#### GERIATRIA COME “SCIENZA MEDICA” CENTRATA SULLA PERSONA

1. Storia della Geriatria

Il termine *geriatria* è stato coniato nel 1909 da un medico austriaco poi migrato a New York, *Ignatz Leo Nascher* (1863-1944) che nel 1914 pubblica un libro dal titolo **Geriatrics**, un'opera di oltre 500 pagine che può definirsi "profetica" in quanto asserisce la necessità di considerare a parte la senilità e le sue malattie, assegnando alla Geriatria un ruolo autonomo nella medicina, come già era stato fatto per la Pediatria. È significativo il fatto che l'introduzione del libro venga affidata ad un pioniere della pediatria, *Abraham Iacobi*, fautore della autonomia culturale e accademica di questa disciplina.

Nascher sostenne che l'invecchiamento non è una malattia, secondo quella che invece era l'opinione prevalente anche tra illustri scienziati dell'epoca, ma semplicemente un periodo della vita dell'individuo, con una propria fisiologia; Nascher denunciò come inaccettabile quel "senso di fastidio", se non proprio di franca ostilità, che avvertiva nei confronti dell'anziano in quanto soggetto privo di speranza e per di più socialmente inutile. Nel 1915 Nascher dà vita alla Società di Geriatria di New York e, quando nel 1942 viene fondata *l'American Geriatrics Society*, ne è nominato Presidente onorario.

* Madre della Geriatria è considerata *Marjory Warren* (1897-1960), un chirurgo che denuncia nell'ospedale in cui opera (West Middlesex Hospital), lo scarso interesse e l'inappropriatezza di cura nei confronti dei ricoverati più anziani e ai loro bisogni, soprattutto relativamente ai trattamenti riabilitativi che riteneva fondamentali; per il carisma e la forte capacità innovativa e persuasiva diventa responsabile di 714 posti letto per pazienti anziani con patologie croniche, considerati irrecuperabili.

Nel 1943 e nel 1946 M Warren pubblica due papers sul British Medical Journal in cui prospetta la creazione della specializzazione in Medicina geriatrica e anche la necessità di focalizzare la formazione dei medici anche sulle cure agli anziani. Da allora in Inghilterra la Geriatria fu riconosciuta come specialità medica nel servizio sanitario nazionale. M. Warren notò che gli anziani ricoverati erano eterogenei e potevano essere valutati e classificati secondo la loro mobilità, continenza e capacità mentali. Già nel 1947 fondò con altri la Medical Society for the Care of the Elderly, ora nota come British Geriatrics Society. M Warren promosse le cure multidisciplinari, la mobilizzazione precoce dei malati che devono essere sollecitati e aiutati a svolgere le attività abituali della vita quotidiana; inoltre propose l’ approccio alla persona intera con particolare riferimento agli aspetti sociali e funzionali della malattia (sickness). Inoltre propose che l’ ammissione dell’ anziano in una struttura dovesse essere preceduto dalla valutazione geriatrica per evidenziare tutti i bisogni complessi del paziente; già allora segnalò le difficoltà a collocare con appropriatezza il paziente anziano. La Warren indicò nelle sue pubblicazioni i goals della medicina geriatrica che sono ancora validi:

'*\* To prevent disease whenever possible;*
*\* To reduce medical disability to a minimum;*
*\* To obtain and maintain maximum independence;*
*\* To teach the patient to adjust himself intelligently to his residual disability*.

M. Warren con una nuova metodologia basata sulla valutazione globale, un team multidisciplinare e la riabilitazione precoce, riesce ad aumentare il turnover dei ricoveri del 300%, aumentando la disponibilità di letti per altre patologie.

Per ulteriormente definire la Geriatria come specialità sono da ricordare le iniziative di due altri medici inglesi:

* *Lionel Cosin*, anche lui chirurgo, che conia il detto "*bed is bad*" e riduce drasticamente nel suo reparto la durata di degenza dei pazienti anziani con frattura di femore, diventando il pioniere dell'*Ortogeriatria*;
* *Joseph Sheldon* (1893-1972), che propone l'attivazione di interventi fisioterapici, ma anche aggiustamenti abitativi per gli anziani residenti nel proprio domicilio con problemi di mobilità, dando così inizio alla *Geriatria di Comunità*.

