



SIGOT

Società Italiana di Geriatria
Ospedale e Territorio

Associazione medico scientifica senza scopo di lucro

Sezione Emilia-Romagna

Stati generali della salute della comunità

Considerazioni e proposte della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) - Sezione Emilia Romagna

A seguito dell'incontro del 1 Dicembre sul tema in oggetto, ben consapevoli del momento di elevata criticità per il funzionamento e la sopravvivenza stessa del Sistema Sanitario pubblico anche nella nostra regione, ma anche dei bisogni e delle criticità espresse quotidianamente dalla popolazione target della nostra disciplina, dopo confronto e discussione fra i soci di questa sezione regionale, tra cui anche i direttori di diverse unità operative, sono emerse considerazioni e proposte, basate sia sull'esperienza quotidiana che sulle evidenze della letteratura scientifica, che, al di là dei problemi specifici delle singole aree, si ritiene utile portare all'attenzione dell'Assessorato.

Preme ricordare, a premessa di quanto di seguito, che i Geriatri di questa Regione hanno sempre collaborato responsabilmente alle necessarie riorganizzazioni e anche in questo difficile momento economico sono animati da spirito di servizio e intenzionati a impegnarsi per salvaguardare il nostro servizio sanitario e la qualità delle cure per la popolazione anziana fragile

Oltre 10 anni fa il Ministero della Salute, recependo le evidenze scientifiche da tempo disponibili, nel Quaderno "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano" sottolineava che "Il sistema sanitario nazionale è chiamato a rigettare ogni forma di ageismo, estraneo alla nostra cultura e ai nostri comportamenti, considerato che la Costituzione Italiana e il Codice Deontologico sanciscono l'equità del diritto di accesso alle cure e bandiscono ogni forma di discriminazione basata sull'età o sulla condizione psicofisica del paziente". Procedeva perciò a caratterizzare vari servizi appropriati per l'anziano, uniti in una rete che mette in connessione i diversi setting di vita e di cura del soggetto, dall'ospedale, alle strutture residenziali e semiresidenziali, agli ambulatori territoriali, al domicilio, allo scopo di garantire una continuità di cura\assistenza necessaria per preservare l'autonomia e la qualità di vita della persona anziana (1). Successive evidenze scientifiche hanno ulteriormente confermato quanto raccomandato e di ciò si tiene conto nelle considerazioni che seguono.

- Una prima considerazione che emerge dall'analisi delle **reti nelle diverse province è la significativa disomogeneità** nella tipologia, nel numero, nell'estensione e nel personale impiegato, nonché nei servizi offerti dalla rete stessa. Ciò è palese sia per quanto riguarda la presenza differente di unità ospedaliere che di presidi territoriali. Pur tenendo conto che le scelte organizzative possono essere influenzate da situazioni storicamente cristallizzate e dalle diverse opportunità di un territorio, **si auspica** che tali scelte evolvano sempre più verso modelli comuni definiti dai bisogni dei soggetti residenti e dalle evidenze scientifiche e sempre meno siano influenzate da pressioni locali o da personalismi professionali, non sempre coerenti con i principi suddetti.

Nettamente disomogenei risultano anche i rapporti (formali ma anche pratici) tra i vari nodi della rete, ospedalieri e territoriali, sussistendo situazioni di direzione unica o di integrazione in dipartimenti e situazioni di completa separazione con indirizzi organizzativi, percorsi clinici e uso delle risorse non concertati e condivisi, tanto da non apparire di fatto componenti di una unica rete.

Si auspica che le aziende prendano in considerazione la formalizzazione almeno di comitati di rete in cui far affluire problemi, bisogni, percorsi, risorse condivisi, per concretizzare la continuità di cura a vantaggio dei pazienti ma anche dell'organizzazione

Per quanto riguarda i singoli punti della rete ospedale-territorio si riportano alcune riflessioni specifiche:

- **Unità di Geriatria per acuti (UGA):**

L'Unità di Geriatria per Acuti costituisce un punto strategico della rete dei servizi agli anziani perché l'acuzie e l'ospedalizzazione possono rappresentare il momento in cui si generano complicanze o compromissione dell'autonomia funzionale preesistente, con lunghi tempi di degenza, istituzionalizzazione e elevati carichi assistenziali ed economici per le famiglie.

