



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 – sigg@sigg.it

Bollettino SIGG

Anno VI

numeri 5-6 maggio-giugno 2009

Direttore Responsabile

Niccolò Marchionni

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	pag	2
Notizie di casa nostra	“	3
6° Seminario Estivo SIGG: risultati del questionario	“	4
Commento dei Coordinatori Scientifici della Summer School	“	5
A chi serve la geriatria?	“	9
Lettera al Direttore de “Il Sole 24 ore”	“	10
Un geriatra durante il terremoto	“	12
Bollettino Nursing	“	14
Notizie dalle sezioni regionali	“	25
Notizie dai Soci	“	27
Recensione libri	“	28
Congressi e Convegni	“	30

Editoriale del Presidente

6° Seminario Estivo SIGG per Giovani Geriatri – Summer School

Si è svolta a Milano dal 14 al 18 Giugno 2009, ospitato da Boeringher Ingelheim Italia, il consueto appuntamento estivo della SIGG, la *Summer School* per Giovani Geriatri, che ha ormai raggiunto la sua 6^a edizione. Il programma degli incontri comprendeva, come sempre, temi di grande rilevanza clinica, a ciascuno dei quali veniva dedicata mezza giornata di intensi lavori: la depressione; la diagnostica differenziale dell'edema; l'assessment ed il trattamento del rischio cardiovascolare globale nell'anziano; la terapia antibiotica; la sindrome metabolica in età geriatrica; la prevenzione in Geriatria; il morbo di Parkinson; ormoni e invecchiamento.

Novità rilevante di quest'anno, la responsabilità di articolare ciascuna delle otto mezza giornate era stato affidata ad altrettanti Direttori di Scuola di Specializzazione (Firenze, Roma Campus Biomedico, Foggia, Trieste, Napoli II Facoltà, Genova, Roma Cattolica e Parma, rispettivamente), che hanno scelto i relatori e gli argomenti da affidare loro. Negli anni a venire, altre saranno le Scuole via via chiamate a questo compito, così da offrire, nel tempo di un triennio, una rappresentazione corale e completa delle Scuole di Geriatria italiane. Diverso è stato anche il sistema di reclutamento degli specializzandi, ognuno dei quali è stato scelto dal proprio Direttore della Scuola. Si è così venuta a creare una comunità realmente rappresentativa del panorama nazionale della Geriatria – per la prima volta con partecipazione praticamente di tutte le Scuole –, entro cui sviluppare un costruttivo confronto e, in ultima analisi, un linguaggio comune, non solo tra i discenti, ma anche tra i docenti.

I giudizi espressi dagli specializzandi testimoniano un elevato grado di apprezzamento generale per l'iniziativa, che alcuni vorrebbero incentivare e, addirittura, raddoppiare, sotto forma di seminario invernale! Vorrei tuttavia segnalare anche alcune critiche, che mi sono parse molto ragionevoli e costruttive. Alcuni hanno lamentato la durata eccessiva ed il carattere a volte troppo "frontalmente cattedratico" di alcune relazioni, che in alcuni casi hanno tolto spazio alla discussione, altrimenti assai vivace e appassionata; più in generale, il programma è sembrato troppo denso, tanto da non consentire i necessari momenti di conoscenza personale, di scambio di esperienze e, perché no, di relax, elementi anch'essi necessari per la creazione di un vero spirito di gruppo. Sono state formulate proposte interessanti, che dovremo considerare per le edizioni future: prevedere momenti di lavoro di gruppo ed interazione; dedicare più tempo alla presentazione e discussione di casi clinici ed alla terapia; rendere disponibile tutto il materiale didattico anche prima dell'evento; affiancare agli specializzandi uno-due tutor, che presenzino a tutte le lezioni e diano continuità all'evento. Vorrei, infine, riportare il pensiero di un partecipante che, mentre riconosce che è sicuramente piacevole essere ospitati in un ottimo albergo, propone un'ospitalità più spartana, a vantaggio di una partecipazione più ampia.

Come già tre anni, Boeringher Ingelheim Italia ha generosamente sostenuto la Summer School, e di questo la SIGG è particolarmente riconoscente. Ma vorrei esprimere – a nome dell'intero Consiglio Direttivo e mio personale – un profondo ringraziamento a tutti i coordinatori ed i relatori che, con altrettanta generosità ed impegno personale, hanno disegnato, organizzato e condotto con passione ed impegno gli 8 seminari.

Niccolò Marchionni

Notizie di casa nostra

Dall'editoriale del Presidente, oltre che dai commenti dei Coordinatori scientifici e dai risultati del questionario compilato dai partecipanti, abbiamo la percezione di come è andata la Summer School SIGG di quest'anno, evento significativo ed impegnativo per la nostra Società, molto apprezzato da chi ha avuto la possibilità di parteciparvi. Bisogna migliorare alcuni aspetti, lo chiedono Docenti e Discenti, un'esigenza in particolare è stata evidenziata dai suggerimenti degli allievi alla fine del corso, sia nella attuale che nelle precedenti edizioni: più spazio alla clinica, alla terapia, ai casi clinici. Perché questi giovani, inseriti in scuole di specializzazione in geriatria, hanno tanta sete di clinica e meno interesse per la ricerca ed i risultati di studi scientifici epidemiologici, clinici, sperimentali, che spesso hanno una rilevante ricaduta clinica? La risposta non è unica, le ragioni sono sicuramente tante e diverse secondo le realtà locali, proviamo comunque a fare qualche considerazione. Il geriatra, a differenza di tutti gli altri specialisti, ha bisogno, sintetizzando, di apprendere gli aspetti clinici di malattie ed organi di tutti i distretti, di conoscere le possibilità di assistenza tramite il modello assistenziale geriatrico e la rete dei servizi, in particolare della riabilitazione geriatrica che offre ulteriori possibilità di cura, di interagire con altre figure professionali di tipo medico e non medico, di conoscere numerosi aspetti medico-legali della professione. Spesso tutti gli aspetti formativi, non vengono soddisfatti completamente dalle scuole di specializzazione, molte scuole non riescono a formare un geriatra completo, ma solo un "geriatra parziale" con ottime conoscenze in un settore e scarse competenze in altri. Il problema è stato solo in parte migliorato con la formazione al di fuori delle strutture universitarie, ma non risolto. Una soluzione, non attuabile per costi e problemi organizzativi, sarebbe far frequentare dagli specializzandi per alcuni periodi in più scuole di specializzazione, dove vi sono maggiori competenze in singoli settori, cerebrale, cardiovascolare, respiratorio, metabolico etc, per far acquisire conoscenze più avanzate. La SIGG, come è noto, da molti anni si occupa degli aspetti formativi degli specializzandi, dei giovani geriatri e di chiunque si occupa di assistenza agli anziani, certamente in vista dei prossimi eventi formativi i suggerimenti ricevuti saranno tenuti nella giusta considerazione.

Guido Ceronetti, famoso poeta, filosofo, scrittore, giornalista, ha scritto recentemente un articolo sulla vecchiaia, le aspettative di vita, la cura del vecchio, che pubblichiamo nelle pagine successive. L'articolo contiene nella parte iniziale alcune interpretazioni di carattere "filosofico" sulla vecchiaia, sulle malattie che affliggono la persona nella parte finale della vita, su come viene vissuta la fase del trapasso nella mente della persona anziana, ed una serie di altre considerazioni di un ultraottantenne che riporta sentimenti vissuti personalmente. Nella parte finale dell'articolo però, viene attribuito al geriatra solo un ruolo consolatorio o di sollievo umano di fronte al vecchio malato, con una visione quindi estremamente restrittiva. Il Prof. Antonelli Incalzi ha scritto una lettera al Direttore del quotidiano, che riportiamo, in cui ha puntualizzato con dati scientifici i risultati raggiunti dalla geriatria moderna nella prevenzione della disabilità e nella cura delle patologie nella maggior parte dei casi complesse degli anziani. La lettera è stata condivisa da numerosi membri del Consiglio Direttivo della SIGG.

Il programma del prossimo Congresso SIGG, che si terrà a Firenze dal 2 al 5 dicembre p.v., è in fase di avanzamento. Nei prossimi giorni riceveremo il primo annuncio del Congresso, la **dead line per l'invio degli abstract è slittata al prossimo 15 luglio.**

Vincenzo Canonico

6° SEMINARIO ESTIVO SIGG PER GIOVANI GERIATRI
“I FONDAMENTI DELLA GERIATRIA”
Auditorium “Sala Caravaggio” - c/o Boehringer Ingelheim
Milano, 14-18 Giugno 2009

GRADIMENTO DA PARTE DEI CORSISTI

Giudizio complessivo

Ottimo-eccellente	7
Molto buono	13
Buono	14
Sufficiente	1
Insufficiente	1

Giudizio sull'organizzazione didattica

Ottimo-eccellente	8
Molto buono	8
Buono	15
Discreto	1
Insufficiente	3

Cosa è piaciuto di più

Competenza/disponibilità tutors	26
Interattività delle relazioni	4

Suggerimenti

Più attenzione alla pratica clinica, soprattutto terapia	31
Più tempo libero	2
Prolungare di 1-2 gg la summer school	6

DAI QUESTIONARI ECM

Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante	0
Poco rilevante	1
Abbastanza rilevante	10
Rilevante	20
Molto rilevante	10

Come valuta la qualità/educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

Scarsa	0
Mediocre	2
Soddisfacente	7
Buona	26
Eccellente	6

Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione?

Inefficace	0
Parzialmente efficace	1
Abbastanza efficace	14
Efficace	21
Molto efficace	5

Commenti dei Coordinatori Scientifici della Summer School

L'incontro sull'edema ha rappresentato un'occasione per approfondire alcune tematiche di rilevante interesse epidemiologico e clinico, ma scarsamente rappresentate nella formazione medica di base e specialistica. In particolare, la terapia degli edemi da stasi, includente il corretto confezionamento dei bendaggi e le metodiche miniinvasive di terapia topica (sclero-mousse) hanno costituito argomento di discussione sicuramente più apprezzato rispetto alle basi fisiopatologiche dell'edema, che pure è stato doveroso anteporre nello sviluppo dell'argomento. Probabilmente, una valutazione più accurata dei fabbisogni e del tempo disponibile avrebbe dovuto indurci a privilegiare gli aspetti flebologici, con presentazione di filmati e prove pratiche di bendaggio e medicazione delle ulcere, che potrebbero costituire argomento per una futura sessione della Summer School.

Nell'insieme, ottima per attenzione e interazione è risultata la partecipazione degli specializzandi, con la fisiologica variabilità del livello di interesse cui si accennava. La Summer School si conferma un appuntamento altamente qualificante, con effetti molto positivi sul piano sociale, promuovendo reciproca conoscenza e collaborazioni. V'è da augurarsi che la B-I conservi la lungimiranza e sensibilità che l'hanno indotta a supportarla.

