

## Premessa culturale

### La premessa storica

S. Putignano

*La Geriatria trova la sua affermazione grazie ai cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione) e cerca, inizialmente, la propria specificità identificando il paziente target nell'ultrasessantacinquenne. La dimostrazione della maggiore efficacia della valutazione multidimensionale, rispetto alle metodologie della Medicina tradizionale, nel paziente anziano complesso determina la svolta decisiva perché consente alla Geriatria di potere rivendicare con forza la dignità di specialità medica. È ormai riconosciuta da tutti la pluridimensionalità e la Geriatria ha finalmente identificato con maggiore precisione il proprio paziente nell'Anziano complesso. Certamente l'invecchiamento della popolazione sta comportando un aumento delle cronicità e sta evidenziando un' inadeguatezza dell'attuale SSN, che deve fare i conti anche con un grave momento di congiuntura economica. È necessario, pertanto, una riallocazione delle risorse con un potenziamento delle attività territoriali.*

### Il percorso

#### *Invecchiamento della popolazione*

L'invecchiamento della popolazione, dovuto ad un aumento dei soggetti ultrasessantacinquenni sia in valore percentuale che assoluto, ha determinato cambiamenti sociali tra generazioni tali da configurare una vera e propria rivoluzione demografica con inevitabili ripercussioni urbanistiche, politiche, economiche e sanitarie<sup>(8)</sup>.

I soggetti con età maggiore di 64 anni sono in rapido aumento, sono passati dall'11,4% della popolazione del 1984 ad oltre il 18% di oggi e la proiezione prevede che aumenteranno ancora fino a raggiungere, nel 2050, il 35% (oltre 1/3 della popolazione).

Insomma un invecchiamento “*troppo rapido*”, o forse “*sottovalutato*” ma che, comunque, ha avuto il grande merito di richiamare l’attenzione, da un lato, del mondo intero sui bisogni degli Anziani e, dall’altro, del mondo scientifico inducendo studi e determinando significative conquiste che hanno portato ad un pieno riconoscimento della Geriatria legittimandone la dignità di disciplina scientifica a livello internazionale.

Già alle prime previsioni di aumento dei “*vecchi*” emerse l’esigenza di una specialità medica che, al di là delle competenze specialistiche settoriali esistenti (Cardiologia, Neurologia...), avesse competenza specifica nella diagnosi e nel trattamento delle malattie degli Anziani e la Geriatria assunse subito un ruolo di primo piano, anche se concentrata e, nello stesso tempo, ancora confusa tra la ricerca di una propria identità e la necessità di fornire risposte ai bisogni emergenti e “*nuovi*” di Anziani, che cominciavano ad apparire diversi perchè portatori di problematiche che richiedevano esperienze e conoscenze anche di altre aree disciplinari non necessariamente mediche<sup>(2)</sup>.

D’altronde si avvertiva forte l’esigenza di una nuova specialità medica perchè evidentemente quelle esistenti non riuscivano a fornire risposte adeguate e si interrogavano, in proposito, facendosi comunque distrarre dal difendere i propri spazi operativi piuttosto che concentrarsi sulla ricerca delle motivazioni delle loro inadeguatezze. Eppure la risposta era semplice: il paziente non era il loro target e richiedeva una diversa metodologia per un corretto inquadramento.

La Geriatria, insomma, trovava la sua iniziale affermazione grazie principalmente ai cambiamenti demografici, cominciava a caratterizzare la propria specificità operativa individuando il paziente target nell’ultrasessantacinquenne e iniziava la propria battaglia di legittimazione di specialità impegnando i propri sforzi nella ricerca di una indiscutibile identità e, contemporaneamente, nella inevitabile conflittualità con le altre branche specialistiche.

Furono certamente momenti delicati perchè la Geriatria muoveva i primi passi e cominciava a capire che per identificare il paziente geriatrico non era sufficiente il solo e poco limitativo criterio dell’età e cominciava a guardare lontano sostenendo la necessità di un approccio e di un intervento integrato riconoscendo, con arguzia, che i bisogni dell’Anziano non erano, pur restando prioritari, solo sanitari<sup>(15)</sup>.

Sicuramente la crescita della Geriatria fu favorita dall’invecchiamento della popolazione che richiamò una maggiore e più particolare attenzione alle problematiche dell’Anziano, ma la comprensione della poliedricità e complessità dell’assistenza all’Anziano contribuì, in maniera determinante, a caratterizzare e a meglio definire il campo di azione del Geriatra legittimandone ulteriormente la competenza<sup>(3)</sup>.

Oggi il 3,5% degli ultra 64enni è rappresentato da ultra80enni che, dal 1984 ad oggi, sono passati da 1,2 a 2,4 milioni e il trend demografico prevede che nel 2050 raggiungeranno i 5 milioni e, di questi, il 50% avrà disabilità con relativi problemi di assistenza sociale e sanitaria.

Fino a non molto tempo fa una bellissima e opportuna descrizione grafica rappresentava la popolazione con una piramide e faceva comprendere, con chiarezza, il rapporto tra generazioni e, in particolare, il sostenibile peso che le fasce di età più avanzate (occupanti le parti alte, fino al vertice, della piramide) esercitavano sulle fasce giovani (occupanti la base della piramide). Un sistema semplice ma decisamente efficace per dimostrare che c'erano spalle larghe e forti per sorreggere il peso di chi non era più produttore di lavoro e in più, spesso, era bisognoso di assistenza sociale e sanitaria.

I vecchi erano pochi (circa il 6%), il SSN rispondeva principalmente a bisogni come le malattie infettive dei bambini e degli adulti ignorando quasi completamente le cronicità (*duravano poco*) e le disabilità (*rappresentate prevalentemente dagli invalidi di guerra*) e trascurando, di fatto, gli anziani proprio perché erano pochi e perché quando si ammalavano era per poco tempo (*morivano presto*). Oggi la piramide sta assumendo una forma completamente diversa, si sta rettangolarizzando perché stanno aumentando gli anziani e stanno diminuendo i giovani, infatti gli ultra65enni rappresentano circa il 20% della popolazione italiana (circa 12 milioni di persone).

L'Italia è il paese con il maggior numero di ultra80enni al mondo; nel 1911 gli ultranovantenni erano circa 14.000, oggi sfiorano i 400.000; circa 2,5 milioni di ultra65enni e circa 2 milioni di ultra75enni vivono soli.

Sono numeri che fanno emergere con chiarezza il cambiamento che sta interessando anche la stessa fascia di popolazione anziana, che presenta un netto aumento di "oldest old" (vecchi vecchi) e che, quindi, appare francamente invecchiata.

Sono numeri veramente notevoli e fanno capire che c'è bisogno di attenzione sia verso coloro che sono autosufficienti e ai quali bisogna garantire, da un lato, un adeguato regime di vita e, dall'altro, prevenirne la disabilità e sia verso coloro che, parzialmente o totalmente, non sono autosufficienti e ai quali bisogna garantire assistenza nei luoghi di cura più appropriati e con le giuste competenze<sup>(4)</sup>.

### *La Valutazione multidimensionale*

Con l'invecchiamento, come da aspettative, sono aumentate anche le malattie croniche che, però, rispetto al passato, sono "invecchiate" in quanto compaiono in età più elevata (fenomeno della "compressione della morbilità") e sono "diverse" in quanto caratterizzate da un decorso clinico più lungo e che bisogna rapportare all'età più avanzata e alla comorbilità. Difatti a differenza degli anni precedenti si vive di più anche da cronici (un malato di Alzheimer vive circa 10-15 anni) e, perciò, sono aumentati gli anziani con cronicità anche gravi da assistere<sup>(14)</sup>.

L'età avanzata, il decorso clinico diverso e la comorbilità richiedono un approccio metodologico differente dal tradizionale. Un approccio non fondato sul singolo sintomo o sulla singola malattia ma che, tenendo conto di una valu-

tazione globale, miri, anche attraverso piccoli guadagni, ad un miglioramento della qualità della vita<sup>(5)</sup>.

Il termine “anziani” coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con bisogni diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale. L'Anziano è, nel tempo, cambiato e, oggi, è più consapevole, più partecipativo, più esigente, più informato ed è portatore di bisogni complessi, nuovi che, espressi o non espressi, vanno svelati, indagati e valutati in modo complessivo per individuare adeguati programmi di intervento terapeutico e di sostegno necessario<sup>(6)</sup>.

Questa visione olistica indusse da subito la ricerca di strategie metodologiche tese ad una valutazione globale e l'individuazione del “*Comprehensive Geriatric Assessment*” (Valutazione multidimensionale geriatrica) segnò un passo fondamentale nella storia della Geriatria.

La Valutazione multidimensionale (VMD), “...con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi dell'individuo anziano, vengono valutate le sue limitazioni e le sue risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene elaborato un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità...”, ha trovato, ormai, riscontro della propria efficacia in numerose fonti della letteratura nazionale ed internazionale ed essendo, come tutte le metodologie operative, Paziente-dipendente, ha contribuito in maniera determinante all'affermazione piena della specificità della Geriatria avendo identificato il paziente target nel “*frail elderly*” (anziano fragile)<sup>(7,9)</sup>.

La Geriatria, inizialmente specialità delle malattie degli anziani, che caratterizzò la sua azione nel ritenere l'età, stabilita arbitrariamente in 65 anni, unico e sufficiente elemento per giustificare la sua competenza, trovò, successivamente, nella VMD la propria metodologia operativa. Il momento fu importante perché veniva individuato lo strumento di gestione del paziente ma la svolta decisiva avvenne quando si capì che la selezione del paziente era un requisito fondamentale per l'efficacia stessa della VMD e che il paziente elettivo era il “*frail elderly*”. Così la Geriatria, che era già stata identificata come la medicina dell'Anziano fragile<sup>(1)</sup>, trovava pieno riconoscimento di specialità avendo individuato il proprio paziente target nel *frail elderly* e potendo, ormai, disporre di una propria e specifica strategia metodologica (VMD). La valutazione multidimensionale si avvaleva, inizialmente, di strumenti (*prima generazione*) che presentavano forti limitazioni operative perché erano descrittivi, perché valutavano una singola area problematica senza consentire di individuarne l'eziologia e, principalmente, non essendo confrontabili, non consentivano una facile comunicazione tra i vari setting e i vari nodi assistenziali, alterando il concetto stesso di “rete” e compromettendo la continuità assistenziale. Oggi i nuovi strumenti di valutazione (*seconda, terza generazione*) sono omnicomprensivi, riescono ad evidenziare le cause, possono consentire la diagnosi eziologica, sono finalizzati alla pianificazione dell'assistenza e sono confrontabili.

### *Il territorio*

Il periodo della ricerca di una identità della Geriatria quale branca a se stante della Medicina e il periodo della conflittualità con le altre branche specialistiche è, ormai, superato quasi del tutto e le sue articolazioni (accademica, ospedaliera, territoriale) sono maggiormente presenti e tra queste il territorio ricopre un ruolo diverso e, sicuramente, più centrale rispetto al passato.

Aumentano gli Anziani, diminuiscono i giovani, aumentano i malati cronici e i non autosufficienti e si determina, da un lato, crisi del sistema economico e sanitario e, dall'altro, si conferma la necessità di interdisciplinarietà di interventi a favore degli Anziani<sup>(15)</sup>. C'è bisogno di tutti (Politici, Urbanisti, Sociologi...) e così si ridisegnano gli equilibri e si comincia a parlare di territorio sempre con più forza e questo crea una certa analogia con il periodo dei primi passi della Geriatria. Difatti c'è l'invecchiamento della popolazione come fattore favorevole di crescita, ci sono i momenti particolarmente difficili, dovuti non più alla ricerca di un'identità, ma alla necessità di razionalizzare le risorse, di riportare ogni cosa ad un rapporto costi/benefici favorevole e c'è una domanda di salute degli Anziani sempre più numerosa, sempre più pressante, sempre più territoriale e diversa dagli anni precedenti che stanno determinando e alimentando alcune conflittualità, non tra specialità mediche diverse ma tra le articolazioni stesse della Geriatria.

Ma ben vengano i momenti difficili se consentono di acquisire nuove conoscenze, individuare nuovi percorsi e giusti outcomes.

La Geriatria territoriale è chiamata ad una importante sfida perché le nuove conquiste scientifiche, il continuo invecchiamento della popolazione e le difficoltà economiche impongono una redistribuzione e riallocazione delle risorse con l'indicazione a ridurre i ricoveri ospedalieri, riservandoli al trattamento delle malattie acute e non allargandoli alla cura delle patologie croniche, cronicità destinate al territorio.

Così la prevenzione e l'assistenza della disabilità sarà sempre più assicurata dal territorio e per questo il Geriatra territoriale dovrà accrescere le proprie competenze e spingere di più la propria azione.

Il territorio cresce perché gli Anziani lo chiedono. Gli Anziani non vogliono lasciare il proprio domicilio e il territorio deve, allora, rispondere a questa loro chiara domanda di salute dimostrando di avere le giuste competenze, i giusti luoghi di cura, di sapere interagire sinergicamente con il mondo accademico ed ospedaliero, di essere, in definitiva, la giusta sede per la prevenzione e l'assistenza della disabilità dell'Anziano e di non essere scelto solo perché meno costoso.

La Geriatria territoriale, nella convinzione di dovere sinergicamente agire con l'università e l'ospedale, è costantemente impegnata nella ricerca di percorsi protetti, agili e interattivi che, alla luce della EBM, possano dare maggiore efficacia alla propria azione di prevenzione e assistenza. D'altronde non è possibile, per il terri-

torio, operare bene e crescere se non interagisce con l'Università, e l'Università, dal canto suo, deve tenere conto del gap che esiste tra il neo-Specializzato in Geriatria e l'operatività territoriale proiettando più azioni delle Scuole di specializzazione sul territorio. Il territorio non deve e non può ignorare la capacità e la competenza nella didattica e nella ricerca del mondo accademico e, per questo, deve essere pronto a collaborare con la propria enorme potenzialità di utenza e con le proprie banche dati per nuovi input di studio e per la costruzione di grandi trial.