Le caratteristiche e il ruolo delle Unità di Geriatria per Acuti nella rete dei servizi per gli anziani erano già state definite nel documento del Ministero prima citato. Come dimostrato in letteratura l'anziano fragile acuto ha outcomes clinici e funzionali ma anche di mortalità e reingressi migliori quando gestito in un setting dedicato, con caratteristiche specifiche, rispetto al ricovero in un reparto generalista di medicina interna (2,3).

Per ottenere questi vantaggi le caratteristiche e la funzione delle Unità di Geriatria per Acuti, basate su consolidate evidenze scientifiche, devono avere precise caratteristiche che possono essere così riassunte:

-tipo di utenza: i pazienti candidabili a questo setting sono soggetti *ultrasettantacinquenni fragili*, in cui il declino di diversi sistemi fisiologici può comportare una scarsa capacità di adattamento e di risposta agli stress e un elevato rischio di esiti negativi per eventi clinici anche modesti. In specifico si *tratta di pazienti con stato funzionale ancora parzialmente conservato*, ma a rischio elevato di complicanze e di perdita dell'autonomia residua come conseguenza della patologia acuta in atto e della ospedalizzazione

-metodologia di lavoro: - questo setting utilizza come metodologia di approccio la *valutazione multidimensionale geriatrica* (CGA), uno strumento che valuta tutti i determinanti della salute del soggetto, compresi quelli psicologici, sociali ed economici per definire un piano di cura personalizzato. Tale metodologia ha infatti dimostrato di migliorare i risultati clinici e funzionali e favorendo il rientro a domicilio e il rischio di istituzionalizzazione rispetto ai pazienti anziani fragili gestiti nei reparti di medicina tradizionali. Le evidenze in letteratura dimostrano una ulteriore superiorità se lo stesso team medico/infermieristico che effettua la valutazione geriatrica multidimensionale effettua anche la gestione clinica, prendendo in carico il paziente in un **setting dedicato, con team medico /infermieristico dedicato** (4,5)

-in questa popolazione target **l'approccio agli eventi acuti deve essere tempestivo e intensivo** per scongiurare i cosiddetti "scompensi a cascata" tipici dell'anziano fragile.

L'esperienza drammatica della pandemia ha peraltro confermato che, ai fini di ridurre le complicanze e la mortalità, oltre ad una maggiore recettività ospedaliera sarebbe stato necessario poter fornire a molti degli anziani ricoverati anche un tempestivo accesso a prestazioni di tipo intensivo o semintensivo, senza le quali la prognosi poteva non variare significativamente rispetto a proseguire le cure in RSA o al domicilio. Per tale motivo anche le Unità di Geriatria per Acuti, come ipotizzato anche nelle unità di medicina interna, dovrebbero poter disporre di alcuni letti con **tecnologia adeguata a un approccio sub-intensivo** (pompe infusive, monitors, ventilatori non invasivi, aspirazione ecc), garantendo nel contempo al paziente l'applicazione dei principi di presa in carico geriatrica che hanno mostrato di migliorare gli esiti dell'anziano fragile acuto (6).

Una dotazione di letti con queste caratteristiche, oltre a garantire una maggiore equità nell'accesso alle cure agli anziani fragili, finora quasi sempre esclusi dai reparti di terapia intensive e sub-intensiva, potrebbe anche essere un valido e flessibile supporto ai letti intensivi nei momenti di criticità, per il downgrade dei pazienti più stabili, nonché per il Pronto Soccorso, in linea e nel disposto del DI n.34/2020 e come estensione di quanto già previsto anche dai requisiti minimi per l'Accreditamento delle strutture di Geriatria per acuti della RER (requisiti n°36-38-40)

Certamente **non appare corrispondente al reale considerare il soggetto anziano come un paziente a priori "cronico" con bisogni comunque esaudibili in setting a bassa intensità di cura e /o quasi esclusivamente di palliazione.** Lo confermano il documento del Ministero della Salute "Il ricorso dei pazienti geriatrici al Pronto Soccorso e al ricovero ospedaliero (analisi dei dati EMUR) - 2018", e una recente pubblicazione su rivista internazionale (7,8) che analizza i dati di oltre 20 milioni di accessi forniti dallo stesso database, di cui quasi 3,5 milioni in ultra settantacinquenni, che mostra che gli accessi in PS crescono con l'età e in modo continuo a partire dai 75 anni in su. Ma, a dispetto di chi penserebbe si tratti spesso di accessi inappropriati in pazienti non acuti e vorrebbe escludere gli anziani da questi servizi, anche l'appropriatezza degli accessi è

maggiore in questa fascia di età rispetto ai più giovani, mostrando un progressivo incremento dei codici gialli e rossi con l'età (10,7% nel gruppo 40-44 anni vs 44.2% nella fascia 90-94) . Parimenti dopo i 75 anni aumenta il numero degli accessi che esitano in ricovero ospedaliero e l'appropriatezza del ricovero stesso, con oltre il 41% di passaggio in reparto per acuti.

