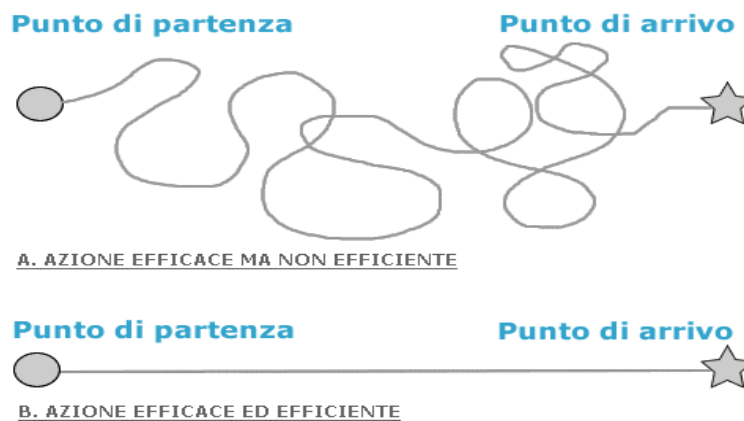


LA GERIATRIA E L'UNIVERSITÀ

In Geriatria le singole malattie non rappresentano il target primario, ma la Geriatria ospedaliera è non raramente una Medicina interna mascherata. La Medicina sociale (solitudine, nucleo familiare, ricchezza, ambiente..) è sempre più rilevante così come le figure accessorie coinvolte nei processi di cura e di assistenza, ma fondamentali, come il caregiver. E' dimostrato che l'anziano deve rimanere a casa sua il più possibile; il ricovero ospedaliero spesso non giova per questo è richiesto un miglioramento qualitativo delle cure primarie.

La medicina integrata, multidisciplinare, centrata sul malato e sulle sue priorità, ben organizzata, a basso costo, ma efficiente ed efficace (risultati) sono gli obiettivi della Medicina Geriatrica nel servizio sanitario (vedi figura).



La complessità, la multipatologia, la fragilità fisica e mentale, la resilienza e la capacità di recupero dopo un evento acuto, la qualità della vita sono i temi più vicini alla Geriatria da studiare cercando poi di trasferire i risultati alla pratica medica quotidiana dove devono essere soddisfatte le priorità del paziente. La preparazione e la competenza del personale sanitario che opera nei tre setting (ospedale, residenze e domicilio) sono sicuramente da migliorare.

La disciplina G&G - purtroppo ancora priva di autonomia e rappresentata in modo inadeguato nel curriculum formativo del Medico chirurgo -, è sempre più importante nella sanità reale che necessita di buoni risultati a bassi costi (efficienza).

La partecipazione del cittadino non sempre malato è fondamentale per il raggiungimento di buoni risultati, così come l'utilizzazione di sistemi elettronici-informatici da parte del medico e del malato per raccogliere dati (big-data): la realtà non è consolante. La prevenzione delle malattie croniche sembra la via da percorrere: richiede il coinvolgimento del cittadino che deve conoscere che l'esercizio fisico e la corretta alimentazione ritardano l'aging e la comparsa delle malattie croniche.

I Medici di famiglia sono in grado di individuare la fragilità nei loro clienti per intraprendere tempestive misure preventive (vedi [qui](#))?

Questo argomento come altri prima citati non sono adeguatamente affrontati nel curriculum dei corsi di laurea di medicina e chirurgia. La lettura delle cartelle cliniche ospedaliere conferma che anche in questo setting la fragilità è raramente misurata; si potrà notare anche l'assenza della valutazione multidimensionale geriatrica; gli esempi per implementare questa metodologia geriatrica, almeno durante il ricovero ospedaliero, non mancano (vedi [qui](#)).

La Geriatria deve essere protagonista della sanità del futuro; si potrebbe intervenire almeno proponendo modelli razionali e pertinenti per affrontare alcuni problemi fondamentali come la riospedalizzazione e l'accesso ripetuto e crescente ai pronto soccorso; per diffondere le procedure geriatriche in sanità servono però *influencer* (anche utilizzando i social media) e una attenta e continua azione di *advocacy* per limitare i tanti abusi degli anziani.

E' strano che le aziende ospedale-università abbiano un servizio di Farmacia per gli utenti compresi i malati cronici che non valuta mai le possibili interazioni dei farmaci prescritti. Nelle sedi universitarie la Geriatria deve essere più compiuta e realizzata, ma non sempre è così; la Geriatria territoriale è il persistente punto debole anche da un punto di vista formativo. I Docenti universitari non sono riusciti ad imporre la loro leadership. La carriera universitaria è complicata e competitiva; l'obiettivo prevalente è la produzione scientifica. Sarebbe auspicabile la creazione di un network fra chi insegna la Geriatria, basato su interessi comuni o compatibili, su obiettivi specifici e utili ai pazienti anziani evitando le futilità e le ripetizioni. Le priorità nella ricerca e nella pratica riguardano soprattutto i setting non ospedalieri (cure domiciliari e residenziali) e la continuità delle cure e della assistenza fra i diversi setting che sarà possibile solo ricorrendo alla informatizzazione. Sono necessari modelli e proposte di cure e di assistenza da applicare nella Sanità reale: dovranno tener conto delle priorità espresse dai malati in base ai loro prevalenti bisogni (vedi [allegato](#)); per la loro realizzazione è richiesta la collaborazione di altre discipline mediche e chirurgiche.