



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
II° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO  
GERIATRIA E GERONTOLOGIA**

Nei Paesi OCSE la vita media è 82,2 anni per le donne e 76,7 per gli uomini, con un incremento, dal 1960 ad oggi, di circa 20 per il sesso femminile e 17 per il maschile.

L'Italia è il Paese più anziano d'Europa: la vita media nell'uomo è 79,1 mentre nelle donne di 84,3.

Secondo dati 2011 gli *over 65* sono circa 13 milioni. Dal 2001 al 2011 la popolazione *over 65* è aumentata di 1,8 milioni, passando dal 18,4% al 20,3% della popolazione generale. Nello stesso periodo la popolazione *over 85* ha avuto un deciso incremento: da 1 milione 234 mila (2,2% del totale) ad 1 milione 675 mila (2,8% del totale). Le persone ultracentenarie, negli ultimi dieci anni, sono triplicate: da 5 mila ad oltre 16 mila.

Questi risultati rappresentano una grande vittoria sociale in termini di *health care*, ma caratterizzano l'insorgenza di nuove problematiche a cui l'Italia deve far fronte, verso le quali si trova quasi totalmente impreparata. Il tutto nasce da una considerazione da fare *ab initio*: l'anziano è un costo o una risorsa? La risposta è spesso in relazione all'età del rispondente...

Secondo l'OTE (*Osservatorio della Terza Età*) esistono incongruenze economiche date dal numero dei ricoveri degli anziani non in linea con i parametri LEA ("Livelli Essenziali di Assistenza"): gli anziani 'parcheeggiati' in ospedale, la mancanza di prestazioni sul territorio, la percezione di poter essere curati solo se ricoverati, 'costano' all'Italia, ogni anno, 18 milioni di giornate di degenze improprie che potrebbero essere evitate con un risparmio di 5,7 miliardi di euro.

I pazienti anziani rappresentano il 51,9% della spesa farmaceutica a carico del SSN, il 53,2% delle prescrizioni del MMG e sono il 21,5% degli assistiti. Questi dati potrebbero essere meno preoccupanti se la "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002" non evidenziasse che le cure sono "inappropriate nel 25% dei casi e causano sprechi di 8 miliardi di euro l'anno". La *Società Italiana di Geriatria e Gerontologia* ha segnalato 150.000 ricoveri all'anno per gli effetti secondari da farmaci, associazioni erranee o inopportune, assunzione di farmaci sbagliati. È un segno allarmante della situazione di fragilità e di assistenza insufficiente in cui vivono gran parte degli anziani. Spesso sono rischi legati all'impossibilità di muoversi da casa per recarsi dal medico o alla necessità di provvedere da soli in qualche modo. A questo dato, si deve aggiungere quello degli errori nelle prescrizioni ospedaliere, quasi tutti evitabili: sono ben 15 ogni 100 ricette (comunicazione preliminare dalla SIFO, in assenza di statistiche nazionali ufficiali).

L'*Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) potrebbe garantire in Italia, come avviene in altri Paesi, un più corretto supporto socio-assistenziale-sanitario sul territorio. L'ADI in Danimarca viene organizzata in modi virtuoso con una presenza sul territorio del

24,6%, nettamente superiore alla media nei Paesi del Nord Europa (10%), significativamente inferiore nel Sud dell'Europa (3%). Secondo il rapporto Censis 2004, meno di un terzo della popolazione italiana over 65 è a conoscenza dell'esistenza del servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata" (ADI). A complicare il quadro vi è il fatto che buona parte dell'Italia meridionale (circa un quarto) ne è sprovvisto. Inoltre, se il servizio può essere attivato celermente nel Nord Est (entro 48 ore, o al più tardi entro una settimana) a seguito della richiesta alla Asl competente e previo accertamento da parte della Unità di Valutazione Geriatrica integrata dalle consulenze specialistiche, nel Sud i tempi sono decisamente più lunghi (anche oltre un mese).

Di particolare rilievo sono le patologie psichiatriche che colpiscono l'anziano. Secondo l'OMS la *depressione* rappresenta la principale causa di invalidità (12% dei casi), in parte funzione anche del modesto grado di cultura, della precaria situazione economica e delle patologie che affliggono l'anziano. La *demenza* interessa poco meno di un milione di italiani, ma il numero è destinato a raddoppiare entro il 2050 per l'effetto combinato della maggiore aspettativa di vita e del miglioramento dello stato di salute della popolazione generale. Il 60-70% dei casi di grave deterioramento cognitivo che si osservano nell'invecchiamento sono rappresentati dalla *demenza di tipo Alzheimer* (AD), la cui incidenza aumenta in maniera esponenziale con l'età. I costi diretti e indiretti ammontano a 35-50 mila euro all'anno per paziente. I disturbi sono spesso improntati a tematiche persecutorie o di gelosia che possono condurre a un gesto drammatico vissuto come ineludibile.

