

MALATI NON AUTOSUFFICIENTI, PAROLA AI GERIATRI: «NON FRAGILI, MA PERSONE CON ESIGENZE SANITARIE ELEVATE»

I Geriatri Piemontesi si sono riuniti il 17 aprile 2018 per discutere il documento "Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano nazionale cronicità". Si tratta del negativo piano approvato dalla Giunta della Regione Piemonte che prospetta la creazione – assolutamente da scongiurare – di un settore socio-sanitario "a parte" rispetto a quello sanitario, senza diritti esigibili, con risorse discrezionali e valutazione di elementi socio-economici per l'accesso alle cure sanitarie. L'incontro dei geriatri è avvenuto sotto la presidenza del Prof. Gian Carlo Isaia e con la partecipazione e il sostegno delle sezioni regionali di Sigg - Società italiana di gerontologia e geriatria, Aip - Associazione italiana di psicogeriatrica, Sigot - Società italiana di geriatria ospedale e territorio, Age - Associazione geriatri extraospedalieri (1).

Premessa

Il documento regionale delinea con chiarezza i principi ed il percorso metodologico della fase iniziale di un processo sperimentale della durata stimata di due anni, durante i quali è prevista la possibilità di ulteriori momenti di revisione e discussione: a tal proposito i Geriatri offrono fin da ora la loro disponibilità, operativa e culturale, per l'attuazione di quanto indicato nel documento.

Considerazioni generali

a) L'aumento dell'aspettativa di vita consente a molte persone di raggiungere l'età avanzata in discreto benessere ed indipendenza («invecchiamento attivo»), ma determina anche la crescita di una categoria di anziani caratterizzata da una particolare complessità per la presenza di multiple patologie croniche, disabilità e fragilità.

b) Con il termine di «anziano fragile» si intende solitamente identificare un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche (e quindi in trattamento con molti farmaci), clinicamente instabile, frequentemente disabile (ossia con perdite funzionali e,

quindi, parzialmente o completamente non autosufficiente), nel quale spesso coesistono problematiche psico-cognitive (es., depressione, demenza) e di tipo socio-economico (es. povertà, solitudine, rete amicale/familiare talora carente).

c) Il paziente anziano fragile e non autosufficiente ha una elevata necessità di:

- prestazioni sanitarie (farmaci, esami, ricoveri in ospedale) per la presenza di problematiche cliniche che spesso producono scompensi a cascata, e che necessitano di ricoveri ospedalieri ripetuti;

- prestazioni socio-sanitarie, quali contributi economici alle famiglie per la gestione a domicilio, il ricovero in Rsa - Residenza sanitaria assistenziale o l'accesso ai centri diurni, prestazioni che sono parte integrante del processo di cura e che necessitano di risorse economiche dedicate;

- una rete integrata di servizi sanitari e sociali in grado di attivarsi in modo puntuale e rapido non appena insorgano problematiche socio-sanitarie e di garantire un attento e costante monitoraggio clinico.

d) Gli anziani fragili affetti da malattie croniche pongono interrogativi complessi, non segmentabili in interventi singoli. La complessità che caratterizza i bisogni e i problemi dei soggetti anziani fragili, e spesso disabili, richiede un approccio sistemico e di conseguenza la presa in carico strutturata rappresenta la modalità di risposta più adeguata ai bisogni di questi

(1) Prof. Giancarlo Isaia (Direttore Struttura complessa geriatria e Mmo Città della Salute e della Scienza di Torino) ; dott.ssa Vittoria Tibaldi (Presidente regionale Sigg); dott. Antonio Cotroneo (Presidente regionale Aip); dott. Piero Secreto (Presidente regionale Sigot); dott. Gianluca Isaia (Presidente regionale Age).

pazienti; ad essi infatti spesso non giovano interventi standardizzati e frammentati, ma piuttosto provvedimenti specifici e personalizzati che tengano in considerazione l'estrema eterogeneità di questa popolazione e le differenze interindividuali, non solo cliniche ma anche socio-ambientali. Per prendere in carico in modo olistico la complessità dell'anziano fragile all'interno della rete dei servizi socio-sanitari, è a nostro avviso necessario rispondere in maniera flessibile all'emergere di situazioni nuove, nonché valorizzare e promuovere l'apporto di più saperi e professioni (multidisciplinarietà) nella definizione, gestione e valutazione del bisogno di salute.

