



Studio esplorativo sulla complessità della presa in carico di eventi di malattia in relazione alla loro durata

Laura Canduci, Docente- ricercatrice, SUPSI Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale, CH
Andrea Cavicchioli, Professore, SUPSI Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale, CH

Corresponding author: laura.canduci@supsi.ch

Introduzione

La ricerca testimonia che la multi morbidità, le comorbidità multiple o la presenza di più patologie croniche sono eventi comuni e aumentano notevolmente la complessità della gestione della malattia nei pazienti. Nelle nazioni sviluppate, circa un adulto su quattro ha almeno due patologie croniche e il numero di patologie aumenta con l'avanzare dell'età (Barnett et al., 2012; Boyd and Fortin, 2010). Spesso il termine "multimorbidità" è utilizzato come sinonimo di "comorbidità", in realtà il primo indica la coesistenza di due o più condizioni croniche, mediche o psichiatriche, tra le quali non vi è una relazione causale in cui una non è necessariamente più centrale rispetto alle altre (Boyd and Fortin, 2010). La comorbidità invece indica tecnicamente una condizione o condizioni che coesistono nel contesto di una malattia principale (ibidem), ma entrambe le condizioni comportano una presa a carico complessa sia per le risorse che per il numero di operatori coinvolti che, infine, per gli esiti di salute (Harrison et al. 2014). La multimorbidità influenza direttamente la qualità della vita, la capacità di lavorare, la capacità funzionale, la disabilità e l'aspettativa di vita, ma soprattutto è associata con l'utilizzo elevato di risorse sanitarie.

È ormai noto che l'aumento della speranza di vita comporta un numero crescente di pazienti anziani con co-patologie da gestire per periodi lunghi e un notevole costo per i sistemi sanitari.(Giustini and Thiry, 2013).

Le persone con malattie croniche multiple sono più a rischio di esito negativo per la salute, necessitano di frequenti incontri clinici, spesso con più fornitori che rappresentano diverse discipline, ed entrano in contatto con molti ambienti sanitari (ambulatorio, ospedale, pronto soccorso, strutture di degenza a lungo termine o di riabilitazione, assistenza domiciliare) (Boyd and Fortin, 2010). I passaggi attraverso i differenti luoghi di cura, in particolare per i pazienti complessi, sono stati identificati come opportunità ad alto rischio di errori medici (Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

È stato stimato che, negli Stati Uniti, un paziente anziano con 1 condizione cronica vede 4 diversi operatori sanitari in 1 anno e questo numero aumenta a 14 in presenza di 5 diverse condizioni croniche (Fraccaro et al., 2015). Aumentando il numero di professionisti sanitari coinvolti si crea una esplosione combinatoria di interfacce di comunicazione e, per il paziente, una maggiore difficoltà a comprendere, ricordare e seguire le indicazioni di cura (Fraccaro et al., 2015).

In particolare i problemi maggiori si possono riscontrare nell'assenza di piani di assistenza congiunti, nella fornitura di raccomandazioni e informazioni contraddittorie da parte dei diversi sanitari, nei costi inutili e nel peso del trattamento.

Il coordinamento di un piano di assistenza uniforme è certamente una componente essenziale per garantire un'assistenza di alta qualità ai pazienti complessi e deve avvenire attraverso una stretta comunicazione tra tutti gli attori della cura (caregivers formali e non) (Fraccaro et al., 2015). La comunicazione diretta tra pazienti, operatori sanitari, caregivers informali è spesso il modo migliore per colmare le lacune di

conoscenza e ottenere il consenso informato; anche le cartelle cliniche elettroniche facilitano l'accesso e la condivisione di informazioni tra i professionisti e sono utili per coordinare le cure (Whitson and Boyd, 2014). Nonostante i diversi strumenti a disposizione, i vincoli di tempo della maggior parte delle pratiche cliniche e l'andamento fluttuante nel tempo, tipico delle patologie croniche e delle polimorbidity, rendono difficile la coordinazione di un piano di assistenza globale. A questi fattori si aggiunge l'influenza che i caregivers informali hanno sull'adesione e il processo decisionale del paziente (Boyd and Fortin, 2010).

Studi recenti dimostrano come la continuità delle cure, definita come una partnership duratura tra paziente e clinico, è considerata un elemento centrale della qualità delle cure (McAlister et al., 2013), ma è resa difficoltosa dai cambiamenti nella gestione della sanità, compresi gli spostamenti verso pratiche di gruppo multidisciplinari e la discontinuità dell'accesso ai professionisti.

Talvolta i ruoli dei professionisti non sono chiari per i pazienti, i loro caregivers e per i professionisti stessi. Quest'ultimo fattore, associato all'incertezza della traiettoria della malattia e la mancanza di collaborazione tra operatori sanitari, costituisce una ulteriore barriera per una cura efficace (Oishi and Murtagh, 2014).