Il territorio ha necessità di avvalersi delle competenze specialistiche ed ultraspecialistiche del mondo ospedaliero e per questo c'è bisogno di individuare sempre meglio percorsi assistenziali che siano di tutela per gli Anziani, che facilitino i rapporti con i vari reparti di riferimento e che siano ripercorsi all'inverso alla dimissione.

Il percorso ideale per limitare gli aggravamenti di salute degli Anziani ad elevato rischio di disabilità e quindi per una efficace prevenzione è sicuramente quello territoriale. Percorso che appare facilitato per la rapida accessibilità ai vari nodi della rete e al domicilio del Paziente ma che richiede, per essere penetrante ed adeguato agli scopi, il coinvolgimento dedicato, informato e competente di tutti i partecipanti all'azione preventiva e/o assistenziale, in primis del Medico di Medicina Generale nel suo ruolo di primo e più immediato rappresentante del nostro SSN.

Da qui la figura determinante e nuova del Geriatra territoriale, impegnato sempre più nell'assistenza domiciliare all'Anziano non autosufficiente e da qui la necessità di riconoscerne il valore aggiunto e di disegnarne la figura caratterizzandola con una maggiore competenza e una operatività più spinta e adeguata alle esigenze delle varie sedi operative (ambulatorio specialistico, UVG, CD, RSA ...).

Una operatività più spinta e più preparata che non determinerà conflitti di competenza con le altre specialità ma che, al contrario, le legittimerà maggiormente in quanto, selezionando i pazienti, eleverà il loro livello di azione e, cosa non di poco conto, ridurrà il numero dei ricoveri impropri che, ancora, sono di forte impatto economico sul nostro welfare.

Certo non bisogna correre il rischio di territorializzare la Geriatria ma è necessario ridisegnare gli equilibri individuando e identificando con precisione l'utente anziano che domanda salute nei vari punti della rete<sup>(10,11,12,13)</sup>, definendo con precisione le competenze e l'operatività del Geriatra nelle varie fasi assistenziali (dalla prevenzione della disabilità alla gestione della cronicità, dal ricovero per acuzie alla gestione del post-acuzie) e nei vari setting assistenziali.

Chiaramente è necessario che la "rete" non complichì ma sia di garanzia e di protezione ed è necessario che i percorsi assistenziali siano di rapido accesso, facilmente individuabili, facilmente percorribili e che siano "validati". Insomma è necessario garantire il "*continuum assistenziale*".

Molti passi in avanti sono stati fatti: sono stati meglio definiti i criteri organizzativi e le caratteristiche strutturali che devono avere le strutture territoriali (RSA,

CD, ADI.) ma tanto resta ancora da fare. Certamente è necessario dare maggiore vigore ad una produzione scientifica con lavori e studi a sostegno dell'efficacia dell'azione territoriale attraverso la verifica dei percorsi post-dimissione ospedaliera, di quelli pre-ricovero e di quelli tra i servizi territoriali stessi.

Il particolare momento di congiuntura economica, la denatalità e l'aumento della speranza di vita, che causano ancora invecchiamento della popolazione con aumento di Anziani affetti da patologie croniche invalidanti, rendono sempre più sentita ed impellente la necessità di individuare modelli di assistenza efficaci e che consentano un contenimento/ rientro di spesa. L'attenzione è centrata su modelli non più *"disease centered"* (centrati sulla malattia) ma *"elderly centered"* (anziano centrici) fondati su strategie operative e metodologiche che tengano conto di linee guida e che, nel contempo, mirino al miglioramento dello stato di salute dove la diagnosi e la cura rappresentano solo un elemento per raggiungere un risultato finale molto più ampio (complessità).

Il SSN, ancora ospedale-centrico, e l'ospedale, contraddistinto da alta tecnologia e da elevate e specifiche competenze, caratterizzano un sistema che lascia poco spazio agli Anziani perché prevalentemente bisognosi di risposte assistenziali croniche e integrate e perché, in genere, destinatari di interventi di scarsa tecnologia. Questa breve analisi rende immediatamente conto della crisi che sta vivendo il sistema e rende chiara anche la necessità che le risposte agli Anziani fragili siano fornite, fisiologicamente, dal territorio.

La gestione dei fattori di rischio e della disabilità a livello territoriale richiede una propria e particolare competenza che si concretizza con la operatività delle UVG distrettuali. UVG distrettuali intese come strutture polivalenti che, accreditate come poli di qualità, diventano, di fatto, il riferimento territoriale e il centro della Rete dei Servizi. Perciò bisogna potenziare il territorio spingendo fino al limite le possibilità operative (migliorando le dotazioni tecnologiche, validando le Unità operative.) e creare e/o fortificare la interazione tra il territorio e le strutture sovraterritoriali.

Assistere gli Anziani fragili sul territorio significa seguirli, accompagnarli per il resto della loro vita e, per farlo, occorre la specifica competenza di chi abbia, nel proprio background culturale ed educativo, capacità di valutazione globale. Certo i problemi con cui confrontarsi sono molteplici e di varia natura, infatti anche l'indicazione della terapia diventa estremamente complessa se a chiedere aiuto sono i familiari di un Anziano affetto da demenza con disturbi psicocomportamentali, se non c'è atto legale a regolare il tutoraggio dello stesso Anziano, se tra i componenti della stessa famiglia non regna una buona armonia, se si individuano gli antipsicotici atipici come terapia farmacologica, se c'è un comunicato A.I.F.A. che legittima l'uso di questi farmaci fuori indicazione sotto la responsabilità diretta del medico prescrittore e comunque previo acquisizione del consenso informato facendo venire fuori la grande *"complessità"* assistenziale e determinando, nello



stesso tempo, profondi conflitti tra scienza e coscienza<sup>(16)</sup>. E allora il compito del Geriatra territoriale emerge con tutto il suo complicato e “affascinante” ruolo, ma le riflessioni, i dubbi e le incertezze possono caratterizzare senza individuare e delineare lo stesso ruolo. C'è bisogno, per questo, di dire, e con precisione, cosa deve fare, come, quando e dove lo deve fare.

Il Geriatra territoriale non deve fare altro che il Geriatra (esattamente come fa il Geriatra universitario e ospedaliero) usando le metodologie operative e gli strumenti di valutazione tipici della Geriatria riportandoli al luogo di cura e tenendo fortemente conto della dinamicità che è la caratteristica della sua specifica azione specialistica. Il valore aggiunto, o meglio qualificante, è rappresentato dallo stesso territorio con le sue sedi operative e dalle problematiche che, ivi, devono trovare risposta. Così come la Geriatria universitaria ed ospedaliera trovano adeguata caratterizzazione operativa nelle proprie sedi didattiche e assistenziali rispondendo, la prima, alle domande di formazione professionale e di ricerca, la seconda, a quelle di assistenza per le emergenze e per i casi ad alta intensità di cura. La presa di coscienza e il riconoscimento delle reciproche dignità di ruolo eliminerà ogni conflitto di competenza e consentirà la concretizzazione di un sistema a rete centrato sul “*frail elderly*”. Certo il futuro metterà a dura prova l'assistenza all'anziano fragile sul territorio perché la crisi economica attanaglierà fortemente anche la Geriatria extraospedaliera che dovrà, inoltre, fare i conti con una formazione universitaria che, nonostante le attendibili previsioni di ulteriore invecchiamento e di aumento delle cronicità, continua a non essere orientata sulla complessità assistenziale. Insomma un futuro, a breve termine, di grande difficoltà.

### *La fragilità*

La fragilità, da un lato, ha contribuito in maniera determinante a definire la specificità della Geriatria e, dall'altro, è diventata la principale “*criticità*” della Geriatria stessa.

“...*l'identificazione, la valutazione ed il trattamento dell'anziano fragile costituiscono il fondamento della medicina geriatrica.*” (L. Friend 2001) e la Geriatria identifica la fragilità come propria sindrome elettiva e concentra gran parte delle sue risorse per definirne i criteri diagnostici ma... *la fragilità* non compare nel sistema DRG né nel Piano Sanitario Nazionale nonostante i vari trend demografici e le varie proiezioni epidemiologiche prevedono un marcato aumento di questi soggetti nei prossimi anni.

Sono soggetti ad alto rischio di istituzionalizzazione, di ospedalizzazione e di morte perché presentano comorbidità grave, assumono polifarmacoterapia, hanno dipendenze funzionali e uno stato socio-ambientale critico.

Sono “fragili” e chiedono assistenza “*globale e continuativa*”.



Sono portatori di bisogni complessi e chiedono risposte integrate. L'integrazione deve essere realizzata tra istituzioni diverse (istituzionale), a livello di struttura operativa (gestionale) e tra discipline professionali diverse (professionale) e richiede l'esistenza di un punto di riferimento, come l'UVG, per determinare l'impatto economico delle decisioni, per definire le responsabilità nei programmi assistenziali di intervento (P.A.I.), per garantire la continuità assistenziale e per individuare gli stessi percorsi assistenziali.

Sono Pazienti che dal territorio improvvisamente affollano i servizi di emergenza.

Sono grandi fruitori dei servizi sanitari per l'elevato rischio di instabilità clinico-funzionale e potranno rappresentare, a breve, una nuova epidemia, dall'impatto violentissimo, perché "*Pazienti non remunerativi*" secondo il sistema DRG.

Ma dove sono? Come identificarli? Quali i criteri clinici di diagnosi?

Sono, spesso, a casa propria, vecchi, malati e chiedono aiuto. Un aiuto tra consensi informati, contenzione, accanimento terapeutico, disposizioni anticipate di trattamento, tra la burocrazia (ticket, invalidità, modulistica di accesso...) e l'autoreferenzialità di svariate sigle (UVI, UVM, UVD...) frutto dell'arroganza e della competizione di sistemi assistenziali regionali non sostenuti da alcuna evidenza scientifica. Certo già la semplice ricerca di un sistema denota interesse al problema ma l'individuazione di tanti sistemi genera disordine. Un disordine perché il linguaggio e gli strumenti di valutazione non sono sempre gli stessi con la conseguenza che pazienti, con caratteristiche diverse, trovano ospitalità in luoghi di cura uguali e pazienti, con le stesse caratteristiche, trovano ospitalità in luoghi di cura diversi e i vari "nodi", non riuscendo a interfacciarsi, caratterizzano un colabrodo anziché una rete.

Senza un adeguato servizio territoriale l'ospedale sarà soffocato da ricoveri impropri e sarà caratterizzato da una tipologia di prestazioni miste, non più complesse e per giunta dispersive.

Senza un adeguato servizio territoriale non sarà possibile garantire adeguata assistenza agli Anziani fragili e si delinea un sottile ageismo.

È necessario riconoscere la fragilità come grande sindrome geriatrica, tracciarne i criteri diagnostici e definire le modalità per intercettare il "*frail elderly*" ovunque si trovi, per seguirlo attentamente e con competenza in tutti i momenti in cui le sue condizioni cliniche e funzionali subiscono quelle variazioni che aumentano esponenzialmente il rischio di non autosufficienza, per accompagnarlo, al di là di ogni luogo comune, con la dignità e le cure che gli spettano di diritto, nelle ultime fasi della vita.

## Bibliografia

1. Rockwood, Fox, Halifax, Stoole, Robertson, Beattie; Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ*. 1994 Feb 15;150(4):489-95. Review.
2. American Medical Association white paper on elderly health. Report of the Council on Scientific Affairs. *Arch Intern Med*. 1990 Dec;150(12):2459-72.
3. Plsek and Greenhalgh Complexity science: The challenge of complexity in health care *BMJ* 2001 Sep 15;323(7313):625-8.
4. Holman H., Chronic Disease - The Need for a New Clinical Education *JAMA*. 2004 Sep 1;292(9):1057-9.
5. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era *Am J Med*. 2004 Feb 1;116(3):179-85.
6. A Barton, G Mulley History of the development of geriatric medicine in the UK *Postgrad Med J* 2003;79:229-234.
7. W. R. Hazzard, I am a Geriatrician *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan;52(1):161.
8. Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Closing Speech of the 5th World Ageing & Generations Congress *September 2009*.
9. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6e Part III. *Geriatric Syndromes Chapter 52. Frailty*.
10. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome *The American Journal of Medicine Vol. 120, Issue 9, Pages 748-753 Settembre 2007*.
11. Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Sep;63(9):984-90.
12. Romero-Ortuno R, Walsh CD, Lawlor BA, Kenny RA, A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatr*. 2010 Aug 24;10:57.
13. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb;27(1):17-26.
14. Ward SA, Parikh S, Workman B. Health perspectives: International epidemiology of ageing *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011 Sep;25(3):305-17.
15. Putignano S. La gestione territoriale: tendenza per una nuova cultura. *Geriatrics Extraospedaliera - Vol. V nr1-2 sett. 2006*.
16. Putignano S. Una storia infinita... *Editoriale Geriatrics Extraospedaliera - Vol. V nr3 genn. 2007*.