Un'ultima considerazione: i ragazzi appaiono più seri di come eravamo noi, forse "meno ragazzi". Un segno dei tempi? Forse soltanto un segno di maturità e serietà professionale.

Raffaele Antonelli Incalzi

La semigiornata da me coordinata è stata impostata sulla diagnostica della malattia di Parkinson e sulla terapia delle fasi iniziali e successive della stessa. Questo a ribadire il fatto che i nostri pazienti sono frequentemente parkinsoniani e che i geriatri devono essere esperti di questa malattia per diagnosticarla e gestirla farmacologicamente e non al meglio. Si è quindi parlato di comorbidità nel Parkinson e di riabilitazione per poi visionare filmati portati dal prof. Antonini sui successi terapeutici ottenuti con i farmaci o la stimolazione cerebrale. Il tutto è stato preceduto da una presentazione sugli strumenti di valutazione multidimensionale di seconda e terza generazione, altro topic che ritengo cruciale per i nuovi geriatri e per l'affermazione di una identità spessa del geriatra. Insomma, semigiornata densa e stimolante. Continueremo su questa strada.

Roberto Bernabei

Il deficit androgenico del soggetto anziano, argomento di grande interesse e dibattito alla luce dell'invecchiamento della popolazione, è stato affrontato dal prof. Valenti. E' noto che i livelli circolanti di testosterone diminuiscono progressivamente con l'invecchiamento e che una percentuale significativa di maschi di età superiore ai 60 anni presenta livelli serici di testosterone inferiori ai valori più bassi di soggetti giovani adulti. Queste modificazioni ormonali determinano una serie di effetti negativi sulla composizione corporea, sulla densità minerale ossea, sulla

sessualità, sull'apparato cutaneo ed il sistema nervoso centrale; tuttavia si accompagnano ad una serie di segni e sintomi vaghi e non specifici quali ad es. un diminuito senso di benessere, ridotta virilità e libido, alterazioni del tono dell'umore ed anemia. Questa sintomatologia non è spesso presente contemporaneamente e può sfuggire al sospetto clinico in quanto non facilmente attribuibile al deficit di testosterone nella pratica clinica quotidiana. Inoltre alcune condizioni patologiche tipiche dell'invecchiamento quali depressione ed ipotiroidismo mimano questi sintomi.

Questi aspetti sollevano pertanto il problema di una corretta identificazione di questa sindrome, di una eventuale indicazione al trattamento sostitutivo con testosterone del soggetto anziano ipogonadico e dei rischi eventuali associati a tale terapia.

L'ultima relazione ha visto il prof. Maggio affrontare il problema della disregolazione ormonale multipla nella sindrome della fragilità del soggetto anziano. Dopo un inquadramento nosografico della sindrome, il prof. Maggio ha illustrato come le alterazioni a carico di vari sistemi fisiologici interagiscano nel determinare il fenotipo della fragilità, evidenziando in particolare il ruolo della disregolazione ormonale soprattutto a carico degli ormoni anabolizzanti, nel determinismo di questa condizione.

Al termine della sessione, seguita con attenzione dagli specializzandi intervenuti con domande pertinenti dopo ogni relazione, ho congedato i partecipanti porgendo il saluto del Consiglio Direttivo e del Presidente.

Gian Paolo Ceda

Dopo Folgaria, S. Giovanni Rotondo e Reggello, ora è stata la volta di Milano: la Summer School cambia casa e, in parte, "format", ma si conferma come un momento importante nella vita della nostra Società. È, in primo luogo, un evento formativo per i giovani, meno formale di un congresso, ma di contenuto in genere più elevato e tenore più tecnico di un tradizionale corso di lezioni. Non basta: è valore aggiunto della creazione di un linguaggio comune, tra le Scuole, tra docenti e specializzandi. È conoscersi, confrontarsi, scambiarsi esperienze. Non è (ancora) una scuola-quadri, ma certo il seme per lo sviluppo di una progettualità comune, di un'appartenenza ad un'area culturale e professionale, di un'identificazione societaria.

Possiamo (dobbiamo) ancora migliorarla. Dare più voce agli specializzandi, che dovrebbero acquisire un ruolo più attivo. Sollecitare, anche dopo la sua conclusione, i giovani che vi hanno preso parte a momenti di riflessione comune, che potranno quindi essere proposti alla Società attraverso i suoi organi ufficiali (il Bollettino, perché no anche il Giornale). Garantire all'esperienza della Summer School uno spazio nel Congresso, cosa che non è sempre accaduta.

È dovuto, ma non formale, il ringraziamento alla Boehringer Ingelheim Italia, che con il suo generoso supporto ha consentito, anche in quest'anno di grandi difficoltà per le aziende, il successo della Summer School, rispettandone appieno l'indipendenza culturale e organizzativa.

Mauro Di Bari

Credo che la scelta della prevenzione sia stata una buona scelta: è un argomento non sempre amato e frequentato dai Congressi ufficiali e merita un suo spazio. La sessione è stata aperta dal sottoscritto sulle possibilità di prevenire la demenza dall'età giovanile fino ad oltre i 75 anni; è stata seguita dalla lettura sul percorso da seguire per impedire lo sviluppo di osteoporosi tenuta dal prof. Giancarlo Isaia, che stimolato dai giovani geriatri, ha anche accennato ad opzioni terapeutiche, in particolare nei più vecchi. Ernesto Palummeri ha portato le evidenze, i dubbi e le speranze sulla possibilità di identificare correttamente la diagnosi e di ridurre le cadute, evento di assoluta rilevanza dell'età più avanzata, mentre Giovanni Zuliani, con preziosa chiarezza, ha guidato i futuri

geriatri a gestire la prevenzione della malattia cerebrovascolare, accennando anche alle esperienze, personali e non, che riguardano i soggetti che si collocano come età al di là delle linee guida e infine Alberto Cester ha acceso la miccia dei fuochi artificiali, provocando l'uditorio su che cosa significa essere geriatri con la G maiuscola. Conclusioni: 1. solo chi è Geriatra capisce l'importanza della giusta, corretta ed efficace prevenzione; 2. c'è assoluta necessità di parlare, informare e studiare i vecchi più vecchi.

Ambiente confortevole, tempi giusti, uditorio attento. In complesso un giudizio pienamente positivo.

Patrizio Odetti

La Summer School del 2009 si è svolta in un clima eccellente ed ha goduto della squisita ospitalità della Boehringer Ingelheim nella prestigiosa sede di Milano. Ritengo che l'insieme degli argomenti affrontati -determinanti per la nostra cultura geriatrica- siano stati di grande interesse ed attualità. Credo che la strutturazione della Summer School, in cui ogni Scuola ha deciso di affrontare delle specifiche tematiche ed ha scelto relatori particolarmente preparati al riguardo, abbia permesso agli specializzandi di fare approfondimenti tematici che altrimenti non sono consueti nella pratica clinica quotidiana e nella nostra attività didattica corrente. La giusta commistione logistica di specializzandi e discenti è stata inoltre utile per creare quel tipico clima da "college" che ha reso ancora più appealing la partecipazione dei nostri specializzandi a questo tipo di iniziativa. Nel complesso sono sicuro che per tutti i nostri specializzandi questa esperienza sia stata molto significativa e da riproporre sicuramente in futuro, magari anche alla luce di qualche correttivo che potrà essere indicato dagli specializzandi stessi.

Giuseppe Paolisso

Credo che la sessione del pomeriggio di martedì sia stata molto positiva. Forse il capitolo più ostico è stato quello svolto dal Prof. Rossolini di Siena (Le resistenze batteriche: un'utopia conoscerle? Una rincorsa senza fine? Una minaccia letale?), che ha fatto una bellissima, esauriente e completa relazione sulle resistenze batteriche. Non ci sono state molte domande, forse per la difficoltà dell'argomento. Ma l'argomento è stato affascinante, nel tentativo di rispondere alle provocatorie domande del titolo. Successivamente il dr. Paraboni di Milano ha presentato gli aspetti farmacologici ("La farmacologia degli antibiotici nei pazienti anziani. Istruzioni per l'uso: semplici, indispensabili, ma spesso quasi sconosciute"). Qui la partecipazione alla discussione è stata molto attiva: gli argomenti dosaggi, somministrazione, biodisponibilità, lipofilia o idrofilia, dose-dipendenza e tempo-dipendenza erano solleticanti per la gestione quotidiana del paziente e le "curiosità" erano numerose. Il prof. Concia, che moltissimi conoscono, oltre che come clinico e per la produzione scientifica, anche come efficace didatta, ha presentato le regole da seguire di fronte alle varie patologie infettive. La presentazione non è stata una "lista della spesa": invece è stata chiara, trascinante, con momenti di analisi e di sintesi, trascinando tutti in una bella ed interminabile discussione e in numerose richieste di chiarimenti a risolvere ancora molte altre curiosità professionali. Il prof. Luzzati (a svolgimento della relazione "Epidemiologia delle infezioni in età geriatrica: i grandi e i piccoli numeri di Trieste") dopo avere rapidamente presentato dati statistici sulla frequenza di alcune patologie infettive a Trieste, ha dato molto rilievo ai dati epidemiologici, clinici e terapeutici della tubercolosi, patologia spesso trascurata e la cui frequenza ha raggiunto valori piuttosto importanti: anche per questa relazione i discenti non hanno avuto bisogno di nessuna sollecitazione, le domande sono state numerose e molto interessanti. Infine la dott.ssa

Elisabetta Ferretti ha affrontato in modo ampio un argomento fondamentale della terapia antibiotica, quale quello delle reazioni avverse e degli effetti collaterali.

All'inizio del pomeriggio è stato proposto agli allievi delle scuole un questionario anonimo, per sondare la preparazione sull'argomento, la loro richiesta didattica, la loro esperienza personale, la loro autonomia decisionale. I risultati sembrano davvero molto interessanti, e verranno trasmessi al Presidente della SIGG, per conoscenza e per un'eventuale trasmissione su più larga scala.

Gabriele Toigo

Mi è sembrata particolarmente felice l'idea di affidare quest'anno l'organizzazione della Summer School alla Scuola di Specializzazione in Geriatria. Ciò rispecchia molto bene lo scopo che la School dovrebbe avere e cioè un approfondimento formativo post-laurea; in tal senso l'organizzazione di otto seminari indipendenti ad opera di otto scuole di specializzazione con la formula della "full immersion", appare molto razionale e calibrata specie dal punto di vista educativo e supera quel modello un po' scontato che prevedeva in sostanza fino all'anno scorso una tipologia congressuale un po' aspecifica e soprattutto sganciata dalla risorsa didattica universitaria.