Di tutte queste osservazioni e proposte si tiene conto nella programmazione del *National Health Service* (*NHS*) inglese, da considerarsi il primo Servizio Sanitario Nazionale del mondo. Attivato nel 1947, esso inserisce (vedi figura) un modello organizzativo di tipo dipartimentale basato sulla attivazione di una rete di Servizi Geriatrici con collegamento funzionale fra ospedale e territorio il cui scopo



è di garantire interventi adeguati e continuativi ad una parte della popolazione che gli studi demografici ed epidemiologici indicavano in rapida e progressiva crescita, quella degli anziani affetti da più malattie croniche, fragilità, instabilità clinica, a rischio di disabilità se non già disabili, per di più in condizioni socio-ambientali precarie per povertà, abbandono, solitudine, pertanto bisognosi di risposte assistenziali non “puntiformi”, ma continuative, spesso contemporaneamente di tipo sociale e sanitario, per di più mutevoli nel tempo.

La validità di tale modello che fu imitato dal servizio sanitario nazionale italiano, fu dimostrata dalla sensibile riduzione in pochi anni del bisogno di posti letto ospedalieri per malati cronici, considerati irrecuperabili. Da qui la ripetuta affermazione del Ministero della Sanità che “*senza la nascita della Geriatria il NHS non avrebbe potuto cominciare, anche perché non ci sarebbero stati abbastanza letti per tutte le specialità ospedaliere”.*

**2.La Geriatria in Italia**

In Italia in circa dieci anni vengono promulgate due leggi che cambiano completamente l’assetto sanitario del nostro Paese, ma di “geriatria” nemmeno la semplice parola, così come nessun cenno ad un modello di organizzazione assistenziale di tipo dipartimentale analoga a quella prevista dal NHS, nonostante che la popolazione anziana non fosse certo seconda per numerosità e bisogni a quella inglese: la **Riforma Ospedaliera** del 1968 ( cosiddetta “**Legge Mariotti”)** si limita a trasformare i nosocomi in Enti autonomi, tutti con la stessa organizzazione e tutti esclusivamente indirizzati allo svolgimento di attività di ricovero e cura; la legge del 1978 che istituisce il **Sistema Sanitario Nazionale**, alla quale si deve l’ attivazione delle **Unità Sanitarie Locali (USL** ), sebbene la sua progettazione abbia fatto ampio riferimento al NHS e indichi esplicitamente di perseguire nell’ambito delle proprie competenze *“la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione”,* nella realtà :

*-* ignora i bisogni assistenziali della popolazione anziana fuori dall’Ospedale, al contrario del NHS che prevede un sistema di servizi geriatrici, fra loro collegati, nel quale operano dei “*consultant geriatricians*”;

- manca il richiamo alla necessità di integrare i tre setting della sanità: ospedale, cure intermedie con le residenze e le cure domiciliari

- manca di una filosofia progettuale ispirata alla integrazione fra le componenti assistenziali e quelle socio-sanitarie, asse portante invece della strategia inglese;

- non contiene “norme cornice” sulla prevenzione della non autosufficienza dell’anziano;

- laddove sviluppa organicamente il concetto di riabilitazione, lo confina al recupero di handicap specifici da praticare in Centri ospedalieri che, per le loro caratteristiche, non hanno la possibilità di prendere sotto la propria tutela anche il successivo reinserimento sociale; “matrigna” per la Geriatria è anche la legge del 1.1.1995, quella che attiva un nuovo sistema di pagamento dei ricoveri ospedalieri basato sui cosidetti *Diagnosis Related Groups (DRG).* Questo sistema stabilisce in maniera anticipata il rimborso per ogni ricovero ospedaliero calcolato sulla base del costo medio di singole patologie e non varia in funzione di quello realmente sostenuto, aumentando così il rischio che il trattamento non persegua l’obiettivo del risultato ottimale in quanto il costo superiore ricadrebbe interamente sull’ospedale. Da qui le considerazioni fatte dopo un’esperienza ultradecennale nel Paese che per primo l’aveva adottato, gli USA:

* i DRG possono essere utili per le specialità che trattano l’acuzie, specie se chirurgiche, e per pazienti in condizioni cliniche ben definite, ma sono del tutto inadatti per i pazienti anziani dal momento che essi non tengono conto della loro maggiore complessità (elevata multimorbilità, maggiore instabilità clinica, disabilità, etc.) e di fattori confondenti (povertà, solitudine, etc );
* i DRG se hanno forse diminuito le giornate di degenza e quindi i costi per l’assistenza ospedaliera, hanno aumentato quelli per i servizi territoriali e reso problematica la dimissione ospedaliera proprio per la difficoltà a reperire un servizio in grado di accogliere l’ anziano complesso e non-autosufficiente; come si è detto manca l’ integrazione e la collaborazione fra i tre setting della sanità;
* Anche in Italia la riduzione della durata delle degenza (che era l’obiettivo del sistema DRG) si è accompagnata ad una più precoce dimissione dei malati terminali e dei pazienti in condizioni ancora instabili, ad un aumento di quelli non autosufficienti e ad un incremento delle riammissioni ospedaliere ed aumentata richiesta di prestazioni extraospedaliere, realtà questa di cui aveva tenuto conto il National Health Service prevedendo l’attivazione in ogni ospedale distrettuale o comunque di certe dimensioni di un **Dipartimento Geriatrico**, cioè di un sistema organizzato che mettesse “in rete”, cioè in collegamento funzionale, tutte le prestazioni e servizi di cui il paziente anziano ha bisogno, , sia operanti all’interno della stessa struttura ospedaliera ( reparti di degenza, Day Hospital, ambulatori, altri servizi), sia esterni ad essa(di tipo residenziale, semiresidenziale, riabilitativo, psicogeriatrico, etc.). La città di Ferrara ha avuto un Dipartimento interaziendale (ospedale e territorio) che forse non ha avuto nel tempo il successo sperato (vedi figura)



