



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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

Bollettino SIGG

numero 10 – ottobre 2004

Direttore Responsabile
Marco Trabucchi

A cura di
Vincenzo Canonico
Tel. e fax 081 7464297
e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	Pag. 1
L'assistenza geriatrica	“ 1
I Dibattiti del Bollettino	“ 2
Nuovi Dibattiti	“ 5
Notizie dalle Sezioni Regionali	“ 6
Indagine del Censis	“ 11
Master in Geriatria	“ 13
Dalla Letteratura Internazionale	“ 14
Congressi e Corsi	“ 15



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

EDITORIALE

Ci vediamo tra qualche giorno a Firenze! Sarà un'occasione per rinnovare i rapporti di amicizia, per scambiare esperienze, per imparare cose nuove utili alla nostra professione.

In queste ultimi tempi ho partecipato ai congressi delle sezioni regionali della Sicilia, della Puglia e del Veneto, nonché a numerose altre occasioni che hanno visto un ruolo primario della SIGG. Ovunque ho trovato entusiasmo, voglia di impegnarsi, interesse per la discussione: sempre più ne traggio il convincimento che la nostra Società sia una realtà viva, popolata di persone serie ed impegnate. Il Congresso Nazionale è un'occasione privilegiata per fare il punto su molte cose; io sarò a disposizione, assieme ai componenti il Consiglio Direttivo, di tutti i soci che desiderano costruire qualche nuovo progetto. Le porte della SIGG sono aperte per tutti, in particolare per i giovani, per chi deve affrontare difficoltà nel lavoro, per chi ha voglia di rinnovamento. Come continuo a ripetere, il bisogno dei pazienti non ci concede pessimismi rinunciatari!

Durante il recente congresso regionale di Lecce, l'assessore al bilancio di quella regione, Rocco Palese, uno dei decisori più importanti in ambito sanitario anche a livello nazionale, ha lanciato alla geriatria un appello forte, quasi una sfida, perché aiutiamo la politica ad affrontare gli enormi problemi posti dalla demografia e dall'epidemiologia. Non possiamo sottrarci a questa richiesta rinchiudendoci nei pur gravi problemi di ogni giorno: usciamo allo scoperto e spendiamoci per le nostre idee, forti di cultura, di sensibilità e di esperienza. In questo modo poi arriverà anche il successo personale e l'affermazione dei modelli clinico-assistenziali nei quali crediamo.

Arrivederci il 3 novembre a Firenze.

Marco Trabucchi

L' ASSISTENZA GERIATRICA

In questo numero continua la discussione sui temi importanti di assistenza geriatrica proposti nella rubrica "Dibattiti". Pubblichiamo tre autorevoli contributi provenienti da chi opera quotidianamente nella UGA, conosce la complessità non solo del paziente, ma anche del delicato sistema di gestione e la difficoltà di far quadrare le esigenze economiche con quelle dei bisogni del paziente.

L'entusiasmo dei Colleghi Geriatri riscontrato dal Presidente in diverse realtà regionali non sempre purtroppo si traduce in risultati positivi, soprattutto dove non c'è stata una risposta adeguata delle Istituzioni alle richieste assistenziali effettuate. L'esperienza che riportiamo della Campania testimonia le difficoltà che si incontrano, per tantissimi motivi, legati a volte a scelte esclusivamente di tipo politico, nell'attuazione di provvedimenti in favore degli anziani e come purtroppo viene a volte poco tenuta in considerazione un'offerta di collaborazione da parte di colleghi competenti che vivono quotidianamente la realtà assistenziale geriatrica in diversi luoghi di cura.

Nonostante le difficoltà, le carenze ed i progetti non attuati in molte regioni, il recente rapporto del Censis mostra che le condizioni di vita e le offerte di assistenza in un campione di pazienti anziani in Italia sono ad un buon livello. C'è fiducia nell'operato dei medici, viene riconosciuto l'impegno professionale e comunque esistono tutt'ora delle differenze tra nord e sud legate a diversi stili di vita e particolari situazioni organizzative sia familiari che assistenziali.