Vi è dunque un interesse notevole nella comprensione del ruolo della continuità delle cure nel determinare gli esiti sanitari (Shin et al., 2014).

Uno studio di coorte retrospettivo (Staples, Thiruchelvam, Redelmeier, 2014) in 21 ospedali di cure acute in Canada (Greater Toronto and Hamilton Area) impostato tra il 1995 e il 2010, ha testato l'ipotesi che la riammissione di un ospedale alternativo sia associato ad un aumento della mortalità rispetto alla riammissione nell'ospedale del primo ricovero (pazienti riammessi entro 30 giorni dopo la dimissione). È stato constatato che la riammissione in un ospedale alternativo è associata con un più alto rischio di morte rispetto alla riammissione in ospedale originale.

In Corea del Sud, uno studio di coorte (Shin et al., 2014) su un campione casuale (3%) arruolato tra gli iscritti al Korean National Health Insurance ha mostrato che a indici più bassi di continuità assistenziale corrispondono indici più elevati di mortalità e eventi infausti, nonché maggiori costi di cura. La discontinuità di cura tra i diversi professionisti della salute è una fonte importante di problemi di sicurezza, in particolare per i pazienti polimorbidi.

Poiché la continuità delle cure è un buon predittore di outcome positivi nei pazienti, teoricamente, un "medico personale", che ha accumulato nel tempo la conoscenza della storia e dei valori del paziente, potrebbe fornire una migliore assistenza con costi inferiori. Inoltre prima della dimissione, i pazienti dovrebbero essere informati dei potenziali vantaggi, nel caso siano richieste cure di emergenza, di una eventuale riammissione al loro ospedale di partenza (Shin et al., 2014; Staples et al., 2014).

La considerazione di persone con multimorbidity è essenziale nella progettazione e valutazione dei sistemi sanitari. Le persone con multimorbidity dovrebbero ricevere un approccio incentrato sul paziente e sulla famiglia e la comprensione di come fornire questo tipo di assistenza, in modo efficace ed efficiente, è un enorme sfida e un'opportunità, per tutti i professionisti della salute (Boyd and Fortin, 2010).

Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è di esplorare la complessità della presa a carico di eventi di malattia in funzione della loro durata e del numero di professionisti intervenuti (singolarmente o in team).

Materiali e metodi

È stata eseguita un'indagine descrittiva.

I dati presentati in questo articolo sono stati raccolti a complemento della presentazione del Prof. Andrea Cavicchioli "Gli aggiustamenti del governo clinico: riposizionare le modalità dei percorsi assistenziali alle nuove emergenze", nell'ambito della Giornata di studio "La sfida della continuità assistenziale nel sistema sanitario che cambia" organizzata in collaborazione da ASI SBK Ticino e SUPSI DEASS, svoltasi il giorno 11 dicembre 2014 presso l'aula magna del Campus SUPSI a Trevano.

Il campione è rappresentato dai partecipanti alla giornata di studio (n. 340 fonte ASI SBK Ticino). Si tratta di infermieri professionisti attivi nella pratica, iscritti e non all'Associazione Svizzera Infermieri, studenti SUPSI del Bachelor in Cure Infermieristiche (3° sem.), studenti SUPSI di formazione continua (DAS e Mas in clinica), Docenti SUPSI in Cure infermieristiche.

Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario creato appositamente, ad auto-compilazione, composto da 6 domande a risposta multipla. È stato richiesto di pensare ad un *evento di malattia, concluso o ancora in corso, di qualsiasi tipo*, accaduto a qualcuno molto prossimo al compilatore del questionario e di descrivere: la durata dell'evento, la sua risoluzione, quanti professionisti sono intervenuti singolarmente e quanti team di curanti, se sono state fatte scelte di modifica del percorso terapeutico e se queste ultime sono state influenzate dalla consultazione in internet.

L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il programma SPSS.

Risultati

Dei 250 questionari distribuiti, ne sono pervenuti 167 (66.8 %), tutti valutabili.

La durata degli eventi di malattia segnalati è stata nel 65.8% superiore alle due settimane e nel 38.3% superiore o uguale a 3 mesi.

La risoluzione dell'evento (Tabella 1) è stata complessivamente favorevole in 67 casi (40.1%), 38 dei quali (56.7%) con una durata dell'evento inferiore alle due settimane.