Come Coordinatore Scientifico di una delle sessioni (Assessment e trattamento del rischio cardiovascolare nell'anziano) ho articolato il seminario in modo interattivo con presentazione anche di casi clinici e partecipazione attiva dei borsisti, sui temi dell'ipertensione arteriosa, dell'assessment cardiologico non invasivo (affidato al dott. A. Greco dell'Ospedale di San Giovanni Rotondo), dei rapporti tra infiammazione ed aterosclerosi (prof. G. Poli, Università di Torino), del ruolo delle statine nella protezione cardio-cerebro vascolare (prof. E. Manzato, Università di Padova) e della gestione pratica del diabete nell'anziano anche in riferimento al suo importante ruolo come fattore di rischio cardiovascolare (dott. G. Serviddio, Università di Foggia). Avendo percepito l'entusiasmo e la soddisfazione dei giovani geriatri in formazione, mi complimento col prof. Marchionni per la nuova formula della Summer School.

Gianluigi Vendemiale

A chi serve la geriatria?

Come popoli farmacovori, qua, in Europa, non scherziamo: forse ci supera l'America soltanto. Ma voglio lanciare anche questo neologismo; oltre che farmacovori, nosovori. In fatto di patologie, dalla culla alla tomba, siamo superiormente cannibali. Da tutti i punti di questo specifico Globo (e certamente da altri mondi) ci arrivano i virus, i batteri antichi e postmoderni, gli affetti da fior di morbi, ma vuoi mettere con quanto abbiamo già qui, di nostrano, di incomparabile?

L'Italia è tra i paesi più nosovori. Mangiamo malattie con più gusto di pizze e spaghetti; perché è un piacere divino essere malati sempre per correre dal medico, telefonare allo specialista, afferrare sette-otto prescrizioni da collezione e precipitarsi verso la luce verde della Farmacia aperta, chiamare il 118 e implorare di essere ricoverati con deliziosa urgenza. Ho un amico nel servizio: mi assicura che spesso imbarella chiamanti dall'urgenza meramente immaginaria: si placano soltanto quando si ritrovano tra i lamenti, tuffati finalmente nella piscina miracolosa di una corsia.

Tutto vero, ricco e strano. Ma questo mio osservatorio mira più in alto. Pensoso mi domando perché esiste la Geriatria? Perché tanta intelligenza e sapere medico concentrati, senza risparmio, a volte, di energie e attenzioni, sull'impossibilità di guarire immense folle di pazienti segnati dal pennarello, perfino, i più dotati, da diffusi tatuaggi, visibilmente attestanti il passaggio imminente dell'Angelo Nero? Perché tanto titanico sforzo di bloccare col rosso il transitare di Qualcuno che del rosso se ne infischia e non paga per questo neanche una multa?

Una verità tra le più tabiuzzate è questa; il prolungamento della vita come pura durata temporale non è un raggiungere di roseto in fiore: è una sciagura. Qui sono in uno spazio franco, posso rimuovere la rimozione, ma guai a tentare di dirlo, osservazione delle più banali, con chiunque appartenga alla enorme massa dei negazionisti della morte. A me pare coabitino, nel geriatra di professione, un sadico e un artista, due vocazioni ben lontane da quella puramente medica, con tutto il suo tecnicismo impiegato a contrastare le ineluttabili forze della morte. C'è evidentemente del sadismo nel prolungare oltre il limite naturale le nostre affaticate, e tuttavia ancora riluttanti, impoverite esistenze. E c'è un inconscio senso artistico, un compiacimento che discende da Bosch e da Leonardo nel trattare incessantemente corpi deformati, incontinenti, incespicanti, brancicanti, tormentati dalla circolazione e dalle ossessioni, dalle amnesie, dai dolori articolari, disperati o mal rassegnati nel vedersi così flagellati e ormai nell'impossibilità di attrarre ancora a sé l'amore. E qui mi è facile la comprensione di questi miei strani confratelli, perché il vecchio sebbene tra le ganasce della morte, leti sub dentibus ipsis, riassume la vita, contiene più vita, come il tronco centenario, ed è lì il profondo della bellezza, il fascino segreto degli stracci, dei postacci sporchi rifugio degli Dei ctonii... Che il geriatra ne sia attirato non mi stupisce: è un visitatore appassionato di un museo in cui tutto vibra di depositi di materia viva e, talvolta, di grandezza spirituale, che è figlia sempre di prezzo di fatica.

C'è una stupenda pagina di Céline, medico dei poveri e scrittore di genio, in "D'un chateau à l'autre", su una sua paziente di novantasei anni, in cui avverte la presenza inestinguibile del mistero femminile, ancora intatto, come un sottofondo musicale, lei così delicata, fragile, malata di tumore... La visita, la conforta, le toglie apprensioni; si fa geriatra scalzo, va a trovarla per riceverne lui stesso, riflettendo quel suo musicale raggiungere di femminilità eterna, consolazione. A una vecchietta autentica non servono farmaci; il vero sollievo medico è fatto di ascolto, di parole, di sguardo affettuoso.

Guido Ceronetti

Da: "Il Sole 24 ore" del 24 maggio 2009

Lettera al Direttore de “Il Sole 24 ore”

Spettabile Direttore,

L'articolo di Guido Ceronetti “A chi serve la Geriatria?” a pagina 31 del Sole 24Ore di domenica 24 maggio 2009 sollecita alcune riflessioni sia sulla pratica medica che su alcuni principi etici che la sottendono e che altresì dovrebbero informare le dinamiche di pensiero e di azione di una società civile. Innanzitutto, spicca la percezione di inutilità della Geriatria in quanto disciplina preposta a prolungare esistenze miserande, nell'incapacità di risolvere problemi cronici, irreversibili e progressivamente invalidanti.

Che la maggior parte dei pazienti geriatrici sia affetto da polipatologia e disabilità di vario grado è ben noto, forse lo è meno che l'assistenza geriatrica informata a pratiche di eccellenza, una vera e propria tecnologia dell'assistenza, si è dimostrata in grado di rallentare sensibilmente il declino funzionale, preservando quindi l'autonomia personale, e di contenere le spese sanitarie. Due esempi italiani a titolo esplicativo: pazienti ammessi in reparti di Geriatria per gravi problemi medici e funzionali coesistenti risultano avere minore rischio di morte nell'anno successivo alla dimissione rispetto a quelli dimessi da reparti di Medicina Generale (Di Bari M et al J Gerontology 2009, in press). Ancora, uno studio caso-controllo in Bergamo ha documentato che l'applicazione di un modello assistenziale domiciliare basato sul case manager, una figura infermieristica con particolare competenza gestionale, è capace di ridurre il fabbisogno di cure ospedaliere degli anziani e di rallentare la perdita di capacità cognitiva (Landi F. et al., Journal of the American Geriatric Society 2001;49:1288-1293). Importanti consensus statement e meta-analisi (cito ad esempio Stuck et al J. Gerontology Med Sc 2008;63A:298) ribadiscono che l'assistenza geriatrica secondo i canoni del comprehensive geriatric assessment si traduce in un rallentamento del declino funzionale. E' quindi evidente che il geriatra non si limita a compiacersi di ostacolare senza esito il naturale corso degli eventi in una popolazione già segnata dalla morte. E' invece in grado di migliorare notevolmente la qualità di vita dei suoi pazienti, ma anche di ridurre le spese sanitarie e, ridurre il consumo di farmaci, ottimizzare l'uso dei servizi... Senza contare altre importanti funzioni, quali la prevenzione primaria e secondaria, la ricerca clinica ed epidemiologica sull'invecchiamento a complemento di quella biologica curata dalla Gerontologia. E' quindi del tutto errato e riduttivo pensare che ad un vecchio servano solo “ascolto, parole, sguardo affettuoso”.

Certo, questi sono componenti fondamentali del rapporto tra medico e paziente, indipendentemente dall'età del paziente, ma non esauriscono il compito del geriatra. E' sorprendente che in una società che si ritiene così tecnologicamente avanzata si ignori, o almeno un letterato dalla multiforme cultura ignori quanto la tecnologia dell'assistenza sia in grado di fare a favore dei più deboli. Ma qui forse emerge un secondo problema accanto all'ignoranza, nel senso latino del termine: la perdita dei valori. Permettere ad un anziano malato di vivere nella sua casa, sia pure con ausili e assistenza esterna, evitare che perda le attività di base della vita quotidiana significa preservarne la dignità e il benessere psicologico. Basti pensare che straordinaria è la percezione di miglioramento che un anziano ha allorchè riacquista autonomia negli spostamenti domestici o continenza urinaria dopo un evento acuto invalidante. Anche se non è in grado di uscire da solo, necessita di aiuti per pulire la casa e cucinarsi, richiede una periodica assistenza medica, non è per questo protagonista di un'esistenza inutile o peggio deprecabile. Sembra sfuggire al sig. Ceronetti che esiste una dimensione dell'esistenza, quella dei valori morali e affettivi, che sopravvive a limitazioni funzionali e malattie e, anzi, diventa più evidente e meglio percepita proprio in queste condizioni. E ciò nel contesto di un ideale di solidarietà che deve permeare i vincoli tra le generazioni, garantendo ai più deboli quanto serve loro per viver dignitosamente anche in presenza di polipatologia e disabilità. Negando i principi suddetti, non resta che la rupe tarpea. La

Geriatrics li traduce in pratica operativa, conciliandoli con il migliore rapporto costo efficacia dell'intervento.

Al sig. Ceronetti auguro di non sperimentare quella che definisce "impoverita esistenza", evidentemente avendo, malgrado la formidabile cultura umanistica, un concetto di povertà e di ricchezza che esula da alcuni basilari principi etici e, quindi comportamentali. Ma se sfortunatamente così non fosse, gli auguro di incontrare un Geriatra, non solo per un sorriso, ma per un aiuto concreto in un momento in cui -l'esperienza mi consente di affermarlo con sicurezza- la perdita attuale o incipiente di autonomia e libertà spinge l'anziano ad aggrapparsi alla vita, alla migliore vita possibile in quel momento, e non ad astratte considerazioni filosofiche.

Raffaele Antonelli Incalzi

Risposta alla lettera

Mi è facile, a una lettera come quella dell'illustre cattedratico di gerontologia Raffaele Antonelli, dare ragione. Si tratta di due modi totalmente diversi del pensare vecchiaia (il clinico-assistenziale, e il filosofico, come voce proveniente dal groviglio individuale e in lontananza dal ragionamento fenomenologico filtrato dall'esperienza) in cui l'altro modo, che è propriamente il mio, non può certo, anche per motivi di semplice buon senso e di carità umana, dimenticare e perfino opporsi a quanto di bene possa venire a chiunque da più cure mediche volte a dare sollievo o a preservare dal peggio l'immensa popolazione dell'Occidente che invecchia, sempre più invecchia, e anche sempre più soffre per effetto di questo nostro enigmatico invecchiare in eccesso, evento che ci trova ben più impreparati ad affrontarlo razionalmente, psicologicamente e mentalmente, che a contenerne le conseguenze con cure specializzate e schieramenti di infermieri addestrati, reparti clinici e badanti senza numero. Più m'inoltro nell'invecchiare, e medito sulla mia condizione e su tutta quella, diversa e analoga, che ho sotto gli occhi o che mi arriva dal conoscere, più la condizione dei vecchi (e credo dei vecchi di sesso maschile, sui quali con più ferocia si buttano le solitudini e stambura implacabile la fatalità della perdita dell'amore femminile) mi appare triste, mi appare incurabile, il male di vivere nella sua faccia di Gorgone inguardabile.

