

## LA GERIATRIA NEL RECOVERY PLAN: COME SARÀ POTENZIATA?

Il programma di sviluppo di un Dipartimento medico ospedaliero e universitario in occasione del piano nazionale di recupero e resilienza (PNRR) dovrebbe prima di tutto verificare quanto è stato fatto in passato nel settore della medicina di prossimità: questa infatti è questo il settore fondamentale che il Recovery Plan vuole modificare con adeguate risorse e competenze per migliorare la prestazioni del servizio sanitario nazionale e renderlo più efficace in occasione di possibili future emergenze.

Non si deve ignorare che la pandemia-sindemia in corso ha evidenziato problemi e carenze soprattutto per la popolazione anziana che risulta la più colpita in termini di morbilità e mortalità. Ci si può chiedere: 1. se i servizi sanitari esistenti (in particolare le residenze sanitarie di vario tipo e le cure domiciliari) erano in grado di affrontare la pandemia 2. quali errori ed omissioni sono stati commessi e quali potevano essere evitati 3. se il personale sanitario in servizio era preparato ad affrontare i problemi dei vecchi pazienti colpiti da SARS-CoV-2.

Consideriamo i diversi setting curativo-assistenziali che sono in attività cioè gli ospedali, le cure intermedie con RSA (residenze sanitarie assistenziali) e CRA (case residenze per anziani non autosufficienti) e le cure domiciliari con l'assistenza domiciliare integrata (ADI), presenti e attivi in molti distretti: questi saranno influenzati dal recovery plan <https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/> che prevede una sezione per la sanità del futuro. A questo proposito, si deve considerare che i setting sono prevalentemente dedicati ed occupati dalle persone anziane (> 65 ani) con vari gradi di fragilità, disabilità e compromissione cognitiva. Per esempio l'Ospedale di Comunità (OsCo) è presente da decenni e non è stato oggetto di particolari considerazioni da parte delle scuole di Medicina. I corsi di laurea sanitari dovrebbero essere professionalizzanti ed è quanto insistentemente chiede il Recovery Plan-sanità anche in previsione di altre case della salute e case della comunità. Pare evidente che i problemi sanitari emersi dalla pandemia Covid-19 riguardano soprattutto la popolazione anziana e in particolare quella ospite delle strutture per anziani (RSA o CRA) dove la loro mortalità è stata elevatissima. Sarebbe opportuno pertanto considerare attentamente la realtà sanitaria di questo setting di cure intermedie, dato che i medici che operano abitualmente nelle RSA spesso non hanno esperienza pratica di medicina dell'anziano o Geriatria e che i CFU nel corso di laurea di Medicina riservati alla Geriatria raramente superano l'1% dei CFU totali.

Questo potrebbe essere un buon punto di partenza per cercare di migliorare il sistema formativo universitario: l'obiettivo è estendere, ampliare l'esperienza e le competenze dei futuri medici ed infermieri in questi setting nei quali la metodologia geriatrica clinica dovrebbe essere applicata. Sicuramente sarà fondamentale la qualità dell'attività che si svolge al loro interno e anche al domicilio dei pazienti.

1.Ospedale di Comunità (OsCo): ricoverano pazienti con varie malattie non acute, che necessitano di cure difficilmente gestibili a domicilio o hanno malattie croniche che richiedono controlli periodici e

terapie particolari; hanno ricoverato anche i pazienti Covid-19; la loro destinazione d'uso e le competenze potrebbero essere modificate. Si veda:

<https://drive.google.com/file/d/1KCWR2q4U4fN40kIjhpOpxUuaEGrHko0q/view>.

2. RSA o CRA : non è certo nemmeno il loro numero e soprattutto la loro tipologia. Sicuramente in genere queste strutture mettono a disposizione un numero di letti (circa 3000 fra strutture pubbliche e private) superiore al setting ospedaliero. La presenza di medici geriatri in questo setting non è costante anzi sporadica; la loro gestione è prevalentemente a carico dei medici di famiglia. La situazione delle CRA per esempio nella regione dell'Emilia Romagna è qui descritta:

<https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2020/07/cra-accreditate-in-emilia-romagna-e-covid-19/?pdf>. Sono altrettanto sottolineate anche le caratteristiche dei pazienti ospiti, la loro età e turnover. La frequenza di fragilità, disabilità, multimorbilità, politerapia, declino cognitivo tuttavia non sono ben note: manca una banca dati di questa rilevante casistica necessaria per svolgere ricerca clinica applicata. [https://www.habitante.it/habitante-consumatore/consumi-e-mercati/quante-sono-le-case-di-riposo-in-italia/?cli\\_action=1622879070.058](https://www.habitante.it/habitante-consumatore/consumi-e-mercati/quante-sono-le-case-di-riposo-in-italia/?cli_action=1622879070.058).