Inoltre a causa della frequente manifestazione atipica di patologie anche gravi, molti pazienti classificati in PS con codici di minore gravità si sono dimostrati alla dimissione dal reparto di severità maggiore. In ogni caso l'alto numero di accessi e di codici rossi e gialli esprimono la necessità di posti letto acuti dedicati per questa fascia di età.

A fronte di questi numeri, anche prima dell'evento pandemico i posti letto di geriatria per acuti erano sottodimensionati per rispondere alla propria mission. Agli inizi del 2020 da un survey Sigot/Sigg i posti letto per acuti di geriatria in Italia risultavano in media 0.059 ×1000 abitanti, cioè meno del 2% dei posti letto ospedalieri italiani, con necessità stimata di un incremento almeno a 0.18 posti letto ×1000 abitanti. In ER erano censiti 524 posti letto (ma comprendenti alcuni a carattere di long term care) per una popolazione di 4.459. 477 abitanti, pari a poco più dello 0.11/1000 ab. , nonostante un indice di vecchiaia di 182.6% e una percentuale di ultra 65enni del 24% (con range dal 22 al 28% a seconda delle province) Appare pertanto evidente come sarebbe ragionevole non solo mantenere ma eventualmente potenziare queste unità operative mediante una rimodulazione dei posti letto per acuti internistici, a seconda delle caratteristiche della popolazione, come già suggerito dal decreto sugli standard ospedalieri (decreto n. 70 del 2 Aprile 2015) che in una nota recita che **“per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le Regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto”**.

La pandemia ha poi comportato che diverse unità di geriatria con il loro personale medico e infermieristico sono state talora smantellate / convertite in setting generalisti, nonostante le criticità maggiori fossero proprio a carico della popolazione target della geriatria. Ciò ha ulteriormente ridotto il già sottostimato numero di letti geriatrici rispetto alla popolazione anziana, impoverendo la disponibilità di servizi dedicati anche per gli anziani fragili acuti covid-free.

Considerato ciò , appare non comprensibile e motivo di allarme l'ipotesi di chiudere posti letto specialistici di Geriatria , eventualmente sostituiti da attività di consulenza senza gestione diretta del paziente , attività che dati consolidati della letteratura ha già mostrato essere meno efficace (e meno efficiente) rispetto gestione diretta dell'anziano acuto. Inoltre sembra basato su un pregiudizio, più che sostenuto da evidenze, che la popolazione geriatrica necessiti soprattutto di letti a bassa intensità di cura, magari relegabili in strutture periferiche con minore disponibilità di servizi di supporto in loco, sebbene queste opzioni possano essere utili e appropriate per pazienti nelle fasi postacute sia cliniche che riabilitative o in quelle esclusivamente palliative.

Escludere gli anziani dai servizi per acuti si configurerebbe come evidente disequità nell'accesso alle cure di stampo ageistico, ma comporterebbe anche un incremento di outcomes negativi (disabilità e costi assistenziali) con incremento del burden della cronicità .

Nel complesso *si auspica* che ogni ridimensionamento dei posti letto/abitanti non intacchi ulteriormente la già modesta disponibilità storica di letti per anziani acuti , ma venga rivalutata, secondo quanto suggerito dalla nota del DM 70/2015 , in base alla popolazione e all'indice di vecchiaia, disponendo possibilmente di unità di geriatria per acuti in ogni ospedale dotato di Pronto Soccorso , con presenza ogniqualvolta possibile, di un subsetting con funzioni sub-intensive. Prioritaria peraltro la ricostruzione delle Unità di Geriatria per Acuti trasformate o depotenziate in corso di pandemia

- Pronto Soccorso e Ambulatorio geriatrico dedicato:

Nonostante l'elevata appropriatezza degli accessi in PS prima menzionata (7,8) , alcuni lavori riportano che circa il 20% di queste visite potrebbe essere evitato, un dato rilevante considerando l'ingravescente e incontrollato overcrowding attuale. Le cause sia per le prime visite che per gli accessi ripetuti sono attribuibili in buona parte alla carenza di adeguati servizi territoriali con tempi di attesa troppo lunghi per visite o indagini diagnostiche per gli esterni, insufficiente presa in carico alla dimissione dal PS, comorbidità e politerapie non adeguatamente gestite in modalità multidisciplinare, carenza di strutture residenziali e semiresidenziali , ma

anche dalle difficoltà oggettive del PS, a causa della presentazione atipica di malattie anche severe (30% e oltre in alcune casistiche) (9,10), che restano così misconosciute e sono all'origine di nuovi accessi. Il Piano per il miglioramento dei percorsi di emergenza urgenza della regione Emilia Romagna (2019), ha individuato tra i punti cruciali l'obiettivo della presa in carico e della continuità delle cure, per la gestione dei pazienti cronici e polipatologici nel DEU. Le linee guida prodotte nel 2014 dalle società scientifiche americane di medicina dell'emergenza e di geriatria identificavano il DEU, incrocio strategico tra ospedale e territorio, come luogo in cui migliorare la cura dei pazienti anziani. Tali concetti sono stati ripresi nel documento italiano SIGOT-SIMEU.

Un modello introdotto di recente anche in alcune aree della nostra regione con lo scopo di rispondere a questi bisogni, che prevede la presenza diurna del geriatra in un ambulatorio della fragilità/complessità con la collaborazione dell'infermiere di continuità e dell'assistente sociale e con l'applicazione della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (CGA) come metodologia di approccio e gestione del paziente, ha mostrato di ridurre il numero dei ricoveri tra i pazienti con codice non rosso / giallo (11,12,13,14)

Si auspica pertanto l'introduzione stabile, almeno nei PS degli ospedali a valenza provinciale, di un ambulatorio diurno con queste competenze

- Team multiprofessionali e modelli di cogestione :

E' sempre più diffusa, sostenuta dalle esperienze in letteratura, l'attività che i geriatri esercitano in team con altri specialisti quando questi debbono intervenire su pazienti anziani fragili, al fine di decidere il tipo di trattamento più tollerato e ottimizzare le condizioni pre-intervento del paziente (Ortopedia, Cardiocirurgia, Chirurgia oncologica, Oncologia, Radioterapia, ecc.) sia integrati in modelli di co-gestione sia come componenti di specifici PDTA multidisciplinari / percorsi di pre-abilitazione.

Tali attività sono presenti in regione a macchia di leopardo e spesso sostenute solo dalla buona volontà e dall'interesse del singolo professionista e necessiterebbero di linee di indirizzo regionali per omogeneizzare l'offerta, l'impiego di risorse e monitorare indicatori di efficacia ed efficienza.

Un campo particolare, ormai consolidato da esperienze quasi trentennali in tutto il mondo, compresa la nostra regione che ha elaborato linee di indirizzo specifiche, è rappresentato dalla **cogestione ortopedico-geriatrica (ortogeriatrica)**

Tuttavia è necessario ricordare che non tutti i modelli mostrano uguale efficacia. In tutto il mondo i modelli di co-gestione hanno la maggiore evidenza di efficacia, senza incremento dei costi. Incomprensibile sarebbe la riduzione, come ipotizzata in alcuni contesti, della ortogeriatrica a mera consulenza, che, specie se attuata solo dopo l'intervento o a domanda, non ha mostrato gli stessi vantaggi per il paziente né per il percorso (aumentando il ricorso a consulenze multiple, allungando i tempi di degenza e le complicanze), con conseguenze spreco di risorse. Al contrario i modelli di co-gestione, in correlazione con le unità di geriatria per acuti o talora come area sub-specialistica della unità per acuti stessa, con presenza del geriatra in tutte le fasi del percorso (ottimizzazione preoperatoria e postoperatoria, mobilitazione precoce e riabilitazione postoperatoria) hanno dimostrato di migliorare gli outcomes in termini di complicanze, mortalità e breve e medio termine, stato funzionale, oltre che degenza media e costi complessivi (15,16)