Il prossimo Congresso SIGG non sarà solo un'occasione di incontro e di aggiornamento scientifico su tanti temi di grossa attualità, ma rappresenterà anche un momento di sintesi e di promozione di nuove iniziative per migliorare l'assistenza geriatrica, soprattutto nelle regioni dove le carenze sono più evidenti.

Vincenzo Canonico



I DIBATTITI DEL BOLLETTINO

THE FUTURE OF GERIATRIC WARDS IN GENERAL HOSPITALS

Prima di tutto mi sembra importante ricordare i contributi della SIGG a questo problema che indubbiamente sta diventando sempre più acuto e doloroso. Non solo il sito SIGG, ma anche la riunione che si tenne a Firenze qualche anno fa (Presidente G. Masotti) fornì un documento condiviso dalla SIGOs pubblicato sul Giornale di Gerontologia: i soci dovrebbero conoscerlo e riconsiderarlo.

I problemi sono: 1. perché l'anziano va in ospedale (ricovero improprio); 2. quando va in ospedale a quali problemi va incontro; l'ambiente curativo è adeguato? Le grandi sindromi geriatriche sono indirizzate veramente in Geriatria o sono disperse in tutti i reparti; il pronto soccorso smista opportunamente l'anziano oppure utilizza semplicemente il criterio cronologico oppure quella della grave disabilità?; 3) quale trattamento specifico riceve l'anziano durante il breve ricovero? 4) I risultati delle UO di Geriatria sono "migliori" rispetto a quelle della Medicina interna? 5) alla dimissione cosa succede al paziente ricoverato? Come è assicurata la continuità assistenziale in assenza di una prolungata osservazione del malato anche quando è gestito in altri *setting*?

In assenza di un'organizzazione complessiva (diciamo di tipo dipartimentale) che abbia responsabilità di tutti i settori assistenziali che riguardano l'anziano (almeno quello con più di 75 anni) la UO di Geriatria diventa un lusso, una scatola avulsa dal resto (territorio) che ha altre regole, altri metodi, altri obiettivi (anche se dovrebbero essere gli stessi). Come esempi negativi di disorganizzazione si osservi la scheda di dimissione ospedaliera (SDO); contiene dati rilevanti, ma poco si sa della provenienza e della destinazione alla dimissione del paziente; i codici ICD-9-CM prevedono molte condizioni tipicamente geriatriche (come l'abuso), ma i geriatri non li riportano nemmeno come terza diagnosi.

A parte la problematica sopravvivenza in futuro delle UO di Geriatria, la specificità del nostro operare deve diventare rapidamente più evidente, motivato, scientifico e documentato soprattutto nella compilazione delle SDO e delle cartelle cliniche: queste devono essere credibili e riportare la valutazione multidimensionale. Dalla cartella clinica dovrebbe emergere l'appropriatezza della prescrizione farmacologica, l'eventuale abuso, il consiglio riabilitativo-occupazionale e la sua realizzazione quasi sempre assente, gli appropriati consigli alla dimissione (non solo farmaci, come di solito succede), con riferimento alla incombente fragilità.

Vi chiedo di consultare http://www.geriatria.unimo.it/i_drg_ospedalieri_dell.htm dove sono elencati i ricoveri ospedalieri della Regione Emilia Romagna negli anni 2000-2003; il 40% dei ricoveri riguarda soggetti con più di 65 anni. Analizzando le diagnosi (ICD-9-CM) principale e secondarie si evince che il delirium è ignorato (sembra che non rappresenti un problema rilevante dei ricoverati!); anche la depressione è poco ricordata; al contrario le diagnosi di demenza sono tante, in numero non lontanissimo dalla realtà epidemiologica. Può questa osservazione convincerci che c'è stata negli anni l'*alzheimerizzazione* della geriatria? Molte altre grandi sindromi geriatriche (incontinenza, malnutrizione ecc) sono persistentemente ignorate nella SDO. La istituzione della *delirium room* non trova molte motivazioni nella banca dati della mia regione.

Chi è preposto alla didattica (Corso di laurea di medicina e di scienze infermieristiche) e all'aggiornamento dovrebbe ripensare e rivedere un pò i programmi; i Corsi di Laurea e di Specialità (internistici) hanno curriculum che non tengono in considerazione le particolarità cliniche e gestionali del vecchio malato e l'evoluzione epidemiologica in atto che fa delle malattie croniche e dell'anziano i fatti dominanti; facciamo in modo che questi emergano almeno dagli atti della nostra attività clinica.