Tabella 1: Risoluzione dell'evento di malattia in relazione alla durata dell'evento

Durata evento	N. (%)	Risoluzione dell'evento			
		Si è risolto	problema cronico/ accertamenti	in corso trattamenti th	decesso della persona
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
< 2 sett.	57 (34.1)	38 (66.6)	12 (21)	5 (8.7)	2 (3.5)
≥ 2 sett.< 3 mesi	46 (27.5)	19 (41.3)	7 (15.2)	10 (21.7)	10 (21.7)
≥3 mesi	64 (38.3)	10 (15.6)	26 (40.6)	20 (31.2)	8 (12.5)
Totale	167 (100)	67 (40.1)	45 (26.9)	35 (20.9)	20 (11.9)

Nel 47.8% (N= 80) dei casi il problema è cronico e/o sono in corso ancora dei trattamenti e degli accertamenti, in particolare negli eventi di durata ≥ ai tre mesi (71.8%; N= 46).

La conclusione infausta (11.9%) corrisponde in particolare a eventi di durata superiori alle due settimane (N= 10).

Tabella 2: Professionisti e team curanti intervenuti in relazione alla durata dell'evento

Durata evento	N. (%)	Professionisti intervenuti				Team curanti			
		Non professionisti	Un professionista	Da due a tre professionisti	4 professionisti e oltre	Nessuno	Uno	Due	Tre e oltre
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
< 2 sett.	57 (34.1)	12 (21)	24 (42.1)	15 (26.3)	6 (10.5)	24 (44.4)	14 (25.9)	10 (18.5)	6 (11.1)
≥ 2 sett.< 3 mesi	46 (27.5)	3 (6.5)	9 (19.5)	19 (41.3)	15 (32.6)	11 (24.4)	4 (8.9)	18 (40)	12 (26.6)
≥3 mesi	64 (38.3)	2 (3.1)	10 (23.4)	15 (23.4)	37 (57.8)	7 (11.1)	12 (19)	13 (20.6)	31 (49.2)
Totale	167 (100)	17 (10.1)	49 (29.3)	49 (29.3)	58 (34.7)	42 (25.9)	30 (18.5)	41 (25.3)	49 (30.2)

In 58 casi (34.7 %) sono intervenuti 4 o più professionisti, in particolare nelle situazioni con una durata ≥ ai tre mesi (N= 37).

Nei casi di breve durata, < alle due settimane (N= 57), non vi è l'intervento di professionisti nel 21 % dei casi (quindi si è proceduto con un comportamento di autocura), mentre nel 10, 5 % dei casi intervengono 4 o più professionisti.

Nei casi di lunga durata, ≥ ai tre mesi, intervengono nel 49.2 % dei casi (N= 31) 3 o più team curanti.

Tabella 3: Professionisti e team curanti intervenuti in relazione alla risoluzione dell'evento

Risoluzione dell'evento	N. (%)	Professionisti intervenuti				Team curanti			
		Non professionisti	Un professionista	Da due a tre professionisti	4 professionisti e oltre	Nessuno	Uno	Due	Tre e oltre
	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)	N. (%)
Si è risolto	67 (40.1)	14 (20.9)	26 (38.8)	14 (20.9)	13 (19.4)	29 (44.6)	14 (21.5)	15 (23.1)	7 (10.8)
Problema cronico/accertamenti	45 (26.9)	2(4.4)	12 (26.6)	13 (28.9)	18 (40)	10 (22.7)	11 (25)	12 (27.3)	11 (25)
In corso trattamenti	35 (20.9)	0 (0)	3 (8.5)	16 (45.7)	16 (45.7)	3 (9.1)	4 (12.1)	8 (24.2)	18 (54.5)
Decesso della persona	20 (11.9)	1 (5)	2 (10)	6 (30)	11 (55)	0 (0)	1 (5)	6 (30)	13 (65)
Totale	167 (100)	17 (10.1)	43 (25.7)	49 (29.3)	58 (34.7)	42 (25.9)	30 (18.5)	41 (25.3)	49 (30.2)

Nei casi in cui l'evento di malattia si è risolto si evidenzia un maggior coinvolgimento di un unico professionista (38.8%) o di nessun team curante (44.6%).

Nelle situazioni croniche o dove i trattamenti sono in corso, si evidenzia il coinvolgimento di 4 professionisti e oltre rispettivamente nel 40% e 45.7% dei casi.

In più della metà delle situazioni (54.5%) in cui sono in corso i trattamenti, vengono coinvolti tre o più team curanti.

Anche nei casi in cui l'evento ha avuto un esito infausto (decesso) sono stati coinvolti numerosi professionisti: 4 o più professionisti nel 55 % dei casi e/o tre e oltre team curanti nel 65% dei casi.

Tabella 4: Durata evento e consultazione in internet

Durata evento	Consultazione internet		totale
	Si	No	
	N. (%)	N. (%)	N. (%)
< 2 sett.	29 (58)	21 (42)	50 (100)
≥ 2 sett.< 3 mesi	22 (50)	22 (50)	44 (100)
≥3 mesi	41 (71.9)	16 (28.1)	57 (100)
Totale	92 (60.9)	59 (39.1)	151 (100)

Rispetto ai 167 eventi di malattia, 151 persone hanno risposto alla domanda inerente la consultazione di internet, da parte loro o del paziente; di questi il 60.9 %(N= 92) ha dichiarato che vi è stata una consultazione in internet per avere maggiori informazioni. Il consulto maggiore (44.5%) è avvenuto per i casi di durata ≥ ai 3 mesi.