## La strategia metodologica

R. Lacava, A. Castagna

*Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze, e non soltanto di quelle che sono contenute nei libri; i suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri.*

*Philippus Theophrastus Bombast von Hohenheim*

### Background

La storia della Geriatria è costellata di momenti in cui i bisogni strettamente clinici e quelli sociali, si sono incontrati per individuare approcci e ambiti assistenziali più appropriati per il singolo paziente, sia per offrire una migliore qualità di vita, sia una maggiore sostenibilità economica del caso. La moderna Valutazione Multidimensionale (VMD) origina circa 80 anni fa in Gran Bretagna, dal lavoro di Marjory Warren, che creò specifiche unità di valutazione geriatrica nell'ospedale per patologie croniche in cui lavorava, il West Middlesex Hospital, dimostrando, per prima, che tale metodica permette un netto miglioramento delle capacità funzionali della qualità di vita e dei tempi di degenza ospedaliera (Warren, 1946). In Italia la VMD ha trovato il suo pieno riconoscimento nell'emanazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute degli Anziani", valido per il quinquennio 1991-1995. L'utilizzo della VMD, consente di amalgamare concetti della medicina tradizionale con quelli delle discipline riabilitative e delle scienze sociali. D'altronde il Paziente geriatrico ha spesso caratteristiche peculiari, basti pensare all'Anziano Fragile e ai quadri di polipatologia, che hanno costretto la Geriatria a divenire una scienza medica per molti aspetti diversa da quella "Tradizionale" che, bisogna ammettere, non tiene conto che le malattie croniche, presenti spesso contemporaneamente nell'anziano, richiedono, per la loro complessità, una risposta altrettanto complessa garantita solo dalla valutazione multidimensionale (VMD). Il vantaggio della Geriatria rispetto alla Medicina Interna si è evidenziato nettamente con l'applicazione della VMD fin dal 1995 con il lavoro di Rubenstein che dimostrò un miglioramento della sopravvivenza, del rapporto costo/beneficio, associato ad un ridotto consumo di farmaci. (Rubenstein 1995). La VMD rappresenta quindi lo strumento procedurale primario del Geriatra e il suo valore è sostenuto dalle evidenze scientifiche, Solomon già nel 1988 la definì come "una valutazione multidisciplinare, con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi dell'individuo anziano, vengono valutate le sue limitazioni e le sue

risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene coordinato un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità...”. Va precisato come il termine VMD, rappresenta la traduzione letterale della nomina-zione statunitense, “Comprehensive Geriatric Assessment”, denominazione che è inesatta, in quanto questo strumento geriatrico non è solo valutativo-diagnostico, ma anche operativo gestionale.

Il team per la valutazione multidimensionale è in genere multidisciplinare, in quanto spesso il paziente geriatrico è fragile (*frail elderly*), in rapporto ad una condizione di instabilità che gli deriva a volte dall’età avanzata (*oldest old*), a volte dalla polipatologia, altre volte da entrambi, che lo espongono al rischio di disabilità o, se già disabile, alla perdita completa dell’autonomia, alla istituzionalizzazione ed alla morte (Senin, 1999). Generalmente, il team multidimensionale minimale o Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) è composto da un geriatra, un infermiere professionale ed un assistente sociale.

Un approccio diagnostico globale è volto non solo all’individuazione delle patologie da cui è affetto il paziente geriatrico, ma anche alla definizione delle sue capacità funzionali, all’ambiente in cui il soggetto vive, nella piena consapevolezza che attraverso piccoli guadagni è possibile ottenere grandi risultati, quali il mantenimento dell’autosufficienza; così, a differenza della medicina tradizionale, centrata sulla malattia, la geriatria si pone come medicina centrata sul paziente (Moja e Vegni, 1998). La VMD comprende il contesto fisico-funzionale, mentale, sociale, economico e ambientale, con l’obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute ed individuare i bisogni a livello clinico, psicologico e sociale; coniuga la ricerca dell’appropriatezza clinica con quella dell’appropriatezza organizzativa, dimostrando la necessità di un approccio globale al paziente complesso, in vista di una personalizzazione dell’intervento multidisciplinare.

Del resto, l’invecchiamento è esso stesso un processo multidimensionale, espressione di fattori biologici, sociali, economico-finanziari, dell’ambiente e del tempo in cui viviamo.

### **Strumenti di prima, seconda e terza generazione**

La valutazione multidimensionale si effettua attraverso alcune scale di valutazione standardizzate che offrono, unitamente alle metodiche tradizionali quali l’anamnesi, l’esame obiettivo e la sintomatologia riferita, un quadro globale delle condizioni di salute del paziente anziano. Essa consente di eseguire una valutazione sia di tipo orizzontale, sulla base dell’analisi dello stato fisico, del grado di autonomia funzionale, dello stato cognitivo, dell’umore e delle risorse formali, informali, sociali, che di tipo verticale, attraverso l’analisi delle comorbidità, della politerapia, del rischio iatrogenico e della *compliance*, spesso ambiente-dipen-

denti (Cucinotta et al., 1999). In questo modo si possono individuare i soggetti a rischio di perdita dell'autosufficienza o stabilire l'entità della non-autosufficienza e quantificare il fabbisogno assistenziale. Il passo successivo è volto alla scelta individualizzata dell'intervento medico, riabilitativo, psicologico e sociale, individuando gli obiettivi. Il terzo passo è la revisione periodica e programmata del miglioramento clinico, individuando se il miglioramento è stato pari all'attesa, se altri fattori patogenetici interferenti o concomitanti hanno condizionato l'evoluzione clinica e se è necessario cambiare il programma degli interventi (Cucinotta et al., 1999).

Lo stato di salute fisica viene evidenziato da alcune scale come la CIRS (Cumulative Illness Rating Scale, o indice di comorbidità) (Palmalee et al., 1995) e l'APACHE II (Acute Physiology Score, APS) (Knaus et al., 1985). La CIRS offre una misura della salute somatica dell'anziano, attraverso l'esame della severità clinica e funzionale di 14 categorie di patologie cui viene dato un punteggio da 0 a 5, che conduce a due indici: l'indice di severità, media dei punteggi nelle 14 categorie di patologie e l'indice di comorbidità, numero delle patologie con punteggio uguale o superiore a 3. L'APACHE, invece, è lo strumento per la valutazione del paziente anziano in condizioni di elevata criticità sanitaria; richiede parametri che vengono raccolti in urgenza non appena il paziente viene ospedalizzato (temperatura corporea, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, elettroliti, emogasanalisi e Glasgow Coma Scale). Il punteggio deve essere integrato con l'età e la comorbidità del paziente, ottenuta dalla CIRS e fornisce indicazioni prognostiche sulla sopravvivenza del paziente (Costantini et al., 2003). L'analisi delle condizioni cliniche globali, unitamente a quella dello stato mentale, delle capacità di deambulazione e della mobilità ed all'eventuale presenza di incontinenza consentono la valutazione del rischio di ulcere da pressione o scala di Exton-Smith. A ciascuno dei 5 items viene attribuito un punteggio da 1 a 4; il rischio è elevato se l'indice risulta  $\leq 10$  (Bliss et al., 1966).

Le linee guida dell'European Society for clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) raccomandano l'utilizzo di test di screening per malnutrizione differenti per i vari setting assistenziali e per la tipologia dei pazienti; in particolare, per i pazienti ospedalizzati è consigliato l'utilizzo del Nutrition Risk Screening (NRS), per la comunità il Malnutrition Universal Screening (MUST) e per la popolazione anziana il Mini Nutritional Assessment (MNA) (Kondrup et al., 2002).

Il MNA comprendente 4 sezioni, di cui una antropometrica e di entità del dimagrimento, la valutazione clinica generale, la valutazione alimentare e l'autovalutazione dell'importanza nutrizionale (Guigoz & Vellas, 1999). Lo score normale è superiore a 24, tra 17 e 23.5 indica il rischio di malnutrizione e al di sotto di 17 è indicativo di malnutrizione franca, è correlato con il rischio di ospedalizzazione e con un rischio di morte tre volte superiore rispetto ai soggetti di pari età normonutriti (Costantini et al., 2003).

Anche la valutazione della mobilità rientra nella struttura base della valutazione multidimensionale, in quanto a volte la compromissione di tale funzione passa inosservata all'esame clinico generale e neuromuscolare (Di Giuseppe & Marigliano, 2002). Essa si attua attraverso la scala di Tinetti di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura (Tinetti, 1987) e la valutazione del rischio di caduta o indice di Conley (Conley et al., 1999). La scala di Tinetti prevede dei criteri standardizzati per attribuire un punteggio a nove manovre di equilibrio e sette aspetti dell'andatura (partenza, lunghezza e altezza del passo, simmetria, continuità e caratteristiche del passo, comportamento del tronco e movimento della deambulazione). Il test richiede la competenza dell'operatore ed il supporto di un'altra persona. L'indice di Conley consente un rapido screening in corso di ospedalizzazione o istituzionalizzazione, si compone di soli 6 items ed ha un cut-off di 2, facilmente raggiungibile nel grande vecchio. Al domicilio del paziente si può invece eseguire una batteria breve di tests per valutare le performances degli arti inferiori, il "Chair Standing", lo "Standing Balance" ed il "Timed Walking" (Guralnik et al., 1994). Essa richiede unicamente un cronometro ed una sedia senza braccioli, si esegue in 5 minuti e fornisce preziose informazioni sulla forza, l'equilibrio e la coordinazione degli arti inferiori. Con il "Chair Standing" si valuta la capacità del paziente di sedersi ed alzarsi da una sedia; lo "Standing Balance" valuta la stabilità del paziente in posizione eretta e la sua capacità di stare in piedi con l'alluce di un piede posto a fianco del tallone dell'altro piede. Il "Timed Walking" valuta la capacità del paziente di camminare su una striscia di 2.4 metri, di girarsi ed il tempo necessario per eseguire questa prova. Al termine delle tre prove si effettua la somma dei punteggi dei tre tests (0-12).

Nell'anziano una qualsiasi variazione peggiorativa delle condizioni di salute si ripercuote inevitabilmente sulle sue capacità funzionali e quindi sulla sua autonomia. Le capacità funzionali si misurano attraverso l'analisi delle abilità necessarie per far fronte a tutti i piccoli problemi, soprattutto quelli strettamente personali e delle abilità richieste per vivere autonomamente in una società (Di Giuseppe & Marigliano, 2002). A tale scopo si possono utilizzare rispettivamente le ADL (Activities of Daily Living) (Katz et al., 1970) e le IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton & Brodie, 1969). Le ADL valutano sei attività, le capacità di fare il bagno, di vestirsi, di utilizzare i servizi igienici, di spostarsi, alimentarsi e la continenza sfinterica. Esso dà una valutazione dicotomica (dipendente/indipendente), è inoltre facilmente applicabile su vaste popolazioni in pochi minuti e si concretizza in livelli funzionali riassuntivi da A a G. Altro strumento per valutare le attività basilari della vita quotidiana è l'indice di Barthel, che aggiunge notizie sulle capacità di curare l'igiene personale, di camminare e salire le scale (Shah et al., 1989). Le IADL valutano invece le capacità di usare il telefono, fare acquisti, prepararsi i cibi, effettuare le faccende domestiche, utilizzare mezzi di trasporto, gestire il denaro e l'eventuale terapia farmacologica, con un massimo di 8 pun-

ti per le donne e 5 per gli uomini. Anche questo test fornisce informazioni dicotomiche (dipendente/indipendente) e si esegue in breve tempo. Le capacità funzionali sono facilmente invalidate da una condizione clinica acuta e come tali sono un indice molto sensibile del grado di autosufficienza di un individuo.

La valutazione dello stato psicologico si attua attraverso l'analisi delle funzioni cognitive, emotive e delle eventuali turbe comportamentali presenti. La compromissione delle funzioni cognitive è uno dei problemi che più comunemente si è chiamati ad indagare come geriatri; lo stato cognitivo può essere studiato attraverso diverse scale, di cui quella più frequentemente utilizzata è il Mini Mental State Examination (MMSE) di Folstein (1975). Ha il vantaggio di essere uno strumento rapido e sensibile, richiedendo circa 15 minuti, è costituito da 11 items che valutano l'orientamento temporo-spaziale, la memoria di fissazione e di richiamo, l'attenzione ed il calcolo, le capacità di denominazione e di ripetizione, la comprensione orale e scritta, la lettura, la scrittura e la prassia costruttiva. Un punteggio tra 27 e 30 viene considerato a bassa probabilità di compromissione cognitiva, tra 21 e 26 borderline, tra 11 e 20 indica una moderata compromissione cognitiva e tra 0 e 10 una marcata compromissione cognitiva. È, comunque, opportuno correggere il risultato per età e scolarità del soggetto, attraverso una specifica tabella di correzione. Un altro test ancora più semplice per esplorare su vasta scala le funzioni cognitive è lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ, Pfeiffer, 1975), costituito da 10 domande che valutano l'orientamento temporo-spaziale, la memoria e le capacità di calcolo. Il deterioramento viene individuato dalla presenza di più di 2 errori.

Il tono dell'umore può essere valutato attraverso la Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1983) e l'Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), non specifica per la terza età, ma con il grande vantaggio di mettere in evidenza i disturbi somatici, così frequenti nella popolazione anziana. La GDS è costituita da 30 items (15 nella versione ridotta), per ogni item la valutazione è dicotomica (si/no), in modo tale da poter essere somministrata anche in caso di deficit cognitivo; un punteggio tra 0 e 10 indica l'assenza di depressione, tra 11 e 20 un moderato stato depressivo e tra 21 e 30 un grave stato depressivo. Nella forma abbreviata il cut-off di rilevazione di uno stato depressivo è un punteggio  $\geq 6$ . L'HRS-D è costituita da 21 items, a ciascuno dei quali viene attribuito un punteggio sulla base di come il paziente si è sentito nella settimana precedente; un punteggio tra 10 e 13 indica una depressione lieve, tra 14 e 17 una depressione moderata, mentre superiore a 17 indica una forma severa di depressione.