Gianfranco Salvioli



Il gruppo geriatrico perugino aderisce all'invito del Presidente di esprimere il suo punto di vista sull'UGA. La risposta all'interrogativo sulla necessità o meno dell'UGA, secondo noi, fa riferimento a 5 punti fondamentali.

1. L'esplosione di una nuova categoria di malati, quelli cioè caratterizzati da estrema vulnerabilità in rapporto a comorbilità, fragilità e disabilità rende assurdo e palesemente schizofrenico, l'orientamento attuale degli Ospedali di chiudere le UGA esistenti. La risposta, casomai, dovrebbe essere esattamente opposta.

2. Il motivo centrale che giustifica l'esistenza dell'UGA è quello di essere nodo della rete dei servizi di continuità assistenziale che, come noto, vede nell'anziano fragile il paziente di elezione. D'altro canto è su questa tipologia di malati, seppure definita in maniera non univoca, che sono state acquisite le evidenze di efficacia dell'UGA nei confronti dei tradizionali reparti di Medicina Interna (v. Linee Guida SIGG). Così come, che sia l'anziano fragile il paziente geriatrico per antonomasia, sono ormai tutti gli ultimi lavori comparsi in letteratura ad affermarlo, e questo secondo noi è il punto cruciale. L'UGA è pertanto la struttura di riferimento degli anziani fragili già inseriti nella rete di continuità assistenziale o destinati ad essa, quando intervenga un evento medico acuto che necessita di risposta in regime ospedaliero. La preoccupazione di molti di vedere le UGA "affondare" sotto il peso della fragilità, seppure "epidermicamente comprensibile", non ha motivo di esistere: essendo inserita nella rete di continuità assistenziale, una volta esaurito il suo compito, essa è in grado di dimettere tempestivamente il paziente. D'altro canto non ci sono alternative "civili", a meno che la Geriatria rifiuti di esercitare il ruolo che le compete (v. anche l' "I am Geriatrician" di Hazzard). E poi chi, d'altro canto, dovrebbe farsi carico di questi pazienti?

3. L'UGA inoltre rappresenta, per i motivi già ricordati, la imprescindibile palestra di formazione di studenti, medici, specialisti ed operatori sanitari che saranno o sono coinvolti nell'assistenza dell'anziano fragile.

4. L'UGA dovrebbe anche fungere da centro promotore di nuovi protocolli terapeutici ed assistenziali per l'anziano fragile.

5. L'UGA infine avrebbe sicuramente maggiore efficacia se ad essa venisse affiancata una Unità ospedaliera di post-acuzie della quale l'ospedale tecnologico, che lavora in regime di DRG, ha assoluto bisogno. Questo, tra l'altro, è l'orientamento di alcune grandi Aziende Ospedaliere del centro-nord.

A questo punto si pone il problema della collocazione dell'UGA. Essendo competente dell'anziano fragile acuto, è evidente la necessità di una sua presenza in ogni ASL (in Italia) e sicuramente in ogni Azienda Ospedaliera od Ospedale di grandi dimensioni.

Per quanto riguarda invece gli Ospedali di piccole dimensioni, difficile è proporre l'UGA, ma sicuramente è da pretendere la presenza di un team geriatrico che si prenda carico degli anziani fragili.

Naturalmente, se si vuol provare a vincere questa battaglia, bisogna accettare fino in fondo che l'assistenza all'anziano fragile è oggi la missione della geriatria, tenendo presente che il SSN non può più permettersi il lusso di "doppioni" né di situazioni "ibride".

Il nostro augurio è che altri colleghi si inseriscano in questo dibattito, così rilevante per il futuro della nostra disciplina all'interno degli ospedali.