3. Case della salute e case di comunità (queste ultime sono da costruire - numero previsto 1288): fanno parte del setting cure primarie. Le Case di Comunità sono destinate soprattutto ai malati cronici; sono fortemente rappresentative della medicina di prossimità alla quale il Recovery Plan-sanità fa riferimento come obiettivo primario del piano. Le attività svolte nelle Case già funzionanti non prevedono particolari prestazioni per le persone anziane fragili, anche se è previsto l'inserimento di ambulatori delle cronicità, lesioni aperte, studi di medici e pediatri di famiglia. Per la scuola di medicina queste strutture non sono incluse nei piani formativi delle scuole di specializzazione (per ora). La necessità di introdurre il fascicolo sanitario elettronico anche per gli anziani che utilizzano e frequentano queste strutture è auspicabile; dovrebbe essere dotato di alcune specificità valutative come il CFS (clinical frailty scale), scale ADL, IADL e Barthel. La valutazione dei tanti anziani sarà agevolata dalla utilizzazione di una applicazione anche su smartphone: si potrà così indirizzare con metodologia più corretta e documentata l'anziano con problemi alle cure e all'assistenza più appropriate.

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio si realizzeranno pertanto con le Case di Comunità, che diventeranno lo strumento di coordinamento di tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche e multipatologia con conseguente fragilità e disabilità. Nella Casa della Comunità dovrebbero operare team multidisciplinari di medici, geriatri, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti, compresi gli assistenti sociali. È prevista una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa. All'interno verrà attrezzata anche una infrastruttura informatica e un punto prelievi. E' evidente che si dovrà realizzare un centro (database) di raccolta dei dati clinici e anche sociali (da definire). La Medicina di prossimità non può evidentemente prescindere dal domicilio del paziente che è l'ambito abituale di vita del malato con l'aiuto dei famigliari, dei caregiver formali e informali: è l'obiettivo fondamentale del recovery plan-

sanità. La Medicina di prossimità è di difficile definizione; ricorda la medicina centrata sul paziente, che oggi non esiste proprio; ricorda anche l'integrazione e la comunicazione (telemedicina) che dovrebbero essere realizzate, ma che oggi non esistono: la telemedicina non è ancora materia di insegnamento nei corsi di laurea della scuola di medicina così come la medicina digitale. Serviranno pertanto Docenti esperti per insegnare l'uso delle tecnologie ampiamente disponibili.

La scuola di medicina dovrà essere capace di formare il personale sanitario addetto esperto in queste procedure: dovrà avere a disposizione un laboratorio didattico e formativo che consenta, utilizzando le tecnologie informatiche ampiamente disponibili, di formare con esperienze qualificate il personale qualificato richiesto. La RSA e la casa di comunità di insegnamento potrebbero essere agevolmente realizzate con la collaborazione di Università e AUSL locale, dotate delle apparecchiature informatiche da utilizzare poi nella sanità sul territorio. Sembra evidente che l'Università e il Docente universitario hanno compiti rilevanti nel recovery plan-sanità. Questo ruolo dovrà essere riconosciuto preliminarmente: non dovrebbe esserci competizione fra le diverse discipline, ma collaborazione culturale e pratica nel realizzare l'obiettivo specifico cioè la formazione di medici, infermieri competenti, in grado di realizzare gli obiettivi previsti nel recovery plan.

Tra i vari obiettivi e le riforme proposte, ampio spazio è dato a due temi che sono fondamentali per la ripresa e la resilienza del nostro Paese: sanità e ricerca.

Per quanto riguarda la sanità, durante la crisi causata dal Covid-19 la medicina territoriale è risultata impreparata, con scarsa digitalizzazione compreso l'inadeguato tracciamento dei contagi, carenza di personale specializzato e di tecnologie avanzate, inadeguatezza del sistema di cura degli anziani e dei disabili soprattutto nelle RSA. Tutti questi problemi sono ben evidenziati e discussi nel Pnrr, e le soluzioni proposte per risolverli sembrano, sulla carta, convincenti. Ma, anche grazie agli investimenti nella telemedicina, sarà la nostra abitazione abituale a diventare il primo luogo di cura. L'assistenza domiciliare sarà riformata e potenziata, soprattutto per la popolazione anziana o con patologie croniche.