Negli ultimi anni è stata sempre più utilizzata la UCLA NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al., 1994), soprattutto per valutare i sintomi non cognitivi presenti in pazienti affetti da demenza di varia origine; le informazioni vanno raccolte dal caregiver sulla base di 12 sintomi dei quali si chiede frequenza (range 0-4) e gravità (range 1-3). I disturbi comportamentali del paziente demen-



te sono spesso causa di grave stress nel caregiver, che può essere misurato attraverso la Scala della Tensione Psicica dei Parenti (Scala di Greene). Di rapida esecuzione e di semplice comprensione, viene compilato dal familiare o dall'operatore a cui spetta il maggiore carico assistenziale; è composta da 15 items ai quali va attribuito un punteggio in base alla risposta. Un punteggio da 0 a 15 indica l'assenza di stress o uno stress lieve, da 16 a 30 uno stress moderato e da 31 a 60 la presenza di un grave stress.

Naturalmente, nella valutazione globale del paziente anziano non si può prescindere dall'analisi della sua situazione abitativa e dalla situazione socio-ambientale. La prima valuta le caratteristiche dell'abitazione del paziente (se di proprietà, o in usufrutto o a titolo gratuito, etc.), la sua dislocazione nel territorio e l'eventuale presenza di barriere architettoniche. La seconda valuta il supporto della rete, sia formale che informale, le risorse economiche presenti ed il tipo di servizi erogati. La situazione socio-ambientale ed abitativa possono essere riassunte da un'apposita scheda di valutazione sociale, compilata dall'assistente sociale (Costantini et al., 2003).

Gli strumenti di valutazione multidimensionale finora citati appartengono alla "prima generazione", che sicuramente hanno fornito significativi risultati nella qualità dell'assistenza, ma hanno il limite di necessitare di un "assemblaggio" individuale di scale, in quanto singolarmente sarebbero "monodimensionali".

La letteratura scientifica comprovante i risultati dell'utilizzo della VMD, è attualmente incentrata sull'utilizzo dei cosiddetti strumenti di seconda e terza generazione, specifici per i diversi setting assistenziali geriatrici, quali l'ospedale per acuti, la post-acuzie, la residenza sanitaria assistenziale, la casa protetta, l'ADI, le cure palliative. Questi strumenti hanno una "core component" uguale nel 70% degli ITEM, poiché funzione fisica, cognitivà, umore ect sono valutati in maniera identica. Il 30% restante è modulare, dipendendo dalle specifiche caratteristiche del setting assistenziale. L'utilizzo di un sistema di controllo sequenziale degli item risultati significativi permette l'identificazione rapida dei problemi del paziente e facilita la costruzione di un piano assistenziale individualizzato. Già nel 1987, nelle RSA statunitensi fu sperimentato un nuovo strumento di valutazione il MDS-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI, ora conosciuto come MDS-NH), che rappresentò il primo strumento di valutazione multidimensionale per specifici setting assistenziali, iniziando una nuova filosofia nelle cure geriatriche e rappresentando il prototipo degli strumenti di seconda generazione. Il MDS contiene oltre 350 variabili inclusi parametri socio demografici, item sullo stato fisico, cognitivo, sullo stato emozionale, sulla diagnosi clinica. Include anche informazioni su segni, sintomi, sindromi e le terapie iniziate. Intera, una corporazione scientifica no-profit, ha elaborato un altro strumento di valutazione multidimensionale, validato e standardizzato per i vari setting assistenziali, che permette di trasferire le informazioni con il trasferimento del pa-

ziente ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)). Gli strumenti compresi nella suite sono considerati di “terza generazione”. InterRAI LTCF (nursing home), l’InterRAI HC (home care) e l’InterRAi MH (mental health) sono utilizzati in tutte le provincie del Canada eccetto il Quebec; l’InterRAi LTCF è usato in Irlanda e Svizzera. InterRAI inizia a essere utilizzato anche in Norvegia, Gran Bretagna, Francia; Italia, Giappone, Australia e Cina (Bernabei, 2008). L’utilizzo di strumenti di terza generazione permette un miglior monitoraggio dell’utilizzo delle risorse sanitarie, di confrontare in maniera più obiettiva i bisogni sanitari di diverse aree sanitarie. In una realtà sanitaria in cui si cerca sempre più la “continuità” di cure, con il paziente, che specie se Fragile, viene trasferito spesso tra i vari setting assistenziali, strumenti di valutazione multidimensionali con un core element comune, appaiano fondamentali per assicurarli la migliore gestione possibile.

In Italia, esempi di strumenti “completi” di valutazione multidimensionale sono stati la SVAMA (Valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano - Regione Veneto), il VAL.GRAFT (Gigantesco et al 1995) e la RUG III (Brizioli et al, 2003).

La SVAMA è nata nella Regione Veneto nel 1998, sperimentata nel 1999 su un campione di 2.163 casi, è stata così validata e resa obbligatoria in tutta la regione a partire dal 2000 (DGR 3979 del 9/11/1999), dimostrandosi ad elevata coerenza interna adattandosi perfettamente in ambiti organizzativi e tipologie di servizi differenti, utilizzabile da parte di operatori e professionalità differenti, con alta concordanza intra-osservatore (test-retest reliability) ed inter-osservatore (inter-rater-reliability). La scheda SVAMA è composta da 4 sezioni: *Cartella SVAMA* contiene quadri per la raccolta dei dati identificativi del paziente, della valutazione del potenziale residuo, della valutazione dell’efficacia della rete sociale, del profilo dell’autonomia; *Valutazione Sanitaria* contiene i quadri per l’anamnesi, per la registrazione di specifiche condizioni che richiedono assistenza infermieristica, per l’analisi del sensorio e comunicazione e l’elenco delle principali patologie potenzialmente causa di disabilità; *Valutazione Cognitiva e Funzionale* contiene la scala di valutazione cognitiva SPMSQ, la scala di valutazione della situazione funzionale (Barthel) distinta in ADL e IADL, la scala di Exton Smith; *Valutazione Sociale* contiene spazi per la raccolta di informazioni sull’attivazione della domanda, sulle persone coinvolte nell’assistenza, sulle situazioni abitativa, socio-ambientale ed economica.

Il VAL.GRAF. (VALutazione GRAFica) è uno strumento di valutazione multidimensionale longitudinale dell’anziano derivato originariamente dallo Smaf di Hébert (1998) e arricchito con item relativi agli aspetti psicologici e sociali, a piccoli test cognitivi e a condizioni particolarmente rilevanti nell’anziano fragile. Sono disponibili due versioni: per le residenze protette e le RSA, e per i servizi domiciliari sanitari, è *users friendly*, non solo per la semplicità di linguaggio, ma anche per la presenza di disegni relativi alle varie funzioni, che attirano l’attenzione e

consentono di identificare immediatamente i campi di applicazione, ha una veste grafica che sollecita a effettuare più compilazioni successive per valutare l'andamento nel tempo delle varie funzioni. La soluzione grafica adottata porta a costruire delle specie di grafici, simili a quelli noti della temperatura, in modo da apprezzare con immediatezza l'andamento nel tempo della funzione.

Il Sistema RUG (Resource Utilization Groups System) è un sistema valutativo nato negli ottanta negli USA, evoluto progressivamente fino alla terza versione che classifica i pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse e permette inoltre di rilevare il case mix assistenziale espresso in termini di minuti di assistenza e di dotazione del personale. Il sistema è costruito utilizzando come base informativa il *Resident Assessment Instrument* (RAI), strumento di valutazione multidimensionale che attraverso il *minimum Data Set* (MDS) esplora le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine. La scheda di rilevazione RUG è composta da 109 items e comprende le principali condizioni cliniche e di autonomia del paziente in rapporto al carico assistenziale. La RUG III è stata sperimentata in Italia nel 2003 su una popolazione di 1000 anziani residenziali (Brizioli et al, 2003).

L'utilizzo della VMD si sta estendendo progressivamente ad altre discipline mediche (Oncologia, Fisiatria ect) che, con la Geriatria, condividono l'interesse per pazienti non autosufficienti e polipatologici, tipologia di soggetti che richiede oltre la valutazione del bisogno strettamente clinico, da operarsi attraverso visite specialistiche e approfondimenti diagnostico-strumentali, anche la valutazione della effettiva capacità di autonomia, per le comuni attività di vita quotidiana, condizionate anche dalla rete di supporto assistenziale attivo o eventualmente attivabili e dalle possibilità economiche.

## Conclusioni

La valutazione multidimensionale è una parte fondamentale nella diagnosi, cura e prevenzione della popolazione anziana, in quanto serve a misurare le necessità assistenziali della popolazione, può essere utilizzata per individuare gruppi a rischio di perdita dell'autosufficienza e costituisce un valido mezzo di comunicazione fra figure professionali diverse e tra l'ospedale e le strutture socio-sanitarie extra-ospedaliere (Cucinotta et al., 1999). L'utilizzo di strumenti omogenei di VMD, almeno a livello regionale, potrebbe garantire criteri trasparenti di allocazione delle risorse e un'uniformità di approccio ai bisogni assistenziali, evitando discriminazioni nella fruibilità dei servizi. Diverse evidenze scientifiche confermano che solamente un'assistenza fondata sulla centralità del paziente può garantire il continuum delle cure, essendo questa l'unica via non per diminuire il valore dei singoli ruoli professionali e delle specifiche competenze, ma per garantire che

l'equipe multiprofessionale possa far valutare il paziente al momento giusto, con gli strumenti giusti, per il problema giusto in un processo di totale condivisione del progetto assistenziale.

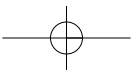
La VMD è una strategia operativa che serve ad ottenere il procedimento diagnostico e deve produrre risultati confrontabili e quindi utilizzabili per una pianificazione sanitaria (Gareri et al., 2007). Pertanto, è lo strumento a tutt'oggi più idoneo, dal momento che consente di esaminare le condizioni psico-fisiche, socio-ambientali e psicologiche del soggetto, per monitorare ed intervenire, attraverso periodiche rivalutazioni, sull'andamento delle condizioni globali del paziente: è, infine, lo strumento che esprime la peculiarità e la specificità di intervento della geriatria e che contraddistingue in maniera netta quest'ultima da tutte le altre discipline mediche, permettendo di realizzare un piano di assistenza individualizzato e globale che va oltre la semplice prescrizione terapeutiche o di esami e procedure. Ci piace, comunque, sottolineare, con grande umiltà, che nessuna scheda potrà mai capire fino in fondo l'esperienza, la sofferenza, il bisogno, l'animo di coloro i quali vorrebbero guardare negli occhi la reale comprensione del professionale ed umano interlocutore. A noi la giusta saggezza delle scelte.

## Bibliografia

- Bernabei R, International gerontology. In Hazzard's Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 6<sup>th</sup> ed. New York; McGraw-Hill; 2008.
- Bernabei R, Landi F, Onder G., Liperoti R., Gambassi G. Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care Journal of Gerontology 2008; Vol 63A, n 3, 308-313.
- Bliss M.R., McLaren R., Exton-Smith A.N. Mattresses for preventing pressure sores in geriatric patients. Mon. Bull. Minist. Health Public Health Lab. Serv. 25: 238-268, 1966.
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F. et al. *Nursing Home case-mix instruments; validation of the RUG III system in Italy.* Aging Clin Exp Res 2003;15: 243-53.
- Conley D., Schultz A.A., Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. Medsurg. Nurs. 8: 348-354, 1999.
- Costantini S., Pula B., De Carolis S., Silingardi E. Test di valutazione multidimensionale geriatrica. Casa Editrice Scientifica Internazionale, Roma, 2003.

- Cucinotta D., Savorani G., Boni S., Miconi G. La valutazione multidimensionale dell'anziano. In: Cester A., Piergentili P., Senin U. La valutazione multidimensionale geriatrica ed il lavoro di equipe. Ed. VEGA, Mareno di Piave (TV), pp. 31-36, 1999.
- Cummings J.I., Mega M., Gray K., Roseberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314, 1994.
- Di Giuseppe V., Marigliano V. Valutazione multidimensionale, valutazione funzionale globale, assessment geriatrico. In: Marigliano V. Argomenti di Geriatria, Casa Editrice Scientifica Internazionale, Roma, pp. 43-55, 2002.
- Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 12; 3: 189-198, 1975.
- Gareri P., Cotroneo A.M. La valutazione multidimensionale dell'anziano. In: Cotroneo A.M., Stralla U. Ortogeriatrica. C.E.S.I. s.r.l., Roma, pp. 23-48, 2007.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III) *Med Care.* 1994;32:668-85.
- Gigantesco A, Morosini P, Alunni S et al Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano -VAL.GRAF- Scheda di valutazione multidimensionale longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici. *G. Gerontolol* 1995; 43; 379-385.
- Guigoz Y., Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr. Workshop Ser. Clin. Perform. Programme* 1: 3-11, 1999.
- Guralnik J.M., Simonsick E.M., Ferrucci L., Glynn R.J., Berkman L.F., Blazer D.G., Scherr P.A., Fallace R.B. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J. Gerontol.* 49: M85-94, 1994.
- Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing.* 1988; 17:293-302.
- Katz S., Downs H.R., Cash H.R., Grotz R.C. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 10: 20-30, 1970.

- Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmerman J.E. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit. Care Med.* 13: 818-829, 1985.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-421.
- Lawton M.P., Brodie E.M. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-186, 1969.
- Minimum Data Set Plus Training Manual, Natick, Eliot Press 1991.
- Moja E.A., Vegni E. La medicina centrata sul paziente. *Ann. Ital. Med. Int.* 13: 56-64, 1998.
- Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 43: 130-137, 1995.
- Pfeiffer E. Short Portable Mental Status Questionnaire. *J. Am. Geriatr. Soc.* 23; 10: 433-441, 1975.
- Senin, U. Paziente anziano e paziente geriatrico. *Fondamenti di Gerontologia e Geriatria.* Edises, Napoli, 1999.
- Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J. Clin. Epidemiol.* 8, 703, 1989.
- Solomon D.H. Geriatric assessment: methods for clinical decision making. *JAMA* 259: 2450-2452, 1988.
- SVAMA-Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano-Regione Veneto (DGR 3979 del 9/11/1999).
- Tinetti M.E. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.* 35: 644-648, 1987.
- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer V.O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 17, 37-49, 1983.
- Warren M.W. Care of the chronic aged sick. *Lancet.* 1946; i:841-843.