Intervento di Paolo Putzu

Nella Relazione del Presidente al Congresso di Vienna sono elencate le principali controversie che, come geriatri, ci troviamo ad affrontare nella difesa e definizione della nostra identità. È in corso da alcuni anni il riuscito tentativo di territorializzare la geriatria spesso escludendola dai percorsi sanitari legati all'emergenza. Ritengo che l'attuale tendenza sia il risultato, non capito e distorto, dei successi che la nostra specialità ha conseguito negli ultimi anni. Da quasi tre decenni seguo con attenzione, e con sempre vivo orgoglio di geriatra ospedaliero, le altalenanti vicissitudini della geriatria. Sedici anni fa subì una improvvisa impennata nella considerazione generale in seguito allo storico congresso di Roma sull'anziano non autosufficiente organizzato da professor Carbonin.

Ognuno dei partecipanti ebbe subito la convinzione di partecipare ad un evento determinante per il nostro futuro. I geriatri, i politici, gli epidemiologi, i sociologi e gli amministratori, evidentemente guidati dalla illuminata organizzazione e dall'importanza degli argomenti, iniziarono a parlare la stessa lingua ed a tracciare concretamente i nuovi percorsi assistenziali ed i nuovi metodi operativi. Le conseguenze politiche e normative, anche se parzialmente applicate, furono di straordinaria importanza nell'immediato futuro: l'articolo 20 della finanziaria del 1988, i DM dell'88 e 89, il Piano Sanitario Nazionale del 1991 ed il Progetto Obiettivo Anziani, le RSA, l'ADI, l'UVG, la rete dei servizi, la continuità assistenziale e la valutazione multidimensionale. Per tutto questo non saremmo mai grati a sufficienza agli ideatori ed agli organizzatori dell'incontro. I risultati ottenuti sono stati nettamente (e giustamente, considerando la desolazione di quel periodo) a vantaggio di una nuova geriatria territoriale, residenziale o semiresidenziale. Vi fu in contemporanea una netta ascesa nella considerazione della geriatria da parte dei colleghi delle altre specialità. La nostra metodologia fu subito richiesta, capita, imitata ed esportata in altri campi della medicina, seppur con discutibili risultati. Recentemente sono stato invitato ad un congresso organizzato da internisti e diabetologi ed ho risentito (quale nostalgico *deja vu!*) le stesse relazioni e messaggi delle nostre riunioni scientifiche degli anni 90: si è parlato di assessment, di valutazione dei bisogni, di unità valutative e così via.

In pratica la geriatria fu giustamente vista come la specialità che possedeva le migliori competenze per la gestione delle problematiche dell'anziano non autosufficiente. Ottenemmo in tempi brevi dei buoni risultati perché molti di noi, forti delle argomentazioni proposte, si presentarono agli amministratori aziendali ed agli assessori regionali con una metodologia affascinante e convincente, di immediata comprensione e facile presa, con un background solido in termini di efficacia e di convenienza laddove utilizzato.

Evidentemente non altrettanto vigore propositivo abbiamo manifestato nel campo della emergenza e delle patologie acute dell'anziano. Attualmente le decisioni importanti sulla sanità e sul nostro futuro vengono intraprese dalle delibere periferiche dei direttori generali delle ASL e degli assessori regionali alla sanità. Sono loro che decidono se sostituire un primario geriatra con la stessa figura professionale o se affidare l'incarico ad un internista o cardiologo. Gli altri colleghi specialisti ed i medici di base ci vedono sempre più come gli esperti della cronicità e non riescono a capire (o non vogliono) l'utilità del nostro operato anche nel campo dell'acuzia. La maggior parte di noi ritiene affascinante e scientificamente interessante il mondo della cronicità, ma si sente derubato ogni qual volta viene attivato un tentativo di esclusione nella gestione dell'emergenza geriatrica.

Per non dilungarmi, penso che la SIGG abbia intrapreso una difesa a tutto campo dell'identità della nostra professione, ma dovrebbe incentivare, in maniera ancor più incisiva, iniziative culturali e operative nell'emergenza geriatrica in tre direzioni:

1. Una più precisa definizione della persona malata anziana di nostra competenza nelle divisioni per acuti, dove la precisione deve includere la facile comprensione, per gli altri specialisti e per i politici, dei vantaggi che una gestione geriatrica può determinare in termini di qualità di vita e di economia



sanitaria. Come da te sottolineato, ritengo che sia più utile indirizzarci verso l'anziano "complesso e fragile" con patologia acuta.