Guido Ceronetti

Un'esperienza particolare: un geriatra durante il terremoto

La mattina di lunedì 6/4/09 alle ore 7 il cellulare ricevette un messaggio di allerta per il gruppo della protezione civile della Misericordia di Empoli di cui faccio parte. Questo gruppo fa capo ad un PMA ovvero Posto Medico Avanzato. Si tratta di un gruppo di soccorritori della Misericordia, integrati da un medico e da una infermiera, che operano in una tenda ospedale per i primi soccorsi. Si tratta in sintesi di garantire un'adeguata prima assistenza in caso di calamità a chi ne abbia bisogno. Entro tre ore il gruppo era pronto a muovere con una autocolonna di 5 mezzi e dieci persone.

Arrivammo all'Aquila alle 17 dello stesso lunedì 6 a circa 15 ore dalla prima scossa di terremoto. Venimmo impiegati nella zona di Centocelle dove sorgono gli impianti sportivi del CUS dell'Università dell'Aquila. Qui si trovavano sfollate circa tremila persone in parte accolte sotto tensostrutture sportive che non avevano risentito della scossa per la maggior parte ricoverate nelle automobili. Al momento dell'arrivo la colonna della Misericordia rappresentava il primo ed unico presidio assistenziale medico della zona. Nel frattempo si erano aggiunti al gruppo altri tre medici delle misericordie di Certaldo e Castelfiorentino ed un collega dello SMOM. Indescrivibile la situazione di panico e disperazione che regnava nel campo, sia pure mitigata dalla dignità e dalla compostezza della popolazione locale. In circa mezz'ora il personale della Misericordia allestì la tenda del Posto medico avanzato e così cominciò una lunga, estenuante, difficile opera di assistenza. Bambini in preda al panico, anziani confusi, traumatizzati, pazienti in cerca di terapie si affollarono immediatamente alla tenda in cerca di aiuto. Chi non poteva muoversi per venire alla tenda ospedale veniva assistito sul posto ove si trovava. Nella notte vennero montate altre tende ospedale di cui ci facemmo carico per l'assistenza. Dal martedì mattina cominciarono ad arrivare anziani trasferiti dal centro dell'Aquila. Si trattava di circa otto persone totalmente non autonome, dementi con gravi problemi assistenziali anche in situazione normale. Particolarmente rilevante il fatto che di loro non si sapeva niente tranne il nome e cognome. Anamnesi inesistenti patologie ignote vista la situazione cognitiva delle persone. Particolarmente mi colpì una coppia di sorelle ultra ottantacinquenni che al quadro di deterioramento cognitivo, in una particolarmente grave, univano un comprensibile stato confusionale. La minore cercava di consolare quella più anziana che ad ogni scossa iniziava ad urlare disperata. Tutte e due completamente inconse della situazione e incapaci di rendersi conto dei fatti che erano successi.

Ogni poco chiedevano di poter tornare a casa loro ed in particolare cercavano la sorella Pasqualina. Impossibile inizialmente sapere se Pasqualina fosse una persona reale, e nel caso quale destino avesse avuto, oppure frutto di un delirio. Erano disperate al pensiero che la sorella si sarebbe preoccupata di non trovarle. Erano state sorprese dal sisma in pigiama e con i bigodini in testa e si coprivano come potevano con coperte. Frequentemente rassicurate nei loro dubbi e preoccupazioni dal sottoscritto e dagli altri operatori, ritornavano da capo con le loro paure a riprendere il discorso appena fatto, con una ripetitività a noi molto nota.

Potete ben rendervi conto della difficoltà rappresentata dall'assistenza di queste persone in un ambiente ostile, in assenza di servizi igienici, in carenza di pannoloni, farmaci e quant'altro necessario. Gli anziani sono stati amorevolmente assistiti dai volontari della misericordia di Andria, insieme agli Scout di un gruppo romano di cui non ricordo il nome che collaboravano con noi. Si sono comportati come nipoti affettuosi ed OSS preparatissimi. In questo bailamme la mia esperienza geriatrica si è ottimamente coniugata con oltre venti anni di attività in pronto soccorso.

Tutti insieme siamo riusciti a gestire queste situazioni limite. A questo gruppo di anziani "ricoverati" c'era da aggiungere tutti gli altri sfollati che vivevano sotto i palloni della zona sportiva, nelle automobili e nelle tende che via via venivano allestite. Impressionante vedere la

capacità organizzativa della protezione civile. Quando siamo giunti sul posto erano già attive una cucina da campo della CRI che distribuiva latte caldo, erano già pronti pancali pieni di acqua in bottiglie e servizi igienici chimici. Le prime giornate sono state veramente dure; infatti localmente c'era da organizzare tutto. Al nostro PMA si presentavano le persone con le richieste più varie alle quali cercavamo di dare una risposta. Si andava dalla richiesta di pannoloni, a quella dei farmaci alla richiesta di un posto letto. Molti anziani sono stati soccorsi e medicati, le loro patologie croniche affrontate nel miglior modo possibile. Con trascorrere delle ore, sempre sotto le continue scosse, l'organizzazione è andata avanti. Mercoledì sono arrivati i medici di medicina generale locali che hanno collaborato con noi. A loro va un sincero apprezzamento per come, essi stessi vittime del terremoto, si sono sin dalle prime ore messi a disposizione delle persone con abnegazione e totale disponibilità. Non ricordo i nomi di tutti ma a loro va il mio saluto.

La nostra avventura si è conclusa giovedì pomeriggio quando siamo stati avvicinati da altri colleghi, soccorritori ed infermieri sempre della Misericordia di Empoli. A tutto il gruppo della Misericordia di Empoli va il mio ringraziamento per come hanno operato logisticamente nel consentire a noi medici ed agli infermieri di lavorare al meglio possibile in condizioni difficilissime anche dal punto di vista climatico. Essi hanno anche garantito una assistenza urgente con ambulanza h 24, pronti ad andare a soccorre e portare al PMA chi avesse bisogno.

Da non dimenticare che nelle prime ore l'ospedale dell'Aquila era impraticabile per oltre il 90%.

Sono tornato sul posto per un secondo turno per il ponte del 25 Aprile (privilegio dei pensionati) ed ho trovato una situazione molto migliorata. La tendopoli era completamente attivata, c'era una mensa funzionante per tutti, docce e servizi igienici in quantità. I Medici di famiglia locali avevano completamente ripreso la loro attività nelle tende vicino alle nostre, gli anziani erano stati trasferiti in idonee strutture.

Il nostro lavoro come PMA della Misericordia di Empoli si è concluso domenica 3 maggio con lo smontaggio delle attrezzature. Qualche nota: dal 6 aprile al 3 maggio 2009 al PMA hanno lavorato 50 soccorritori patentati, sei Infermieri Professionali, 14 medici tra cui ben sette appartenenti alla Sezione Diocesana dei Medici Cattolici di San Miniato da me presieduta. Con questa partecipazione i colleghi hanno onorato nel miglior modo il 50° dalla fondazione della sezione che si festeggerà il 23 maggio a San Miniato (PI). Vi interesserà sapere che le due anziane hanno ritrovato la sorella Pasqualina, grazie a Dio viva e vegeta e che si sono ad essa ricongiunte, trasferite in non so quale RSA.

Vincenzo Vismara

BOLLETTINO NURSING

La contenzione fisica negli anziani: se la conosci la eviti!

Ermellina Zanetti

Coordinatore sezione nursing SIGG

Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

In questo numero del bollettino affrontiamo una questione ampiamente dibattuta e nota: la contenzione fisica.

La recente revisione del codice deontologico degli infermieri (gennaio 2009) ripropone in merito quanto già affermato nella precedente versione del 1999: *“L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”*. Eppure alla contenzione si fa frequentemente ricorso: l’articolo di Castaldo, che propone i risultati di alcuni studi di prevalenza dagli anni ’90 ad oggi, documenta un ricorso frequente, sostenuto da motivazioni (prevenzione delle cadute, controllo dell’agitazione) che non trovano riscontro negli studi di efficacia, mentre sono ampiamente descritti gli effetti negativi della contenzione.

Nell’articolo di Carla Papparotto, che ha recentemente assunto il ruolo di coordinatore della sezione nursing SIGG del Friuli Venezia Giulia, è riportato uno studio condotto per identificare le conoscenze, gli atteggiamenti, i sentimenti degli infermieri rispetto alla contenzione fisica e le modalità di utilizzo della stessa. Papparotto e coll. riferiscono che la contenzione è associata, in circa la metà del campione, ad una sensazione di sicurezza. Questa positiva sensazione (spesso avvertita anche dai familiari) associata alla contenzione rappresenta certamente un ostacolo alla riduzione del frequente ricorso. Tra gli intervistati (153 infermieri) le conoscenze sulla contenzione non sono ottimali, nonostante nel nostro Paese, su questo tema, si siano fatti numerosi corsi, convegni e pubblicazioni.

Sono passati quattordici anni dal primo congresso nazionale sul tema della contenzione: “Legare i vecchi” era il titolo dell’evento che vide la partecipazione attenta di oltre 500 tra medici, infermieri, operatori. Abolire la contenzione fisica era l’obiettivo cui tutti si era invitati a concorrere. Oggi la letteratura è concorde nel definire, quale obiettivo possibile e necessario, non l’abolizione, ma la riduzione della contenzione, sia in termini di prevalenza, sia in termini di ore di contenzione die. Il ricorso alla contenzione deve essere limitato a situazioni eccezionali e la sua applicazione deve seguire regole precise. Innanzitutto deve seguire una precisa procedura di prescrizione a cui debbono conseguire una serie di interventi documentati di attenta osservazione del paziente/ospite contenuto, in particolare nelle prime ore che seguono la decisione di contenere. Decisione che deve essere rivista e ridiscussa periodicamente, per evitare il perpetrarsi di un intervento (non privo di conseguenze!) anche quando venga meno la ragione che lo ha determinato. Interessante, a tal proposito, l’articolo di Janet Timmins *“Compliance with best practice: implementing the best available evidence in the use of physical restraint in residential aged care” Int J Evid Based Healthc 2008; 6: 345–350* (può essere richiesto all’indirizzo mail: sezionenursing@sigg.it) che riporta tutte le evidenze oggi disponibili per un corretto utilizzo della contenzione fisica nei setting residenziali. L’autrice conclude affermando che l’introduzione di buone evidenze nell’uso della contenzione fisica si è rivelata come un buon mezzo per ridurre e minimizzare il ricorso ai mezzi di contenzione.

