



LETTERA APERTA AL MINISTRO DELLA SALUTE PROF. RENATO BALDUZZI E AGLI ASSESSORI REGIONALI AL DIRITTO ALLA SALUTE

Le presidenze della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria e della Associazione Italiana Geriatri Extraospedalieri, nelle persone dei Presidenti rispettivamente: Giuseppe Paolisso, Luigi Di Cioccio, Marco Trabucchi e Salvatore Putignano, insieme ai Consigli Direttivi delle stesse Società in maniera congiunta hanno deciso di indirizzare questa lettera aperta al Ministro della Salute Prof. Renato Balduzzi e agli Assessori Regionali al Diritto alla Salute.

La lettera ha lo scopo di rendere pubbliche alcune considerazioni che entrano nel merito di alcuni indirizzi contenuti nel decreto legge sulla sanità pubblica n°158 del 13 settembre 2012 (*cosiddetto decreto Balduzzi*) convertito in legge l'1 novembre 2012. In particolare ci si riferisce all'allegato standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che stila norme e regole per la definizione e la razionalizzazione del numero di posti letto ospedalieri.

Queste norme e queste regole così come formulate, sono destinate ad incidere profondamente in modo negativo sulla qualità dell'assistenza ospedaliera dedicata alle persone anziane.

Considerazioni demografiche :

Nel mondo la speranza di vita: alla nascita, a 65 anni ed a 80 anni, appare in costante e progressivo aumento (1). Nella maggior parte dei paesi sviluppati la durata media della vita ha raggiunto livelli inimmaginabili fino a pochi decenni or sono e l'indice di dipendenza è in costante incremento (2). L'Italia è attualmente il paese più vecchio in Europa con una percentuale di anziani del 25% ed un'età media in continua crescita che nei prossimi decenni supererà i 90 anni per le donne. Questo crea forte preoccupazione per la sostenibilità dei sistemi di welfare. In questo scenario la sfida per il futuro è quella di garantire che le persone in tutto il mondo siano in grado di invecchiare con sicurezza e dignità e possano continuare a partecipare a pieno titolo alle loro società (3).

Considerazioni epidemiologiche :

Gli anziani, e i grandi anziani in particolare, sono tra i principali utenti dei servizi sanitari e degli ospedali in particolare (4)(5)(6). Il ricovero in ospedale rappresenta un momento particolarmente critico per la persona anziana che non raramente, in questo frangente, rischia di perdere o di peggiorare la propria autonomia funzionale (7)(8).

Considerazioni derivate dalla Medicina Basata sull'Evidenza:

L'approccio specificamente dedicato al paziente anziano (in letteratura CGA/Comprehensive Geriatric Assessment), rispetto al metodo di cura tradizionale (in letteratura Medicina Interna = Usual-Care) ha dimostrato, nel corso degli anni e con evidenze sempre più numerose e sempre più solide, di ridurre il tasso di disabilità e l'istituzionalizzazione senza incremento di costi (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17)

(18) (19). In altri termini il paziente anziano seguito nei reparti di Geriatria/Medicina-Geriatria esce dall'ospedale in condizioni funzionali migliori, grava meno sulle famiglie ed ha minori necessità di risorse sanitarie e assistenziali. Questi benefici sono stati ottenuti grazie ad un approccio multidimensionale basato sulla perfetta conoscenza della complessità del paziente oltre che della situazione clinica contingente. Da questo approccio scaturisce un sistema di priorità di interventi medico-assistenziali, con l'obiettivo finale della conservazione della autosufficienza e della qualità della vita. In conclusione il paziente anziano ricoverato in ospedale richiede un approccio specialistico specificamente dedicato che coniuga competenze di assessment e management.

Le evidenze sono talmente forti che una revisione sistematica pubblicata nell'Agosto 2011 sulla **Cochrane Library** (20) arriva ad affermare nelle considerazioni conclusive che “ **Il beneficio del C.G.A (Comprehensive Geriatric Assessment) è tale da giustificare la riorganizzazione dei servizi là dove questo sia possibile. Questa riorganizzazione non determina un incremento dei costi per l'ospedale anzi dal punto di vista della società presa nel suo complesso può determinare una potenziale riduzione dei costi stessi.**”

Conclusioni:

In base a queste considerazioni che, come è possibile constatare dai riferimenti allegati, sono incontrovertibilmente documentate, non si riesce a comprendere in ragione di quale rationale si sia deciso che l'approccio specificamente dedicato al paziente anziano (Geriatria/Medicina-Geriatria, in letteratura C.G.A/Comprehensive Geriatric Assessment) sia rappresentato negli ospedali in un numero che viene confinato a soli 20 letti per bacini d'utenza tra i 400.000 e gli 800.000 abitanti e non si sia proceduto invece a riconvertire, là dove questo sia possibile, risorse generalistiche (Medicina Interna, in letteratura usual-care) ridondanti e non più giustificate dall'attuale andamento demografico ed epidemiologico in risorse specificamente dedicate al paziente anziano. Riconversione che, al contrario, sarebbe ampiamente giustificata sia dall'andamento demografico che da quello epidemiologico, avrebbe un costo nullo e, in ragione della Medicina Basata sull'Evidenza, porterebbe indubbi vantaggi sia ai pazienti, che vedrebbero ridotti i loro esiti disabilitanti, come alle famiglie ed alla società che della disabilità sostengono i costi.