Si auspica pertanto l'applicazione di questo modello di co-gestione almeno negli ospedali a valenza provinciale, con maggiore casistica trattata

- Riabilitazione geriatrica:

Se la mission delle Unità di Geriatria per Acuti consiste nel ridurre il rischio che l'evento acuto esiti in perdita di autonomia e qualità di vita, è necessaria **l'integrazione con percorsi riabilitativi specifici e commisurati a questa tipologia di paziente**, come delineati in letteratura, dove non è discriminante il criterio della durata e intensità dell'intervento ma la complessità del paziente, dove l'obiettivo non è unicamente il recupero motorio, ma anche quello occupazionale, cognitivo ecc, dove è essenziale la tempestività e se possibile anche la contemporaneità con la terapia dell'evento acuto, richiedendo la presenza di competenze geriatriche e l'integrazione con il setting per acuti. Al momento attuale non sono presenti unità operative o settori dei reparti di riabilitazione dedicati specificamente ai pazienti geriatrici (se non alcune esperienze

dedicate esclusivamente a pazienti ortogeriatrici). Anzi accanto alla carenza generale di offerta riabilitativa, si assiste in alcuni casi a una vera e propria esclusione ageistica dei pazienti ultrasessantacinquenni dai reparti riabilitativi intensivi per esclusivi motivi di età, indipendentemente dal livello di autonomia preesistente e dalla possibilità di recupero.

Si auspica pertanto l'eliminazione della discriminante età come prerequisito all'accesso ai servizi, la creazione di unità o sub-setting dedicati specificamente alla riabilitazione multidimensionale geriatrica (quando necessaria in regime di ricovero) con integrazione di competenze geriatriche, la creazione/potenziamento di percorsi di riabilitazione domiciliare, da preferirsi ogniqualvolta fattibile.

Rete geriatrica territoriale

I servizi territoriali svolgono un ruolo imprescindibile nella presa in carico e nella continuità delle cure nel soggetto anziano fragile nonché nell'utilizzo più appropriato dei servizi a maggiore intensità di cura e del Pronto Soccorso. Tuttavia, come sopra accennato, esistono alcune criticità e disomogeneità a seconda dei territori, che si riportano in sintesi, da riconsiderare anche alla luce della realizzazione del DM 77.

- Strutture residenziali e semiresidenziali: (CRA e Centri Diurni):

il progressivo incremento della popolazione anziana e l'impoverimento delle reti parentali richiede un adeguamento della disponibilità di posti in tali strutture, anche nelle aree in cui risultano maggiormente presenti. Inoltre **l'assistenza sanitaria in molte strutture non prevede la presenza del geriatra e di un infermiere esperto in nursing geriatrico**, né come componenti stabili dello staff della struttura né come membri di un team multiprofessionale trasversale di riferimento per più strutture. Tuttavia in letteratura l'introduzione di queste figure ha portato alla riduzione di oltre il 60% dei ricoveri ospedalieri (NNT 12) (17). L'esperienza della pandemia ha ulteriormente confermato la necessità di queste competenze in contesti che presentano una alta concentrazione di pazienti marcatamente fragili e a rischio di eventi acuti.

Si auspica pertanto venga riconsiderata l'offerta secondo una valutazione dei bisogni espressi nei diversi territori, anche mediante la convenzione per posti temporanei che potrebbero ridurre il numero di ricoveri ospedalieri per urgenze esclusivamente sociali, nonché l'introduzione stabile (anche tra i criteri di accreditamento) di competenze geriatriche.

- CDCD (Centro Disturbi Cognitivi e Demenze) :

