure domiciliari come alternativa e al potenziamento di servizi offerti dal servizio sanitario nazionale. In Giappone, nazione longeva, si pensa agli "home care physicians": la loro disponibilità numerica e la specifica preparazione nel settore, aumentata dalla implementazione della telemedicina e delle tecnologie digitali potrà concorrere a rendere più rilevante ed efficace questo negletto settore della sanità reale (BMC Health Serv Res 2020; 20:752).

Ad oggi purtroppo sembra manchino regole convincenti di arruolamento per i medici di medicina generale: è quindi auspicabile l'avvio di un corso di laurea ad hoc al termine del quale il medico di medicina generale esperto in prevenzione e riabilitazione possa praticare nei setting extraospedalieri della sanità. In questo modo, i pazienti soprattutto anziani con malattie croniche potrebbero usufruire più facilmente di ospedalizzazione e cure palliative a domicilio, nonchè essere coinvolti in programmi educativo-preventivi.

Il riassunto che segue è significativo in quanto evidenzia l'importanza e l'efficacia dell'ospedalizzazione a domicilio, modalità raramente utilizzata nel nostro servizio sanitario: http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/141/141_l_ospedalizzazione_a_domici.htm

Nella pubblicazione: Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA Netw Open. 2021;4:e2111568 si legge che gli interventi hospital-at-home con visite domiciliari di infermieri o medici hanno risultati migliori per i pazienti con malattie croniche che si presentano al Pronto Soccorso. In particolare, sono stati considerati 9 trials clinici randomizzati che includevano 959 pazienti adulti con malattie croniche. Gli outcome di interesse per i pazienti erano: mortalità, ricovero per cure a lungo termine, riammissione, durata del trattamento, costi vivi, depressione e ansia, qualità della vita, soddisfazione del paziente, stress del caregiver, stato cognitivo, nutrizione, morbilità a causa di ospedalizzazione, stato funzionale e deficit neurologici. La revisione ha evidenziato che, sebbene i pazienti che ricevevano cure ospedaliere a domicilio avevano una durata media di trattamento maggiore di 5.4 giorni rispetto a quella dei pazienti in ospedale e simile mortalità, essi mostravano un rischio di riammissione ridotto del 26% e un minor rischio di assistenza a lungo termine. Inoltre i pazienti che ricevevano hospital at-home care presentavano minor

depressione ed ansia rispetto ai pazienti ricoverati, in assenza di differenze nello stato funzionale.

Ciò suggerisce che gli interventi *hospital at-home* potrebbero essere un'alternativa promettente all'ospedalizzazione, in particolare per i pazienti anziani con malattie croniche, che spesso frequentano i Pronto Soccorso.

La collaborazione del caregiver e l'utilizzazione della telemedicina saranno fondamentali anche in questo ambito.