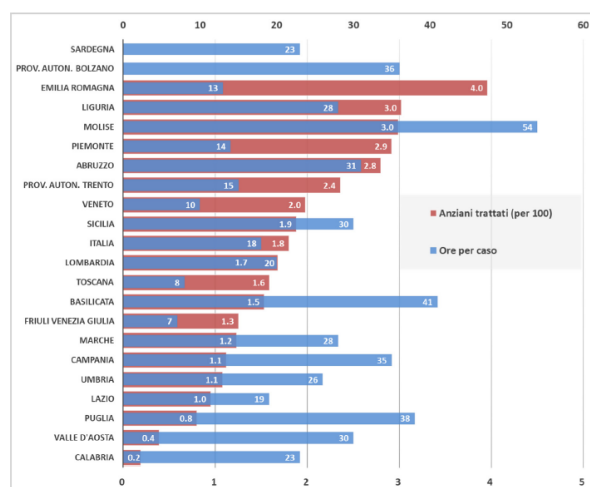


Chronic Care Act (USA) e il Piano Nazionale della Cronicità (Italia)

Creare un sistema di cure in grado di dare risultati positivi e di qualità nel sistema complesso delle cure a lungo termine dovrebbe essere un tema fondamentale della medicina geriatrica. In Italia è stato fatto ben poco: il sistema sanitario è saldamente centrato sull'ospedale; in USA c'è il **Chronic Care Act** (consultabile [qui](#)), in Italia il Piano Nazionale della Cronicità è stato deliberato nel 2016 ma poche sono le sue realizzazioni organizzative nelle regioni italiane che si caratterizzano notoriamente per una eccessiva variabilità delle prestazioni e dei servizi sul territorio; la figura che segue (da Italia Longeva) illustra il problema delle carenze del settore.

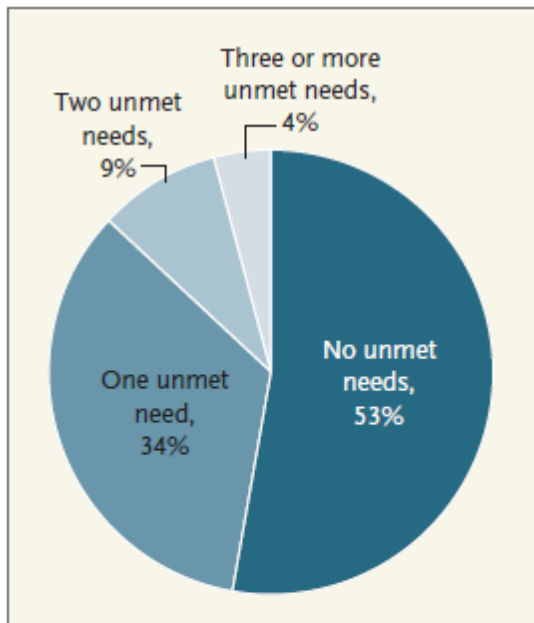
Figura 1. Rapporto tra tasso di anziani trattati e numero medio di ore erogate per caso trattato (dati 2013)



Sul sito <http://www.osservatoriosullasalute.it/> si leggono notizie sulla salute degli anziani in Italia. Nell'annuario ISTAT 2017 (<https://www.istat.it/it/files//2017/12/C04.pdf>) è riportato che il 39% degli italiani ha una malattia cronica; questi indagini non sono fatte su dati del servizio sanitario; il medico di famiglia e gli specialisti prescrivono senza indicare la patologia presente, l'eventuale multipatologia e la disabilità (ADL). Le [malattie croniche](#) sono in crescita: il 39,1% dei residenti in Italia ha dichiarato poi di essere affetto da almeno una di quelle rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), un dato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali). Le patologie cronicodegenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 53,0% e tra le persone ultra 75enni la quota raggiunge l'85,3%. Il 20,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra 75enni la comorbidità si attesta al 66,7% (58,4% tra gli uomini e 72,1% tra le donne). Rispetto al 2015 aumenta la quota di chi dichiara due o più patologie croniche, soprattutto nella fasce di età 45-54 anni (+2,6 punti percentuali). Quindi il problema delle malattie croniche è in attesa di modelli adeguati perché la sua rilevanza è elevata da molti punti di vista. Per quanto riguarda l'aspetto assistenziale, è aumentato il numero dei posti letto nelle strutture residenziali (rispetto al 2013) mentre diminuiscono ancora i letti negli ospedali.