## Settings assistenziali

G. De Martino, E. Piermatteo

Curare un anziano significa garantire una valida assistenza, al massimo livello di competenze professionali disponibili, nel luogo di cura più appropriato.

Il concetto di assistenza implica l'erogazione di una serie di attività di sostegno e di aiuto, offerte insieme a vere e proprie prestazioni professionali di natura sia squisitamente sanitaria che socio sanitaria (entrambi definibili come assistenza clinica), ivi comprese quelle di prevenzione.

Con l'invecchiamento della popolazione, e l'invecchiamento della stessa popolazione anziana al suo interno, si sono modificate anche le richieste di prestazioni e servizi in relazione ai bisogni di cura che arrivano da un sempre più ampio numero di soggetti con malattie croniche in stato di dipendenza. È inoltre venuta alla ribalta una sinora sconosciuta categoria di pazienti: **gli anziani fragili**. Questi sono caratterizzati da un'estrema instabilità clinica, elevato rischio di rapido scaldamento dello stato di salute e del livello di autonomia funzionale.

---

La prima definizione di anziano fragile fu proposta dal Federal Council on the Aging negli anni '70<sup>(1)</sup> ed in seguito negli anni '80<sup>(2)</sup> comparve l'espressione "**frail elderly**" nella comunità scientifica geriatrica. Quindi negli anni '90 si è andata identificando come una "**condizione caratterizzata da una ridotta riserva fisiologica, associata ad un' aumentata suscettibilità alla disabilità**", inoltre si è chiarito come la fragilità può essere contrastata così come che essa si realizza solo quando la riduzione delle riserve fisiologiche raggiunge un livello critico<sup>(3)</sup>. Subito dopo viene chiarito come "**la fragilità non sia sinonimo di disabilità**"<sup>(4)</sup>. Quindi si determina come "**La fragilità ha una rilevanza centrale in medicina geriatrica, che per questo viene spesso identificata come medicina dell'anziano fragile**", e che la fragilità può essere meglio caratterizzata solo utilizzando un approccio multidimensionale<sup>(5)</sup>, metodologia che distingue la medicina geriatrica dalla quella tradizionale e le conferisce peculiarità di intervento<sup>(6,7)</sup>. Subito dopo si arriva a chiarire che "**La persona fragile è quella che ha un aumentato rischio di disabilità e di morte quale conseguenza di un evento stressante anche di minima entità**"<sup>(8)</sup>.

Si arriva quindi al modello concettuale di fragilità fisica in stretta relazione con disabilità, comorbilità ed invecchiamento di Fried e Walston<sup>(9,10)</sup>. Secondo tale modello la fragilità si identifica in una condizione di vulnerabilità associata all'età, risultato della compromissione delle riserve omeostatiche e della ridotta

capacità dell'organismo di contrastare eventi stressanti, come conseguenza di un processo "a spirale" di progressivo ed inaggravante declino energetico e delle riserve fisiologiche dei vari sistemi di cui espressione fenomenologica e una costellazione di segni e sintomi che, nel loro evolvere, rendono sempre meno possibile il recupero e sempre più elevato il rischio di morte<sup>(11)</sup>.

La fragilità quindi è la più tipica condizione geriatrica caratterizzata da una aumentata vulnerabilità legata ad eventi turbativi determinanti deficit di uno o più sistemi<sup>(12)</sup>. La fragilità è strettamente correlata a comorbidità e disabilità, infatti è stato ampiamente dimostrato che non tutti i soggetti fragili sono disabili, ma che entrambe le condizioni, se presenti, predicono la mortalità. Questa particolare suscettibilità all'evento acuto definita come fragilità potrebbe in parte spiegare la sostanziale diversità nell'espressione clinica dell'invecchiamento e la diversa risposta del sistema all'evento acuto che spesso riflette non tanto la condizione anagrafica in se ma quanto la condizione biologica del sistema.

Da un punto di vista metodologico, vi sono attualmente due principali approcci allo studio della fragilità che riflettono fondamentalmente due modalità concettuali ed interpretative differenti. La fragilità come a) sindrome fisiopatologica<sup>(13)</sup> caratterizzata dalla presenza di determinate caratteristiche la cui presenza identifica un fenotipo specifico<sup>(14)</sup> a cui possono associarsi alterazioni di molte variabili fisiologiche e biologiche oppure come b) progressivo accumulo di deficit età-associati di natura biologica, funzionale o anche sociale che può essere misurato da un indice di fragilità (Frailty Index) che numericamente esprime quantitativamente il numero di tali deficit nel singolo individuo<sup>(15, 16)</sup>.

Entrambi gli approcci metodologici, con correlazione almeno prognostica tra loro, comportano importanti ricadute clinico-assistenziali, sia come prevenzione che come orientamento sulla scelta riabilitativa<sup>(17)</sup>.

La sindrome clinica da fragilità esprime quindi, una condizione di estrema instabilità omeostatica che mette l'anziano a rischio di gravi complicanze, perdita dell'autosufficienza, istituzionalizzazione e morte anche per eventi di per se di modesta entità e riveste crescente importanza nel dibattito scientifico<sup>(18)</sup>.

Queste riflessioni rivestono anche rilevante importanza socio-assistenziale per il conseguente forte impatto sul nostro "welfare" secondario alla grande necessità di risposte adeguate ai bisogni assistenziali che i pazienti che ne sono affetti richiedono e sempre più richiederanno in futuro<sup>(19, 20)</sup>. Ottimizzare gli interventi o addirittura prevenirne la necessità potrebbe arginare l'esplosione dei costi sempre meno sostenibile nell'attuale congiuntura economica, per di più con una visione altamente etica dell'assistenza. Anziché risparmi economico-finanziari si avrebbero solo tagli delle sofferenze umane col miglioramento delle condizioni di invecchiamento di un numero sempre crescente di anziani.

Di fronte ad un paziente così complesso, la metodologia di studio e di definizione diagnostica più adeguata sembra essere la valutazione multidimensionale (VMD). Infatti, poiché alla base di una tale complessità biologica e clinica vi è, verosimilmente, l'interazione delle diverse "dimensioni" che compongono l'essere in quanto individuo, appare fondamentale, per questo tipo di soggetti, adottare un approccio diagnostico e terapeutico che sia in grado di esplorare la multidimensionalità dell'anziano per poter giungere così ad un intervento il più possibile personalizzato in quanto adeguato alle diverse esigenze<sup>(21)</sup>.

Per questo tipo di pazienti (sia fragili che dipendenti per disabilità), definibili come geriatrici, il modello classico di sanità quindi non è affatto adeguato, non potendo fornire loro risposte efficaci, se non attraverso una diversa impostazione e la creazione di variate e più adatte tipologie di servizi. La complessità di tale tipo di problemi di salute richiede infatti un approccio basato su diversi Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali con Profili di Cura e Riabilitazione Integrati<sup>(22)</sup>.

Questi servizi si sono andati già sviluppando - ed organizzando - in tutti i Paesi del mondo occidentale che hanno vissuto la stessa transizione demografica ed antropologica dell'Italia<sup>(23, 24, 25, 26)</sup>. Hanno quindi assunto la forma di una struttura interconnessa: la cd **rete di servizi geriatrici**<sup>(27, 28, 29, 30)</sup>.

È infatti impossibile pensare di assistere un anziano fragile e/o disabile pensando di prestargli cura in unico aspetto e per di più non tenendo in debito conto la tipologia del luogo di erogazione.

D'altronde la variabilità e la dinamicità dello **stato clinico e funzionale** di un anziano richiedono una differente tipologia di setting dedicati alla loro assistenza (cd "**setting assistenziali dell'anziano fragile**").

Tali setting sono didascalicamente catalogati secondo la dicotomia **residenziale vs domiciliare** (con il supporto del **semiresidenziale**). Il domicilio, in quanto luogo di vita, rimane il luogo di cura elettivo, mentre la istituzionalizzazione è conseguente alla necessità di ricorrere a strutture più appropriate alle contingenze di una patologia acuta, richiedente l'ospedalizzazione, ovvero di assicurare condizioni di vita adeguate altrimenti non garantibili, se non con l'istituzionalizzazione in strutture sociali o sociosanitarie a seconda del livello di compromissione dell'autosufficienza.

La scelta della sede più adatta per un trattamento appropriato e completo si basa quindi, 'in primis' non solo sull'inquadramento diagnostico-terapeutico, ma anche sulla individuazione dei determinati alla base della perdita dell'autosufficienza, siano essi clinici, psichici, socio ambientali e, quindi, funzionali e del suo grado di compromissione (cd "**Valutazione MultiDimensionale**").

L'individuazione del setting assistenziale più appropriato a garantire il miglioramento, o una stabilizzazione ottimale, dello stato di salute dell'anziano dipende quindi da una attenta valutazione dello stato complessivo dello stesso, in quel dato momento in quella data condizione secondo la metodologia della Valutazione MultiDimensionale<sup>(31)</sup>.

Tale studio è svolto dalla Unità Valutativa Geriatrica o UVG che è tale solo se possiede al suo interno tutte le professionalità adeguate alla valutazione dei determinanti fisici, psichici, ambientali e socio-economici alla base dell'autosufficienza e dell'autonomia. L'UVG è stata introdotta in Italia con il Progetto Obiettivo Nazionale Anziani nel 1992.

Queste ultime sono intese come la capacità di svolgere le attività della propria vita quotidiana sia di base che strumentali in maniera rispondente alla volontà individuale.

La metodologia della VMD è stata studiata e validata già nel 1993<sup>(32)</sup> con risultati significativi sulla salute degli anziani fragili solo se l'UVG non si fosse limitata alla semplice valutazione ma avesse avuto anche la possibilità di prendersi in carico diretto i pazienti, seguendoli nel tempo.

Questo approccio permette inoltre di migliorare i percorsi e guidare le strategie assistenziali per questa tipologia di pazienti anziani fragili.

Tale metodologia è stata sistematizzata anche nel nostro Paese mediante un'apposita iniziativa, finanziata nell'ambito dei progetti di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute. Lo studio<sup>(33)</sup> ha avuto come obiettivo quello di tradurre in una serie di raccomandazioni i risultati conseguiti con l'applicazione della VMD.

Quindi tale percorso, proprio per l'intrinseca variabilità sottesa alla fragilità ed alla dipendenza, non può esaurirsi in un'unica occasione di incontro e valutazione, ma deve rinnovarsi ad ogni differente occasione di variazione o evoluzione dello stato clinico funzionale del singolo anziano fragile (cd "cure continue" o "Long Term Care").

**Long Term Care (LTC)** è un termine anglosassone<sup>(25)</sup> che **indica cure di lungo periodo, a titolarità pubblica** (e quindi con competenze divise tra diversi livelli: Stato, Regioni e Comuni), **in una ben definita tipologia di luoghi di cura scelta secondo le variabili individuali e di sistema**<sup>(34, 35)</sup>.

Le variabili individuali sono in genere connesse alla gravità della disabilità alla base della dipendenza e della malattia sottostante, al supporto sociale ed allo stato economico oltre che alle potenzialità di recupero ed allo stato mentale.

**L'insieme dei servizi così forniti sono orientati a garantire un adeguato stato di salute, la cura della persona e le esigenze sociali dell'individuo anziano sia esso fragile che dipendente.**

Ci riferiamo a soggetti colpiti da eventi tali da generare uno stato di dipendenza, con perdita dell'autosufficienza ed autonomia, caratterizzato dall'impossibilità di condurre una vita secondo le proprie determinazioni. In questo tipo di concetto si va oltre le classiche cure cliniche per includere anche tutte le assistenze di cui il paziente può avere bisogno nel caso di una malattia cronica connessa alla fragilità o ad una situazione di non autosufficienza (impossibilità di prendersi cura autonomamente di se stessi) che duri per un certo periodo.

Tale assistenza può servire anche ad una persona giovane o di mezza età che abbia avuto un infortunio molto grave o soffra di una malattia debilitante, ma nella stragrande parte dei casi è destinata a persone anziane, peraltro caratterizzate e differenziate dalla peculiare caratteristica della fragilità.

Questa scelta deve avvenire in tutti i luoghi di cura che devono assumere in tal modo la valenza anche di luoghi di vita. L'assistenza per gli anziani non è solo sanità, medicina, tecnologia. L'invecchiamento è un'esperienza di vita naturale e permanente, un processo graduale che è unico. Sia a casa che in comunità o istituto i problemi rimangono gli stessi (luoghi di cura come luoghi di vita). Creare un ambiente adatto a mantenere, o migliorare, le relazioni della persona anziana è quindi un unicum indivisibile tra fisiologia e patologia, vita e cura. La 'scelta' di dove far vivere un anziano, per curarlo, deve avvenire non solo in funzione dello stato clinico del paziente geriatrico ma anche di questi aspetti.

Il luogo di cura più idoneo è quindi identificato, come prima specificato, con la stessa VMD, in maniera periodica.

Alcuni ricordano come George Bernard Shaw abbia detto che l'unico uomo che si è comportato più saggiamente era il suo sarto perché ha preso le sue misure ogni volta che doveva approntare un vestito, mentre tutti gli altri avrebbero utilizzato, e utilizzavano spesso, sempre le vecchie misurazioni. Bisogna, con le persone anziane da assistere, costantemente misurare e garantire che l'adattamento sia giusto come un abito che si adatta perfettamente a chi lo indossa com'è in quel periodo, in modo da garantire la giusta e possibile qualità di quella vita in relazione allo stato del momento. Si deve tenere bene in mente che la malattia cronica, sia clinicamente che funzionalmente, non vuol dire immutabilità di trattamento (esigenza di risposte continue, flessibili e variabili nel tempo): come le misure del vestito non sono sempre le stesse, così come il tipo di vestito da confezionare o la stoffa da utilizzare... Sempre a patto che chi prenda le misure sia un sarto qualificato.