nonostante la diffusione capillare, in alcuni contesti la dotazione medico/infermieristica, di psicologi e terapisti (vedi DGR 990/2016, DGR 159/2019 e DGR 2062/2021) appare sottostimata rispetto alla elevata richiesta di prestazioni per la popolazione anziana con disturbi cognitivi e comportamentali. In carenza di servizi dedicati la valutazione e presa in carico può non essere sufficientemente tempestiva per rispondere allo stress del caregiver in caso di aggravamento dei disturbi comportamentali (BPSD), delirium ecc. Tale casistica afferra così automaticamente al PS, a cui quasi regolarmente fa seguito un ricovero inappropriato, talvolta in ambiente non idoneo e con elevato rischio di eventi avversi (contenzione fisica e farmacologica, cadute, istituzionalizzazione temporanea o permanente ecc). Poiché è ipotizzabile il trasferimento di parte di questi ricoveri al setting delle cure intermedie (azione peraltro prevista nel modello del pdta demenze regionale) *si auspica* vengano poste in atto una serie di azioni: - **incremento dell'offerta di posti per assistenza residenziale temporanea c/o CRA** per coprire aree dei territori distrettuali che sono sprovvisti di questa possibilità; - **valutazione della possibilità di destinare alla gestione del delirium e dei disturbi comportamentali legati a demenze (BPSD) alcuni posti letto negli Ospedali di Comunità (OSCO)** attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale operativi negli ospedali di comunità e gli specialisti geriatri dei CDCD (alcuni già presenti in alcune Case della Salute/Comunità); - **incremento di team distrettuali** (unità mobili, descritte in letteratura) per la presa in carico in urgenza di "scompensi comportamentali" che supportino le attività domiciliari dei MMG verso le persone con demenza e le loro famiglie finalizzati ad evitare accessi in PS e ricoveri impropri, in linea con le raccomandazioni europee (18)

- Case della comunità:

l'ipotesi che queste strutture vengano popolate da numerosi servizi territoriali e da un punto unico di coordinamento degli stessi, ne fa **il luogo ideale per la collocazione di un ambulatorio della fragilità**, in cui operi un team multiprofessionale tra cui il geriatra, l'infermiere esperto in nursing geriatrico, il fisioterapista, il dietista/nutrizionista, il terapeuta occupazionale, l'assistente sociale, al fine di prendere in carico

globalmente il paziente anziano complesso difficilmente gestibile dal solo medico di medicina generale o dallo specialista di organo, ma ne coordini gli interventi. Un team così costituito e presente in modo capillare sul territorio sarebbe in grado di garantire una reale ed efficace continuità di cura per i pazienti dimessi dai servizi per acuti e dal PS stesso, nonché di farsi carico il prima possibile dell'individuazione del soggetto anziano "fragile" o "a rischio di fragilità", per favorire un invecchiamento di successo o per impedire l'aggravamento delle fragilità presenti, con notevole impatto sulla sanità pubblica attraverso un **approccio "proattivo" di prevenzione**. Per tutti questi aspetti la presenza di competenze geriatriche può fare la differenza (19)

- **Ospedali di Comunità (OdC):**

se non intesi come sostituti di letti ospedalieri per acuti in cui relegare a priori i più deboli, queste strutture possono rappresentare una opportunità rilevante nei casi in cui la necessità di cure mediche si associ a situazioni di fragilità sociale che ne impediscono l'attuazione sicura al domicilio. Le esperienze già attive in regione hanno confermato il valore aggiunto della presenza giornaliera del geriatra per i pazienti anziani provenienti dall'ospedale o dal domicilio, in stretta collaborazione con il medico di medicina generale e il team infermieristico che gestisce l'organizzazione della struttura.

Si auspica la programmazione degli OdC tenendo conto realisticamente e rigidamente di: a) effettiva capacità di organizzarne la collocazione nella rete di servizi; b) effettiva disponibilità di personale (medico, preferibilmente con competenze geriatriche, infermieristico e riabilitativo); c) effettiva capacità del sistema sanitario di sostenere i costi degli OdC dopo la conclusione del PNRR. Inoltre, **si auspica** che le strutture siano predisposte prevedendo contemporaneamente un progetto di funzionamento, sia interno che rispetto all'esterno. Se non si attivano tutti i nodi della rete con il quali l'OdC dovrà collegarsi, vi è il rischio che questo diventi solo un parcheggio temporaneo per anziani in attesa di entrare nelle CRA/RSA. Al contrario **l'OdC deve risultare una struttura qualificata sul piano clinico-assistenziale, dove il "low cost" non è predittivo di un "low care"** e dove l'obiettivo non è l'attesa dell'istituzionalizzazione, ma il ritorno a casa nelle migliori condizioni di salute possibili. Questo tipo di qualificazione non può prescindere dalla **diffusione della cultura geriatrica** di diagnosi, cura e riabilitazione.