Solo il 13.4 % (N= 12) di coloro che hanno consultato internet dichiara che questo ha portato modifiche nel percorso terapeutico, nel 76.9 % (N= 70) non è stato modificato il percorso, il 10.8% (N= 10) dichiara di non sapere.

Discussione

Questo studio descrittivo, seppur con un campione di popolazione limitato, mostra, coerentemente con quanto descritto in letteratura (Barnett et al., 2012; Boyd and Fortin, 2010), la prevalenza di eventi di malattia di lunga durata per presenza di patologia cronica o necessità di trattamenti e accertamenti sul lungo termine, in particolare per gli eventi di durata ≥ ai tre mesi (38.3%).

L'intervento di lunga durata e la presenza di più team curanti fa supporre la presenza di polimorbilità o comorbilità, comunque la presa in carico di situazioni complesse. In effetti, il campione dichiara che nel 47.8% (N= 80) dei casi il problema è cronico e/o in corso ancora di trattamenti e accertamenti.

La prognosi appare favorevole se i casi sono di breve durata e quindi di complessità minore.

Complessivamente un minor coinvolgimento di professionisti e/o di team curanti si evidenzia nei casi di breve durata e con una risoluzione dell'evento malattia.

I dati di maggiore coinvolgimento di professionisti trovati sono allineati alla letteratura, nella quale si evidenzia che ai casi di maggior complessità e durata corrisponde un maggior coinvolgimento di professionisti (Fraccaro et al., 2015; Boyd and Fortin, 2010)

Nello studio 92 individui dichiarano che vi è stata una consultazione in internet; si evidenzia come tale bisogno sia maggiore nei casi di durata \geq ai 3 mesi, ma non abbia sostanzialmente modificato il percorso terapeutico definito.

Il fatto che siano state ricercate fonti di informazione in internet può far supporre che un aumento della complessità della comunicazione sia intervenuta tra professionisti, pazienti e caregiver informali.

Conclusioni

I risultati di questo semplice studio esplorativo sono allineati a quanto mostrato dalla letteratura in ordine al rapporto direttamente proporzionale fra lunghezza degli eventi di malattia, presenza di malattie croniche e aumento di accertamenti e trattamenti. E' ancora in linea con la letteratura indagata il risultato che, ad aumento della lunghezza dell'evento di malattia, corrisponde un incremento di professionisti e team curanti coinvolti nel percorso diagnostico/terapeutico. Numerose sono le possibili piste di ricerca che potrebbero derivare da queste semplici conclusioni; fra queste, una di quelle che appare di più diretto interesse per la professione infermieristica, potrebbe riguardare lo studio dell'influenza dell'infermiere nel determinare modifiche nei percorsi di cura, e/o nell'uso delle risorse sanitarie a disposizione. Appare inoltre evidente come la questione del coordinamento fra i curanti risulti essere una questione centrale nei percorsi di cura che accompagnano gli eventi di malattia.

Bibliografia

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43.
- Boyd, C. M., Fortin, M. (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. *Public Health Rev*, 32(2), 451–474.
- Fraccaro, P., Arguello Castelerio, M., Ainsworth, J., & Buchan, I. (2015). Adoption of Clinical Decision Support in Multimorbidity: A Systematic Review. *JMIR Medical Informatics*, 3(1), e4. <http://doi.org/10.2196/medinform.3503>
- Giustini, S., Thiry, S. (2013). Medicina Generale, multimorbilità e politerapia nei pazienti anziani. *Rivista SIMG*, 6, 11–4.
- Harrison, C., Britt, H., Miller, G., & Henderson, J. (2014). Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ open*, 4(7), e004694.

- McAlister, F. A., Youngson, E., Bakal, J. A., Kaul, P., Ezekowitz, J., & van Walraven, C. (2013). Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *Canadian Medical Association Journal*, *cmaj*–130048.
- Shin, D. W., Cho, J., Yang, H. K., Park, J. H., Lee, H., Kim, H., ... Guallar, E. (2014). Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *The Annals of Family Medicine*, *12*(6), 534–541. <http://doi.org/10.1370/afm.1685>
- Staples, J. A., Thiruchelvam, D., & Redelmeier, D. A. (2014). Site of hospital readmission and mortality: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ Open*, *2*(2), E77–E85. <http://doi.org/10.9778/cmajo.20130053>
- Whitson, H. E., Boyd, C. M. (2014). Managing multiple comorbidities. UpToDate
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In The Cochrane Collaboration (A C. Di), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2>