La contenzione fisica degli anziani: i risultati di alcuni studi di prevalenza dagli anni '90 ad oggi

Anna Castaldo

Formazione Provincia Religiosa di S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo Milano

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Commissione Geriatria, Collegio Ipasvi di Milano-Lodi

Quanto è utilizzata la contenzione fisica negli anziani? Esistono delle differenze tra i vari paesi e tra i vari setting di cure (ospedali e nursing home¹)? Quali sono le motivazioni che inducono ad utilizzare la contenzione fisica?

Queste sono alcune delle domande a cui si è cercato di rispondere attraverso una revisione della letteratura e più specificamente sono stati selezionati gli studi più rilevanti dagli anni '90 ad oggi, attraverso le banche dati Medline e Cinahl, usando le seguenti parole chiave: "Restraint, Physical"[Mesh] AND "Prevalence"[Mesh]. L'analisi è stata limitata agli studi di prevalenza nei setting ospedalieri e residenziali.

Al fine di rendere più chiara possibile la lettura, i principali risultati sono stati rappresentati nella tab. n. 1 e n. 2 che includono, per ciascun setting analizzato, l'autore/i e l'anno di pubblicazione dello studio, il paese, la prevalenza della contenzione e dei mezzi utilizzati.

La prevalenza della contenzione fisica, riportata dalla letteratura, varia tra il 3% (Hantikainen) e l'83% (Ljunggren) nelle nursing home e tra il 4% e il 68% negli ospedali. Uno degli elementi che diversifica la prevalenza è rappresentato dai mezzi di contenzione considerati nello studio; infatti alcuni studi includono le spondine altri le escludono. La questione se le spondine siano un mezzo di contenzione o meno è ancora aperta; non c'è un chiaro accordo in primis tra il personale e non esistono al momento delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi. Ciononostante l'analisi delle definizioni della contenzione fisica riportate nella letteratura fanno propendere per una loro inclusione. Ad esempio l'Health Care Financing Administration (1992) definisce la contenzione: "ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo".

Laddove le spondine sono incluse nello studio, esse rappresentano il tipo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle nursing home sia negli ospedali. A parte le spondine, le cinture o altri mezzi fissati alle sedie e ai letti e la sedia geriatrica - utilizzata per prevenire l'alzata dei pazienti - sono le tipologie di contenzione più utilizzate nelle nursing home. In ospedale, oltre all'uso delle cinture per sedie e per letti, è prevalente l'uso dei bracciali o di altri mezzi fissati ai polsi.

C'è da evidenziare che molti pazienti oltre ad essere contenuti fisicamente ricevono contemporaneamente anche farmaci psicoattivi (Feng, Irving, Meyer, Gallinagh) oppure questi sono somministrati in alternativa alla contenzione fisica (Hamers, Gallinagh).

Riguardo ai giorni della settimana non esistono differenze sostanziali tra i giorni feriali e il fine settimana (sabato e domenica) e i giorni festivi (Minnick et al.).

All'interno degli ospedali, il setting di cure è un predittore di una maggiore applicazione della contenzione fisica. L'uso della contenzione è più frequente nei reparti di medicina rispetto ai reparti chirurgici (Irving) e nei reparti di cure intensive rispetto a quelli non intensivi (Minnick et al.).

¹ Le nursing home corrispondono alle nostre case di riposo protette o alle residenze sanitarie assistenziali per anziani.

Nelle unità specializzate nell'assistenza alle persone con demenza (all'interno delle nursing home), sono state ritrovate differenze nel tipo di contenzione applicato rispetto ai nuclei tradizionali. Kirkevold e Engedal (2004) trovarono che i mezzi di contenzione meccanica (spondine, cinture per sedie o letti) sono applicati più frequentemente nelle nursing home rispetto alle unità per persone con demenza, in cui invece prevale:

- l'utilizzo di mezzi di contenzione non meccanici (chiusura dei residenti in una stanza, ritenzione fisica...);
- la sorveglianza elettronica (dispositivi sui residenti che chiudono automaticamente le porte, dispositivi su residenti che segnalano al personale i movimenti irregolari, dispositivi che suonano quando il residente lascia il letto, dispositivi che monitorano i movimenti dei residenti);
- l'uso della forza durante l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche (somministrare i farmaci all'interno di cibo o bevande, uso della forza per effettuare un esame o la somministrazione di terapie);
- l'uso della forza durante le attività di vita quotidiana (tenere ferme le mani, le gambe e la testa durante l'igiene personale o la vestizione/svestizione, fare la doccia o il bagno quando la persona resiste fisicamente o verbalmente, forzare il residente ad andare in bagno, alimentare il residente contro la sua volontà).

In merito alla durata della contenzione si rileva che nelle nursing home, laddove utilizzata, la contenzione è usata come una misura di routine. Per esempio Hamers trovò che il 90% dei residenti è contenuto per almeno tre mesi; Karlsson trovò che la durata della contenzione tra le persone contenute (84%) è maggiore di un mese.

Anche in ospedale il periodo di contenzione è abbastanza lungo: normalmente, laddove si decide di utilizzarla, la contenzione è applicata per tutta la durata della degenza. Irving trovò che il tempo di contenzione variava in un range compreso tra uno e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni e una mediana di 4,5.

Nello studio di De Vries il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) era contenuto per circa 10 ore o meno durante il giorno; in particolare nei reparti ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore o per più di 24 ore era maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%).

Il fatto che la contenzione sia utilizzata per periodi così lunghi può indicare che essa non è un intervento di urgenza e quindi "straordinario" (o in termini legali "legati ad uno stato di necessità") ma che piuttosto è accettata come una modalità assistenziale ordinaria.

Le ragioni che inducono ad applicare ai pazienti un mezzo di contenzione sono molteplici e differiscono tra i vari setting. In particolare nelle nursing home il motivo più frequente è la prevenzione delle cadute e la gestione/controllo dell'agitazione dei residenti, mentre negli ospedali tra le ragioni principali, oltre alla prevenzione delle cadute, è riportata frequentemente la protezione dei presidi medici al fine di prevenire l'interruzione di terapie o la rimozione degli stessi presidi. A questi si aggiungono il controllo della confusione e dell'agitazione. Nelle tabelle n. 3 e n. 4 sono descritte più dettagliatamente le motivazioni e le loro percentuali ritrovate negli studi analizzati, rispettivamente nelle nursing home e negli ospedali.

L'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza nelle cure assistenziali (dovuta all'incapacità di eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana), la presenza di deficit cognitivi (Hamers, Meyer, Ljunggren, Karlsson, Feng, Irving, Gallinagh) e il rischio di cadute (Hamers, Meyer), sono alcuni tra i fattori che predicono un maggior ricorso alla contenzione.

Il numero di operatori dedicato alle cure assistenziali è un elemento che predice un elevato o un basso uso della contenzione. Il carico di lavoro del personale, generalmente legato al grado di disabilità (fisica e cognitiva) dei residenti, è chiaramente evidenziato anche nello studio di Karlsson.

Nello studio di Irving invece si osserva che il numero di operatori rispetto ai pazienti assistiti in ospedale non è associato significativamente con il numero di pazienti contenuti tranne nel caso in cui ad un basso numero di operatori è contemporaneamente associato un'età molto avanzata dei pazienti. Allo stesso modo Gallinagh trovò un'associazione debole tra la quantità di personale e l'utilizzo della contenzione, anche se osservò che la riduzione del personale in alcune fasce orarie (pomeriggio e notte) determina un maggior utilizzo dei mezzi di contenzione, nella fattispecie le spondine sia nelle ore notturne sia nelle prime ore del pomeriggio (riposo pomeridiano).

L'influenza delle caratteristiche organizzative, come per esempio la dimensione dei reparti e il numero di residenti, è controversa e può differire tra i vari Paesi. Feng infatti trovò un minor utilizzo della contenzione nelle nursing home di grandi dimensioni in Canada e in Finlandia, ma non negli altri paesi coinvolti nell'indagine. Hantikainen invece trovò che il personale che lavora in reparti con più di 25 residenti (26-30 residenti) riporta un più frequente ricorso alla contenzione fisica rispetto al personale che lavora in reparti più piccoli (dai 10 ai 25 residenti).

L'atteggiamento del personale nei confronti della contenzione, le conoscenze specifiche sulla contenzione, il livello di soddisfazione lavorativa possono essere dei deterrenti importanti; per esempio lo studio di Karlsson rilevò che una bassa attitudine del personale era associata significativamente all'assenza di contenzione o ad una bassa applicazione, come pure il livello di conoscenze del personale, riguardo alle istruzioni operative sull'uso della contenzione, risultò più alto nei reparti in cui la contenzione non veniva utilizzata rispetto a quelli dove l'utilizzo era moderato o alto. Inoltre nei reparti in cui la contenzione non era applicata il livello di soddisfazione del personale era significativamente più alto.

Nel recente studio di Feng negli USA è riportata una bassa prevalenza della contenzione rispetto ad altri paesi e rispetto agli anni '90 (si veda per esempio anche la prevalenza rilevata da Ljunggren nel 1997). Tale risultato è verosimilmente legato ad una maggiore adesione da parte delle nursing home agli standard, definiti in un regolamento federale emanato alla fine degli anni ottanta. Si tratta del "The Nursing Home Reform Act" del 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act - meglio noto come OBRA '87) il quale si poneva tra l'altro l'obiettivo di ridurre la contenzione fisica. Esso infatti stabilisce che "i residenti hanno diritto di essere liberi dalla contenzione fisica e farmacologica quando utilizzata per fini punitivi o interessi organizzativi e quando non sia rivolta al trattamento di problemi clinici"

Allo stesso modo anche in alcuni paesi (Austria, Danimarca, Germania e Olanda) in cui esiste una regolamentazione specifica sull'uso della contenzione fisica è riportata una minore prevalenza rispetto ad altri stati europei in cui è assente una legislazione restrittiva (De Vries).

E' evidente che la legislazione ha un chiaro impatto sull'uso della contenzione fisica nella pratica clinica, a prescindere dal setting di cure. Non meno rilevante è però la filosofia assistenziale dello staff in termini di rispetto della dignità e della libertà delle persone e quindi l'atteggiamento critico del personale nei confronti della contenzione.

Bibliografia essenziale

1. Minnick A. F., Mion L. C., Leipzig R., Lamb K., Palmer R. M., Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting, *The Journal of Nursing Administration*, Volume 28(11), November 1998, pp 19-24.
2. Kirkevold Øyvind, Engedal Knut, Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes, *Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 281-286
3. Irving Kate, Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals, *Australian Journal of Advanced Nursing*; Jun-Aug 2004; 21, 4;

4. Hamers J. P.H., Gulpers Math J.M., Strik Willem, Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(3), 246–251
5. Virpi Hantikainen, Physical Restraint: a descriptive study in swiss nursing homes, *Nursing Ethics*, 1998; 5; 330
6. Gallinagh Ròisín, Nevin Rosemary, Mc Ilroy David, Mitchell Fionnuala, Campbell Linda, Ludwick Ruth, McKenna Hugh, The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study, *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002) 147–156
7. De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T; European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Sep;59(9):M919-20.
8. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO., Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings, *Journal American Geriatric Society*, 2001 Dec;49(12):1722-8.
9. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A., Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 Suppl 2:43-7.
10. Meyer G., Köpke S., Haaster B., Mühlhauser I., Restraint use among nursing home resident: cross sectional study and prospective cohort study, *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 18, 981-990
11. Feng Z., Hirdes J.P., Smith T. F., Finne-Soveri H., Chi I., Du Pasquier J.N., Gilgen R., Ikegami N., Mor V., Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009.
12. PL 100-203. Omnibus Budget Reconciliation Act, Subtitle C, Nursing Home Reform. Washington, 1987: U.S. Government Printing Office.