Per diversi anni in Italia l’affermazione della Geriatria avviene solo a livello universitario ed il merito va sicuramente attribuito al *Prof. Enrico Greppi*, Direttore dell’Istituto di Clinica Medica della Università di Firenze, il primo fra i suoi colleghi a comprendere l’importanza delle emergenti problematiche sanitarie e sociali correlate all’invecchiamento della popolazione. E’ al Prof. Greppi che si deve, al termine di un triennio di presidenza dell’International Association of Gerontology, la fondazione nel 1950 della **Società Italiana di Gerontologia e Geriatria**con lo scopo di *“promuovere e coordinare gli studi sulla fisiopatologia della vecchiaia, nonché quello di affrontare anche nei suoi aspetti di ordine sociale il* *grave e* *complesso problema della vecchiaia*”. Ne sarà il 1° Presidente fino alla sua morte nel 1969.

Altri e non meno importanti sono i suoi meriti, come ad esempio l’aver ottenuto nel 1956 l’istituzione della **Libera Docenza in Gerontologia e Geriatria** da parte del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione e, soprattutto, la possibilità di bandire nel 1962 la prima **Cattedra di Gerontologia e Geriatria** presso la sua Università per il suo allievo prediletto, Francesco Mario Antonini, che verrà presto riconosciuto come il “Maestro” di diverse generazioni di geriatri non solo italiani.

Dotato di una personalità poliedrica, carismatica, ricca di fantasia, entusiasmo per la ricerca scientifica, solida cultura non solo medica ma anche umanistica, è infatti ad Antonini che la Facoltà affida l’incarico dell’insegnamento che lo porterà più volte a dichiarare, con più che giustificato compiacimento, di essere il *primo cattedratico al mondo della discipli*na. E sarà grazie ai grandi apprezzamenti di cui godeva nel mondo non solo accademico ma anche nella sanità fiorentina, che riuscirà a realizzare un **Istituto di Gerontologia e Geriatria**, con sale di degenza, spazi di socializzazione, laboratori di ricerca, un reparto di Terapia Intensiva di Cardiologia Geriatrica; oltre ad attivare una Scuola Diretta a Fini Speciali per Fisioterapisti ed assumere la direzione della già ricordata Scuola di Specializzazione in Geriatria. E’ invece solo dalla fine degli anni 60 primi anni 70 che altre Facoltà mediche italiane cominciano ad inserire nel loro curriculum formativo la Geriatria, da sola od associata alla complementare Gerontologia, la scienza che studia i molteplici aspetti dell’invecchiamento, da quelli biologici, psicologici e comportamentali, a quelli demografici, epidemiologici e sociali. Inizialmente la G&G era un insegnamento complementare del corso di laurea di Medicina e Chirugia.

Si presenta poi il problema del reclutamento di personale docente, non solo tecnicamente preparato, ma anche psicologicamente motivato ad occuparsi di soggetti-pazienti che la medicina aveva storicamente ignorato perché ritenuti scientificamente non interessanti, professionalmente non gratificanti, sicuramente impegnativi e spesso “disturbanti” sul piano assistenziale, per di più da parte di chi aveva scelto la carriera accademica con bel altre motivazioni ed interessi, quelli propri della cosiddetta “big science”, come ad esempio contribuire alla conoscenza sempre più approfondita di singole malattie, elaborare protocolli diagnostici sempre più specifici e sistemi di cura sempre più efficaci. Oggi in tutti i Corsi di laurea di medicina e chirurgia si insegna la Geriatria e Gerontologia che è inserita di solito al V o VI anno nell’ ambito del settore della Medicina interna (MED/09); i crediti formativi concessi alla G&G nel corso di laurea di medicina e Chirurgia sono veramente pochi (circa 3,5 su 360 !) e molte discipline anche biologiche ignorano che l’ uomo invecchia. Anche i concorsi di assunzione nel servizio sanitario nazionale non prevedono di solito specificità per lo specialista in Geriatria. Ciò è rilevante soprattutto nelle strutture per anziani che ospitano in Italia circa 250000 anziani con problematiche tipicamente geriatriche.