La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Geriatria e Gerontologia" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'*outcome* sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

## **SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO**

- Il MMG e il paziente anziano
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente: un'esigenza primaria
- Informazione sanitaria e corretta comprensione del paziente
- Problematiche di utilizzo degli ambulatori del MMG: linea preferenziale per gli over 65
- Il problema delle liste d'attesa ospedaliere: linea preferenziale per gli over 65
- Assistenza Domiciliare Integrata: implementazione e razionalizzazione
- Difficoltà di accesso alle cure: differenze regionali
- Integrazione di ruoli per una presa in carico del paziente h24

- Il *team* multi professionale integrato
- Il ruolo dello specialista nella gestione del paziente anziano
- Il paziente pluritrattato: una gestione complessa
- Aderenza alla terapia: un obiettivo da potenziare
- L'aderenza alla terapia, un obiettivo d'équipe: il medico e il paziente
- Il MMG e la prevenzione delle malattie: vaccinazione stagionale
- Strutture di degenza (RA, RSA), ospedali di comunità, *hospice*: diffusione e differenze regionali
- Domiciliarità e residenzialità delle cure: riorganizzazione dell'Area delle Cure Primarie
- Analisi dei costi della riorganizzazione nel lungo periodo
- Prossimità delle cure e servizi digitali alla persona
- La "Città della salute" per gli anziani

### **PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE GERIATRICO**

La categoria dei pazienti anziani è da considerarsi la più vulnerabile, la più bisognosa di risposte ad hoc da parte del SSN, la più esposta a subire le conseguenze dei malfunzionamenti e delle mancanze della erogazione pubblica di servizi sanitari. Gli *over 65* sono quelli che hanno più "bisogni di salute": nel 2011 in Italia il 20,3% della spesa sanitaria totale, a fronte del 18,5% della media europea, è stato destinato alla cura degli anziani (valore comparabile solo con quello della Germania); sarebbe bene che tali denari vengano spesi nel modo migliore, ossia servano a erogare servizi sufficienti e di buona qualità con riguardo specifico alle caratteristiche di questa categoria. Il soggetto anziano non può ricevere una prescrizione medica e poi essere lasciato solo nella gestione del percorso terapeutico: un problema importante, infatti, è rappresentato dalla difficoltà nell'aderenza alle terapie. E' chiaro che i soggetti anziani, con il progressivo rallentamento delle attività cognitive e con la perdita della memoria, possono avere delle dimenticanze o confondersi e, ovviamente, la questione è ancora più complessa nel caso dei pazienti poli-trattati che debbono organizzare la cura di più malattie contemporaneamente (per dare una misura della complessità di tali popolazioni è da considerare che solo il 13,7% degli anziani assume un solo tipo di farmaco, mentre il 27,7% ne assume 5 o più). Risulta importantissimo che il MMG rivolga un'attenzione speciale al soggetto anziano volendo accompagnarne attivamente nel percorso terapeutico. Un altro professionista che dovrebbe impegnarsi di più nell'assistenza dell'anziano è il farmacista dal punto di vista della lotta agli effetti negativi del fenomeno c.d. zapping farmaceutico: comprovate le conseguenze negative del cambio di farmaco somministrato, specie per l'anziano, il farmacista dovrebbe mantenere una somministrazione farmacologica lineare evitando di passare

da un farmaco ad un altro, cosa che succede soprattutto nel passaggio da generico a generico.

Oltre alle problematiche legate all'autogestione farmacologica, come tutti sanno gli anziani spesso necessitano dell'assistenza domiciliare; per quelle assurde guerre corporative tra categorie professionali, gli operatori dell'assistenza domiciliare, anche nel più alto livello professionale accessibile – operatore socio-sanitario - non possono far assumere farmaci prescritti e praticare interventi *cruenti* come le iniezioni. Con l'ipocrisia molto italiana che dribbla, anche nei comportamenti pubblici, le norme assurde, si preferisce dire che l'assistente domiciliare sorveglia l'assunzione di farmaci e far finta di ignorare che l'iniezione sia poi fatta dalla vicina di casa *praticona*, quando non è attivato il servizio infermieristico.

