

# Galliera, un approccio multidimensionale

Alberto Pilotto  
Direttore Dipartimento Cure  
Geriatriche, Orto geriatria  
e Riabilitazione  
Area delle Fragilità  
E.O. Ospedali Galliera



**È essenziale rapportarsi all'anziano in modo individuale e identificare gli elementi per favorire anni attivi e in salute, garantendo ove possibile il mantenimento delle capacità residuali. Questo il fulcro dell'intervista al dott. Pilotto, direttore del Dipartimento Cure Geriatriche, OrtoGeriatría e Riabilitazione dell'E.O. Ospedali Galliera**

**C**onsiderato il trend demografico, quanto è importante attuare strategie al fine di aumentare l'efficacia nella gestione di malattie croniche nell'anziano?

È importantissimo. Il trend demografico di invecchiamento della popolazione nel nostro paese è ben noto. Per dare un'idea, l'indice di invecchiamento, cioè il rapporto fra i soggetti che hanno più di 65 anni e i bambini e ragazzi fino a 14 anni, in Europa è 128, in Italia è 170, mentre in Liguria è 252, quindi molto superiore alla media nazionale e praticamente il doppio della media europea. In termini percentuali, mentre in Europa, in media, il 19% della popolazione è costituita da anziani, in Italia tale percentuale sale al 22% e in Liguria il 28% dei residenti è ultra 65enne. Ciò comporta che la Regione Liguria e la città di Genova, in particolare, costituiscono un modello demografico, nel senso che la situazione che abbiamo oggi in Liguria rappresenta quello che verosimilmente si potrà vedere fra

10-20 anni in altre città e aree metropolitane italiane ed europee. Ecco che allora adottare strategie che possano prolungare il numero di anni attivi e in salute è fondamentale per fare una vera promozione contro le disabilità e la fragilità dell'anziano.

**L'Ente Ospedaliero Galliera è, quindi, un osservatorio "privilegiato" sulla popolazione anziana ligure che grazie alla ricerca e all'approccio multidimensionale si è elevato a "modello" organizzativo e di gestione; ce ne può parlare?**

Abbiamo fatto una serie di studi negli ultimi anni sulle caratteristiche della popolazione residente a Genova e in Liguria. È emerso che circa il 55% delle persone anziane residenti nell'area metropolitana di Genova può considerarsi "fit", cioè attivo e in buona salute. L'altro 45% è pre-fragile, cioè a rischio di fragilità (circa il 35%), mentre una quota del 15% dei soggetti anziani è decisamente fra-

gile o disabile. Le cause associate alla condizione di fragilità sono legate principalmente a quattro dimensioni. La prima dimensione è quella dell'attività fisica: i soggetti che svolgono regolarmente attività fisica riescono a prevenire la disabilità e la fragilità. La seconda dimensione riguarda la dieta. In particolare, i soggetti che introducono un'adeguata quantità di proteine (soprattutto se provenienti dal pesce e pollame) e ancor più i soggetti che seguono una dieta bilanciata secondo i criteri della dieta mediterranea sono a minor rischio di fragilità. In Italia, nonostante sia al centro del Mediterraneo, la dieta mediterranea (definita dall'UNESCO patrimonio immateriale dell'umanità) viene adottata poco. La terza dimensione riguarda la gestione delle malattie croniche che aumentano con l'avanzare dell'età e necessitano appropriate strategie di prevenzione. Efficace gestione delle malattie croniche significa sottoporsi a vaccinazione antinfluenzale (e anche a quella antipneumococcica), eseguire controlli periodici dei fattori di rischio cardiovascolari (pressione arteriosa, elettrocardiogramma, esami del sangue, ecc.) e della neurodegenerazione (test della memoria), e anche effettuare con il proprio medico curante un ri-esame periodico della terapia: a volte il controllo delle malattie croniche significa, infatti, ridurre il numero dei farmaci, soprattutto quando questi sono molto numerosi. La quarta dimensione è una attiva partecipazione sociale: sviluppare hobbies, la lettura, l'utilizzo di media, uscire di casa per partecipare a eventi sociali e culturali. La partecipazione alla vita sociale, insomma, è significativamente associata a una riduzione del rischio di fragilità. Queste dimensioni sono anche quelli che recentissimamente i geriatri americani hanno identificato come i pilastri di comportamento da promuovere per un invecchiamento in salute (healthy ageing): attività fisica, stimolazione cognitiva, corretta gestione delle malattie croniche, dieta sana (possibilmente "mediterranea") e incentivazione alle attività sociali.