**3.I problemi della formazione universitaria: la Geriatria e la Gerontologia sono la cenerentola nella didattica delle scuole di medicina**

Insomma è successo quello che era inevitabile succedesse: l’insegnamento della Gerontologia e Geriatria è stato per lo più affidato a docenti che, essendo risultati idonei al ruolo di professori ordinari e quindi con il diritto di acquisire piena autonomia di insegnamento ed assistenziale, hanno trovato sbarrata la strada di accesso alla più blasonata Clinica e Patologia Medica.

Nel curriculum formativo del futuro medico nelle varie sedi universitarie con il Corso di laurea di Medicina e Chirurgia non si tengono in considerazione nemmeno le indicazioni del MIUR per quanto riguarda i contenuti geriatrici del corso stesso: la fisiologia dell’ invecchiamento, fondamentale per le conoscenze del futuro medico, non è ancora argomento didattico



Insomma la Geriatria come ripiego in attesa di tempi migliori; intanto i crediti formativi nel corso di laurea continuano ad essere pari all’ 1% dei crediti formativi totali !!

Quali sono state le conseguenze? : la Geriatria Accademica non ha avuto alcuna sostanziale influenza sulla organizzazione del nostro Sistema Assistenziale, tranne che in pochissime realtà, nonostante che il modello e la metodologia assistenziale da essa individuati, validati e proposti, siano risultati gli unici in grado di dare risposte assistenziali adeguate alla molteplicità e complessità dei problemi dei pazienti sui quali questa disciplina è stata costruita, fra l’altro, cosa non da poco, con una significativa razionalizzazione delle risorse, uno degli obiettivi qualificanti della cosiddetta “legge Ter” di riforma del SSN, Ministro della Sanità che prevede la regionalizzazione della sanità che ha provocata frammentazione quantitativa e qualitativa della medicina geriatrica. A fare eccezione in questa realtà sono sicuramente quelli che a pieno titolo devono essere considerati, come Antonini, Maestri della Gerontologia e Geriatria italiana, anche, ma non solo perché alla cattedra arrivano non come ripiego ma per espressa scelta. In primis Gian Paolo Vecchi (detto Bobo) di Modena, di cui è stato appena pubblicato un libro scritto da quanti hanno conosciuto ed apprezzato il suo insegnamento, il cui titolo “**Il placebo, i farmaci e la tazza di brodo** (Omega Edizioni, 2017) , espressione che spesso utilizzava nelle sue lezioni, fa capire quale fosse il principio basilare a cui il geriatra si doveva ispirare nei suoi comportamenti e nel rapporto con il paziente geriatrico, quasi il suo manifesto culturale: *all’anziano più che i farmaci spesso inefficaci a dare risposte concrete ai suoi bisogni di salute, serve sentirsi curati e protetti*.

Anche Fabrizio Fabris di Torino, è stato interprete dei contenuti propri dell’ortodossia geriatrica di quel tempo; l’ ospedalizzazione a domicilio è ancora un’attività qualificata ed apprezzata della Geriatria universitaria di Torino.

**La sanità italiana e la Geriatria**

Nel tempo la Sanità italiana ha preso iniziative importanti per affrontare i mutati bisogni dei cittadini che invecchiano; i piani sanitari nazionali hanno più volte fatto riferimento agli anziani : per esempio nel *1994 "Approvazione del Piano sanitario na­zionale per il triennio 1994-1996", di cui riportiamo la parte relativa al Progetto obiettivo anziani (POA) che era stato proposto nel 1992; qui si legge* «Gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile»; *si riconosce che gli anziani colpiti da cronicità e da non autosufficienza sono malati che* «devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune» *e quindi anche in ospedale: pertanto le Regioni stesse e le USL ospedaliere e territoriali avrebbero dovuto rispettare quanto previsto per gli anziani ammalati colpiti da cronicità e da non autosufficienza.*

 Il POA ha contenuti che tutelano la salute degli anziani definendo le molteplici modalità per rispondere ai bisogni individuali degli anziani nel quadro delle risorse finanziarie disponibili e per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari, utilizzando una «risposta unitaria e globale», con particolare attenzione alle persone non autosufficienti. II progetto obiettivo recepisce il concetto che scopo precipuo dell'assistenza all'anziano è il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza, la cui perdita, secondo la classificazione IDH dell'OMS (1980), è provocata dalla compromissione concomitante di più fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale.