Nel complesso **si auspica** che la programmazione della rete dei servizi tenga conto della opportunità di una **adeguata presenza di competenze geriatriche in tutti i setting deputati alla gestione dell'anziano, dalla geriatria per acuti con letti di semintensiva, agli ambulatori dedicati nei PS, ai reparti organizzati con modello di cogestione come le ortogeriatriche, alle strutture di cure Intermedie (OsCO, residenze sanitarie, alle Case della Comunità ed agli ambulatori dei Centri Disturbi Cognitivi e di supporto alla gestione specialistica del paziente fragile (oncologia, cardiologia interventistica, ecc)** affinché l'attuazione del DM 77 rappresenti effettivamente uno strumento per prevenire ricoveri ospedalieri inappropriati e garantisca nel contempo cure ottimali e miglior qualità di vita al soggetto anziano, prevenendo cronicizzazioni e riacutizzazioni.

A tal fine si auspica anche un **adeguato monitoraggio** dei risultati dell'attuazione del DM 77, mediante indicatori sia clinici che economici, per una ottimale organizzazione dei servizi e una adeguata allocazione delle risorse

A conclusione di quanto sopra segnalato, la nostra Società non intende eludere una obiezione frequentemente avanzata ogniqualvolta si rimarca la carenza di competenze geriatriche e di servizi dedicati agli anziani, cioè **la carenza di specialisti geriatri**.

A tal fine si osserva che **nel prossimo triennio saranno disponibili nella nostra regione oltre 100 specialisti in Geriatria** che possono essere impiegati nella riorganizzazione/potenziamento dei diversi punti della rete dei servizi, in modo coerente con il progressivo invecchiamento della popolazione e con l'obiettivo di ridurre il burden sanitario ed economico della cronicità. Poiché ogni riorganizzazione prevede tempi e tappe successive è possibile una programmazione a medio termine che tenga conto di questa progressiva disponibilità.

Non è tuttavia da escludere la **formazione specialistica geriatrica di altro personale medico e infermieristico** mediante masters e frequenze sul campo, purché interessato a questa superspecializzazione e impiegato in

setting non generalisti /misti ma dedicati ai pazienti in età geriatrica, in modo conforme alle evidenze scientifiche di efficacia ed efficienza

Stante la preoccupazione che pervade i servizi sanitari di fronte al progressivo incremento della popolazione anziana e dei costi connessi alla sua assistenza anche nella nostra regione, si auspica la creazione di **tavoli di confronto permanenti**, oltre a quelli già in essere, sui diversi punti della rete e sui problemi più rilevanti per produrre linee di indirizzo, PDTA ecc e costruire soluzioni condivise di tipo multidisciplinare tra amministratori, professionisti sanitari e rappresentanti dei cittadini.

La disponibilità di SIGOT è piena.

Alcune voci bibliografiche esemplificative

- 1-Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell' assistenza all' anziano. Quaderni del Ministero della Salute, n. 6 NovembreDicembre 2010
- 2-Fox, M. T., et al (2012). Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2237-2245.
- 3- Ekerstad et al: Is the acute care of frail elderly patients in a comprehensive geriatric assessment unit superior to conventional acute medical care? *Clinical Interventions in Aging* 2017:12
- 4) Ellis G, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: metaanalysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011; 343: D6553
- 5) Ellis G,et al Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital Review) - Cochrane Database of Systematic Review 2017
- (6) Ranhoff AH, et al. Subintensive care unit for the elderly a new model of care for critically ill frail elderly medical patients. *Intern Emerg Med* 2006; 1: 197-203
- 7)Ugenti R, et al. Ministero della Salute. Il ricorso dei pazienti geriatrici al Pronto Soccorso e al ricovero ospedaliero (analisi dei dati EMUR), 2018. DM n.70 2 aprile 2015 (Gazzetta Ufficiale 04.06.15) Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021
- 8)Fimognari FL et al: Association of age with emergency department visits and hospital admissions: A nationwide study *Geriatr Gerontol Int* 2022; 22: 917–923.
- 9) Limpawattana P, et al.Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2016; 62: 97–102.
- 10) Gasperini B et al Potentially preventable visits to the emergency department in older adults: Results from a national survey in Italy. *PLoS One* 2017; 12: e0189925.
- 11) American College of Emergency Physicians; American Geriatrics Society; Emergency Nurses Association; Society for Academic Emergency Medicine; Geriatric Emergency Department Guidelines Task Force. *Ann Emerg Med*, 63(5): e7-25, (2014)
- 12) SIGOT-SIMEU. Position Paper Approccio al Paziente anziano in ospedale, 2019
- 13) Conroy SP et al: A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Ageing*, 43(1):109-14, (2014).
- 14) Chong E et al Emergency Department Interventions for Frailty (EDIFY): Front-Door Geriatric Care Can Reduce Acute Admissions *JAMDA* 22 (2021)
- 15)Deliberazione della Giunta regionale Emilia Romagna 2 Agosto 2013, N. 1133
- 16) Orthogeriatric co-management for the care of older subjects with hip fracture: recommendations from an Italian intersociety consensus *Aging Clin Exp Res*. 2021 Sep;33(9):2405-2443
- 17) Herrmann FR, et al. The Presence of a Geriatrician in a Nursing Home Could Prevent Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21: 139–140. 18
- 18) <https://www.alcove-project.eu>
- 19) Rudnicka E. et al The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep;139:6-11.