e) Il ricovero ospedaliero rappresenta spesso il principale punto di avvio del processo di continuità assistenziale in quanto:

- in Italia circa il 90% della popolazione con patologie croniche si ricovera in ospedale nell'ultimo mese di vita;

- l'ospedale assicura al paziente la possibilità di ottenere una precisa diagnosi clinica, laboratoristica e strumentale, cure tempestive ed adeguate.

f) Durante il ricovero possono comparire, soprattutto nei soggetti più anziani e fragili, gravi scompensi psico-fisici, in rapporto a molti fattori: stress per l'allontanamento dal proprio abituale luogo di vita, immobilità prolungata, privazione o riduzione degli stimoli sensoriali, aumento delle complicanze. Di conseguenza, quando possibile, è preferibile gestire il paziente anziano a domicilio garantendogli sicurezza e professionalità.

g) La disponibilità di servizi di cura domiciliari (i Servizi infermieristici territoriali, l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'Ospedalizzazione a Domicilio), può condurre ad una minore durata dei ricoveri ospedalieri, alla riduzione di episodi confusionali, alla diminuzione delle accettazioni nelle strutture residenziali (es., case di riposo o Rsa), al miglioramento dello stato funzionale, della qualità di vita oltre che ad una contrazione dei costi.

h) Per i pazienti anziani fragili le strutture residenziali (in particolare le Rsa) possono rappresentare un'alternativa alle cure domiciliari, laddove queste non siano disponibili o attivabili, e richiedono, pertanto, risorse economiche speci-

fiche e standard strutturali/organizzativi adeguati, orientati in senso geriatrico.

i) L'approccio olistico al paziente, basato sulla Valutazione Multidimensionale (VMD) deve costituire parte integrante della formazione e dell'esperienza di tutte le figure professionali che si occupano dell'anziano, ad iniziare ai corsi universitari: tuttavia, il solo uso di scale non potrà mai sostituire il colloquio, l'ispezione e la valutazione clinica, pena la sconfitta dell'approccio culturale globale all'anziano. I limiti della Evidence based medicine [medicina basata su evidenze scientifiche, ndr], legati soprattutto alla carenza di studi su popolazioni «reali» di anziani fragili e complessi, mettono in evidenza come l'approccio al malato anziano sia ancora imprescindibilmente legato alla conoscenza fisica, alla visita, alla semeiologia e a un'attenta raccolta ed ascolto dei racconti anamnestici del paziente anziano. Il Geriatra, per formazione e cultura, possiede gli strumenti per poter gestire questo tipo di approccio e molti studi nazionali ed internazionali hanno dimostrato che, laddove esso sia presente, si ottengono concreti vantaggi in termini di mortalità, morbilità, istituzionalizzazione, livello di autonomia, uso appropriato di farmaci, costi.

j) Non sempre la figura del Geriatra è presente nelle commissioni delle Unità valutative geriatriche (anche se questa figura è espressamente prevista da diverse delibere di Giunta regionale).

Suggerimenti e proposte

• Necessità di riconoscere il livello di autonomia/dipendenza funzionale come elemento centrale della valutazione del paziente affetto da cronicità (importanza della VMD) e, quindi, di tenere in considerazione questo aspetto nella Fase 1 di «Identificazione delle popolazioni target registrazione dei dati». Questa fase prevede l'elaborazione di algoritmi per la stratificazione del rischio degli assistiti, che verranno suddivisi in sani, a rischio intermedio (assistiti con specifiche patologie croniche) ed a rischio elevato per la presenza di fragilità clinica e/o vulnerabilità sociale. Sarebbe opportuno prevedere la figura del Geriatra in questa fase, soprattutto per la «definizione dei fattori di rischio di fragilità» e la «classificazione del grado di fragilità».

• Importanza di promuovere una organizzazio-

ne delle cure per complessità clinica e funzionale piuttosto che in base a reti per singole patologie (il paziente anziano cronico è tipicamente polipatologico).

