



Società Italiana di
Gerontologia e
Geriatría

EDITORIALE
EDITORIAL

Invecchiamento della popolazione e necessità di una nuova formazione in medicina

Aging people: the need for a new medical education

U. SENIN, P. MECOCCI, A. CHERUBINI

Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia

Parole chiave: Anziani • Formazione medica • Geriatria

Key words: Old people • Medical education • Geriatric

Scrivono Paul Plsek, Direttore dell'University College di Londra e Trisha Greenhalgh, docente di "Cure Primarie" della stessa Università, in un loro articolo pubblicato nel 2001 sul BMJ ¹: *"Sono passati poco più di trent'anni da quando il medico di medicina generale aveva la totale responsabilità del malato, che seguiva quasi sempre da solo nel proprio ambulatorio, contattava saltuariamente lo specialista per chiedergli qualche consiglio, affidava ad una sola rivista scientifica il suo aggiornamento, dedicava non più di un'ora alla settimana per le attività amministrative; e lo specialista esercitava la professione esclusivamente in ospedale, occupandosi delle malattie di un solo organo od apparato, ruolo nel quale veniva unanimemente riconosciuto come il massimo esperto, ed era libero da qualsiasi impegno burocratico ..."*

Oggi il modo di operare del medico è profondamente diverso perché, continuano gli Autori: *"è cambiata l'epidemiologia: da un sistema sanitario costruito nei secoli per la lotta alle malattie infettive, basata sulla identificazione, eliminazione o controllo dell'agente causale, si è passati ad una realtà nella quale sono le malattie croniche a prevalere, che non riconoscono uno specifico e singolo agente causale, alla cui patogenesi concorrono numerosi fattori e dove predisposizione genetica, ambiente e stile di vita hanno un ruolo non meno importante."*

La differenza con il passato è ancora più evidente quando il paziente al quale il medico si rivolge sia un anziano, ancor più se si tratta di un soggetto molto anziano. È infatti soprattutto nei confronti di questa tipologia di pazienti che il suo lavoro è diventato particolarmente impegnativo.

Questo è quanto denunciato in un recente studio dalla Associazione dei Medici di Medicina Generale statunitensi pubblicato su Gerontologist ² per le motivazioni di seguito elencate:

- *i pazienti anziani presentano problematiche mediche di particolare complessità, sono vulnerabili, spesso sono cognitivamente deteriorati, affetti contemporaneamente da più malattie e da deficit neurosensoriali ed hanno scarse possibilità di miglioramento;*
- *l'interazione con questi pazienti è resa ardua dalla frequente difficoltà di*



PACINeditore

■ Corrispondenza: U. Senin, Sezione di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Perugia.

comunicazione e dalla necessità di coinvolgimento dell'intero nucleo familiare; il tempo richiesto è maggiore, con in più la percezione dell'inefficacia degli interventi che, oltre tutto, spesso pongono dilemmi etici ai quali non è facile dare risposta;

- l'impegno professionale è elevato per quanto riguarda le attività di segreteria, amministrative e burocratiche, per i più numerosi contatti telefonici, le maggiori richieste di documentazione, nonché per le più impegnative pratiche assicurative anche per timore di azioni legali;
- la maggior parte delle difficoltà incontrate nell'esperienza professionale con i pazienti anziani potrebbero essere ridotte modificando l'organizzazione sanitaria ed il tipo di formazione

L'espressione più efficace per stigmatizzare le necessità che la medicina riconsideri drasticamente la propria metodologie ed i propri obiettivi, è quella del tutto recentemente formulata da Mary Tinetti, direttore del Dipartimento di Medicina Interna, Epidemiologia e Salute Pubblica della Facoltà di Medicina di Yale: *"La fine dell'era delle malattie ..."* è il titolo di un suo articolo comparso sull'*American Journal of Medicine* nel febbraio 2004, nel quale fornisce una elaborata spiegazione dei motivi per i quali l'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e terapia della singola malattia, è oggi del tutto anacronistico se non dannoso. Esso, infatti, non tiene conto della comorbilità, dell'influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali sullo stato di salute; così come del fatto che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata ³.

A fronte di così profondi e rapidi cambiamenti nel mondo della medicina, la formazione del medico non si è invece sostanzialmente modificata.

In un articolo-denuncia sulla salute dell'anziano della Associazione Medica Americana pubblicato su un numero di *Archives of Internal Medicine* del 1990 così si legge: *"La sfida che la crescita esplosiva della popolazione anziana pone negli anni a venire alla classe medica, ai ricercatori ed all'intero sistema socio sanitario è enorme ... È necessario prepararsi a saper gestire in maniera adeguata problematiche mai prima affrontate. Infatti, se l'aumento dell'aspettativa di vita ormai consente a molti soggetti di raggiungere*

l'età anziana in discreto benessere ed indipendenza, essa contemporaneamente sta determinando l'aumento esponenziale di una nuova categoria di malati, quella degli anziani caratterizzati da una particolare vulnerabilità per la contemporanea presenza di più malattie croniche, fragilità e disabilità, tali da richiedere elevate e specifiche competenze professionali ed una diversa e specifica organizzazione assistenziale" ⁴.