Non a caso in una pubblicazione<sup>(36)</sup> a cura della SIGG sono state identificati, come caratteristiche essenziali per una distribuzione integrata dell'assistenza di successo, alcuni requisiti indispensabili che riassumono gli aspetti qui discussi.

- *garantire e perseguire sempre la centralità del paziente*
- *far sì che vi sia un unico punto di accesso al sistema*
- *pianificare l'assistenza in maniera correlata alla stratificazione del rischio*
- *garantire un'assistenza focalizzata sull'identificazione dei bisogni e/o sull'anticipazione degli stessi*
- *garantire la condivisione delle informazioni a tutti i livelli dell'assistenza*
- *far sì che il coordinamento dell'assistenza sia longitudinale e prolungata nel tempo e non correlato solamente a specifici eventi*
- *pianificare l'assistenza in maniera interdisciplinare*

Questa dinamica è alla base del concetto della cd **“Preso in carico”**, vero fondamento di un’assistenza che, per definizione, è sia globale che compiutamente continuativa.

La presa in carico quindi non è solo un processo integrato e continuativo, ma rappresenta l’essenza del “prendersi cura” in quanto fornisce una metodologia di governo, di un insieme articolato e coordinato di interventi, che devono garantire il supporto all’autonomia dell’anziano fragile e/o dipendente (in pratica fornire una piena assistenza continuata e globale) nel luogo di cura più appropriato alla situazione del momento.

In tal modo si riuniscono i due concetti fondamentali del prestare cura ad un anziano fragile e/o dipendente (l’assistenza vera e propria nel suo insieme continuato e globale) ed il luogo più appropriato per farlo, nel divenire della situazione clinica di vita.

Si viene così a delineare il vero e proprio ‘rationale’ di una rete di servizi dedicata agli anziani fragili e/o dipendenti: ossia fornir loro le prestazioni necessarie nel luogo di cura più adeguato monitorandone le risposte nel tempo. Questo consente anche una allocazione dinamica, col cambiare dei bisogni e delle condizioni di autonomia.

Tale processo però, se pur basato sull’analisi dei bisogni degli anziani e dei loro familiari, anche dinamicamente nel tempo dipende non solo dalla presenza e dai livelli di integrazione tra servizi e istituzioni, ma anche dalla disponibilità di risorse a loro destinate (**variabile economico-finanziaria**). Quindi la presa in carico di un singolo dato anziano fragile e/o dipendente deve garantire con continuità il coerente evolversi del suo percorso di vita, prima ancora che di cura alla luce della disponibilità effettiva di servizi. In una visione culturale che fornisca un quadro compatibile non solo al mondo ideale ma anche reale si deve difatti tenere in debito conto anche la sostenibilità generale del sistema a rete.

In una visione così globale la presa in carico di un anziano fragile e/o dipendente o paziente geriatrico diviene quindi un processo in cui dinamicamente si articolano competenze professionali, funzionamento in rete dei servizi e integrazione tra sanitario e sociale alla luce della limitatezza delle risorse (sempre più contingente) con il necessario conseguente obiettivo di rendere fruibile con appropriatezza quanto a ciò destinato dai LEA (cd **“continuum di cura”**).

Nasce quindi da ciò l’esigenza di aggregare, almeno funzionalmente, i vari servizi con collegamento in rete delle diverse istituzioni partecipanti (cd **“rete dei servizi”**) partendo da una offerta di servizi capaci di garantire competenze specialistiche adeguate alle condizioni di fragilità.

Secondo una visione condivisa, la rete di servizi sanitari (e ancor meglio socio sanitari) si realizza garantendo alla popolazione target (nel nostro caso i pazienti geriatrici) qualità ed equità di accesso a specifiche prestazioni professionali, in un sistema in grado di eliminare ed evitare frammentazioni e duplica-

zioni (appropriatezza in economia di scala). Giova forse ricordare come già il POAN nel lontano 1992 identificava chiaramente nella Geriatria la specialità medica unica nel garantire con appropriatezza una gestione clinica di un tale tipo di assistenza.

---

Il Parlamento approvò il 30 gennaio 1992 il Progetto Obiettivo per la tutela della salute degli Anziani Nazionale o POAN "TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI", il quale evidenziava sia gli aspetti epidemiologici sia quelli organizzativi. In seguito il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996 recepì le indicazioni contenute, considerato anche il triennio di validità del Piano coincideva con l'ultimo triennio di validità del progetto.

Tra l'altro venne prevista la **"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"**.

---

Lo stesso DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" nell'area di integrazione socio sanitaria si riferisce, per l'area anziani, come normativa di riferimento al POAN.

Per funzionare una rete di servizi deve necessariamente:

- a) possedere una specifica identità con salde competenze specialistiche (in questo caso geriatriche);
- b) essere capace di far comunicare efficacemente tra loro i differenti professionisti in campo;
- c) essere supportata da spirito di innovazione.

Comunque una rete di servizi, pur con queste caratteristiche predominanti, non può rispondere ancora ai bisogni di quella data popolazione target se non si fonda necessariamente, come abbiamo già avuto modo di evidenziare, su chiari e solidi presupposti normativi: sia nazionali che regionali.

Tali aspetti sono non solo requisiti formali ma reali necessità al fine di garantire una rete di servizi strutturata e quindi realmente operativa.

Tali presupposti normativi nazionali - e regionali, questi pur con le loro attuali profonde disomogeneità, - sono andati a delineare una rete di servizi (domiciliari e residenziali) fondati principalmente su ADI ed RSA oltre che UGA.

Questi sono i principali setting dell'assistenza geriatrica.



La natura intrinsecamente indissolubile della cura alla persona rende inoltre quindi necessaria una piena integrazione con il comparto sociale per la tipologia socio sanitaria propria delle prestazioni erogate in servizi come RSA ed ADI o Centri Diurni.

---

### Caratteristiche di “fondo” dei servizi per l’assistenza continuativa<sup>(37)</sup>

*Non devono essere di “seconda categoria”*

- *No all’attivazione o accreditamento solo per motivazioni economiche (risparmio)*
- *No ad un’offerta di bassa qualità secondo il principio che “qualsiasi cosa è meglio di niente”*

*Devono essere in grado di raggiungere specifici obiettivi*

- *Caratteristiche architettoniche, organizzative e funzionali idonee*
- *Sicuro collocamento in un sistema di servizi integrati*

*Devono essere sottoposti ad un forte controllo di qualità*

- *Dimostrata capacità di raggiungimento degli obiettivi*

*Le tariffe devono essere in rapporto ai costi reali*

- *Tipologia degli utenti*
- *Complessità e durata dei trattamenti*

*Gli operatori devono avere una specifica formazione gerontologico-geriatrica*

---

Solo così si viene ad identificare una ‘Rete di servizi integrata per gli anziani fragili e/o dipendenti’ o ‘Rete di Servizi Geriatrici’ (concetto di **integrazione**) che si va a caratterizzare, a garanzia di livelli omogenei di assistenza, per aspetti:

- a) strutturali che rispondono all’esigenza di garantire la copertura di un dato territorio fornendo direttamente le attività ospedaliere, residenziali e domiciliari per la specialità di base e l’alta specialità con UGA, RSA, ADI e UVA e Centro Diurno;
- a) funzionali, come l’UVG, che rispondono all’esigenza di garantire l’accesso ai servizi e la qualità degli stessi, soprattutto identificando (attraverso la VMD) - e preferibilmente fornendo anche direttamente - le forme di sostegno più appropriate (con particolare riferimento all’assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale) per le persone anziane non autosufficienti nel divenire della storia clinico funzionale di quel dato anziano fragile e/o dipendente.

Eppure l'analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti (report del Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive" Bando 2003), tra le varie Regioni di Italia, ha mostrato chiaramente come questi siano caratterizzati (su base talvolta anche intra regionale n.d.r.) da una forte variabilità dell'offerta, alla quale conseguono sistemi tariffari differenziati, sia per quanto riguarda la quota a carico del servizio pubblico, che per quella a carico dell'utente o della sua famiglia.

Secondo tale ricerca se si esaminano i costi Lea (Livelli essenziali di assistenza) al 2002 in relazione ai due servizi cardine dell'assistenza sanitaria territoriale si ha una rapida idea delle differenze regionali in merito alle risorse destinate per i due servizi. Basti citare come il totale pro capite per cittadino residente per la somma dei servizi oscilla tra i 177,21 euro della Provincia Autonoma di Trento ai 9,99 della Regione Campania per una media nazionale pari a 52,11 euro per residente. Si tratta di differenze talmente marcate da non poter essere giustificate da specificità territoriali o di composizione demografica. D'altronde il quadro generale, emerso dall'indagine, evidenzia profonde differenziazioni regionali che in alcuni casi si traducono in un livello assolutamente insufficiente di offerta, nonché su alcune scelte di regolamentazione comportanti una estrema variabilità anche nella definizione dei servizi.

La stessa continuità nell'assistenza è oggi spesso poco più che uno slogan. Come specifica lo stesso report (in 'La rete dei servizi per l'anziano fragile: appunti per un decalogo') *"l'assistenza all'anziano nel suo insieme non deve essere progettata come un'area marginale, con interventi limitati e caratterizzata da un basso uso della tecnologia, ma deve trovare la confluenza di più professionalità nella valutazione multidimensionale dei bisogni, effettuata in modo semplificato ed efficace. È quindi necessaria un'affermazione di principio sulla parità dei diritti rispetto ai servizi, qualsiasi sia l'età e la condizione di salute della persona."*

Invece la nefasta congiuntura, tra le sempre più elevate difficoltà economiche con la crisi del supporto informale e le difficoltà crescenti delle famiglie, determina sempre più spesso discriminazioni nell'accesso al servizio sanitario e nella qualità dei servizi disponibili per la frammentarietà dell'offerta in aperto contrasto con il 'razionale' stesso di una rete di servizi.

In tal modo assume maggior senso il cd **"punto unico di accesso del cittadino"**. La creazione di uno sportello unico per le prestazioni sociali e sanitarie dovrebbe permettere di garantire al paziente anziano fragile ed alla sua famiglia, portatrice essa stessa di problematiche spesso complesse, una risposta appropriata in quanto tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Ciò però solo in presenza di una reale rete dei servizi geriatrici, completa nei suoi aspetti strutturali, ed idonea allo scopo in quanto completa di tutti i setting assistenziali (vedi LEA) necessari all'anziano fragile (**cd nodi della rete dei servizi geriatrici**).

Quindi le difficoltà della famiglia e dello stesso supporto informale (sinora positiva caratteristica del nostro paese) hanno consigliato, anche in Italia, il riconoscimento del case manager. Questi dovrebbe farsi carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza ed assumere la responsabilità dell'effettivo svolgersi del percorso stesso. Ciò al fine di evitare che l'anziano fragile non sia discriminato ovvero non sia accettato o espulso oppure resti addirittura 'imbrigliato' nella rete di servizi, sempre se esistenti.

Si sono venuti così a sovrapporre, nell'assistenza a lungo termine, all'anziano fragile tutta una serie di necessità, prestazioni, servizi e quindi sigle che hanno 'arricchito' il ventaglio di possibilità, pur con il contraltare di qualche rischio neppure solo potenziale. Difatti intrinsecamente commessa alla variabilità c'è la confusione ... con risvolti sempre negativi sulla qualità.

Proprio la varietà di denominazioni e sigle in campo (appartenenti ai termini innanzi ricordati, che sono tutt'altro che sinonimi) ci spingono a suggerire, nel loro uso, una estrema cautela. Si impone per questo un attimo di riflessione.

Parlare - e troppo spesso in maniera indistinta - di 'continuum assistenziale', 'rete dei servizi', nodi della rete dei servizi, setting assistenziali, presa in carico globale, porta unica di accesso, caregiver, VMD, UVG e/o... UVI..., senz'altro indica un grande attenzione rivolta alla materia, ma non da meno può anche essere un indice della confusione imperante e/o, addirittura, ingenerare una visione distorta negli 'stakeholders', così come in tutti quelli che non sono perfettamente a conoscenza di quello che è, o dovrebbe essere, la **geriatria** ovvero il **prendersi cura degli anziani fragili nella loro complessità**.

Complessità non solo clinica ma anche nel senso più compiuto. *“L'attuale sistema sanitario nazionale (SSN), sempre più socio-sanitario, non ha ancora acquisito le qualità raccomandate dalla ricerca geriatrica in cui, accanto alla valutazione multidimensionale geriatrica (VMD), si realizza l'interdisciplinarietà, la continuità assistenziale e la comunicazione fra medico ed anziano”*<sup>(38)</sup>.

Molti, proprio in seguito a tale approccio superficiale, perdono di vista (o addirittura scotomizzano) quelli che sono i fondamenti della Long Term Care.

Si rischia di togliere significato alle parole, far perdere loro del tutto il rapporto originario con i concetti alle fondamenta del loro uso. Queste si tramutano così in vuoti simboli astratti. Così come nel vitello d'oro (Esodo libro 32) ognuno può crearsi la propria rappresentazione.

Si rischia difatti di rinnovare una sorta di ritorno al paganesimo, di adorare un idolo sì d'oro ma che non ha più niente di veramente sacro.

Oggi questo atteggiamento ha preso il volto dell'Ageismo.