I servizi prestati agli anziani con malattie croniche non si dovrebbero identificare nella mera somministrazione di farmaci; dovrebbero essere forniti servizi complessivi a favore soprattutto di chi ragionevolmente potrà avere un miglioramento dello stato di salute oppure mantenerlo in termini funzionali nel tempo; il beneficio in questa casistica di soggetti anziani può anche non essere ricercato solamente nella salute come si fa tradizionalmente (*NEJM 2018; 378: 2153*). La casistica di riferimento (si veda la figura) presenta bisogni di varia natura che non sempre sono soddisfatti; la casistica italiana degli anziani fragili e con bisogni è poco nota per quanto riguarda i problemi citati, che hanno notevole ricaduta sul tipo di assistenza necessaria; è evidente che si deve prestare aiuto ai caregiver con servizi di cura giornaliera, riabilitazione, supporto psicologico, aiuto in casa. L'utilizzazione di metodologie di telemedicina sarà di grande aiuto.

Difficile pensare che il sistema lombardo, basato sul modello di cura “*one-disease*”, possa avere successo e possa migliorare la qualità della vita dei malati; per questo obiettivo è richiesta la partecipazione e il coinvolgimento di qualificate prestazioni non mediche, fornite da personale preparato; le badanti, per esempio, non sempre hanno una formazione adeguata.



Unmet Needs for Assistance among Medicare Advantage Beneficiaries Who Report Difficulty with Any Activities of Daily Living (ADLs), 2015.

The weighted Medicare Advantage population reporting difficulty with at least one ADL was 5.68 million (unweighted N= 1329). Data are from the authors' analysis of the Medicare Current Beneficiary Survey, 2015.

Si parla di LTSS - *long-term service and support*: riguarda ambiente, ausili, telemedicina, robot (si veda questo [articolo](#)). L'impiego di applicazioni specifiche aiuta le figure impegnate

nel realizzare i piani di cura e di assistenza, compresi i caregiver. Anche le visite da parte dell'ospedale ai pazienti dimessi sono da auspicare.