Espressione della inadeguata gestione di questa nuova categoria di malati, si continua nel documento, sono: *le diagnosi incomplete e scorrette, la eccessiva prescrizione di farmaci, le istituzionalizzazioni inappropriate, il cattivo coordinamento dei servizi territoriali di supporto, lo scarso ricorso agli interventi riabilitativi"*.

Da qui la necessità, sostengono gli Autori: *"di inserire la medicina geriatrica nei curricula delle facoltà mediche; che le specialità diano maggiore spazio alla formazione ed alla ricerca sui problemi dell'invecchiamento e dell'assistenza ai pazienti anziani; che le commissioni deputate a certificare la competenza delle diverse discipline specialistiche verifichino che le conoscenze in merito all'assistenza delle persone anziane siano adeguate; che vengano attivati programmi di formazione nelle residenze e nei servizi assistenziali per gli anziani"*.

Che la formazione del medico debba avvenire anche in sedi diverse dall'ospedale è quanto era stato già affermato da Schroeder e coll in un editoriale comparso su un numero di *JAMA* del 1989: *"L'insegnamento della medicina in questi ultimi 50 anni ha avuto come oggetto principale la cura del paziente ricoverato nell'ospedale per acuti. Questo modello, se è appropriato per un paziente di 35 anni, lo è molto meno per uno di 80. Continuando ad occuparsi del malato acuto, trascurando le problematiche più complesse della conservazione e del miglioramento dell'autonomia funzionale nell'individuo disabile, il sistema di formazione del medico non ha saputo rispondere ad un importante bisogno sociale"* ⁵.

Esemplificativi di quanto impreparata fosse la classe medica statunitense a gestire i pazienti anziani, sono i risultati di uno studio che dimostravano come il tempo dedicato dai medici di medicina generale e dagli specialisti per visitare l'anziano fosse mediamente inferiore a quello dedicato al giovane-adulto, nonostante che maggiori e più complesse fossero le problematiche da affrontare nel paziente di età avanzata ⁶.

Dell'assoluta necessità che a tutti i medici sia ga-

rantita una idonea formazione in geriatria (*“educational imperative”*) – perché *“la disciplina va oltre la semplice applicazione sull’anziano di quanto è proprio della medicina interna, della chirurgia e della psichiatria”* scrive Besdine, Presidente della Società Americana di Geriatria nel 2003 ⁷, ne è conferma:

- l’affermazione di Williams (1985), già direttore del National Institute of Aging di Bethesda, che le università americane avrebbero dovuto assumere, entro il 2000, almeno 3000 docenti con specifica competenza gerontologica e geriatrica ⁸;
- la crescente richiesta da parte delle scuole mediche statunitensi di *“positions”* accademiche in geriatria;
- la partecipazione, per la prima volta nel solo 1988 di ben 4000 medici a programmi post-laurea in geriatria organizzati dall’American Board of Internal and Family Medicine;
- la ridefinizione, proposta dallo stesso organismo (1988) del percorso formativo dell’internista che, prevede l’acquisizione dei principi della medicina geriatrica attraverso esperienze da effettuarsi nella gestione dei pazienti con malattie croniche, invalidanti o a prognosi infausta, anche con periodi di internato presso centri di riabilitazione, case di riposo, residenze per anziani disabili e servizi di assistenza a domicilio ⁹.

Sulla inadeguatezza della formazione in medicina Holmann, docente presso l’Università di Stanford, in un suo editoriale pubblicato su un numero di JAMA del 2004, afferma che essa *“è la conseguenza della incapacità dimostrata dalle Facoltà mediche statunitensi ad adeguare la preparazione degli studenti a quelle che sono le due trasformazioni avvenute negli ultimi 50 anni su cui maggiormente si gioca oggi la qualità dell’assistenza sanitaria:*

- *le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute, essendo diventate la principale causa di disabilità e di utilizzo dei servizi, consumando il 78% dell’intera spesa sanitaria;*
- *le malattie croniche hanno drammaticamente cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo deve diventare protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.*

Da qui, afferma l’Autore, la necessità che cambi:

- *il ruolo del medico che, da “unico” protagonista della cura, deve diventare membro di un*

team multiprofessionale che, per le diverse competenze che lo compongono, è in grado di elaborare il piano di cura che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell’assistenza;

- *la sede della formazione, tenendo presente il fatto che è nei servizi e nelle strutture sanitarie extra-ospedaliere, che il malato cronico viene abitualmente gestito.*

Eppure, continua Holmann *“nonostante che molte Scuole mediche abbiano incluso nel proprio programma formativo questi aspetti, raramente essi occupano un ruolo centrale nel piano di studi”*.

Facendo in particolare riferimento agli studenti della Facoltà di Medicina di Stanford, egli afferma che essi fanno solo una piccola esperienza su come il paziente con malattia cronica deve essere seguito nel tempo, dal momento che la principale sede di apprendimento del *“sapere medico”* resta infatti ancora l’ospedale, ove però il paziente affetto da cronicità rimane degente solo per pochi giorni. *“Sebbene l’aumento delle malattie croniche conseguente all’invecchiamento della popolazione sia una realtà ben conosciuta – conclude l’editoriale –, c’è ancora una scarsa attenzione sulle implicazioni che tale realtà ha su come la medicina viene praticata, se non per un apprezzabile sviluppo della geriatria”* ¹⁰.

