

Il Futuro della GERIATRIA

L' ISTAT ha, come ogni anno, pubblicato il quadro demografico dell' Italia al 1.1.2018

PROSPETTO 4. PRINCIPALI INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE – ITALIA. 1° gennaio 2008-2018*

INDICATORE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Popolazione 0-14 anni (%)	14,1	14,1	14,1	14,1	14,0	14,0	13,9	13,8	13,7	13,5	13,4
Popolazione 15-64 anni (%)	65,7	65,6	65,5	65,4	65,2	64,8	64,7	64,5	64,3	64,2	64,1
<i>Popolazione 15-39 anni (%)</i>	31,5	31,0	30,5	29,9	29,6	29,0	28,6	28,1	27,7	27,3	27,0
<i>Popolazione 40-64 anni (%)</i>	34,2	34,6	35,0	35,5	35,6	35,8	36,1	36,3	36,6	36,9	37,1
Popolazione 65 anni e più (%)	20,2	20,3	20,4	20,5	20,8	21,2	21,4	21,7	22,0	22,3	22,6
<i>Popolazione 65-84 anni (%)</i>	17,8	17,8	17,8	17,8	17,9	18,2	18,3	18,6	18,8	18,9	19,1
<i>Popolazione 85 anni e più (%)</i>	2,4	2,5	2,6	2,7	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5
Indice di dipendenza (100)	52,1	52,4	52,7	52,8	53,5	54,2	54,6	55,1	55,5	55,8	56,1
Indice di dipendenza anziani (100)	30,7	30,9	31,2	31,3	32,0	32,7	33,1	33,7	34,3	34,8	35,2
Indice di vecchiaia (100)	143,4	144,1	144,8	145,7	148,6	151,4	154,1	157,7	161,4	165,3	168,7
Età media (anni)	43,1	43,2	43,4	43,6	43,8	44,0	44,2	44,4	44,7	44,9	45,2
Popolazione (milioni)	58,7	59,0	59,2	59,4	59,4	59,7	60,8	60,8	60,7	60,6	60,5

(*) Stima per il 2018.

La popolazione italiana è numericamente stabile, ma la percentuale della popolazione anziana e molto anziana risulta in progressivo aumento. I tanti problemi sanitari conseguenti riguardano il sistema sanitario e in particolare la Geriatria che ha un'ulteriore occasione per proporsi.

Finchè le medicine specialistiche potranno manifestare le loro virtù in modo persuasivo il successo della Geriatria sarà problematico; se il paziente potrà scegliere e decidere senza essere adeguatamente informato sui problemi dell' invecchiamento e sulle possibilità esistenti di una prevenzione delle malattie correlate all' età nel periodo midlife, l' insuccesso della Geriatria continuerà. Le scelte dei pazienti sono importanti anche perché le risorse finanziarie seguono il paziente di ogni età.

La debolezza della posizione accademica della Geriatria e Gerontologia (G&G) è certa e storica, sicuramente maggiore rispetto alla situazione esistente nella sanità reale.

Se una disciplina medica non è oggetto di scelta da parte dei cittadini, sicuramente declina; il termine Geriatria non è accattivante ? : è probabile; forse Medicina dell' invecchiamento è più comprensibile e con maggior specificità per il paziente che deve sapere che gli acciacchi della terza età sono prevenibili o dilazionabili, ma solo se si interviene nella età media (midlife). Pertanto la Geriatria deve reinventare se stessa per correggere la sua scarsa attrattività. Si propone come disciplina trasversale che deve informare le altre discipline mediche e anche biologiche (è una metadisciplina)

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

1. La Geriatria deve continua ad essere hospital-based? Se sì, dovrà cercare di realizzare attività intraospedaliere di consulenza geriatrica (basata 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* (perfect storm) con i suoi problemi: servono nuove priorità e anche risorse qualificate che riguardano anche le altre discipline mediche e anche 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 spesso a fragilità e 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. 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. Ma 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 anche 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 nella 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 hanno sempre più considerazione nella 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. Tutto questo consolida la necessità di un maggior sviluppo della G&G nei domini clinici ed accademici (nel corso di laurea di medicina la G&G ha meno dell' 1% dei crediti formativi universitari !). Riformare la formazione del personale e anche il suo aggiornamento è il vero problema e il più urgente: la G&G è una meta-disciplina cioè trasversale alle diverse discipline mediche). 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". Nella realtà 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..

7. Probabilmente l' anziano vulnerabile, fragile dovrebbe essere tempestivamente individuato dal sistema socio-sanitario: ma non è così; prevale un comportamento di attesa che nuoce assai. 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.
8. 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 la continuità delle cure nei setting del sistema sanitario.