

L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE PRINCIPI IMPRESCINDIBILI NELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO

- La gestione di pazienti non autosufficienti presuppone anzitutto una stretta integrazione fra i Medici, gli infermieri, le Assistenti sociali, i care giver, le famiglie e più in generale di tutti color i quali sono chiamati a risolvere i loro problemi
- Le patologie oggetto di questo convegno presentano, come comune caratteristica, quella di svilupparsi nell'ambito di una lunga cronicità, nel corso della quale sono possibili, ed anche frequenti, episodi di acuzie essenzialmente per l'intrinseca fragilità di questi pazienti.
- L'atteggiamento del Medico e del Geriatra in particolare nei confronti di questi pazienti fragili, deve pertanto essere improntato anzitutto ad un'adeguata conoscenza dei meccanismi fisiopatologici, delle indagini diagnostiche da richiedere nelle patologie croniche, degli effetti (positivi o negativi) dei farmaci, delle interrelazioni fra varie comorbidità spesso presenti, delle potenziali opzioni riabilitative specifiche.
- Occorre inoltre che i Medici abbiano ben presente alcune necessità:
 - a) considerare il paziente come principale attore del sistema
 - b) rispettare sostanzialmente la sua persona intesa come complesso di organi ed apparati, ma anche di spirito, pensiero, sentimenti, ansie ed aspirazioni
 - c) assumere un atteggiamento il più possibile olistico
 - d) scegliere per il paziente il setting assistenziale più adeguato.
- In effetti, e questo è il punto cruciale del problema, il considerare il ricovero in ospedale come l'unica opzione per questi pazienti è un concetto del tutto irragionevole e portatore potenziale non solo di enormi costi sociali, ma soprattutto di risultati spesso del tutto deludenti dal punto di vista sanitario.

E' noto infatti che il paziente anziano ricoverato in ospedale, presenta maggiori rischi di ulteriori morbilità, spesso si scompensa dal punto di vista neurologico e psichico e non di rado riduce ulteriormente le sue già scarse capacità di ripresa.

E' opportuno pertanto che si conoscano perfettamente i pregi ed i difetti dei diversi setting assistenziali e si scelga l'uno o l'altro con cognizione di causa e sempre con l'obiettivo di gestire questi pazienti, non importa se nel comparto sociale o in quello sanitario, comparti in cui abbiamo diviso la nostra operatività per motivazioni burocratiche più che sostanziali, ma che devono armonizzarsi ed integrarsi reciprocamente sempre al fine di rendere un servizio ai cittadini senza costringerli a sostenere impropri oneri finanziari.

Questi sono i principi a cui normalmente ci ispiriamo nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia e nel corso di Specializzazione in Geriatria. I nostri studenti ed i nostri specializzandi vengono istruiti fin dall'inizio della loro formazione affinché considerino il ricovero in Ospedale come del tutto occasionale non prioritario o insostituibile. Da questa mentalità radicata nel DNA dei Geriatri, sono derivate iniziative assai pregevoli come l'OAD e la Telemedicina che presuppongono, almeno quest'ultima, non soltanto importanti adeguamenti tecnologici, ma anche e direi soprattutto, una mentalità del Medico portata ad andare incontro al paziente, a soddisfare con la maggiore efficacia possibile i suoi molteplici bisogni, ad introdursi se necessario nelle famiglie per rimuovere eventuali ostacoli, anche di natura fisica, che potenzialmente possono portare allo sviluppo incidentale di patologia, alla consapevolezza che l'incontro fisico fra il Medico ed il Paziente non è sempre indispensabile per conciliare due obiettivi fondamentali:

MIGLIORARE L'ASSISTENZA E CONTENERE I COSTI

conciliare questi due obiettivi potrebbe essere ritenuta una missione impossibile, ma ciò in realtà non è, in quanto la strategia portata avanti dalla geriatria piemontese e che deriva appunto da una diversa mentalità e da un diverso approccio nei confronti del Paziente, che ci impone di tenere il paziente anziano a casa sua, se è possibile, e se non è possibile di rimandarvelo a breve. Questa strategia ha già prodotto alcuni risultati importanti:

- a) la SC G/MMO pur gestendo in regime di ricovero pazienti di eta' molto piu' avanzata, registra una loro permanenza in ospedale tra i migliori delle Molinette e senza differenze significative di mortalita' o di rientri in ospedale
- b) i colleghi dell'OAD hanno recentemente pubblicato su una importante rivista internazionale che determinate categorie di pazienti gestiti a casa loro guariscono prima, presentano minori complicanze e costano assai meno
- c) la sperimentazione di telemedicina portata avanti da alcuni anni in collaborazione con Telecom Italia e l'istituto Boella, ha gia' prodotto risultati significativi che hanno recentemente suscitato l'interesse dell'Amministrazione Regionale che si ripromette di diffonderla in tutta la Regione
- d) da circa due anni e' in corso da parte dei nostri infermieri un monitoraggio telefonico di pazienti con fratture da osteoporosi severa finalizzato a migliorarne l'aderenza alle terapie e di conseguenza ad ottimizzarne l'efficacia: sono gia' disponibili eccellenti risultati (anche questi pubblicati e comunicati a congressi internazionali).

Ritengo in conclusione che se i nostri futuri Geriatri sapranno improntare la loro operatività ai principi che ho rapidamente riassunto e che non abbiamo certamente inventato noi, ma rappresentano i fondamentali elementi a cui i Medici debbono ispirarsi nel loro comportamento verso il paziente non autosufficiente, potremo contare nei prossimi decenni, in cui è previsto un ulteriore incremento numerico della popolazione anziana, su un'assistenza più qualificata, meno costosa e certamente più adeguata agli standard di una medicina moderna in grado di rispondere con sempre maggiore efficacia alle richieste che, sempre più numerose, dovremo registrare.

Giancarlo ISAIA