Va sottolineato in particolare che sono proprio i Servizi Sanitari Regionali più virtuosi quelli che hanno dato ampio spazio all'approccio dedicato al paziente anziano in ospedale con indubbi benefici sia per gli assistiti sia per i costi.

Queste Regioni non trarrebbero alcun vantaggio economico nell'applicare dei parametri che, oltre ad essere in aperta contraddizione rispetto all'andamento demografico ed epidemiologico, rischiano di vanificare i risultati finora ottenuti nel campo della qualità dell'assistenza per i propri cittadini anziani.

Infine **dobbiamo sottolineare l'aspetto certamente non secondario dello sviluppo della cultura e delle competenze gerontologiche e geriatriche nell'ambito della formazione delle professioni sanitarie.** Non vi è dubbio che i luoghi dove questa cultura viene principalmente coltivata praticata e diffusa sono rappresentati, in primo luogo, dai reparti ospedalieri ed universitari di geriatria oltre che dalle scuole universitarie di formazione e specializzazione. Pensiamo ci sia futuro per un paese che invecchia se non si prevede un adeguato sviluppo dei luoghi dove si coltiva e si sviluppa la cultura gerontologica e geriatrica ?

Certi che la lungimiranza e l'onestà intellettuale delle Signorie Loro, non saranno sorde ai reali bisogni della nostra popolazione anziana che aspira ad invecchiare in autonomia ed in qualità di vita, auspichiamo che, in coerenza con le modificazioni demografiche ed epidemiologiche ed in accordo con le evidenze della letteratura scientifica internazionale che, anche per la popolazione anziana, debbono

essere tenute in debito conto, **si possa avviare un sereno ripensamento rispetto agli aspetti del decreto che abbiamo dovuto sottolineare.**

Il Presidente SIGG

Giuseppe Paolisso



Il Presidente SIGOT

Luigi Di Cioccio



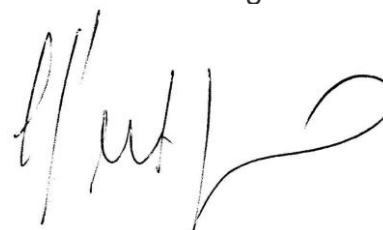
Il Presidente AIP

Marco Trabucchi



Il Presidente AGE

Salvatore Putignano



1. United Nations – World Population Ageing 1950 - 2050 – Demographic Determinants of Population Ageing. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/8chapteri.pdf>
2. United Nations – World Population Ageing 1950 - 2050 – Changing Balance between Age Group. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/81chapteri.pdf>
3. United Nations – World Population Ageing 1950 - 2050 – Conclusions - <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/92chapteri.pdf>
4. National Hospital discharge Survey: 2007 Summary. <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr029.pdf>
5. Ministero della Salute – Attività di Assistenza Sanitaria – Distribuzione dei Dimessi Acuti in regime ordinario per classi d'età 2008. http://www.salute.gov.it/salaStampa/documenti/AA_2.pdf
6. Quaderni del Ministero della Salute “Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza all’anziano”. N.6, novembre-dicembre 2010 ISSN 2038-5293. Presenti anche sul sito del Ministero. Su: www.quadernidellasalute.it
7. Creditor MC. - Hazards of hospitalization of the elderly.- Ann Intern Med 1993;118:219–223.
8. Palleschi L et al. Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto DImissioni in GERiatria study. J Am Geriatr Soc 2011; 59:193-9.
9. Rubenstein et al., Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984 ; 311: 1664-70.
10. Landefeld CS, Palmer RM A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients N Engl J Med 1995; 332: 1338-44.

11. Covinsky KE, King JT. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997 Jun;45 (6): 729-34.
12. Counsell SR , Holder CM... Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care to Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000 Dec;48(12): 1572-81.
13. Saltvedt I, Mo ES,...Reduced mortality in treating acutely sick,frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:792-8.
14. Cohen HJ ,Feussner JR A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*,Vol.346, No.12 March 21, 2002 .
15. Saltvedt I ,Saltnes T ,Mo ES , Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. – Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home .A prospective randomized study . – *Aging Clin Exp Res*.2004 Aug;16(4): 300-6.
16. Vidan M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Ortiz J. – Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture:a randomized,controlled trial. – *J Am Geriatr Soc*. 2005 Sep;53(9): 1476-82.
17. Juan J Baztan, Francisco M Suarez-Garcia...– Effectiveness of acute geriatric units on functional decline,living at home,and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis – *BMJ*. 2009 Jan 22;338: b50. doi: 10.1136/bmj.b50. Review
18. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Gosset C, Petermans J, Milisen K. - The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. - *J Am Geriatr Soc*. 2010 Jan; 58(1):83-92.
19. Ellis G , Whitehead MA , Robinson D , O’Neil D , Langhorne P. – Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised trials. – *BMJ* 2011 Oct 27 ; 343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553.
20. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O’Neil D, Langhorne P, Robinson D, Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised trials - **The Cochrane Collaboration – the Cochrane Library 2011, issue 7.**