#### **Queste dimensioni sono ugualmente appropriate in presenza di fragilità?**

Quando parliamo di anziani parliamo in realtà

di un universo molto eterogeneo. A parità di età c'è l'anziano che va in palestra ogni giorno ma c'è anche l'anziano che, per malattia o per condizioni di disabilità o di solitudine, si trova confinato a letto o in casa tutto il giorno. Nell'ambito di questa grande eterogeneità, le scelte delle strategie di promozione e di prevenzione della salute non possono che essere personalizzate. Ogni individuo anziano ha delle sue caratteristiche e il suo stato di salute deriva da un mix delle dimensioni che si integrano per cui l'approccio all'anziano che l'educatore, il formatore sanitario, l'infermiere, il medico devono avere non può che essere di natura multidimensionale. Questo metodo di trattamento di promozione e prevenzione di salute individualizzato è standardizzato con l'espressione Valutazione e Gestione Multidimensionale della persona anziana.

#### **Quali sono i criteri che vengono messi in campo?**

L'approccio clinico, sicuramente. L'appropriatezza della prescrizione terapeutica è un punto cardine nella gestione dell'anziano. All'Ospedale Galliera di Genova, abbiamo in corso alcuni programmi, anche co-finanziati dal Ministero della Salute e dall'Unione Europea che riguardano in particolare l'appropriatezza prescrittiva. Un altro aspetto importante riguarda la consapevolezza della necessità e utilità della prevenzione in età anziana: mentre il concetto di prevenzione e promozione di salute è abbastanza scontato nei bambini e negli adolescenti, in età anziana l'idea sembra meno diffusa. Siamo ormai sicuri, sulla base di numerosi studi, che alcuni elementi di prevenzione, come, per esempio, l'appropriatezza prescrittiva, sono molto utili nell'anziano e anche nel soggetto molto anziano. Altro aspetto importante è quello del coinvolgimento, oltre che delle strutture sanitarie, anche di altri attori a livello di comunità, di popolazione e di pubblico in generale per far crescere un concetto realistico-dinamico e multidimensionale di promozione della salute in età anziana. Infine, la ricerca scientifica è molto importante: compito della ricerca è identificare le strategie migliori per la gestione dell'anziano che siano efficaci ma anche economicamente sostenibili per la comunità

### Quando parliamo di anziani parliamo in realtà di un universo molto eterogeneo

e per il Sistema Sanitario. Questa è la ragione per cui, qui al Galliera, ci si sta impegnando molto oltre che nella attività clinica, anche nello sviluppare progetti di ricerca che possano dare indicazioni sulle strategie più appropriate e innovative magari impiegando le nuove tecnologie informatiche, domotiche e robotiche. Oggi stiamo sperimentando l'efficacia di robot sviluppati dai ricercatori dell'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) per prevenire le cadute nell'anziano e anche robot assistivi che aiutano l'anziano a svolgere programmi di attività fisica o a svolgere alcune attività della vita quotidiana.

**Gli interventi che favoriscono un invecchiamento attivo sono attuabili in strutture di cura e di degenza e quanto possono essere efficaci? Con stimoli adeguati si potrebbe ipotizzare un processo di invecchiamento inverso?**

Per quanto riguarda il fenomeno biologico non è possibile oggi ipotizzare un'inversione dell'invecchiamento. Non avrebbe, d'altra parte, neanche significato arrestare un'evoluzione biologica legata in senso temporale al fenomeno invecchiamento. È, invece, molto importante adottare un approccio che guardi all'anziano in maniera individuale e personalizzato, identificando nelle diverse dimensioni quelle che sono maggiormente da correggere e quelle che sono invece da preservare in modo da garantire che gli anni che alla persona anziana rimangono da vivere siano anni il più possibile attivi e in salute. Volta per volta, dunque, ci si concentrerà sul mantenere l'aspetto funzionale delle abilità nello svolgere le attività della vita quotidiana, lo stato cognitivo, l'aspetto nutrizionale, il controllo delle malattie croniche, la partecipazione sociale. È dimostrato che questi interventi, fatti a livello di popolazione, possono prolungare gli anni in salute nei soggetti anziani. Per esempio a

65 anni una persona anziana in Italia ha una aspettativa di vita di 19 anni se uomo e 23 se donna di cui circa 9 anni per le donne e circa 10 per gli uomini sono attivi ed in salute. Dalle stime di Eurostat, risulta che gli anni in buona salute in Germania e Danimarca sono quasi 12 e addirittura 15 e 16 in paesi del nord Europa come Svezia e Norvegia. Ciò dimostra che gli interventi di promozione di salute (quali quelli adottati in questi paesi nordeuropei) possono di fatto prolungare gli anni in salute per la persona anziana. Quello che dobbiamo intraprendere è un percorso culturale per maturare la consapevolezza che le strategie sanitarie, quelle sociali e quelle educative che mirano a modificare gli stili di vita non possono essere slegate tra loro.