2. Una maggiore visibilità nella opinione pubblica. Iniziative intraprese o incentivate dalla SIGG, come la campagna contro i danni da elevate temperature nell'anziano, hanno avuto rilevanti ricadute positive a tutto campo. La presenza di un addetto stampa all'interno della società dovrebbe essere maggiormente sfruttata dalle sezioni regionali. È auspicabile un più stretto contatto programmatico e operativo con le associazioni degli ammalati e con i sindacati che tutelano i diritti delle persone anziane. Sono loro che giornalmente paragonano le esperienze vissute in diverse divisioni ospedaliere per acuti, promuovendoci a pieni voti e chiedendoci la disponibilità per altre eventuali situazioni di emergenza, provocando inevitabilmente tassi di occupazione di posti letto sempre più al di sopra del 100% (sarebbe interessante confrontarli con quelli delle altre divisioni dell'area funzionale internistica!). Evidentemente nei nostri reparti si respira un'aria assistenziale sicuramente diversa rispetto a quella che taluni descrivono ironicamente.

3. Un più incisivo dialogo con i direttori generali e gli assessori regionali. Tutte le altre strategie, seppure importanti, passano in secondo piano rispetto ai concreti rapporti con le istituzioni. Sono loro, più del ministro, che hanno in mano il presente ed il futuro della geriatria. Sono loro che dobbiamo convincere, attraverso un contatto diretto e non con le sole proposte scritte (spesso neanche lette), della bontà e utilità di ciò che proponiamo. Come vedrei bene una ristretta delegazione del consiglio direttivo che, con capacità di convincimento ed in compagnia dei rappresentanti locali della SIGG, "visiti" e documenti tutti gli assessori regionali (e possibilmente parte dei direttori generali) affinché venga recepita la conseguenza negativa per gli ammalati anziani e le loro famiglie che un ridimensionamento della geriatria per acuti comporterebbe.

Paolo Putzu

NUOVI DIBATTITI

Dal Prof. Salvioli vengono proposti due nuovi dibattiti. Invitiamo i Soci ad esprimere opinioni in merito.

1. quanti dementi guidano l'automobile? Perché oltre ad una certa età non si chiede, all'atto del rinnovo della patente, una valutazione delle capacità cognitive del pilota anziano?
2. Quanti potrebbero essere i dementi che esprimono le loro preferenze in occasione delle elezioni politiche oppure amministrative?



NOTIZIE DALLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Campania

Al Presidente della SIGG
Prof. Marco Trabucchi

L'affermazione dei principi che muovono i geriatri in Regione Campania procede in maniera faticosa e si incontrano crescenti ostacoli.

Le istituzioni, regionali in testa, non mostrano buona volontà, né capacità, nell'affrontare i problemi legati alla non adeguata presenza sul nostro territorio di servizi deputati a dare appropriate risposte ai bisogni dei nostri concittadini anziani.

La L.R.8/2003 (che istituisce nella nostra Regione le RSA ed i Centri Diurni per anziani e cittadini affetti da M. di Alzheimer), il cui spirito e la cui articolazione sono sostanzialmente condivisibili, è ancora in attesa del regolamento attuativo (sebbene sia trascorso un tempo irragionevole – più di 18 mesi), ma la bozza che abbiamo analizzato è in evidente contrasto, confusionaria, inconsistente; rende la legge inapplicabile e cancella sforzi e promettenti risultati faticosamente conseguiti.

Per questo motivo abbiamo (i Presidenti delle sezioni regionali AGE, SIGG, SIGOs e SICuD) sentito la necessità di far sentire la nostra voce, e questo dopo ripetuti appelli, offerte di collaborazione e proposte - come si può evincere dall'allegata "lettera riservata" inviata al nostro Governatore nel Febbraio scorso, il cui mancato riscontro ci ha consigliato di rendere pubblica.

Segue il testo del documento per opportuna informazione e per contribuire alla definizione del quadro complessivo dello stato della Geriatria italiana, fiducioso comunque di poter, nelle prossime missive, portare notizie di senso opposto.