L'Ageismo si può definire come la discriminazione dell'anziano in campo sanitario. Pur essendo eticamente inaccettabile come ogni processo discriminatorio in medicina (al pari di razzismo e sessismo) c'è estrema difficoltà non solo a bandirlo ma addirittura a riconoscere che esista. L'ageismo può andare dalla ridotta peri-

mentazione di tecnologia specifica per l'anziano alla sua ridotta utilizzazione a favore di anziani ovvero prendere l'aspetto di vero e proprio abuso verso un anziano.

È chiaro che in tal modo si contrastano sia la Costituzione che il codice Dentologico andando a ledere il principio basilare dell'equità del diritto di accesso alle cure.

Un altro preciso indicatore di questo atteggiamento, ormai anche non larvato 'ageismo', è la stranamente scarsa attenzione rivolta a quelli che sono i luoghi di cura degli anziani che, in quanto nodi centrali di una rete di servizi dedicati ad una popolazione di per se 'fragile', abbisognano – come più volte sottolineato - di un elevato contenuto professionale. Di questi contenuti operativi se ne parla troppo poco. La massima attenzione invece è dedicata alle contingenze economico finanziarie (domiciliarità come risparmio) ovvero alle sovrastrutture burocratico amministrative in gioco (organizzazione gestionale): **viene data attenzione al controllo invece che alla gestione.**

Questi, che pur sono aspetti importanti in quanto elementi di efficienza, e di processo, diventano nei fatti però gli unici argomenti affrontati nella programmazione dei servizi di molti SSSRR. Si trascurano o addirittura, in alcuni casi, si disconoscono le basi culturali, ormai da decenni patrimonio della comunità scientifica internazionale e nazionale e fatti propri sia dall'OMS che dallo stesso Parlamento Nazionale, a partire dello stesso POAN del 1992.

Il dibattito sui contenuti professionali langue e l'attenzione sembra unicamente rivolta a come risparmiare sulle cure agli anziani fragili, fissando solo come unici obiettivi quelli di spesa (**razionamento vs razionalizzazione**). Al massimo talora ci si spinge a valutare le diverse modalità di finanziamento di appositi fondi a ciò dedicati (fondi per la non autosufficienza) in relazione ai servizi erogati.

A tale proposito in un editoriale del 2006<sup>(39)</sup> un eminente geriatra italiano, L. Ferrucci, concludeva a questo proposito: *“La vecchiaia è un periodo di contrasti, dove il dolore e la gioia raggiungono i limiti più estremi e l'attaccamento alla realtà contingente, alla vita, sono massimi. I poeti dicono bugie. Non c'è nessun crepuscolo... nessun oblio. Gli anziani gridano, chiedono il nostro aiuto”*.

È questo un modello accettabile e sostenibile ?

Anzi, esiste una rete di servizi per gli anziani fragili?

La risposta, la stessa dell'esperienza quotidiana di tutti gli operatori del settore, è chiaramente espressa dalla considerazione che *“le famiglie italiane sostengono in maniera sempre più problematica i costi finanziari e psicosociali provocati dalla fragilità dei propri anziani, per non parlare delle condizioni di vita e di lavoro delle badanti, soprattutto perché il lavoro di cura viene svolto in termini separati dal contesto dei servizi sociali e sanitari e senza alcuna competenza esplicita da parte dei vari “care-giver” coinvolti, prevalente sconnessi da una reale rete di servizi geriatrici. Ancora di più in prospettiva il sistema di welfare basato sulla famiglia appare non sostenibile per il forte aumento di persone anziane e vecchie e l'altrettanto forte riduzione di figli adulti”*<sup>(40)</sup>.

Lo stesso rapporto presentato dal Governo in carica nel luglio 2010 “Rapporto sulla non autosufficienza” presenta considerazioni simili e di ampia condivisione<sup>(41)</sup>.

Tale rapporto riprende anche una proposta per il futuro già avanzata nel precedente “Libro bianco sul futuro del modello sociale” nel maggio 2009: “*La crescita di un nuovo secondo pilastro con nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, rivisitando anche lo strumento delle società di mutuo soccorso, è rilevante anche al fine di valorizzare nuove forme di produzione dei servizi che fanno tradizionalmente parte dell’offerta dello Stato sociale*”. Individua una soluzione nello sviluppo di fondi integrativi privati.

D'altronde le modifiche del Titolo V, Parte II, della Costituzione in materia di assistenza sociale e sanitaria hanno profondamente cambiato i presupposti del finanziamento dei servizi sociali e sanitari.

Infatti per questi ultimi si tratta di competenza concorrente, con piena autonomia sugli assetti organizzativi dei servizi sanitari, nell’ambito dei principi generali adottati a livello nazionale. Invece per l’assistenza sociale la competenza delle Regioni è ancora più ampia, di tipo esclusivo.

Questo nuovo assetto ha di fatto creato le premesse per sviluppare politiche regionali - tra l’altro anche molto difformi nei modelli tra loro - a favore della non autosufficienza, basate soprattutto su modelli di servizi assistenziali e sullo sviluppo di un mercato di prestazioni in particolare per l’assistenza alla persona.

Questo assetto non potrà che ulteriormente consolidarsi a meno di un provvedimento nazionale specifico sul tema della non autosufficienza (N.A.).

Ciononostante pur in presenza di una forte e sentita esigenza di affrontare il tema dell’autosufficienza – grande priorità per il nostro Paese, ancora di più in queste contingenze economiche – vi sono delle resistenze allo sviluppo di tale normativa talmente forti da congelarne di fatto la discussione.

Si tratta di atteggiamenti divergenti che riguardano la paura di perdere posizioni avvantaggiate – attesa la quasi certa fusione dei finanziamenti – che la paura di perdita di controllo sulla gestione complessiva.

---

*Nella fase attuale, l’obiettivo sarebbe invece quello di definire una strategia unitaria di long term care, allo scopo di:*

- *facilitare la permanenza della persona non autosufficiente all’interno del nucleo familiare o del tessuto sociale, sostenendo realmente le famiglie. A tal fine vanno ridefinite le finalità e le modalità dell’intervento pubblico, che deve superare l’attuale ruolo di residualità e assumere nuove responsabilità di garanzia, sostegno economico, supporto operativo e professionale, nonché di controllo;*
- *attivare interventi volti alla prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, con particolare attenzione alla presenza di condizioni di fragilità;*

- *rimuovere le cause che possono concorrere all'emarginazione delle persone fragili e non autosufficienti;*
- *favorire l'accesso alla rete dei servizi, con particolare riguardo agli interventi alla persona, all'assistenza domiciliare, all'assistenza diurna e, quando necessario, all'assistenza residenziale;*
- *sostenere e sviluppare iniziative di solidarietà.*<sup>(43)</sup>

In pratica nel dibattito attuale si attua un vero e proprio scollamento tra finanziamento dei servizi e basi operative (in assoluto dispregio di quello che è il vero e proprio governo clinico della fragilità bell'anziano) con ricadute negative non solo sugli stessi costi gestionali ma, ancora di più, sui risultati in termini di sofferenze umane e peggioramento dello stato funzionale con una perversa spirale negativa sugli stessi costi.

Le conseguenze sono evidenti a tutti coloro che hanno cari in situazione di fragilità. Molti anziani fragili le subiscono invece nel silenzio a cui sono condannati. Le carenze - in non pochi casi l'assenza di offerta di servizi geriatrici - costringono molti familiari (per gli anziani 'fortunati nella dipendenza' che li mantengono al loro fianco) a rivolgersi all'offerta privata 'cash'. Basti pensare al fenomeno, quasi tutto italiano, delle badanti anche chiamate "assistenti familiari" (risposta privata delle famiglie al proclama pubblico dei caregiver). Ulteriore assurda conseguenza è che alcuni, più confusi, arrivando a disconoscere le basi scientifico-culturali e anche normative dell'assistenza agli anziani fragili, si chiedono e talora proclamano, che parlare di rete dei servizi e assistenza continuativa in geriatria sia solo una moda del passato. Alcuni arrivano ancora peggio a comprendere e confondere la fragilità degli anziani nell'area della disabilità: con il corollario dell'arrivare a pensare "che bisogno c'è quindi di servizi specifici e quindi della stessa rete?" Non è questione solo di ignorare i presupposti della LTC si arriva a negarne le basi culturali: ecco di nuovo l'ageismo...

Questi atteggiamenti, ci spiegano, non certo giustificano la nascita di una stratificata classificazione sistematica, spesso solo burocratica, di servizi (solo nominalmente a rete) con scarsa o nulla offerta di prestazioni specifiche per gli anziani fragili e/o dipendenti.

Si spiega così anche il fatto che alcune regioni ignorano completamente l'assistenza agli anziani nella programmazione dei loro servizi. Si veda il caso della Regione Campania la quale, nei recenti atti di riconversione ospedaliera e quindi dell'assistenza territoriale e delle Cure Domiciliari, ha di fatto disconosciuto le linee programmatiche ministeriali evitando di fatto ogni riferimento a reti di servizio geriatriche o a pazienti anziani, pur ben chiarite nelle precedenti scelte programmatiche<sup>(44)</sup>.

Invece la ricerca scientifica ha già indagato in proposito ponendosi tra i vari anche i seguenti quesiti:

- I vari nodi della rete possono permettere di curare gli anziani (cioè di dar loro una risposta sanitaria corretta in termini di efficacia ed efficienza e quindi con piena appropriatezza)?
- Si può intendere una geriatria senza rete dei servizi?
- Gli anziani curati nei vari nodi della rete sono ‘diversi’ tra loro?

Risposte esaurienti e modelli di riferimento sono stati più volte proposti e discussi in svariati consessi internazionali<sup>(45)</sup>.

Il tutto si basa su esperienze e studi scientifici messi a disposizione dalla letteratura nazionale ed internazionale, da molto – e verrebbe dire da troppo - tempo. Basti ricordare che la Geriatria è nata circa un secolo or sono dagli studi del Dott. Ignatz Leo Nascher, nato a Vienna e naturalizzato cittadino USA. Esercitando la professione a New York, ma alla luce del suo retroterra culturale mitteleuropeo, pubblicò nel 1909<sup>(46)</sup> un suo primo lavoro in cui presentò un nuovo termine da lui coniato: Geriatria. Quindi nel 1914<sup>(47)</sup> pubblicò il primo vero e proprio testo sulla materia. Con i suoi studi rigettò l'erroneo modello patologico della vecchiaia, supportato anche dal premio nobel Elie Metchnikoff, ponendo le basi del concetto di fragilità. Il Dott. Nascher comprese in pieno ed affermò la specificità delle malattie e delle cure cliniche legate ai problemi di invecchiamento. Chiari quindi come di conseguenza la Geriatria debba essere necessariamente considerata una specialità ben distinta dalle altre. Fondò nel 1915 la “New York Geriatrics Society”.

La Dott.ssa Marjory Warren, del Middlesex Hospital, può ritenersi invece l'iniziatrice della Geriatria: evidenziò come gli anziani negli ospedali del Regno Unito ricevevano insufficiente trattamento, diagnosi sommarie, e necessitavano di interventi riabilitativi e multidisciplinari<sup>(48)</sup>.

In maniera simile, non lontano e nello stesso periodo il Dott. Lionel Cosin, chirurgo, considerato il pioniere dell'ortogeriatrics, conìò la frase “**Bed is bad**” (“l'allettamento è negativo”), e ridusse drasticamente la durata delle degenze per frattura del femore<sup>(49)</sup>.

Sulla scia degli studi di Nascher la Warren avanzò quindi la famosa idea del “**Diagram of a Geriatric Service**” (Br. Med. J., 1947). Le proposte della Warren verranno quasi subito accettate ed inserite nel Servizio Sanitario Nazionale Inglese (NHS National Health Service nel 1948), che è stato il punto di riferimento per quello italiano attuato molti anni dopo (nel 1978). L'attivazione di una rete articolata di servizi per l'anziano sia a livello ospedaliero (dipartimento geriatrico) che extraospedaliero (alla base dell'idea della Warren), consente in pochi anni di ridurre sensibilmente il bisogno di posti letto per malati anziani cronici, considerati irrecuperabili. Vale la pena ricordare che in quegli anni, immediatamente postbellici (II Guerra mondiale) l'assenza forzata della maggior parte degli uomini, al fronte e



il rimpiazzo nelle fabbriche con le donne, quale forza lavoro, aveva creato un forte sovraccarico negli ospedali nel Regno Unito, divenuti sempre più rifugio per anziani senza cure parentali quindi avviati ad un tragico destino di allettamento. Da qui la ripetuta affermazione del ministero della Sanità di quel paese che “senza la nascita della Geriatria il NHSS non avrebbe potuto cominciare, anche perché non ci sarebbero stati abbastanza letti per tutte le specialità ospedaliere”<sup>(50)</sup>.

Su questa traccia il Dott. Cosin continuò il suo impegno<sup>(51)</sup> e il Dott. E. Brooke stabilì che la valutazione a domicilio poteva migliorare la qualità delle cure per gli anziani: la Geriatria ha svuotato gli ospedali curando al meglio gli anziani e favorendone la domiciliarizzazione<sup>(52, 53)</sup>.

Eppure in Italia il SSN, pur recependo in pieno la “lezione” del NHS, si è “solumamente” dimenticato di programmare i servizi per gli anziani non autosufficienti, ancora di più in una ottica a rete socio sanitaria, separando di netto la riabilitazione dagli altri aspetti clinici e sociali: vero asse portante della riforma del NHS, come ebbero a notare R. Balestreri, R. Fellin e U. Senin già nel lontano 1988.

Giova comunque ricordare come all'epoca si aprì un dibattito supportato anche da autorevoli pareri, concordi su tali aspetti, avanzati da autorevoli clinici di altre specialità e con incarichi prestigiosi<sup>(54)</sup>. Il POAN nel 1992, anche sulla spinta del dibattito e di tali evidenze scientifiche cercò di riparare a tale errore.

