

LA GERIATRIA NEL SISTEMA SANITARIO: CHE RUOLO HA ?

I criteri qualificanti e caratterizzanti per l'accreditamento delle UO ospedaliere di Geriatria sono stati dibattuti circa 20 anni fa; nel tempo i problemi collegati si sono spenti. In effetti la Regione Emilia-Romagna è una delle poche ad aver prodotto documenti in questo settore probabilmente fondamentale per la sanità dei nostri giorni; la SIGG avanzò suggerimenti di facile lettura e incompleti (riferimenti sul G. Gerontol 2008; 56: 591-2). L'argomento nel tempo non è stato ripreso ed aggiornato; la conseguenza è che anche oggi le UO di Geriatria mancano di molte specificità per essere tali, nel più completo silenzio della classe medica; anche questo evidenzia il persistente ageismo nei vari setting del sistema sanitario nazionale; non si deve dimenticare che quasi il 50% dei pazienti ospedalizzato ha più di 65 anni.

Il documento di riferimento della Regione Emilia-Romagna per l'accreditamento delle UO di Geriatria (leggibile [qui](#)) non sollecitò però l'interesse delle aziende ospedaliere e sanitarie e nemmeno delle società scientifiche del settore geriatrico. L'accreditamento istituzionale non considerò le specificità delle UO di Geriatria: così queste furono accreditate in modo generico e aspecifico pensando come al solito alle caratteristiche della Medicina Interna. Recentemente AGENAS ha proposto un Manuale per l'accreditamento delle strutture ospedaliere che manca di riferimenti specifici alla Geriatria (vedi [qui](#)).

Gli standard oggetto di accreditamento previsti (diversi nelle varie aziende che in rari casi prevedevano Dipartimenti geriatrici, ora eliminati) dovevano essere oggetto di continuo monitoraggio volto al miglioramento dei processi e dei risultati: questi ultimi non sono soltanto i tempi di degenza e il valore economico, ma anche la mortalità, la disabilità, la qualità della vita e la qualità dell'assistenza, parametri questi inusuali nelle valutazioni aziendali ma che sono fondamentali se davvero si vuol parlare di "medicina centrata sul paziente". Le Linee Guida per l'accreditamento delle UO di Geriatria della SIGG, già pubblicate sul Giornale di Gerontologia diversi anni fa, non sono proponibili alle Regioni (che accreditano) per la loro complessità; esiste anche un documento congiunto SIGG e SIGOs (poi SIGOT) su qualità ed organizzazione delle UO di Geriatria (vedi [qui](#)). Questi documenti necessitano comunque di una revisione che prenda in considerazione i progressi realizzati negli ultimi due decenni. Si deve puntare su alcuni criteri fondamentali caratterizzanti le attività delle UO di Geriatria, che risentono fortemente delle attività dei servizi a disposizione degli anziani nei setting delle cure primarie e delle cure intermedie (vedi [qui](#)), molto variabili nelle diverse Regioni italiane,

Questi criteri sono:

1. verifica ed eventuale integrazione e perfezionamento della struttura e dei contenuti della cartella clinica (comprensiva della valutazione multidimensionale geriatrica - VMD) e della documentazione collegata. La cartella clinica geriatrica dovrebbe avere contenuti utili e necessari alla realizzazione della continuità assistenziale e alla stesura del piano di cura collegato a provvedimenti di nursing desumibili anche dalla collegata cartella infermieristica (che indicherà anche il carico infermieristico); fondamentale che il documento preveda la valutazione della fragilità clinica (*clinical frailty scale*), della disabilità (IADL e ADL) e delle condizioni cognitive e i dati antropometrici. I dati citati dovrebbero essere riportati nella lettera di dimissione medica ed infermieristica, documenti fondamentali che dovrebbero entrare anche nel fascicolo sanitario elettronico. La continuità delle cure sarà più probabilmente assicurata se la cartella clinica sarà informatizzata ed inserita nel sistema informativo aziendale (questo requisito strumentale dipende soltanto dall'Azienda e dal suo contesto organizzativo) che deve consentire la comunicazione fra UO di Geriatria e il territorio; è fondamentale che il paziente geriatrico trovi la appropriata collocazione alla dimissione.

2. modalità del processo di assistenza. Gli elementi ai quali far riferimento sono: igiene cavo orale, misura del peso corporeo e dell'altezza anche negli allettati, mobilitazione del paziente, valutazione della deglutizione, diagnosi del delirium, l'opportunità del deprescribing, attenzione al rischio di caduta, valutazione della eventuale malnutrizione, dei problemi mentali e fisici e della disabilità, quanti farmaci psicotropi si utilizzano e quante segnalazioni di effetti avversi ai farmaci, segnalazione di

eventi a rischio clinico, prescrizione alla dimissione di adeguate misure riguardanti la riattivazione-riabilitazione e l'alimentazione; misure per l'incontinenza urinaria e per l'utilizzazione del catetere vescicale, quante sono state le diagnosi di sepsi. La corretta compilazione della cartella clinica contenente la VMD consente queste rilevazioni. Non sempre è realizzato il coordinamento e la integrazione delle cure in particolare alla dimissione del paziente geriatrico: la collaborazione anche con la riabilitazione deve essere migliorata così come il lavoro in equipe; i programmi di riattivazione e riabilitazione fanno parte della prevenzione e delle cure che la geriatria e gerontologia vorrebbero realizzare. Si vedano anche i tanti argomenti trattati dal Manuale Agenas (leggi [qui](#)).