La riforma del Ssn passerà anche attraverso un rafforzamento della ricerca in ambito biomedico e un'importante riorganizzazione delle Università per svolgere ricerca finalizzata. Le azioni previste dal Pnrr si esauriscono in un aumento delle borse di dottorato di ricerca e un forte incentivo alla collaborazione tra mondo della ricerca e mondo produttivo: iniziative importanti. Il numero di dottorati conferiti in Italia è infatti calato del 40% tra il 2008 e il 2019, e non va dimenticato che quasi il 20% di chi consegue questo titolo in Italia si trasferisce poi all'estero. Aumentare quindi l'accesso al primo livello del mondo della ricerca è importantissimo ma forse potrebbe non risolvere il problema della fuga dei cervelli e dello scarso numero di ricercatori che lavorano in Italia. È necessario creare dei percorsi di stabilizzazione per i ricercatori meritevoli, investendo maggiori risorse nella ricerca pubblica. Se vogliamo che le nostre Università continuino ad essere il luogo della ricerca, e non solo della didattica, dobbiamo destinare risorse per posizioni di tecnici e tecnologi, essenziali per la ricerca moderna, e

combattere quell'odiosa forma di precariato alla quale sono sottoposti tutti i nostri giovani ricercatori. Infine, sebbene sia evidente l'importanza di una ricerca che generi tecnologie e prodotti, è bene ricordare che senza un forte impulso alla ricerca guidata dalla curiosità, l'Italia è destinata a perdere talenti e competitività.

### **Proposte che possono essere avanzate**

Le reti formative delle scuole di specializzazione dell'area medica dovrebbero comprendere anche i setting citati nel recovery plan-sanità. I futuri Medici del corso di laurea e gli infermieri del corso triennale potranno quindi avere esperienze dirette in questi setting territoriali.

Sarà fondamentale disporre per la didattica e la formazione di una RSA o CRA di insegnamento e di una casa di comunità di insegnamento, adeguatamente attrezzate tecnologicamente come strumenti reali per l'addestramento professionalizzante dei medici, degli specialisti ed infermieri (e anche per l'aggiornamento qualificato di quelli in servizio). Sarebbe inoltre rilevante utilizzare in pratica la telemedicina e gli strumenti informatici ormai irrinunciabili che dovranno essere collegati a banche dati.

Disponibilità di strumenti agili e maneggevoli anche su smartphone per definire le condizioni cliniche e funzionali dei pazienti: a questo proposito, si dovrebbe individuare una applicazione unica con scale fondamentali per definire al meglio il grado di fragilità e disabilità e la multipatologia presente. Ciò servirà a stabilire la corretta collocazione del paziente nei diversi setting, non perdendo di vista l'utilizzazione delle cure palliative quando indicate, ma soprattutto la riabilitazione-riattivazione quando indicate e favorite dalla resilienza del malato. Si dovrebbe inoltre potenziare la prevenzione *longlife* nelle diverse discipline mediche (insegnamento e misure pratiche) con l'obiettivo di ridurre gli anni vissuti con disabilità.

Attivazione di dottorati di ricerca su argomenti specifici come l'utilizzazione della telemedicina nell'ambito della medicina di prossimità.

Potenziare l'AD e l'ADI ad almeno il 10% della popolazione con più di 65 anni: la centrale operativa connessa a questa fondamentale attività dovrà raccogliere dati e informazioni fondamentali per la ricerca applicata. La gestione del servizio dovrà essere documentata ed umanizzata mettendo al centro il paziente. In generale, i servizi dedicati dovranno utilizzare metodologie qualificate che assicurano l'integrazione fra i diversi setting curativo-assistenziali con metodologia informatizzata. Quindi, si dovrà ripensare alle professioni e alla loro qualificazione tenendo presente gli obiettivi da raggiungere, considerando in primis la qualità della vita del paziente: l'Università e le scuole di Medicina svolgeranno un ruolo fondamentale a riguardo.

Le nuove attività e il perfezionamento di procedure già in atto trovano motivazioni e urgenze aggiuntive nei contenuti del recente report sugli anziani (>75 anni) italiani che fornisce dati sconsolanti <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato379774.pdf>. La Geriatria svolgerà dunque un ruolo rilevante e insostituibile proponendo soluzioni tecniche adeguate.