Tab. 1 Prevalenza della contenzione fisica negli ospedali

Autore/i Anno	Paese	%	Mezzi di contenzione
Minnick et al. 1998	USA	5,8	Bracciali o altri mezzi fissati ai polsi bilaterali (59%) unilaterali (14%) Pettorine (16%) <i>Spondine Escluse</i>
Irving 2004	Australia	9,4 *	Spondine (62%) Contenzione farmacologica (17%) Pettorine (9)
De Vries 2004	Nove paesi europei (Austria, Belgio, Francia, Danimarca, Repubblica Ceca, Finlandia, Germania, Svizzera, Olanda)	% Media: 4,0** Range 0- 22	Cinture (o altri mezzi) fissate alle sedie (60%) Cinture (o altri mezzi) fissate ai letti (27%) <i>Spondine Escluse</i>
Gallinagh 2002	Irlanda del Nord	68,0***	Spondine bilaterali Spondine unilaterali Letto contro la parete Sedie molto basse Tavolino per carrozzine

* Ospedale Universitario

** 17 Reparti di geriatria ospedalieri

*** Reparti di Riabilitazione

Tab. 2 Prevalenza della contenzione fisica nelle nursing home

Autore/i Anno	Paese	%	Tipo di contenzione (%)		
Ljunggren 1997	1. Danimarca	4,5	Sedia geriatrica (1,6)	<i>Spondine Escluse</i>	
	2. Francia	38,3	Sedia geriatrica (14,8)		
	3. Islanda	18,4	Sedia geriatrica (6,5)		
	4. Italia	38,7	Sedia geriatrica (13,5)		
	5. Giappone	9,4	Sedia geriatrica (3,2)		
	6. Spagna	83,3	Sedia geriatrica (37,9)		
	7. Svezia	42,7	Busti o pettorine (11,6)		
	8. USA	35,2	Busti o pettorine (12,0)		
Hantikainen 1998	Svizzera	Media 3,7 (range 1-21)	Spondine (58) Cintura di sicurezza/pettorina per sedie (36) Cintura di sicurezza per letti (23) Sedia geriatrica con tavolo (9) Porta della camera chiusa (3)		
Karlsson 2001	Svezia	24,0 (NH)* 9,0 (USD)**	Cinture per sedie (62) Tavoli per carrozzine (35) <i>Spondine Escluse</i>		
Kirkevold, Engedal 2004	Norvegia	36,7(NH) 45,0 (USD)		NH	USD
			Contenzione meccanica	(23,3)	12,8)
			Contenzione non meccanica	(3,0)	(8,3)
			Sorveglianza elettronica	(0,9)	(7,2)
			Uso della forza durante esami o trattamenti medici	(13,5)	(19,1)
Uso della forza nelle ADL	(16,6)	(20,9)			
Hamers et al 2004	Olanda	49,0	Spondine (98) Cinture per sedie (57) Sedia geriatrica con tavolo (36) Cinture per letto (27)		
De Vries 2004	Nove paesi europei (Austria, Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Svizzera, Olanda)	Range 0-22 % media: 7,0	Cinture (o altri mezzi) fissate alle sedie (60%) Cinture (o altri mezzi) fissate ai letti (27%) <i>Spondine Escluse</i>		
Meyer 2008	Germania	26,2 39,8 (follow up di 12 mesi)	Spondine (24,5) Cinture per carrozzine o letto (2,7) Tavolo per carrozzina (2,1)		
Feng 2009	Canada	31,4	Non è definita la percentuale di ciascun mezzo di contenzione. Nello studio erano considerate le contenzioni per il tronco, per gli arti e le sedie geriatriche. <i>Spondine Escluse</i>		
	Finlandia	28,0			
	Hong Kong	20,2			
	Svizzera	6,1			
	USA	8,8			

*NH: Nursing Home

**USD: Unità Specializzate per Demenza (all'interno di nursing home)

Tab. 3 Motivazioni addotte all'uso della contenzione fisica nelle nursing home

Autore	Motivazioni all'uso della contenzione	%
Hantikainen 1998	Autolesionismo del paziente Scarsa consapevolezza dei residenti della loro incapacità di deambulare Evitare di disturbare altri residenti Irrequietezza/agitazione Aggressività	% non definite
Karlsson 2001	Prevenire le cadute	44
	Supporto posturale	29
Hamers et al 2004	Prevenire le cadute	80
	Agitazione	24
	Protezione dei presidi medici	1
De Vries 2004	Prevenire le cadute	67
	Agitazione psicomotoria	12

Tab. 4 Motivazioni addotte all'uso della contenzione fisica in ospedale

Autore	Motivazioni all'uso della contenzione	%
Minnick et al. 1998	Prevenire le interferenze del paziente nella somministrazione della terapia	53
	Confusione	17
	Prevenire le cadute	13
	Proteggere da lesioni secondarie a wandering	6
	Gestione dei disturbi del comportamento	6
	Supporto posturale	1
	Personale insufficiente	> 1
	Altro	4
Irving 2004	Prevenire le cadute in pazienti che hanno una scarsa consapevolezza della loro compromissione della mobilità	59
	Controllo dell'agitazione	21
	Prevenire il wandering	7
	Prevenire lesioni allo staff ed ad altri	7
	Prevenire le interferenze del paziente nella somministrazione della terapia	4
	Motivazione non definita	2
De Vries 2004	Prevenire le cadute	67
	Agitazione psicomotoria	12
Gallinagh 2002	Wandering	89 *
	Supporto posturale	88 *
	Confusione	80 *
	Prevenire le cadute	58 *
	Andatura instabile	54 *
	Altro	40 *

*Le percentuali sono complementari a quelle riscontrate nelle persone non contenute con lo stesso problema

La contenzione fisica e le persone anziane: conoscenze, atteggiamenti e sentimenti degli infermieri e modalità di utilizzo

Carla Papparotto*, **Stefania Zuliani****, **Lilla Ferrara*****

* *Direzione di Area sanitaria e socioassistenziale, A.s.p. Opera Pia Coianiz, Tarcento (UD)*

** *Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine, Udine*

*** *Azienda Ospedaliera-Universitaria, Udine*

Introduzione

Nell'assistenza alle persone anziane la contenzione fisica è una pratica comune sia nelle strutture residenziali che in quelle ospedaliere. La prevalenza varia dal 41 al 64% nelle strutture residenziali e dal 33 al 68% in ospedale (Hamers J.P., Huizing A.R., 2005).

Nella presa di decisione rispetto all'applicazione della contenzione fisica sono spesso coinvolti gli infermieri e le motivazioni a sostegno di tale decisione sono la prevenzione delle cadute (Hamers et al., 2004; Suen et al., 2006), il controllo dei disturbi comportamentali (Degan et al., 2004), la sicurezza dei pazienti (Lee et al., 1999), la prevenzione delle interferenze rispetto all'esecuzione dei trattamenti prescritti (Evans D., Fitzgerlad M, 2002) e anche la ridotta dotazione di infermieri (Lai C.K., 2007).

Inoltre gli infermieri riferiscono reazioni emotive complesse rispetto alla contenzione. La maggior parte prova emozioni negative quali tristezza, senso di colpa, conflitti fra l'applicazione della contenzione fisica e la violazione dei diritti della persona contenuta; altri, invece, vivono la contenzione come una routine ed affermano di non provare, pertanto, alcuna emozione; alcuni provano compassione verso i pazienti contenuti (Chuang YH., Huang HT., 2007).

Gli infermieri assumono un ruolo rilevante sia rispetto alla decisione di contenere gli anziani, sia rispetto alle modalità di applicazione della contenzione stessa.

Identificare le conoscenze, gli atteggiamenti ed i sentimenti degli infermieri risulta essere importante in quanto questi influenzano la pratica professionale (Suen et al., 2006).

Lo scopo di questo studio era quello di identificare le conoscenze, gli atteggiamenti, i sentimenti degli infermieri rispetto alla contenzione fisica e le modalità di utilizzo della stessa.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto durante il mese di ottobre 2007 in cinque unità operative di un ospedale (medicina, neurologia, pneumologia e post acuti), in due unità operative di un'azienda sanitaria territoriale (medicina fisica riabilitativa e unità spinale) e in cinque strutture residenziali per anziani; le strutture coinvolte afferiscono alla zona di Udine e provincia. Il campione di convenienza era costituito da 218 infermieri che prestavano servizio presso le sopraccitate strutture.

Il questionario da somministrare agli infermieri è stato elaborato ad hoc ed è stato articolato in tre sezioni. La sezione 1 era relativa al profilo socio-anagrafico (sesso, età, titolo professionale, anzianità di servizio); la sezione 2 indagava le conoscenze, gli atteggiamenti e i sentimenti degli infermieri (9 domande), mentre la sezione 3 conteneva domande (n. 9) riferite alle modalità di utilizzo della contenzione fisica. Le domande erano a risposta chiusa, tranne quella relativa alle conoscenze dei riferimenti normativi e deontologici.

I questionari sono stati consegnati ai Responsabili infermieristici delle strutture coinvolte con la richiesta di consegnarli agli infermieri per la compilazione in forma anonima.

Risultati

Profilo socio-anagrafico degli infermieri

Gli infermieri che hanno compilato il questionario sono stati il 70,18% (153 su 218) del totale degli infermieri delle strutture coinvolte. Dei 153 infermieri, l'84,31% era di sesso femminile, il 92,81% di nazionalità italiana e il 73,86% aveva un'età compresa fra 26 e 45 anni. Il 51,63% era in possesso

del diploma di infermiere professionale e la stessa percentuale (51,63%) aveva un'anzianità di servizio di 10 o più anni.