I Direttori delle UU.OO. di Geriatria ospedaliera e territoriali della Regione Emilia-Romagna sottoscritti

Candida Andreati, direttore UO Post Acuzie Geriatrica Riabilitativa, AUSL Ferrara

c.andreati@ausl.fe.it

Antonio Balotta Geriatra ,Cesena

balotta.ant1@gmail.com

Giuseppe Benati, direttore UO Geriatria, Ospedale di Forlì, AUSL Romagna

giuseppe.benati@auslromagna.it

Stefano Boni, direttore UO Geriatria, Ospedale di Faenza, AUSL Romagna

stefano.boni@auslromagna.it

Pietro Calogero, direttore UO Geriatria Acuti e Continuità Assistenziale , Ospedale S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria IRCSS Bologna

pietro.calogero@aosp.bo.it

Maria Luisa Davoli, direttore UO Geriatria, Ospedale S.Maria Nuovo, Azienda USL-IRCSS Reggio Emilia

Presidente Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

davoli.marialuisa@ausl.re.it

Stefano De Carolis , Geriatra - Direttore UO Cure Pimarie, AUSL Forlì-Cesena

stefano.decarolis@auslromagna.it

Andrea Fabbo, direttore UO Geriatria-Disturbi Cognitivi e Demenze, AUSL Modena

Consigliere nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

a.fabbo@ausl.mo.it

Alberto Ferrari, Geriatra – Reggio Emilia

Presidente Onorario Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio- Membro Nominato Full Board EuGMS

(European Geriatric Medicine Society) per l'Italia

alberto-2@libero.it

Alessandro Franco, direttore UO Geriatria, Ospedale di Rimini, AUSL Romagna

Consigliere Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

alessandro.franco@auslromagna.it

Aldina Gardellini, direttore F.F. UO Percorsi Geriatrici Integrati, AUSL Bologna

aldina.gardellini@ausl.bologna.it

Lucio Luchetti, direttore UO Geriatria Ospedale di Piacenza, AUSL Piacenza

l.luchetti@ausl.pc.it

Maria Lia Lunardelli, direttore UO Geriatria Acuti, Ortogeriatra e CDCD, Ospedale S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria IRCSS Bologna

Consigliere Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

marialia.lunardelli@aosp.bo.it

Anna Nardelli, Geriatra -Parma

Vice presidente Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

annanardelli1960@gmail.com

Emilio Martini , UO Geriatria, Ospedale di Baggiovara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Segretario-Tesoriere Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

martini.emilio@aou.mo.it

Marco Masina, direttore UO Geriatria, Ospedale Bentivoglio, AUSL Bologna

Consigliere nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

marco.masina@ausl.bologna.it

Massimo Menetti , direttore F.F. UO Geriatria Ospedale-Territorio, AUSL Imola

m.menetti@ausl.imola.bo.it

Morena Pellati, direttore UO Programma Anziani e Fragilità, Azienda USL-IRCSS Reggio Emilia

pellatim@ausl.re.it

Franco Romagnoni, direttore UO Assistenza Anziani e Disabili Adulti, AUSL Ferrara

f.romagnoni@ausl.fe.it

Pasquale Salvatore Turano, direttore UO Geriatria Territoriale e Centri Disturbi Cognitivi, AUSL Piacenza

p.turano@ausl.pc.it

Amedeo Zurlo, direttore UO Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Consigliere nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio -Sezione Emilia Romagna

a.zurlo@ospfe.it