È pertanto necessario un approccio globale ed integrato alla persona, che identifichi le diverse componenti della compromissione e con­senta la formazione di programmi di intervento individualizzati e continuativi. Integrazione, flessibilità e continuità sono pertanto le caratteristiche qualificanti dei servizi da realizzare e rendere funzionanti a favore degli anziani. Fra gli interventi previsti dal POA ricordiamo:

1. Interventi prioritari per gli anziani non autosufficienti:

- istituire le Unità di valutazione geriatriche (UVG) presso le divisioni di geriatria attualmente esistenti e, in fase sperimentale, in alcune USL;

- attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere, entro il 1996, almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità;

- attivare in via sperimentale, e gradualmente, la Spedalizzazione domiciliare nel 10% dei casi spedalizzabili a regime;

- attivare centri diurni di riabilitazione.

2. Interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni:

promuovere a livello nazionale e regionale, mediante apposite iniziative e procedure di ca­rattere legislativo, misure atte a favorire la permanenza degli anziani in famiglia;

- promuovere, con l'adozione delle più opportune iniziative legislative, misure particolari in favore delle famiglie con presenza di anziani non autosufficienti che vengono trattenuti in famiglia benché posseggano i requisiti per l'accoglimento in RSA o residenze sanitarie assistenziali;

- attivare misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati;

- promuovere la nomina di un tutore esterno, a garanzia della gestione dei beni dell'anziano istituzionalizzato;

- adottare sistemi nazionali uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani, nonché altri modelli di analisi dei bisogni e delle risposte più opportune di tipo sanitario e socio-assistenziale;

- attivare osservatori permanenti esterni al Servizio sanitario nazionale su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani, con l'obbligo di produrre annualmente un rapporto.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, previsto dal PAO, si precisarono altre aree di intervento a favore degli anziani:

- formazione degli operatori a vari livelli, con particolare riferimento alle problematiche dell'anziano cronico e/o non autosufficiente. Da questo punto di vista è estremamente rilevante la diffusione di una cultura che sappia motivare gli addetti a valorizzare le potenzialità residue;

- interventi curativi e riabilitativi domiciliari, in regime di *day hospital o* presso centri diurni. Gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domi­cilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile;

- creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi dell'anziano fragile, sotto il coordinamento delle unità di valutazione geriatrica.

Per la attuazione di quanto previsto dal progetto obiettivo, il Ministero della sanità ha emanato nell'agosto 1992 apposite linee guida e sono state, inoltre, distribuite alle Regioni le risorse destinate alle attività di assistenza domiciliare agli anziani e, parallelamente, è stato attivato a livello centrale un sistema di monitoraggio degli interventi adottati a livello regionale e locale, finalizzato a verificare periodicamente i risultati ottenuti. Si raccomandava anche allora di verificare i risultati ottenuti con l’ applicazione del PAO; ma non fu fatto: di fatto non ci sono stati risultati qualificanti.

Il problema delle malattie croniche spesso coesistenti nelle persone anziane e soprattutto nei grandi vecchi (>85 anni), ha spinto il sistema sanitario a produrre linee guida per le singole malattie croniche basate sui dati della evidence based medicine i cui risultati sono trasferibili con difficoltà alla medicina geriatrica alle prese con i problemi prevalenti della multimorbilità, della sicurezza delle cure ( evitando gli effetti avversi anche farmacologici), delle preferenze del malato, della sua qualità della vita che si realizza anche applicando correttamente le cure palliative soprattutto nella fase terminale della vita. Negli anziani con multimorbilità e disabilità le decisioni medico-sanitarie sono complesse e devono mettere al centro il paziente con i suoi bisogni più importanti spesso insoddisfatti. Le risorse dovranno essere utilizzate al meglio tenendo presente i principi del **choosing wisely** (ci sono 10 principi specifici da applicare in medicina geriatrica).

Il Medico dovrà poi tener conto dl contesto della vita del paziente nel quale un ruolo fondamentale, anche per i risultati del piano terapeutico prescritto, ha il caregiver famigliare o non famigliare. In futuro la Geriatria non potrà che migliorare la sua efficacia con l’ utilizzazione di strumenti in grado di evitare gli effetti avversi ai farmaci, di misurare la forza muscolare, il tempo di sedentarietà, la quantità e qualità del sonno. L’ information technology consentirà di controllare anche da un punto di vista medico gli anziani che molto spesso vivono nella loro casa da soli.

La storia del nostro SSN più recente contiene nel 2000 il Decreto legge 56 e Riforma Titolo V cioè la Regionalizzazione della sanità : i risultati ottenuti sono stati scarsi e sicuramente molto costosi. Poi la Legge 189/2012 o Decreto Balduzzi che prevede le Cure primarie H-24 e il Chronic Care Model o Reti cliniche integrate e PDTA (vedi poi) : un avvicinamento alla cultura della long-term care che in realtà è ancora troppo dimenticata a tanti livelli compreso quello accademico.