Conoscenze, atteggiamenti e sentimenti relativi alla contenzione fisica

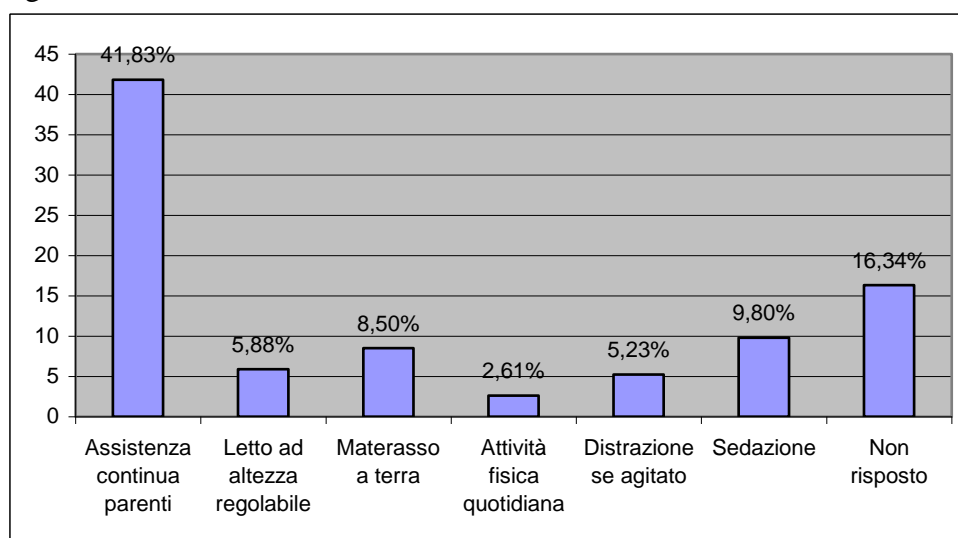
Nella tabella 1 vengono riportate le percentuali di risposte corrette relativamente ad alcune domande sulle conoscenze degli infermieri.

Tab. 1 – Domande selezionate relative alle conoscenze sulla contenzione fisica

<i>Domande</i>	<i>Risposte corrette (%)</i>
1. Che cosa si intende per contenzione fisica?	32,68
2. In base alla letteratura, ogni quanto tempo, mediamente, deve essere controllata una persona contenuta?	54,25
3. Quale tra i seguenti non è considerato un mezzo di contenzione?	34,63
4. È previsto e necessario il consenso informato scritto per l'applicazione di un mezzo di contenzione?	77,78
5. Specifichi i riferimenti deontologici e normativi relativi alla contenzione fisica	56,21

Rispetto alle alternative alla contenzione fisica, la maggior parte degli infermieri (82,35%) ha dichiarato di conoscerle; nella figura 1 vengono riportate le alternative identificate.

Fig. 1 – Alternative alla contenzione fisica



Le motivazioni del ricorso alla contenzione fisica sono rappresentate dalla tutela della salute della persona contenuta (50,33%), dalla prevenzione delle cadute (34,64%) e dalla riduzione dell'agitazione (7,84%).

I sentimenti che gli infermieri provano quando devono contenere una persona sono un senso di sicurezza (47,71%), ansia (19,61%), rabbia (17,65%), indifferenza (5,23%), paura (2,61%). Il 7,19% degli infermieri non ha risposto.

Modalità di utilizzo della contenzione fisica

La contenzione fisica viene applicata principalmente alle persone a rischio di caduta (45,75%) e a quelle agitate (18,30%). Viene utilizzata in misura minore per le persone disorientate (8,50%), in stato confusionale (4,58%), con disturbi comportamentali (2,61%).

I mezzi di contenzione utilizzati più frequentemente sono le spondine (86,93%), mentre gli altri mezzi (bracciali, corpetti, cinture) sono scarsamente utilizzati.

Gli infermieri, quando ravvisano la necessità di contenere una persona, avvisano il medico (41,18%), agiscono secondo linee guida (34,64%), agiscono in autonomia (20,92%).

Le informazioni ai familiari sulla necessità di contenere la persona vengono date nell'82,35% dei casi; tali informazioni vengono fornite dall'infermiere (57,52%), dal medico (32,68%), dal personale di supporto (1,31%) e da altre figure (5,88%). Il 2,61% non ha risposto. La contenzione fisica viene registrata principalmente in cartella clinica (49,67%) e nel diario infermieristico (36,60%).

Conclusioni

Le conoscenze degli infermieri non sono ottimali e la contenzione fisica è finalizzata principalmente alla tutela della salute delle persone anziane, in particolare alla prevenzione delle cadute; questo nonostante la letteratura sottolinei l'inefficacia della contenzione rispetto alle cadute. Contenere le persone determina nella maggior parte degli infermieri un senso di sicurezza, ma questo è rischioso: se gli infermieri si sentono sicuri, dimenticano le possibili conseguenze negative della contenzione.

Le limitate conoscenze delle alternative alla contenzione fisica evidenziano la necessità di interventi formativi finalizzati alla revisione delle motivazioni che spingono all'utilizzo della contenzione, all'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche per ridurre il ricorso alla contenzione attraverso strategie alternative.

È necessario infine considerare che l'elevata prevalenza della contenzione fisica non è un problema determinato esclusivamente dalle limitate conoscenze e dagli atteggiamenti degli infermieri, ma si tratta di un problema complesso che richiede un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento dei familiari con l'obiettivo di creare un ambiente il più possibile libero da contenzione fisica.

Bibliografia

- Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs* 2007;16(3):486-94.
- Degan M, Iannotta M, Genova V, Opportuni I, Chiusso G, Bonso O. Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. *Assist Inferm Ric* 2004;23(2):68-75.
- Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud* 2002;39(7):735-43.
- Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004;45(3):246-51.
- Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005;38(1):19-25.
- Lai CK. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? - A study using focus group interviews. *BMC Nurs* 2007;6:5. [<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/6/5>]
- Lee DT, Chan MC, Tam EP, Yeung WS. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999;29(1):153-9.
- Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, Kong TK, Leung JS, Wong IY. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs* 2006;55(1):20-8.

Notizie dalle Sezioni regionali

Sezione Puglia-Basilicata

Si è svolto presso l'hotel San Paolo al Convento di Trani il 18 Aprile scorso il 2^o Seminario su "L'anziano fragile" che ha avuto come tema: La qualità di vita-un endpoint primario.

L'evento patrocinato da: Regione Puglia, SIGG, SIGOS, SIOMMMS, GISMO, GIBIS, Comune di Trani, Comune di Canosa di Puglia, Circolo della Sanità di Barletta, ha riscontrato un notevole successo di pubblico con la partecipazione di oltre 180 persone tra medici di base, specialisti, fisioterapisti ed infermieri professionali.

Dalle interessantissime relazioni è emerso come il raggiungimento ed il rispetto della qualità di vita del paziente anziano è la risultante di molteplici componenti; fondamentale la valutazione multidimensionale della fragilità ed il prof. A. Pilotto ha proposto un modello di valutazione: il Multidimensional Prognostic Index. La relazione del dott D. Ciancia ha messo in rilievo la qualità di vita del paziente istituzionalizzato, fornendo un esempio di eccellenza alberghiera ed assistenziale: La fondazione Oasi di Nazareth di Corato. Dalla relazione della prof. L. Dominguez Rodriguez è emerso il ruolo fondamentale che svolge la dieta mediterranea nel mantenimento della qualità di vita del paziente anziano. La dieta mediterranea deve essere assunta come modello di globalizzazione nutrizionale, evitando gli eccessi proteici e dando maggiore importanza all'olio di oliva ed alla vitamina D.

Un altro punto fondamentale evidenziato dalle relazioni ha riguardato la necessità dell'attività fisica e della mobilitazione del paziente geriatrico, condizione essenziale per prevenire la sindrome ipocinetica e le sue complicanze non ultima quella tromboembolica.

Il seminario ha anche affrontato il problema dell'osteoporosi senile con due letture magistrali di due grandi esperti quali il prof. D. Maugeri ed il prof. M. Barbagallo.

L'evento accreditato nel programma ECM presso il Ministero della Salute è risultato un momento eccellente di aggiornamento professionale atto a diffondere la cultura dell'assistenza geriatrica.

Michele Calitro

Sezione Abruzzo-Molise

Verbale della riunione del Consiglio Direttivo

Il giorno 10 giugno 2009 alle ore 18.00 si è riunito il Consiglio Direttivo della Sezione Interregionale SIGG Abruzzo – Molise per eleggere il Presidente della Sezione, come previsto dal regolamento. Sono presenti i consiglieri eletti: Dott. Carlo D'Angelo, Prof. Giovambattista Desideri, Dott. Pasquale Martone, Dott. Marco Pozzone, Dott. Michele Zito. Assume il ruolo di Presidente dell'assemblea il Dott. D'Angelo e di segretario verbalizzante il Prof. Desideri.

Il Dott. D'Angelo propone di nominare Presidente della Sezione il Prof. Desideri motivando la sua proposta con la professionalità, cultura, umanità e spirito organizzativo del collega. Il Consiglio Direttivo approva unanime con l'astensione del Prof. Desideri.

Il Prof. Desideri, dopo aver ringraziato il Consiglio Direttivo per avergli accordato l'onore di un incarico così prestigioso, propone la nomina del Dott. Angelo Di Iorio a Segretario della Sezione e della Dott.ssa Eleonora Sparvieri a referente per la geriatria territoriale. Entrambi i Colleghi infatti, soci storici con una non comune professionalità e cultura geriatrica, hanno già da tempo

fornito la loro disponibilità a partecipare più fattivamente alle attività della Sezione. Il Consiglio approva all'unanimità.

Alle ore 19.30, non essendoci altro da deliberare, la seduta ha termine.

Il Segretario

Prof. Giovambattista Desideri

Il Presidente

Dott. Carlo D'Angelo

Notizie dai Soci

A Roma il 23 giugno u.s. sono stati assegnati i premi DAWN AWARD 2009.

L'iniziativa, patrocinata dal Senato della Repubblica, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, tende a promuovere una migliore conoscenza del diabete e a prevenire il diffondersi della patologia.

La cerimonia ha avuto come splendida cornice la sala Zuccari di Palazzo Giustiniani nell'ambito della campagna "Changing Diabetes" alla presenza di politici e clinici illustri

Il prestigioso premio nella sezione "Roberto Sivieri" dedicata al Diabete dell'adulto tipo 2 ha visto vincitore il sottoscritto, Geriatra e Diabetologo, Ricercatore dell'Università di Catania per il progetto "Attività fisica e setting come livello di prevenzione primaria e secondaria".

"Il progetto costituisce un eccellente esempio di integrazione tra attività fisica delle persone e momento aggregativo, con il coinvolgimento di varie professionalità". Questa è stata la motivazione che la giuria dopo accurate e approfondite valutazioni ha espresso.

Il progetto prende spunto dalle varie attività svolte dall'Associazione MOV.I.S. ONLUS di GIARRE che da cinque anni a questa parte risulta impegnata in programmi di prevenzione e cura delle malattie croniche, utilizzando il movimento come terapia.

Gli utenti vengono seguiti nelle loro attività da un team multidisciplinare (medici e professionisti del movimento) all'interno di una Palestra ginnica sita in Giarre (CT).