In Italia, si è già detto, è attivo dal 2016 il Piano Nazionale della Cronicità (si veda [qui](#)) ma solo la Lombardia ha proposto una **Riforma sanitaria regionale** che affronta il tema (i dati che seguono sono presi da internet). Dal 30 gennaio 2018 sono 257.998 su 3.057.519 (8,44%) i pazienti cronici che hanno deciso di aderire alla presa in carico secondo il modello offerto dalla Legge 23 di riforma del sistema sanitario regionale. 140.724 di loro hanno già il PAI (Piano assistenziale individualizzato). La presa in carico degli oltre 3 milioni di pazienti cronici lombardi procede con difficoltà. «Quella che stiamo mettendo in campo è una riforma che non ha pari in Italia e in Europa. Stiamo costruendo un modello che ci consentirà di superare quella frammentazione che impedisce il dialogo tra la medicina del territorio e quella ospedaliera e che consentirà l'accompagnamento personalizzato del paziente cronico, che migliorerà la qualità della sua vita. Un sistema che richiederà i tempi necessari per una trasformazione radicale della situazione attuale che certo non possono stimarsi in poche settimane o mesi». «Prima di entrare a regime, come ogni sperimentazione – ha aggiunto – deve essere affinato. Lo stiamo già facendo, mettendo in campo tavoli di lavoro con i medici di medicina generale, gli Ordini dei medici e le strutture ospedaliere per risolvere alcune criticità, da quelle di tipo informatico a quelle di responsabilità del *clinical manager* che stila il Piano». «Oggi – ha continuato – presentiamo una prima proiezione che, nonostante il breve periodo preso come riferimento, mostra un trend di crescita costante e incoraggiante, con una media, di 1.000 PAI al giorno. Un dato confortante se si considera che le ultime lettere d'invito sono arrivate a casa dei pazienti cronici solo da circa 20 giorni. Un vero e proprio bilancio lo si potrà avere solo nei prossimi mesi, quando tutti i pazienti cronici avranno avuto il tempo di valutare se aderire o meno al modello». «Le oltre 3 milioni di lettere – ha precisato – sono state inviate in tre momenti diversi (1.250.000 per il primo, 600.000 per il secondo e 1.250.000 il terzo) e sono arrivate a casa dei pazienti tra il 30 gennaio e il 15 maggio. Dei 257.998 pazienti che hanno già attivato il percorso di cura, attraverso la sottoscrizione dei Patti di Cura, manifestazioni di interesse in attesa di sottoscrizione (compresi ex Creg con Pai in corso di validità) la stragrande maggioranza, 217.865, si sono rivolti ai medici di medicina generale, che hanno già realizzato 139.347 PAI; hanno scelto le strutture pubbliche e private 40.133, che hanno effettuato 1.377 PAI». «Il nostro obiettivo – ha concluso – è quello di gestire e accompagnare il paziente cronico nel suo percorso di cura che sarà possibile solo attraverso un rafforzamento della medicina del territorio e del ruolo dei medici di medicina generale che restano per noi i veri protagonisti della riforma. Per questo abbiamo riaperto il dialogo confidando che la loro percentuale di adesione possa raggiungere il 100%. Un esito a cui contiamo di giungere anche in virtù dell'ipotesi dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attesa di approvazione, il quale prevede la loro attiva partecipazione, per la presa in carico dei pazienti cronici, in coerenza con le scelte di programmazione regionale». La Regione Lombardia ha ignorato la Geriatria come fece anche il Ministero in occasione della formulazione del Piano Nazionale della Cronicità. Ma allora la Geriatria e la Gerontologia non hanno loro modelli da suggerire ai politici sanitari? Si può affermare che in Italia le cure delle malattie croniche sono poco considerate e lasciate alla improvvisazione di figure tecniche senza curriculum specifico.

Consideriamo alcuni punti geriatrici che possono essere oggetto di interventi decisionali con ricadute anche sulla formazione ed educazione del personale sanitario:

1. La Geriatria ospedaliera dovrà cercare di realizzare attività intraospedaliere di consulenza geriatrica (basate sulla valutazione multidimensionale geriatrica – VMD) in particolare al pronto soccorso e nelle chirurgie di ogni tipo per i pazienti anziani e molto anziani. Ma l'ospedale non è in grado di affrontare l'*aging tsunami* con i suoi problemi: servono nuove priorità e anche risorse qualificate che riguardano anche le altre discipline mediche e chirurgiche; l'ospedalizzazione degli anziani e soprattutto degli oldest-old è eccessiva e da contrastare.
2. Oggi prevale la gestione delle malattie croniche basata sulle *one-disease guidelines*; la Geriatria dovrebbe affrontare il problema puntando però sulla multimorbilità associata alla fragilità e alla disabilità. La *long-term care* (LTC) è sicuramente il settore in cui la G&G dovrebbe essere utilizzata: la sua metodologia basata sulla VMD e sulla continuità delle cure è fondamentale per assicurare qualità alla LTC. Serve l'impiego della LCT. In questo settore mancano ricerche applicate sul campo: per realizzarle si dovrebbe disporre di strutture per anziani da dedicare all'insegnamento accademico (RSA di insegnamento). Sicuramente servono *extramural patterns* con i quali collaborare per realizzare obiettivi comuni. Anche la partnership con altre specialità è importante per introdurre i principi della G&G nelle tante discipline e soprattutto nei tanti servizi per gli anziani dove a volte prevale nettamente il "fai da te".
3. Particolare attenzione va posta alle cure palliative e al fine vita; riguardano in particolare i malati anziani e i grandi vecchi. La Geriatria deve introdurre nella pratica clinica i concetti pratici della qualità della vita (QoL) e della QALY (*quality adjusted life year*); non si deve dimenticare che la speranza di vita degli italiani è notevole ma gli anni vissuti con disabilità sono tanti, forse troppi: qualcosa non va?
4. Le malattie croniche hanno una lunga storia naturale, emergono nella vita media soprattutto in presenza di fattori di rischio che possono essere affrontati prima della comparsa di danni evidenti. Si parla sempre di più di medicina *anti-aging* e di farmaci senolitici (*antiaging*).
5. La prevenzione *longlife* delle malattie croniche che emergono nel corso della vita è metodologia da applicare nelle cure primarie, ma per ora non è oggetto di applicazioni nemmeno formative. Si ricorda la disponibilità online di LIBRA - PREVENTION OF DEMENTIA IN MIDLIFE USING THE LIFESTYLE FOR BRAIN HEALTH (LIBRA) SCORE.
6. Le ricerche sull'invecchiamento sono sempre più considerate dalla stampa quotidiana. I risultati delle ricerche epidemiologiche che riguardano i problemi degli anziani in rapporto alla multimorbilità, sindromi geriatriche, fragilità e disabilità, complicanze iatrogene sono tanti ma il loro trasferimento alla pratica medica reale è veramente problematico e soprattutto incompiuto e tardivo nonostante i tanti decenni di convegni, incontri, ecc.
7. Tutto questo consolida la necessità di un maggior sviluppo dei principi della Geriatria nei tanti domini clinici ed accademici considerando che attualmente nel corso di laurea di medicina la G&G ha meno dell'1% dei CFU. Riformare e qualificare la formazione del personale e anche il suo aggiornamento sono il vero problema e il più

urgente. La G&G deve diventare una meta-disciplina cioè trasversale alle diverse discipline mediche: in questo modo miglioreranno in appropriatezza le cure prestate agli anziani. Si ricorda che la Gazzetta ufficiale della Repubblica a proposito dei contenuti geriatrici del curriculum della Laurea magistrale-41 riporta: i laureandi dovranno aver acquisito “le conoscenze delle modificazioni fisiologiche dell’invecchiamento e delle problematiche dello stato di malattia nell’anziano e la capacità di pianificare gli interventi medici e di assistenza sanitaria nel paziente geriatrico”. Ancora oggi la fisiologia dell’invecchiamento non è argomento didattico-formativo. Il Corso di laurea dovrebbe conferire al futuro medico indispensabili competenze nella cura dell’anziano tenendo conto che l’era clinica della formazione universitaria del futuro medico richiede ampie integrazioni con la *managed care*: l’obiettivo è ridurre la frammentazione oggi esistente fra tanti sistemi diversi fra loro, spesso incompatibili per linguaggio e competenze. Si ricorda che le attuali generazioni degli studenti di medicina conoscono internet, sono preparate al digitale e dovrebbero essere iniziate alla cartella clinica informatizzata e al fascicolo sanitario elettronico.

8. Probabilmente l’anziano vulnerabile e fragile dovrebbe essere tempestivamente individuato dal sistema socio-sanitario, ma non è così: prevale il tradizionale comportamento di attesa che nuoce assai. Serve un approccio al paziente basato anche sulla sua funzionalità, capacità e resilienza. La G&G può proporre alla sanità elementi innovativi (*team based care*) e strategie che tengono conto dei bisogni reali dei malati anziani, *patient-centered*, appropriati in termini di competenze specifiche e soprattutto valutazioni durante l’età media basate sulla VMD.
9. La Geriatria è la vera medicina dei nostri tempi, generalista, essenziale, funzionale e concreta; si basa sulla valutazione multidimensionale geriatrica con l’obiettivo di descrivere le traiettorie funzionali dei pazienti nel tempo e di realizzare tempestivi interventi preventivi e la continuità delle cure e dell’assistenza nei setting del sistema sanitario.