#### **Quali sono le prossime iniziative dell'Ente Ospedaliero Galliera?**

Il Galliera è un ospedale per "intensità di cura" e, in quest'ambito, il Dipartimento di Cure Geriatriche, Ortogeriatrics e Riabilitazione, che include l'Area delle Fragilità, ha sviluppato il modello della continuità delle cure: all'interno dello stesso dipartimento, quindi è stato organizzato un flusso facilitato per la persona anziana, integrando un'area per pazienti acuti, un'area per post acuti e un'area di riabilitazione e di riattivazione per quei pazienti che superata la fase acuta necessitano di una riattivazione e un recupero funzionale. Inoltre, sono integrate all'attività di degenza sia quella di Day Hospital Geriatrico che quella Ambulatoriale con diversi ambulatori di riferimento regionale, come, ad esempio, quello per la prevenzione e la cura del decadimento cognitivo e delle demenze e quello dell'area delle malattie osteometaboliche e osteoporosi. Collegata all'Ospedale, c'è anche una RSA che costituisce un'area residenziale di assistenza. Inoltre la struttura di cure palliative garantisce la continuità della cura del paziente, cercando di accompagnare il paziente nelle fasi terminali di malattia. Questo è il "modello Galliera" che si è dimostrato vincente in termini di risultati come strategia operativa. Altro aspetto importante dell'Ospedale è la ricerca scientifica che viene svolta su questi modelli; è una ricerca clinica e traslazionale per lo più svolta all'interno di progetti cofi-

nanziati dall'Unione Europea e dal Ministero della Salute.

### Il modello Galliera è stato trasposto in altre strutture?

Proprio nell'ambito di questi programmi e progetti di ricerca nazionali e internazionali abbiamo appena concluso uno studio coordinato dal nostro Dipartimento di Cure Geriatriche (progetto MPI\_AGE) che ha coinvolto 9 ospedali (di cui 8 in Europa e 1 in Australia) dove è stato applicato il nostro modello multidimensionale. I risultati sono stati decisamente positivi in termini di previsione di istituzionalizzazione, di riospedalizzazione dopo la dimissione, e di appropriata attivazione dei servizi domiciliari. I risultati del progetto sono pubblicati su riviste internazionali di settore sotto la sigla MPI\_AGE project (vedi il sito [www.mpiage.eu](http://www.mpiage.eu)).

Allo stesso modo il programma EUROSAF coordinato dal Galliera per conto della Società Europea di Medicina Geriatrica (EuGMS) sta implementando il metodo multidimensionale geriatrico in oltre 20 ospedali in Italia e in Europa ([www.eurosaf.eu](http://www.eurosaf.eu)).

Infine merita un cenno il progetto sostenuto dall'Unione Europea chiamato EFFICHRONIC In cui abbiamo sviluppato un programma di formazione delle persone anziane affette da malattie croniche o loro care-giver che fornisce la possibilità di autogestione della malattia cronica sviluppando le capacità residue del paziente stesso (o del suo care-giver) per favorire stili di vita corretti, appropriatezza nel consumo di farmaci, promozione della attività fisica e consigli per una nutrizione adeguata. Il fine ultimo è quello di prevenire la fragilità e la disabilità del soggetto anziano. Questo programma è tutt'ora attivo oltre che a Genova anche in altre quattro realtà urbane in Francia, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito ([www.effichronic.eu](http://www.effichronic.eu)).

Traguardi e sfide della medicina dell'invecchiamento, secondo la sua esperienza e i suoi ultimi studi.

Le sfide sono tante. Credo che sia arrivato il momento per affermare che la situazione demografica ci impone, oggi, di avere un'idea di promozione di un invecchiamento attivo e in salute che sia realistico e sostenibile. La me-

todologia di approccio multidimensionale è essenziale per dare una risposta basata sulle reali necessità della persona anziana; multidimensionale significa anche attivare collaborazioni che mettano insieme il sistema sanitario e il sistema sociale per promuovere la formazione culturale ed educativa. A questo proposito, tre anni fa, abbiamo intrapreso il progetto "Scienziati e studenti" su invito del CNR-Progetto Invecchiamento che lo ha ideato. Il progetto coinvolge i ragazzi delle scuole superiori ai quali portiamo l'idea concreta che come loro vivranno il loro momento da anziani dipende dal loro stile di vita che si comincia ad adottare fin da ragazzi, sui banchi di scuola. Questa è una grande sfida che, alla luce delle proiezioni demografiche, non possiamo rimandare: bisogna fare cultura, educazione e ricerca e la nostra vita da anziani sarà migliore. ●