Tutto questo, in positivo, è stato recentemente ben esplicitato nel quaderno n.6 del dicembre 2010 prodotto a cura del Ministero della Salute<sup>(55)</sup>. La capacità di sintesi e l'estrema chiarezza delle affermazioni a firma del Ministro in carica all'epoca rendono più che opportuna la citazione:

---

*“...Il Sistema Sociosanitario viene pertanto chiamato a rispondere in maniera adeguata a questi mutamenti nell'assetto demografico della popolazione, considerando che l'invecchiamento non è una malattia, non è prevedibile, né curabile, pertanto vi può essere un invecchiamento normale, così come un invecchiamento patologico (associato appunto alla presenza di più problematiche).*

*Con il paziente anziano si rende necessario il superamento del tradizionale approccio medico, concentrandosi su una valutazione multidimensionale centrata sulla persona, che consideri la totalità e la complessità del paziente geriatrico, valutandone lo stato cognitivo, la funzione fisica, il tono dell'umore e le condizioni socioeconomiche. L'elaborazione di specifici percorsi assistenziali e terapeutici adeguati, controllati e validati consente di individuare l'anziano fragile, per migliorare la qualità della vita, ridurre la disabilità fisica, cognitiva e comportamentale e, al tempo stesso, diminuire i ricoveri impropri, con una conseguente riduzione della spesa sociosanitaria. L'obiettivo primario della medicina geriatrica è ridurre al minimo gli esiti negativi delle malattie croniche ottimizzando il funzionamento delle capacità residue, per far raggiungere alla persona la migliore qualità di vita possibile.*

*Il nuovo approccio nei confronti della cura dell'anziano e la flessibilità degli strumenti di valutazione consentono di affrontare il concetto di continuità delle cure per questa popolazione, che prevede la possibilità di seguire il paziente anche in luoghi di cura diversi.*

*La politica sanitaria si muove, pertanto, nella direzione di un'assistenza continuativa che, basandosi su un'adeguata integrazione funzionale tra le componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sociali, assicura la continuità dei servizi per gli anziani.*

*Compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali e abitative della persona anziana, l'impegno del SSN è volto all'incremento delle cure domiciliari per mantenere l'anziano al proprio domicilio, privilegiando, ove possibile, le cure domiciliari all'istituzionalizzazione.*

*La presa in carico globale necessita di un'adeguata costruzione di una rete di servizi sul territorio per il paziente anziano, ... Pertanto, i servizi devono essere organizzati in rete con il coinvolgimento dei soggetti istituzionali e sociali impegnati nella promozione e nella tutela della salute degli anziani, realizzando una continuità fra ospedale, strutture residenziali e territorio e la predisposizione di percorsi assistenziali e riabilitativi personalizzati appropriati, in grado di fornire quelle risposte flessibili e differenziate delle quali le persone anziane hanno bisogno.*

**Prof. Ferruccio Fazio** Ministro della Salute

Questo approccio, di per sé complessivamente adeguato e corretto, pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini anziani fragili e loro familiari, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità nel solco dell'appropriatezza. In sintesi si tratta di arrivare a sviluppare quello che è il cd **Governo Clinico**. Quest'ultimo è un tassello fondamentale per l'ammodernamento dello stesso SSN. Per fare questo sono necessari specifici modelli organizzativi delle attività cui fare riferimento, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria, oltre che clinica: ne è un possibile modello la struttura dipartimentale.

Appare fuor di dubbio a questo punto come sia importante aprire un dibattito, sereno e se necessario acceso, non tanto sui fondamenti culturali del LTC, universalmente riconosciuti, quanto sul come e perché venga disconosciuto il diritto degli anziani fragili ad avere a disposizione quanto necessario: servizi previsti e garantiti dai LEA.

**Basterebbe cominciare col chiedere una risposta ad un semplice quesito: Perché in Italia è un tabù parlare di rete di Servizi Geriatrici? Se non proprio chiedersi come mai in alcuni SSR in Italia la parola anziano è accuratamente evitata e se presente ricompresa in altre diverse aree?**

Gli anziani fragili hanno diritto (contro ogni ageismo) a cure specialistiche qualunque sia il luogo di cura determinato, anche se conseguente a contingenze organizzative<sup>(56)</sup>. Tali contingenze al contrario spesso sono tali proprio per la mancata programmazione e/o attivazione di modelli organizzativi (anche dipartimentali) dedicati e centrati sulla clinica geriatrica come dimostra il confronto tra NHS e SSN.

La Geriatria è nata sì come sistema a rete di cure continue ma è sempre clinica, che esiste per prevenire e curare le malattie dell'invecchiamento. **Le reti di servizi e il finanziamento delle stesse sono momenti sì determinanti, ma non possono cancellare l'aspetto basilare della cura che è il dare una risposta clinica al massimo delle competenze specialistiche esistenti ad ogni singolo individuo, non di meno quando si tratta di anziani fragili.** I servizi e le reti integrate, così come la continuità delle cure, sono null'altro che mezzi: si tratti di curare complicanze multiple a cascata e prevenire le complicanze disabilitanti di una comorbidità attiva acuta in ospedale o le conseguenze disabilitanti di malattie croniche al domicilio di anziani col supporto della famiglia oppure istituzionalizzati ovvero, infine, prevenire o stabilizzare lo stato di salute di un anziano fragile in ambulatorio. Se poi alla pratica clinica si arrivasse a coniugare la pratica della ricerca applicata<sup>(57)</sup> - per essere pienamente coscienti non solo di quello che si può fare, ma anche di quello che si dovrebbe poter fare per il singolo paziente geriatrico - potremmo raggiungere il "golden standard", a costo zero semplicemente utilizzando le competenze già esistenti. Questo nel sistema pubblico che oggi troppo spesso, per colpa di miopi - o addirittura cieche - scelte programmatiche, rimanda desolatamente alle atmosfere del "Deserto dei Tartari"<sup>(58)</sup>.

## Bibliografia

1. Adkins BS. Council on the Aging: the watchdog for needs and rights of older Americans. *Geriatrics* 1976;31:34-9.
2. Brocklehurst JC, Robertson D, James-Groom P. Skeletal deformities in the elderly and their effect on posturals way. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:534-8.
3. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:1-17.
4. Fried LP. Conference on the physiologic basis of frailty. April 28, 1992. Baltimore, Maryland, U.S.A. Introduction. *Aging (Milano)* 1992;4:251-2.
5. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ* 1994;150:489-95.

6. Rockwood K, Stolee P, McDowell I. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:578-82.
7. Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, et al. Health status assessment for elderly patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:562-9.
8. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997;26:315-8.
9. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander J, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. New York: McGraw Hill 1998, p. 1387-1402.
10. Walston J, Fried LP. Frailty and the older man. *Med Clin North Am* 1999; 83:1173-94.
11. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander J, Tinetti M, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th ed. New York: McGraw Hill 2003, p. 1487-502.
12. Bergman H., Ferrucci L., Guralnik J., Hogan D.B., Hummel S., Karunananthan S., Wolfson C., Frailty: an emerging research and clinical paradigm - issues and controversies. *J.Gerontol.A.Biol.Sci.Med.Sci.* 2007; 62:731-737.
13. Walston J., Hadley E.C., Ferrucci L., Guralnik J.M., Newman A.B., Studenski S.A., Ershler W.B., Harris T., Fried L.P., Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 2006;54: 991-1001.
14. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J.Gerontol.A.Biol.Sci.Med.Sci.* 2001;56:M146-156.
15. Lachs M.S., Feinstein A.R., Cooney L.M.Jr., Drickamer M.A., Marottoli R.A., Pannill F.C., Tinetti M.E.. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann. Intern.Med.*, 1990;112: 699-706.
16. Rockwood K., Stadnyk K., MacKnight C., McDowell I., Hebert R., Hogan D.B. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999;353:205-206.

17. Faber M.J., Bosscher R.J., Chin A.P.M., van Wieringen P.C.. Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: a multicenter randomized controlled trial. *Arch.Phys.Med.Rehabil*, 2006;87:885- 896.
18. Salvioli G. (a cura di). Forum sulla fragilità dell'anziano. *G.Gerontol.* 2006; 54:260-270.
19. Beland F., Bergman H., Lebel P., Clarfield M., Tousignant P., Contandriopoulos A.P., Dallaire L.. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J.Gerontol. A.Biol.Sci.Med.Sci.*, 2006;61:367-373.
20. Mendes de Leon C.F., Glass T.A., Beckett L.A., Seeman T.E., Evans D.A., Berkman L.F., Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *J.Gerontol.B.Psychol.Sci.Soc.Sci.*, 1999;54:S162-S172.
21. Pilotto A., Ferrucci L.. Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale, *G.Gerontol.*. 2011;59:125-129.
22. Campbell H., Integrated care pathways. *BMJ*, 1998, 316: 133-7.
23. Delnoij D et al.. Integrated Care in an International Perspective. in *International Journal of Integrated Care*, 2002.
24. Dennis L. Kodner, Spreeuwenberg C.. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications A Discussion Paper, in *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2, 2002.
25. Wittenberg R at al.. Future demand for long-term care in the UK. London School of Economics/Joseph Rowntree Foundation, 2004.
26. Lloyd J., Wait S.. Integrated Care: A Guide for Policymaker's. European Social Network Conference in Edimburgh 2005, Alliance for Health and the Future, 2006.
27. Alaszewski A., Billings J., Coxon K.. Integrated health and social care for older persons: Theoretical and conceptual issues. Centre for Health Services Studies University of Kent at Canterbury, 2003.
28. Banks P. Policy Framework for Integrated Care for Older People. Working Paper, King's Fund, 2004.
29. Kodner, D.L, Kay Kyriacou, C.. Fully integrated care for elderly: Two American models. in *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1, 2000.
30. Leichsenring K.. Providing integrated health and social care for older persons - A European overview. European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2003.

31. Bernabei R., Landi F., Onder G., Liperoti R., Gambassi G., Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care, in "Journal of Gerontology", 63A: pp. 308-313, 2008.
32. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6.
33. Ferrucci L, Marchionni N, Abate G, et al. Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *G.Gerontol* 2001; 49: 1-73.
34. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009 del Network Non Autosufficienza (NNA), promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento,, Maggioli, pagg 17-18, 2010.
35. Burgio A., Battisti A., Solipaca A., Colosimo S.C., Sicuro L, Damiani.G., Baldassarre G., Milan G., Tamburrano T., Cialesi R., Ricciardi W., La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano, Contributi ISTAT, n. 4/2010
36. Modelli di valutazione e d'intervento nei pazienti anziani. R.Nardi 161 in *Le basi culturali della Geriatria* a cura di R.A.Incalzi, SIGG, 2005.
37. Brizioli E., Romano M., Senin U., Trabucchi M.. La rete dei servizi per anziani. In: Trabucchi M, ed. *Residenze sanitarie per anziani*. Bologna: Fondazione Smith Kline, Il Mulino, 2002: 549-68.
38. Salvioli G., Foroni M., *La Medicina della Complessità, la Medicina Interna e la Geriatria*, *G Gerontol* 2008;56:1-10.
39. Ferrucci L., I poeti dicono bugie - Poets are lying, *Giornale di Gerontologia*, 2006, 54:1-4.
40. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2° Rapporto del Network Non Autosufficienza (NNA), promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli, 2010.
41. Rapporto sulla non autosufficienza 2010 in Italia, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2011.
42. Libro Bianco sul futuro del modello sociale, *La vita buona nella società attiva*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2009.
43. Bellentani M.D., Bugliari Armenio L.. *I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni*. Sezione Organizzazione Servizi Sanitari AGE.NA.S, Novembre 2009.

44. Decreto del Commissario ad Acta n.49/2010 “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale ... - Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011 “Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari – Il sistema dei Servizi Domiciliari in Campania.
45. Rechel B., Doyle Y., Grundy E., McKee M.. How can health systems respond to population ageing? Policy brief n.10 health systems and policy analysis, 2009; Active Ageing. A Policy Framework, WHO/NMH/NPH/02.8.
46. Nascher Ignatz Leo, Geriatrics, New York Medical Journal, 1909; 90: 358-9.
47. Nascher Ignatz Leo, Geriatrics: The disease of the old age and their treatment, Philadelphia, P. Blakiston's Son & Co, 1914.
48. Warren M.W., Care of the chronic aged sick, Lancet, 1943 ii: 822-3.
49. Cosin L., Organizing a geriatric department., Br.Med.J., 1947. Dec 27;2 (4538): 1044-6 .
50. Warren Marjor: the mother of geriatrics., Hong Kong, Journal of the Hong Kong Geriatrics Society, 2000. Vol.10 No. 2.
51. Cosin L., Geriatric rehabilitation, Geriatrics, 1948. Sep-Oct;3(5):294.
52. Morley J.E., A brief history of Geriatrics., J Gerontol., 2004. 59A: 1132-52.
53. Barton A., History of the development of geriatric medicine in the UK., Postgraduate medical Journal., 2003. 79:229-234.
54. Parodi E. Fondamenti di una politica per gli anziani come fondamento di una politica per i diritti umani. Federazione Medica 1985;38:341-2.
55. Quaderni del Ministero della Salute, Criteri di appropriatezza clinica tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, Quaderno N.6, Nov. Dic. 2010.
56. European report on preventing elder maltreatment, Edited by Dinesh Sethi, Sara Wood, Francesco Mitis, Mark Bellis, Bridget Penhale, Isabel Iborra Marmolejo, Ariela Lowenstein, Gillian Manthorpe & Freja Ulvestad Kärki, WHO regional office for Europe, 2011.
57. Ferrucci F., Il piede nel passato, le mani nel presente ed il cervello nel futuro. Pensieri su geriatria ed anziano fragile, G.Gerontol. 2006;54:547-551.
58. Buzzati D. Il deserto dei Tartari, 1ª ed. originale 1940.