L'*Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) potrebbe garantire in Italia, come avviene in altri Paesi, un più corretto supporto socio-assistenziale-sanitario sul territorio. Secondo il rapporto Censis 2004, meno di un terzo della popolazione italiana *over 65* è a conoscenza dell'esistenza del servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata" (ADI). A complicare il quadro vi è il fatto che buona parte dell'Italia meridionale (circa un quarto) ne è sprovvisto. In Italia sono presenti circa 240 mila posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) mentre il fabbisogno rilevato dalla Commissione nazionale per la definizione l'aggiornamento dei Lea-2007, viene stimato in di 496 mila posti. La distribuzione dei complessi residenziali non è omogenea nelle diverse realtà regionali. l'impegno economico richiesto alle famiglie, (indagine Spi CGIL, 2012), che varia in funzione della situazione reddituale dell'assistito e dell'ubicazione geografica della struttura, va dai 1.100 euro delle strutture residenziali fino ai 1.400 euro per quelle di tipo socio-sanitario. I tempi di attesa per l'accesso variano, in media, dai 90 ai 180 giorni; (indagine di Spi e Fp-Cgil, 2012)

Per quanto, concludendo, concerne l'assistenza ospedaliera auspichiamo la diversificazione del servizio nel senso di una particolare attenzione per l'anziano: si potrebbero fissare dei criteri con cui creare una linea di accesso preferenziale per gli *over 65*, che, a certe condizioni, devono poter ovviare al problema delle lunghissime liste d'attesa.

## LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

### DIPARTIMENTO GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Con il presente documento si vuole diffondere la Geragogia quale disciplina che si occupa di sensibilizzare "all'invecchiamento con successo" fin dall'età adulta. A tal fine è utile il mantenimento dello stato di salute utilizzando strategie di prevenzione (ad esempio privilegiando metodologie comunicative di gruppi di auto mutuo-aiuto, percorso guidato da un facilitatore) che modifichino lo stile di vita (fumo, alcool, alimentazione, attività fisica tipo A.F.A.(attività fisica adattata) nonché il mantenimento delle capacità cognitive e relazionali promuovendo la socializzazione e lo sviluppo di percorsi specifici sia per gli anziani del presente che del prossimo futuro (cruiverba/enigmistica, senior games su Ipad e attività ludiche).

Si definisce, inoltre, come "fragilità" una condizione multidimensionale con variazione dello stato funzionale, del profilo psicologico, cognitivo, sociale, economico e spirituale che pone ad alto rischio di disabilità il paziente.

*"Pensa al più anziano, al più malato, al più complicato, al più instabile dei tuoi pazienti affetto da patologie multiple la cui presentazione è spesso atipica, portatore di deficit funzionali. I suoi problemi sono cronici progressivi e solo in parte reversibili"*  
Hazzard 1999.

La sostenibilità va perseguita attraverso una appropriata allocazione e utilizzo delle risorse cliniche, terapeutiche ed organizzative, fermo restando il rispetto della dignità e dei diritti della persona. A tal proposito è dunque opportuno implementare il numero dei posti di geriatria, in funzione delle esigenze demografiche del territorio, fermo restando che tali posti siano adeguatamente utilizzati solo per la gestione della fase acuta, lasciando la cronicità al sistema di assistenza sanitaria territoriale con il supporto del terzo settore (ovvero il volontariato socio-assistenziale ed il privato no profit). Omogenea diffusione nel territorio nazionale, anche con l'utilizzo dei Fondi derivanti dalle politiche di coesione, della gestione domiciliare del paziente cronico nella fase avanzata di malattia con presidi assistenziali con medical devices (nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione assistita).

Nel sistema di cure continuative integrate l'equità dovrebbe rappresentare la possibilità di dare il meglio a tutti quelli che ne hanno bisogno e venire intesa come accesso alle cure (universalità).

La presa in carico del paziente anziano fragile avviene da parte del MMG, scelto in modo fiduciario, all'interno di una rete socio-sanitaria integrata avvalendosi in prima battuta del geriatra e di tutte le professionalità che sono adeguate alla applicazione della valutazione multidimensionale. In tale sistema è indispensabile

l'informatizzazione e sarebbe da prendere in considerazione l'utilizzo dei sistemi di telemedicina e domotica che sono utili a migliorare la qualità della vita e dell'assistenza e di abbattere sensibilmente i costi. (vedi linee guida ministeriali sulla telemedicina-giugno 2013).

Prof. Giuseppe Paolisso, Presidente della Società italiana di geriatria e gerontologia

Dott. Mario Rebagliati, Segretario regionale Fimmg Valle d'Aosta Geriatra.

Dott. Carlo De Gaetano, FIMMG Messina.

Dott. Egidio Giordano, FIMMG Basilicata.

Prof. Avv. Michele Sanfilippo, Università di Parma.

Dott.ssa Elena Razzi, Geriatra.

Dott.ssa Elsa Brunier, Medico FIMMG Aosta.

Dott. Federico Mayer, Geriatra.

Dott. Tullio Biondi, Geriatra.

Dott. Piero Vasapollo, FIMMG Calabria.

Dott.ssa Tiziana Lepori, Geriatra.

Dott.ssa Ester Giaquinto, Medico nutrizionista, Società di nutrizione enterale e parenterale (SINPE).

Dott. Tommaso Grassi, Medico Chirurgo, specializzando in Igiene e Medicina Preventiva.

Dott. Claudio Taranto, coordinatore del centro studi SIC Sanità In Cifre.