3. la prescrizione di farmaci deve prevedere particolare attenzione alla poliprescrizione (attenzione alla presenza contemporanea di 5 o più farmaci), alle interazioni e agli effetti avversi dei farmaci. Nella prescrizione farmacologia si deve considerare la funzionalità renale valutata in rapporto all'età. Si dovrebbe utilizzare un sistema informatico per evitare le interazioni fra i farmaci o per accedere ad algoritmi diagnostici e terapeutici; si dovrebbe chiedere la collaborazione del servizio farmaceutico. Purtroppo si fa molto poco; il *deprescribing* è per ora un argomento teorico.

4. consulenze geriatriche, anche ambulatoriali, di tipo psicogeriatrico, ortogeriatrico, cardiogeriatrico e al Pronto Soccorso devono essere raccomandate perché realizzano la collaborazione fra discipline diverse; anche le cure palliative fanno parte delle attività del geriatra. Si ricorda il problema del delirium, sindrome molto frequente negli anziani, che non sempre è diagnosticata e non è prevenuta nei diversi setting curativo-assistenziali.

5. l'UO di Geriatria deve tenere periodiche riunioni di verifica – audit per valutare il raggiungimento dei risultati che si è proposta: in questo modo si possono migliorare le procedure e le metodologie e si evitano eventuali accanimenti terapeutici molto frequenti in Geriatria.

6. rimane poi il problema della continuità assistenziale che richiede modalità operative, comunicative e collaborative fra l'UO di Geriatria (che dovrebbe fungere da hub) e le strutture ed servizi territoriali (spoke). L'hub deve essere in possesso delle attrezzature tecniche e delle procedure più idonee per la cura degli anziani; così diventa riferimento anche per la didattica e la ricerca geriatrica e gerontologica utilizzando largamente anche le metodologie della comunicazione a distanza; la telemedicina è diventata fondamentale per assicurare diffusamente cure competenti; l'utilizzazione della cartella clinica informatizzata è necessaria non solo per assicurare la continuità delle cure e la sicurezza ai pazienti, ma anche per creare banche dati necessarie alla ricerca clinica applicata. Le cure geriatriche dovrebbero essere a disposizione e realizzate anche per le cure territoriali che operano con metodologie simili anche se i problemi di intensività sono minori: il mantenimento di una buona qualità della vita è comunque l'obiettivo comune che si realizza nei tempi opportuni e con regole preventive e curative sempre più definite e attuabili a costo ridotto. Nuovi criteri qualificanti per l'accreditamento delle UO di Geriatria sono necessari con l'obiettivo di garantire e promuovere la qualità delle cure e dell'assistenza geriatrica nel tempo e in tutti i setting. E' stato detto che l'Ospedale è l'hub delle cure geriatriche complessive che si completano però fuori dall'ospedale dove l'organizzazione è per ora in ritardo anche di accreditamento. L'UO di Geriatria dovrebbe diventare il punto di riferimento di un'attività coordinata e integrata di cure che diventerà sempre più importante: poiché è impossibile accreditare il sistema delle cure continue è intanto possibile iniziare l'accreditamento dall'ospedale per trasferire poi le procedure al territorio.

E' tempo di considerare l'opportunità di utilizzare alcuni modelli avanzati di metodologia geriatrica come l' Hartford's 4Ms (mobility, medication, mind and What Matters?) https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/12/News_Assistenza-personalizzata-.pdf e l' ICOPE (Integrated Care Oder People) della WHO-<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;jsessionid=105A2826047220B8BE9B6E6773388C14?sequence=1> ambedue semplificano e qualificano l'approccio ai problemi del paziente anziano, con l'obiettivo di creare una sanità *age-friendly* per ritardare per quanto possibile la comparsa della disabilità- (leggi [qui](#)).

Anche ai Medici di famiglia, che rimangono il punto di riferimento per la popolazione anziana, dovrebbero essere richieste maggiori competenze geriatriche, soprattutto a quelli che operano all'interno delle RSA; non c'è dubbio che la Geriatria come metodologia dovrà espandersi soprattutto fuori dall'ospedale, dove tantissimi sono gli anziani con problemi e bisogni non sempre affrontati e soddisfatti adeguatamente (vedi [qui](#)). Si ricorda che raramente la cartella clinica o il referto ambulatoriale riporta la valutazione della fragilità clinica del paziente anziano nonostante la disponibilità della [clinical frailty scale](#) come applicazione anche sullo smartphone personale: la sua utilizzazione è veramente elementare.

Per concludere: le attività specifiche della Geriatria nel setting ospedaliero dovrebbero essere meglio definite ed aggiornate secondo gli indirizzi esposti; la Sanità si sta di fatto progressivamente geriatricizzando senza una guida sicura; in questi giorni sta per essere presentato il recovery fund con le richieste anche per il settore sanitario (leggi [qui](#)). Le UO di Geriatria devono svolgere il ruolo che loro compete di hub geriatrico operando con competenze specifiche che tengono conto dei bisogni dei pazienti anziani che sempre di più richiedono la realizzazione della medicina centrata sul paziente.