L'approccio e la gestione del diabete avviene quindi in maniera del tutto nuova con l'inserimento come figura indispensabile all'interno della struttura del diabetologo coadiuvato e affiancato da altre figure specialistiche (geriatra, pneumologo, pediatra, dietista, podologo, dottore in scienze motorie) facendo così diventare un luogo finora ritenuto ludico spazio con finalità sanitarie.

Con tale accorgimento la persona con diabete conclamato o predisposta ad esserlo viene accolta dalla stessa figura specialistica che le ha consigliato la modifica del suo stile di vita.

Gli Utenti e il team lavorano insieme, per migliorare lo stato di malattia o mantenere lo stato di salute, verificando giorno dopo giorno i risultati ottenuti, protagonisti indissolubili di un unico progetto.

L'obiettivo della MOV.I.S. consiste nell'utilizzare l'attività fisica e il luogo dove questa viene svolta come mezzi grazie ai quali si può intervenire sul livello di prevenzione primaria e secondaria di varie malattie croniche, rallentandone ove possibile l'evoluzione delle complicanze.

L'attenzione è rivolta anche al momento aggregativo quale strumento utile e forse indispensabile per ottenere risultati altrimenti insperati.

A livello procedurale il team Mov.i.s. è in grado di fornire una tipologia d'intervento finalizzato alle esigenze del singolo soggetto e inquadrare quest'ultimo in un contesto collettivo di persone con problematiche simili, al fine di creare un sostegno sociale e una motivazione di gruppo.

Lo staff trasmette alla persona con diabete una certezza, quella che la struttura ginnico-sanitaria ci sarà sempre, inquadrandola così non come una fase di "passaggio" della condizione clinica, ma come un progetto a tempo indefinito, fino a poterlo considerare come una vera e propria parte del suo stile di vita.

Carmelo Leotta

Recensione libri

Riabilitare l'Anziano

Teoria e strumenti di lavoro

A cura di Giuseppe Bellelli e Marco Trabucchi

Carocci Faber Editore 2009

Pagine 330

La riabilitazione negli ultimi anni ha avuto in medicina una diffusione ed ampliamento delle indicazioni molto significativo per tutta una serie di motivi, quali la preparazione del personale addetto, la disponibilità di strumenti di valutazione, di strutture dedicate e di tecnologia sempre più sofisticata, le evidenze emerse dagli studi scientifici. Attualmente in campo ortopedico, neurologico, cardiologico, pneumologico ed in altri settori della medicina, soprattutto dopo un evento acuto, è prassi comune indirizzare il paziente ad una struttura riabilitativa con o senza ricovero per seguire un programma nella maggior parte dei casi standardizzato sulla malattia del paziente, con risultati prevedibili specialmente nei pazienti giovani o di media età.

E' utile riabilitare anche un anziano? A questa domanda molti addetti o non addetti ai lavori risponderebbero sì, senza bisogno di consultare testi o far riferimento a dati di letteratura, ma se chiediamo ad esperti e meno esperti come si riabilita un anziano, quali sono le indicazioni o i rischi della riabilitazione negli anziani, quali gli strumenti e le tecniche da utilizzare, i compiti del personale, i tempi dell'intervento, come programmare un intervento riabilitativo per un anziano fragile eventualmente con demenza e/o depressione ed altre sindromi geriatiche, quali sono le problematiche medico-legali in riabilitazione, a queste ed altre domande più specifiche sono certo che le risposte sarebbero incomplete e differenti tra i vari intervistati, perché richiedono competenza e conoscenza specifica della disciplina riabilitativa.

Gli Autori di questo recentissimo volume, vista l'esperienza maturata in tanti anni nel settore, forniscono risposte tecniche, precise e dettagliate sui quesiti precedentemente esposti. In ognuno dei 16 capitoli che compongono il libro, partendo da un razionale scientifico, vengono presentati metodologie e strumenti di lavoro, esaminati i dati della letteratura ed illustrati i risultati raggiunti. Il linguaggio utilizzato, semplice e scorrevole, rende la lettura agevole anche a chi non ha dimestichezza quotidiana con gli aspetti riabilitativi del paziente anziano, ma desidera approfondire l'argomento per conoscere nuove prospettive di cura.

Medico, Infermiere e Fisioterapista sono le tre figure impegnate nel processo riabilitativo. Nel capitolo dedicato vengono illustrati compiti e modalità di intervento dei singoli attori. Sappiamo che non è sempre facile organizzare un lavoro di equipe, in cui è necessaria la collaborazione di figure professionali diverse, questo invece, come è dimostrato nel volume, è alla base della cura per il paziente anziano e soprattutto per quello che necessita di riabilitazione, dove è noto che i risultati non sono percepiti nel breve periodo ed a volte per tempi lunghi non si assiste a cambiamenti. I ruoli specifici delle singole figure sono ben definiti, già dall'ingresso del paziente nella struttura, ogni operatore ha compiti precisi nella fase di completamento dell'assessment, il piano riabilitativo viene successivamente formulato dopo la riunione del team, si effettua un monitoraggio dei processi chiave attivati dal programma, si effettua una revisione tutti insieme dei risultati raggiunti per eventualmente modificare il percorso stabilito in base ad esigenze emerse durante il programma riabilitativo.

Per ognuna di queste fasi viene illustrata nel libro la modalità di intervento, l'importanza del lavoro di equipe, del continuo scambio di informazioni, dell'assessment multidimensionale

differente secondo il tipo di paziente ed il programma stabilito, i risultati raggiunti e quelli ancora da raggiungere.

Il capitolo sulla documentazione sanitaria illustra nei dettagli il percorso da seguire non solo per scandire tempi e modi del processo, ma per avere la possibilità in ogni momento e da parte di chiunque di comprendere il lavoro seguito dal paziente, quali i risultati raggiunti, con gli eventuali eventi avversi, lasciando una tracciabilità dell'intervento svolto. Viene sottolineato l'importanza dell'utilizzo della valutazione multidimensionale con l'uso di strumenti validati e standardizzati, utilizzati ai fini riabilitativi secondo una "logica operativa", per dare la massima attenzione sui processi da seguire, con la possibilità di integrare la valutazione con altri strumenti che esplorano aree diverse secondo l'esigenza e le caratteristiche del singolo paziente. Il percorso riabilitativo viene documentato nei dettagli per ogni singola figura professionale del team e nello stesso tempo vengono previsti alcuni "punti di contatto" tra le varie figure per analizzare ciò che è stato portato a termine nelle singole fasi e decidere se continuare con il piano previsto o modificare, il tutto sempre in base al risultato della valutazione multidimensionale eseguita nelle varie fasi. In sintesi viene sottolineata più volte dagli Autori la necessità di seguire un percorso pre-stabilito, diviso in varie fasi dalla presa in carico al trattamento alla dimissione, ognuna standardizzata, controllata con strumenti di valutazione che analizzano aspetti medici, infermieristici e fisioterapici. Nulla è lasciato al caso o all'iniziativa personale, ogni processo successivo scaturisce da valutazione effettuata nella fase precedente e stabilita dalla riunione del gruppo operativo.

Di estremo interesse, soprattutto per i geriatri e chi si occupa di riabilitare pazienti con complessità clinica, il capitolo sulle sindromi geriatriche in riabilitazione, dove vengono prese in esame tutte quelle condizioni, frequenti nei pazienti anziani, che richiedono di per sé un trattamento riabilitativo o che ritroviamo in un paziente da riabilitare per un evento acuto o sub-acuto. I risultati di un processo riabilitativo, ma spesso in geriatria anche di un intervento farmacologico, sono frequentemente condizionati dalla presenza di sindromi quali la demenza, la depressione, il delirium, la malnutrizione, l'immobilizzazione, il rischio di cadute ed altre. La presenza di uno, ed a volte più di uno nello stesso paziente, di questi fattori negli anni scorsi spesso sconsigliava il ricorso alla riabilitazione, perché ritenuta di difficile esecuzione e con maggiore impegno di risorse umane, escludendo di fatto i pazienti dal percorso riabilitativo. Gli Autori descrivono dettagliatamente quali sono le difficoltà che si incontrano con i pazienti complessi, quali le possibilità della riabilitazione, quali gli interventi da pianificare, come valutare i risultati e decidere i passi successivi.

E' un testo completo in tema di riabilitazione dell'anziano, utilissimo non solo per chi si avvicina a questa disciplina, non ancora valorizzata in tutte le sue potenzialità, ma anche per coloro che già lavorano in setting riabilitativi ed hanno la necessità di aggiornamento per conoscere nuove tecniche, nuove metodologie, pianificare gli interventi e valutare i risultati. Il volume dovrebbe essere letto con attenzione dagli amministratori e responsabili di strutture riabilitative dal momento che è stata particolarmente curata la sezione riguardante gli aspetti di pianificazione del lavoro, raccolta dati e conservazione degli stessi, problematiche medico-legali, rischi e soluzioni di problemi che si incontrano nella pratica quotidiana.

Il volume si conclude con un'ampia selezione bibliografica aggiornata sui singoli argomenti trattati, utile per chi desidera approfondire singoli temi.

"La riabilitazione non promette resurrezioni", scrivono gli autori nell'introduzione del volume, leggendo i capitoli si comprende tuttavia che possa offrire con successo tante soluzioni o alternative nel trattamento di molte patologie nei pazienti anziani.

Vincenzo Canonico

CONGRESSI E CONVEGNI

19TH IAGG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS

Parigi 5-9 luglio 2009

Organizing Secretariat

ICEO - International Congress & Event Organizers
122 Avenue de l'Atlantique - 1150 Brussels Belgium
Tel: +32 2 779 59 59

www.gerontologyparis2009.com

Email: info@gerontologyparis2009.com

Website: www.iceo.be

EUGMS GLASGOW CONGRESS

PALLIATIVE CARE MEDICINE AND END OF LIFE ISSUES IN OLDER ADULTS

Glasgow, 17th-18th september 2009

www.rcpsg.ac.uk/Education/Events/Pages/ed_speventswelcome.aspx

54° Congresso Nazionale SIGG

SALUTE E BENESSERE DELL'ANZIANO: LA NOSTRA MISSIONE

Firenze, 2-5 dicembre 2009

10° Corso per Infermieri

ASSISTERE L'ANZIANO OGGI:

EVIDENZE E MODELLI INNOVATIVI PER LA GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ

Firenze, 3-5 dicembre 2009

8° Corso di Riabilitazione

Firenze, 3-4 dicembre 2009

5° Corso per Psicologi

IL "TERZO OCCHIO" DELLA VECCHIAIA:

TEMPO E ANTENNE PER L'ETÀ LIBERA

Firenze, 3-4 dicembre 2009

4° Corso per Assistenti Sociali

RIPENSARE IL RUOLO STRATEGICO DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEL LAVORO CON LE PERSONE ANZIANE E CON LA COMUNITÀ LOCALE

Firenze, 3-4 dicembre 2009

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it

Segreteria Organizzativa: [Pls group](mailto:Pls_group) - www.plsgroup.it
Via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze
Tel: 0552462.428 Fax: 0552462.223