Le Regioni hanno elaborato piani sui PDTA o **Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali**  di cui già si parla da più di un decennio. Si parlava già nel 1996 di PDTA come strumento e nel 1999 si produssero linee guida per i PDTA: Nascono dalla necessità di trovare un riferimento a livello regionale relativamente a ciò che si intende con le espressioni di "profilo assistenziale, percorso di cura, percorso diagnostico terapeutico", necessità evidenziata dal censimento regionale di esperienze aziendali in tema di profili assistenziali, condotto nel periodo ottobre 2005 - febbraio 2006, che ha mostrato una forte disomogeneità concernente non solo le metodologie di costruzione dei percorsi, ma anche i contenuti costitutivi dei medesimi; anche i costi sono molto variabili; sempre scarsi i riferimenti ai risultati ottenuti. La regione Lombardia ha legiferato sul tema inserendo contenuti che modificano anche  la situazione attuale in quanto il medico di Medicina generale mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale, ma  non obbligatoriamente diventa il gestore diretto della "presa in carico" che può essere scelto dal paziente stesso fra stakeholders o agenzie anche private. Si parla già di privatizzazione del sistema sanitario anche se la metodologia lombarda prevede che i pazienti siano finalmente seguiti con un pacchetto "chiavi in mano" senza dovere sbattere la testa  da un ambulatorio a un ospedale e viceversa. Cosa è il "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" ? : sono stati identificati  i requisiti minimi richiesti  se si intende attuare un percorso di cura all'interno di una azienda sanitaria della regione: si legge "Percorsi di diagnosi e cura ancora poco messi in pratica Dovrebbero facilitare l'assistenza ai pazienti con malattie complesse: il termine geriatrico di riferimento dovrebbe essere nel caso dell’ anziano multimorbilità. Alla realizzazione dei PDTA sono connessi i limiti e i contenuti del livelli essenziali di assistenza o LEA • Sono costituiti dall’insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza dell’assistito. Il finanziamento definito a livello nazionale è poi ripartito tra le regioni proporzionalmente. ai fabbisogni dalla popolazione, con l’obiettivo di allocare le risorse in modo appropriato. • Il finanziamento viene poi suddiviso in ulteriori sotto livelli: gli anziani non sempre usufruiscono di prestazioni coperte dai fondi dei LEA: i loro reali bisogni non sono sempre considerati. La visita geriatrica non sempre è coperta da fondi dei LEA: La vista geriatrica rappresenta il perno su cui si fonda il Comprehensive Geriatric Assessment, e le prestazioni che ne costituiscono parte integrante come i test di screening per il deterioramento cognitivo (MMSE), la valutazione delle funzioni esecutive e della autonomia (ADL, IADL) non possono essere attribuite unicamente a specialità differenti dalla geriatria. I LEA 2018 sono qui ricordati <http://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105044.pdf>. Si ricorda che la valutazione multidimensionale geriatrica non rientra nei LEA pur rappresentando la tecnologia fondamentale della medicina geriatrica.

 .
Nelle “Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini”, il Ministro della salute in carica nel 2006 enunciava l’obiettivo strategico di realizzare *«un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della salute», «struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l’ospedale e le attività di prevenzione», come luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale; si tratta di «un modello di riorganizzazione della medicina territoriale in cui si trova la maggior parte degli anziani.. Essa nasce per unire in un unico centro le prestazioni attualmente fornite dai medici di famiglia, dai pediatri, dagli specialisti ambulatoriali, dalla guardia medica e dall’insieme dei servizi socio-sanitari per la salute mentale, l’assistenza domiciliare, la prevenzione, i consultori, le invalidità civili e così via»; allora non ci citavano gli anziani ..*

Un’ altra significativa iniziativa della sanità italiana è il **Piano nazionale demenze** del 2014 ; dettagli sono leggibili in : <http://old.iss.it/demenze/index.php?lang=1&anno=2018&tipo=15> .

Gli obiettivi di questo Piano senza dotazione finanziaria sono:

**1: Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria:** a) Aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, nonche' dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, circa la prevenzione, la diagnosi tempestiva, il trattamento e l'assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce; b) conseguire, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura e di miglioramento della qualita' della vita delle persone con demenza e dei loro cargivers); c) Organizzare e realizzare le attivita' di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia.

**2: Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata:** a) Promuovere la prevenzione, la diagnosi tempestiva, la presa in carico, anche al fine di ridurre le discriminazioni, favorendo adeguate politiche di intersettorialita';  b) Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilita' e/o vulnerabilita' socio-sanitaria.

**3: Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure:**a) Migliorare la capacita' del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate; b) Migliorare la qualita' dell'assistenza delle persone con demenza al proprio domicilio, presso le strutture residenziali e semiresidenziali e in tutte le fasi di malattia;
c) Promuovere l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, delle tecnologie e degli interventi psico-sociali.

