SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Audizione informale SIGG
c/o Senato della Repubblica
Commissione Igiene e Sanità

**Oggetto: DM 71 – Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid – OSSERVAZIONI SIGG**

1) Qualunque modello assistenziale, anche il più accuratamente programmato, fallisce in difetto di competenze. È fondamentale che l'assistenza geriatrica abbia centrale il ruolo del geriatra quale figura esperta degli strumenti di valutazione multidimensionale (VMD) e di analisi costo/beneficio degli interventi. La letteratura, incluse varie revisioni Cochrane, attesta chiaramente che la VMD ottimizza l'assistenza al malato complesso e ne riduce i costi.

2) Oltre che alle competenze è basilare il ricorso al metodo di provata utilità nell'identificazione del fabbisogno di cure e delle modalità per farvi fronte. A tal fine, serve che anche altri operatori sanitari e non, come l'infermiere e l'assistente sociale, acquisiscano padronanza degli strumenti valutativi di secondo livello. La formazione professionale va considerata una *conditio sine qua non* per l'ottimizzazione dell'assistenza territoriale.

3) All'impegno sul territorio deve corrispondere un riconoscimento del ruolo, anche sul piano economico, che permetta di premiare il conseguimento di obiettivi univocamente misurabili di costo/efficacia. Per inciso, v'è spesso una disparità retributiva tra chi opera sul territorio e chi in ospedale.

4) Il richiamo alla promozione delle competenze vale anche per le istituende strutture residenziali a bassa intensità di cura (PNRR) che, in difetto di competenze e metodo adeguati, rischiano di trasformarsi in moltiplicatori di spesa e inefficienza, rischiando di scaricare impropriamente all'ospedale buona parte dei propri ospiti. Qui, non meno che nella assistenza territoriale, il ricorso alla VMD risulta basilare per il tailoring della cura e la scelta del relativo setting. Altrimenti, le nuove strutture rischiano di divenire collettori di casi parcheggiati senza che sia effettuata una stima razionale dei bisogni e dei modi per soddisfarli oltre che un ponte verso cure ospedaliere di impropria supplenza al corretto approccio gestionale.

5) Va riconosciuto il ruolo e la necessità della RSA quale strumento insostituibile per una quota di pazienti anziani che, per un mix di fattori medici, funzionali e sociali non sono assistibili a domicilio o, in parte, lo sarebbero con costi insostenibili. Va compreso che la RSA, correttamente intesa, non è un'alternativa al fallimento dell'assistenza domiciliare, ma la soluzione migliore in determinate situazioni, specie allorché il domicilio è privo di qualunque valenza affettiva e logistica funzionale alla cura.

6) I vari setting assistenziali (casa, RSA, memory clinic, day hospital, centri diurni, centri di riabilitazione, ecc) vanno visti in una logica di interscambiabilità e plasticità in rapporto al variare dei bisogni. Le Residenze vanno considerate come 'snodo' dei vari setting, non solo come "soluzione finale" e devono essere in grado di erogare cure palliative e cure specialistiche (mediante formazione e aiuti dagli ospedali).

7) Non esiste quindi alcun presupposto per una sorta di guerra ideologica tra RSA e assistenza domiciliare, essendo le relative indicazioni diverse. Peraltro, solo una rivalutazione periodica e strutturata (ancora una

volta la VMD) permette di cogliere tempestivamente il variare dei bisogni e, quindi, identificare le modalità per soddisfarli.

8) La supposta pericolosità delle RSA per la salute dei residenti, basata sull'elevata mortalità nella prima fase della pandemia, è impropriamente usata dai detrattori delle RSA a sostegno di una riforma che le abolisca e le trasformi in strutture di co-housing. In realtà, l'analisi disaggregata delle RSA mostra che già nella prima fase quelle che hanno tempestivamente adottato le misure di protezione e prevenzione (la SIGG ha trasmesso alle RSA affiliate le linee guida della Società Spagnola di Geriatria nel febbraio 2020) hanno costituito un luogo sicuro per gli ospiti. Ancor più, nella seconda fase della pandemia, l'incidenza del contagio e gli effetti dello stesso sono stati minimi nelle RSA. Ciò conferma che, correttamente gestita e organizzata, l'assistenza in RSA è in grado di proteggere gli ospiti in occasione di epidemie. Paradossalmente, chi critica le RSA sembra ignorare che proprio le RSA, quelle trasformate in RSA Covid, hanno permesso di alleggerire il peso dei ricoveri Covid sugli ospedali.

9) La corretta organizzazione delle cure sul territorio implica il superamento di un equivoco: che siano i bisogni sociali a dominare nel determinismo del fabbisogno di cure. In realtà vi contribuiscono, ma predominano quelli sanitari che, anzi, determinano in larga misura i bisogni sociali del paziente e, ove presente, della sua famiglia. Ancora una volta, una buona VMD permette di cogliere i rapporti causali e la sequenza, orientando l'intervento. La sovrastima della dimensione sociale rende spesso impossibile rimediare ai problemi medici e funzionali, così aggravando il problema sociale!

10) È giusto che il merito abbia un riconoscimento, cioè che sia prevista premialità per i soggetti, anche privati, che riescono ad organizzare continuum efficaci ed efficienti con standard assistenziali di livello superiore.

11) Oltre che necessitare di competenze, il territorio deve diventare fonte di competenze. A tal fine auspichiamo fortemente che la formazione di figure professionali mediche, come gli specializzandi in Geriatria e altre branche, mediche e non, come infermieri e fisioterapisti, avvenga anche sul territorio. In tale prospettiva, la riforma delle cure territoriali deve prevedere anche la realizzazione di un ruolo didattico a supporto di università, scuole infermieristiche, ecc.

12) Segnalo l'esistenza delle reti GeroCovid e GeroVax, promosse dalla SIGG e, la seconda, partecipata dallo ISS, che rappresentano un mezzo unico per acquisire informazioni multisetting sui fabbisogni di cura e sul modo di soddisfarli. Tali reti esplorano infatti le cure territoriali in ogni ambito di applicazione, dal domicilio alle memory clinic, dai day hospital alle RSA, ecc. Si fondano su gruppi di lavoro rigorosamente coordinati dal board scientifico con il supporto informatico e organizzativo di Bluecompanion France, rappresentando un unicum nel panorama non solo italiano delle cure primarie. Tramite tali reti si possono esplorare ambiti assistenziali diversi, rispondere a quesiti, sviluppare proposte pratiche, ecc. Ad esempio, durante il lockdown hanno permesso di studiare i fattori di resilienza degli anziani isolati a casa e sviluppare modelli di assistenza in remoto. Inoltre, la rete GeroVax sta fornendo dati, unici, sulla risposta anticorpale e cellulomediata ai vaccini Covid nei soggetti fragili, dati che hanno contribuito alle decisioni del CTS in merito alla quarta dose del vaccino. Le due reti sono a disposizione per scopi istituzionali di questo tipo.