- Riservare maggiore attenzione ad alcune categorie di pazienti affetti da patologie croniche con forte impatto sociale oltre che altamente invalidanti, come la demenza: importanza del ruolo dei Cdcd (Centri per i disturbi cognitivi e le demenze), non solo nella diagnosi ma anche nella gestione a lungo termine del paziente e della sua famiglia. In questa ottica, sarebbe opportuno utilizzare competenze geriatriche non solo nelle Uvg, ma anche nei percorsi ospedalieri e territoriali delle cure palliative che, oltre ai pazienti neoplastici, devono sempre di più aprirsi ai pazienti portatori di patologie cronico-degenerative, ivi inclusi i pazienti dementi.

- Definire con maggiore chiarezza il ruolo dello «specialista della fragilità»: quali competenze sono specifiche del fisiatra e quali del geriatra, tenuto conto che, per formazione e cultura, il fisiatra si occupa esclusivamente di procedure riabilitative e non ha competenze cliniche o farmacologiche atte a garantire una corretta gestione di questi pazienti.

- Individuare nella figura del geriatra lo specialista di riferimento per patologie o sindromi o situazioni cliniche tipiche di questa fascia di popolazione (es., demenza, delirium, fase post-chirurgica o post-ictus, ecc.), in grado di seguire il paziente durante l'intero percorso, in fase di acuzie e di cronicità.

- Diffondere con interventi di formazione (a livello non solo di medici ed infermieri ma di tutte le figure che si occupano di pazienti anziani, inclusi gli Operatori socio-sanitari e gli assistenti familiari formali ed informali) e di educazione (a livello di popolazione), le competenze specifiche di tipo geriatrico per gestire la complessità, la polipatologia, la cronicità, la fragilità, inclusa la fragilità sociale, spesso negletta, ma causa rilevante di malattia nell'anziano.

- Promuovere l'attivazione di una rete integrata che comprenda il Medico di medicina generale, l'assistente sociale, il geriatra ed altre figure specialistiche che operi attivamente all'interno di Case della salute/Rsa/cure domiciliari (Adi), soprattutto per la gestione dei pazienti più fragili e complessi, con l'obiettivo di favorirne la

domiciliarità ed evitare cure o ospedalizzazioni improprie o protratte. Si segnala che nell'Asl Vco da anni la Struttura operativa complessa di geriatria si occupa di consulenze in Rsa ed a domicilio e che tale attività dovrebbe essere sviluppata su tutto il territorio piemontese.

- Riconoscere l'utilità della figura del geriatra nelle Rsa quale responsabile di strutture in cui hanno luogo esperienze di medicalizzazione di maggiore intensità (continuità assistenziale, ospedalizzazione di comunità) in quanto figura in grado di fornire anche consulenza specialistica, quando richiesta, ai Medici di medicina generale.

- Rivalutare e ripensare al ruolo delle Unità geriatriche per acuti all'interno delle strutture ospedaliere, al fine di ottimizzare l'integrazione tra sanità e servizi socio-assistenziali.

Integrare maggiormente l'assistenza ospedaliera con il territorio: l'accesso in ospedale, se non monitorato da un punto di vista geriatrico, può comportare il drop out (lett. «buttare fuori») dalla rete assistenziale (2). La figura del geriatra potrebbe pertanto svolgere funzioni di coordinamento già all'interno dei Nuclei di Continuità di Cura sia Ospedalieri (Nocc) che Distrettuali (Ndcc), fornendo supporto alle figure già presenti in tali unità. Attraverso un'effettiva e completa presa in carico del paziente «fragile» dall'accesso in Pronto Soccorso fino alla sua dimissione sul territorio, il geriatra può contribuire all'appropriata pianificazione di percorsi di cura integrati, personalizzati e dinamici, come richiesto dal documento in oggetto.

- Al fine di agevolare l'integrazione tra ospedale e territorio, diffondere i servizi di Assistenza integrativa ospedaliera a domicilio, così come previsto nella deliberazione della Giunta regionale 16 marzo 2010, n. 85-13580 "Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare", oggi strutturalmente operativo soltanto presso la Città della Salute e della Scienza di Torino.

(2) Si ricorda che, poiché la dimissione del paziente non autosufficiente non è legittima – a meno che non venga esplicitamente accettata dai parenti o da terzi, che si assumono le responsabilità anche penali e civili dell'accudimento della persona non autosufficiente – è sempre valida in questi casi l'opzione dell'Opposizione alle prospettate dimissioni e la richiesta dell'attivazione della continuità terapeutica. *Nota della redazione di Prospettive assistenziali.*