## Ad oggi gli obiettivi del Piano nazionale delle demenze non sembrano raggiunti: alcune regioni non lo hanno ancora recepito. Le difficoltà sembrano notevoli e non basta l’ iniziativa dell’ Istituto superiore di sanità di censire i centri qualificati a prendere in carico i pazienti dementi. E’ stato proposto un PDTA per le demenze che si può leggere qui: -<http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4893_listaFile_itemName_0_file.pdf> -; è in via di assimilazione da parte dei servizi sanitari regionali.

Nel 2016 il Ministero della sanità vara il **Piano nazionale cronicità** (PNC) <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf>

senza consultare le competenze geriatriche ampiamente disponibili; il piano dopo due anni non è ancora pienamente recepito dalle Regioni se si esclude la Lombardia ; in questa regione i malati affetti da una malattia cronica (non si tiene conto della multimorbilità !) possono scegliere un tutor, definito gestore, che si preoccupa di prenotare per loro esami, ricordare le date dei controlli e stilare un piano di cure individuali (Pai o piano assistenziale individualizzato). Con questo sistemai medici di famiglia si trovano di fronte a tre opzioni: assumere il ruolo di gestori, partecipare come co-gestori o rimanere ai margini; si parla di clinical manager.

Le malattie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa di circa 700 miliardi di euro l’anno. In Italia sono quasi 24 milioni le persone che hanno una o più malattie croniche. Tutte le Regioni e Province autonome si impegnano a recepire il documento del PNC con propri provvedimenti e a dare attuazione ai contenuti del Piano nei rispettivi ambiti territoriali. "Piano nazionale della cronicità", approvato lo scorso settembre dalla Conferenza Stato-Regioni dopo anni di attesa e che non ha previsto il coinvolgimento della Geriatria e dei Geriatri. Il Piano segna una rivoluzione nell'approccio alla malattia cronica: il paziente non è più un utente passivo delle cure, ma deve collaborare attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire (scegliere) insieme all'equipe anche il percorso di cura più adeguato. I PDTA riguardano un gran numero di anziani : pertanto i Geriatri dovrebbero dire la loro almeno da un punto di vista metodologico. L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza migliorando gli outcome dei pazienti, promuovendo la loro sicurezza, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse. Anche i futuri medici dovrebbero conoscere queste innovazioni organizzative che mettono sempre più al centro dei processi curativi il malato anziano.

|  |
| --- |
| L'intero ecosistema di assistenza sanitaria è alla ricerca di soluzioni più razionali, efficienti e meno costose; gli obiettivi sono di rendere l'assistenza sanitaria più accessibile, conveniente ed efficiente, e sistemi sanitari continuano a consolidare e integrare. Dato che questa nuova ondata di combinazioni si diffonde in tutto il panorama sanitario, essi sono destinati ad avere un impatto diretto sulla propria organizzazione, sia come una sfida o un'opportunità. Si sta creando un nuovo mercato, con modelli di integrazione innovativi anche per l’ utilizzazione di tecnologie informatiche in grado di conferire vantaggi competitivi. |

Il PNC ha avuto come referenti Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato : non si sa quale ruolo abbiano avuto se non quello di accelerare i tempi di attuazione in tutti i territori, garantire il protagonismo delle associazioni civiche e usare i 21 milioni di euro stanziati per informatizzare il SSN. La Geriatria e i Geriatri sono stati costantemente ai margini in queste recenti decisioni medico-sanitarie; ma anche in passato è stato così; le competenze dalla Geriatria nazionale sono state ignorate dai politici della sanità.

**Il futuro della Geriatria**

La Geriatria è disciplina fondamentale che interessa ormai tutte le discipline medico-chirurgiche: si dice che sia in atto la geriatricizzazione della medicina-chirurgia. La Geriatria è da alcuni considerata una metadisciplina in quanto fornisce nozioni e skill fondamentali per il miglioramento anche pratico di molti settori della medicina e chirurgia.

Miglioramenti sono attesi da progetti di ricerca nel settore geriatrico e gerontologico che riguardano anche il mondo vissuto, l’ ambiente, l’ appropriatezza della alimentazione, l’ educazione personale, i corretti stili di vita, il controllo accurato e continuo dei parametri vitali di ogni individuo che invecchia. L’ obiettivo è vivere con successo, ottimizzare la qualità della vita , limitando al massimo gli anni vissuti in disabilità.