Quanto denunciato per la realtà statunitense trova ancor più riscontro nel nostro Paese. Dalla lettura del documento sugli *“obiettivi qualificanti”* del nuovo *Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia* prodotto dal Ministero, risulta infatti assente ogni riferimento al progressivo invecchiamento della popolazione italiana ed al conseguente aumento della disabilità che comporta interventi assistenziali innovativi ampiamente ricordati nel Piano Sanitario Nazionale e nel Progetto Obiettivo Anziani.

In particolare è da rilevare che:

- l’anziano è menzionato una sola volta nonostante rappresenti il 20% della popolazione e utilizzi almeno un terzo di tutte le risorse sanitarie;
- mancano specifici riferimenti alle modificazioni fisiologiche alle quali va incontro l’organismo con l’invecchiamento;
- sono omessi dagli obiettivi formativi temi quali disabilità, fragilità, le grandi sindromi geriatriche ed i relativi problemi preventivi ed assistenziali soprattutto a livello extraospedaliero e residenziale;

- non si fa specifico riferimento alla formazione gerontologico-geriatrica nonostante che nei vari Progetto Obiettivo Anziani essa venga ritenuta indispensabile per fornire al futuro medico le necessarie conoscenze per l'assistenza del paziente anziano;

Ma questa carenza formativa non riguarda solo la classe medica. *“È impressionante constatare – si trova scritto in un Documento a cura del Gruppo di lavoro della Fondazione Smith Kline su “Un contributo al dibattito sulle politiche per gli anziani” – come per medici, infermieri e operatori socio-assistenziali non siano previsti curricula formativi specifici per il lavoro nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie rivolte all'anziano, né siano obbligatori spazi di formazione continua*¹¹, nonostante che i vari Piani Sanitari Nazionali abbiano inserito queste strutture nella rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti, per quelli parzialmente autosufficienti e con pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo agli ultrasettantacinquenni.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Plsek PE, Greenhalgh T. *Complexity science: the challenge of complexity in health care*. BMJ. 2001;323:625-8.
- ² Adams WL, McIlvain HE, Lacy NL, Magsi H, Crabtree BF, Yenny SK, et al. *Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard?* Gerontologist. 2002;42:835-42.
- ³ Tinetti ME, Fried T. *The end of the disease era*. Am J Med 2004;116:179-85.
- ⁴ American Medical Association White Paper on Elderly Health. *Report of the Council on Scientific Affairs*. Arch Intern Med 1990;150:2459-72.
- ⁵ Schroeder SA, Zones JS, Showstack JA. *Academic medicine as a public trust*. J Am Med Assoc 1989;262:803-12.
- ⁶ Kane RL, Solomon DH, Beck JC, Keller EB, Kane RA. *Geriatrics in the United States*. Lexington: Lexington Book 1981.
- ⁷ Besdine RW. *The maturing of geriatrics*. N Engl J Med 1989;320:181-2.
- ⁸ Williams TF. *The geriatric medical education imperative*. Bull NY Acad Med 1985;61:471-5.
- ⁹ American Board of Internal Medicine. *The future internist. The Task Force on the Future Internist*. Ann Intern Med. 1988;108:139-41.
- ¹⁰ Holman H. *Chronic disease -the need for a new clinical education*. JAMA 2004;292:1057-9.
- ¹¹ Gruppo di Lavoro della Fondazione Smith Kline. *Un contributo al dibattito sulle politiche per gli anziani*. Tendenze Nuove 2000:4-15.
- ¹² Salvioli G. *Quando il geriatra compie sessantacinque anni*. G Gerontol 2004;52:47-51.

Di fronte a questo scenario, scrive Salvioli: *“... sia il Sistema Sanitario che le Facoltà Mediche hanno manifestato una persistente incapacità creativa nell'affrontare i problemi emergenti: la conservazione e la tradizione sono state nettamente prevalenti sull'innovazione ... Il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia persiste nel grossolano difetto di essere centrato sull'ospedale e solo su quello, così come le cure primarie ed intermedie non sono oggetto di docenza credibile. La mancanza di autentiche competenze professionali nel corpo docente delle facoltà mediche ostacola lo sviluppo necessario delle lauree semplici ... Non solo il numero di medici geriatrici è inadeguato al crescente numero di vecchi, ... in alcune sedi universitarie l'insegnamento della Geriatria è affidato ad un medico internista semplicemente in quanto in possesso dei requisiti burocratici per esserne titolare. L'assimilazione della Geriatria alle discipline della Medicina Interna è un dogma; il Geriatra che si sente autonomo è considerato un eretico, poco rispettoso della sacralità delle tradizioni ...”*¹².

49° Congresso Nazionale SIGG

**La Geriatria nel Servizio Sanitario Nazionale:
l'assistenza sanitaria e sociale
nel paese più vecchio del mondo**