La Geriatria recentemente ha proposto, in base ai risultati della Geroscienza, la "cura" dei processi dell' aging con farmaci denominati senolitici: l’ obiettivo è quello non solo di prolungare la speranza di vita, ma anche di ritardare l' emergenza delle malattie croniche tipiche dell' invecchiamento e così  anche  le loro conseguenze più evidenti cioè la disabilità. Nel prossimo ICD-11-CD l’ aging avrà un codice di classificazione ! La prevenzione antiaging ha anche oggi una base realizzabile con corretti stili di vita da attuare dall' età media in poi: si ricorda l’ importanza della dieta mediterranea e del ridotto apporto calorico, della assiduità dell’esercizio fisico nella educazione continua che dovrebbe contenere raccomandazioni su come evitare la sedentarietà e come aumentare il proprio livello di educazione nel corso della vita.

**I problemi educativi e formativi della Geriatria**

In Italia il numero dei Docenti di Geriatria e Gerontologia che appartengono al gruppo disciplinare MED/09 della medicina interna è elevato rispetto ad altre nazioni dell’ Europa. Nel suo statuto la SIGG o Società italiana di Gerontologia e Geriatria si fa carico anche di valutare se l’ insegnamento della disciplina è appropriato nei corsi di laurea della scuola di medicina.

L‘Italia aderisce come tante altre nazioni all’ EuGMS che è la società europea di Geriatria; questa tendando di promuovere e migliorare l’ insegnamento della Geriatria<https://www.eugms.org/research-cooperation/special-interest-groups/education-training.html> nei corsi di laurea delle scuole di medicina delle tante nazioni che afferiscono alla società - <https://www.eugms.org/our-members/national-societies.html> . In Europa ci sono maturate eccellenze geriatriche come l’ Inghilterra, i Paesi Bassi ecc; ma in non poche nazioni la Geriatria non è disciplina autonoma ed autorevole con poco spazio nei curriculum formativi dei corsi di laurea. Per questo un servey europeo opportunamente organizzato e in via di realizzazione servirebbe a stabilire quali e quante sono le carenze didattiche e formative (environment didattici specifici in cui apprendere gli skill geriatrici per maturare minime competenze in medicina geriatrica) per poi tentare con adeguate decisioni di ridurle. C’è poi l’ EAMA <https://www.eama.eu/mvc/index.jsp> che riguarda anche le scuole di specialità di Geriatria - the European Academy for medicine of ageing; dal 1995 i suoi goal puntano al miglioramento delle conoscenze e degli skill in medicina geriatrica dei futuri docenti e stabilire un network fra i medici responsabili per le cure degli anziani e stabilire un network fra i medici responsabili delle cure degli anziani e quelli che educano gli studenti e che hanno in carico gli anziani co l’ obiettivo anche di armonizzare le pratiche cliniche nella sanità reale.

Queste istituzioni che hanno molti aderenti dovrebbero cercare di realizzare obiettivi tangibili e utili al miglioramento delle cure degli anziani in tutti i paesi europei.

L’ Organizzazione mondiale della sanità nel suo General Programme of Work (GPW 13) <http://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/> propone fra l’ altro indicatori per valutare e confrontare la salute delle popolazioni: fra questi HALE o healthy life expectancy cioè gli anni di vita attesi in buona salute ; il dato, squisitamente geriatrico e gerontologico, consente la comparazione fra popolazioni diverse e stati diversi. Gli obiettivi del GPW prevedono interventi specifici in buona parte compatibili con i principi e le metodologie della Geriatria e Gerontologia, per contrastare la disabilità e ridurre gli anni vissuti in disabilità.

|  |  |
| --- | --- |
|  | https://mail.google.com/mail/u/2/images/cleardot.gifhttps://mail.google.com/mail/u/2/images/cleardot.gif |
|  |

Per concludere

 l’ obiettivo della sanità e anche della geriatria è realizzare cure di buona qualità che tengono in debito conto il rapporto costo/beneficio anche in base ai risultati della *comparative effectiveness research*  o CER   <https://www.hsph.harvard.edu/comparative-effectiveness-research-initiative/definition/> e dei 10 principi di *choosing wisely* relativi alla geriatria <http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/> che dovrebbero essere oggetto di insegnamento.

Il problema educativo e formativo è fondamentale : si devono stabilire e perseguire i giusti obiettivi affinchè i medici tengano in debito conto non soltanto le malattie, ma anche i problemi e i bisogni della popolazione anziana e siano in grado di affrontarli e in parte risolverli praticando la necessaria advocacy e puntando sulla responsabilità o accountability termine che indica il dovere di documentare, di rendicontare ciò che si è fatto. La responsabilità indica il dovere verso i destinatari degli interventi (ad esempio, i pazienti)e anche la capacità del sistema di determinare e regolare la corretta utilizzazione delle risorse non solo economiche; è auspicabile che ogni operatore della sanità diventi più consapevole della responsabilità che comporta la sua attività.