Un cordiale saluto

Gerardo De Martino

Napoli, 2 Ottobre 2004

Al Ministro della Salute
Al Governatore della Regione Campania
All'Assessore alla Sanità
All'Assessore Servizi Sociali
Ai Capigruppo del Consiglio Regionale
Ai Componenti V Commissione Consiliare Consiglio Regionale
Ai Direttori Generali delle ASL della Regione Campania
Alle OO.SS. della Sanità e dei Pensionati della Campania
Ai Mass Media
E p.c. Ai Presidenti Nazionali della
A.G.E.
S.I.Cu.D.
S.I.G.G.
S.I.G.Os.



Lettera aperta: Diritti negati agli anziani (scomparsa delle Unità Operative Assistenza Anziani distrettuali)

Ormai le ambiguità e le discrasie in tema di assistenza agli anziani, e soprattutto ai non autosufficienti, rimangono notevoli e rendono la situazione sempre più critica.

Nonostante i numerosi appelli, tra cui le missive appresso allegate, dobbiamo rilevare una gravissima condizione di destrutturazione dei servizi sanitari specifici dedicati alle persone anziane, tra l'altro già carenti. A nulla sono valse le offerte di collaborazione e le proposte ripetutamente avanzate da queste Società Scientifiche.

Inoltre il documento, in corso di rilascio dalla Regione Campania sul funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali, esprime scelte totalmente divergenti dall'interesse delle persone anziane.

Difatti invece di:

- ✓ implementare una rete di servizi dedicata agli anziani (applicando quanto già disposto dal Piano Sanitario Regionale e dalla stessa L.R.8/2003) ci si trova di fronte al perpetuarsi di logiche compartimentali tra Comuni ed ASL;
- ✓ mettere in campo competenze specifiche, organizzazione e passione, ci si trova di fronte a difese corporative di chi deve gestire tale processo. Tale posizione riduce le cittadine e i cittadini anziani a meri oggetti di pertinenza di figure professionali, solo in relazione alla loro forza contrattuale e non come ci aspetteremmo in base alle competenze professionali ed ai bisogni dei cittadini;
- ✓ indirizzare e razionalizzare risorse già esistenti ed attualmente sprecate, ci si perde dietro alla creazione di nuove sovrastrutture burocratiche.

Noi invece pensiamo che l'anziano abbia la necessità di poter fruire dei servizi con la massima semplicità e chiarezza (umanizzazione della malattia, accessibilità, etc.) e di un unico riferimento che le linee regionali di programmazione individuano nella **“rete socio-sanitaria dei servizi geriatrici”**.

L'assoluta mancanza di coinvolgimento, sia delle Società Scientifiche quanto degli esperti geriatri già operanti nelle strutture pubbliche, rende ben conto della scarsa importanza attribuita a tali delicati aspetti e dell'esito confuso, e quindi deleterio, che denota scarsa esperienza nella materia, sia sul piano clinico che legislativo: **in tal modo tali linee di indirizzo disattendono completamente lo spirito e l'enunciato della L.R. n° 8/2003.**

In particolare:

- 1) Basta rilevare l'assoluta contraddizione con quanto previsto all'art.11 della Legge Regionale 8/2003;
- 2) L'Unità Operativa Assistenza Anziani (U.O.A.A) distrettuale nelle sue funzioni (U.V.G, Unità di valutazione Alzheimer, etc) ed i suoi servizi (Consultorio Geriatrico, RSA, CD, ADI), l'U.O. di Geriatria x acuti, il Day Hospital, le Cure Domiciliari, i Servizi Sociali per gli anziani del comune/ambito sono i nodi di una rete di servizi dedicati, che non intaccano in alcun modo la centralità del Medico di Medicina Generale;
- 3) In tale logica la Valutazione MultiDimensionale (requisito metodologico richiesto dalle normative nazionali e regionali quale “minimo”) è attività essenziale e principale della UVG



(comprensiva della figura del MMG e dei rappresentanti comunali). Tale VMD si occupa, dopo l'identificazione e la valutazione dei problemi, della scelta del "luogo di cura" necessario nonché della elaborazione del piano personalizzato di assistenza (altro requisito minimo). La metodologia della valutazione è patrimonio tecnico e culturale della geriatria (per questo nella UVG v'è il geriatra) e l'equipe ha la competenza e le professionalità richieste per operare valutazione, scelta del luogo di cura e piano personalizzato di intervento.

- 4) Il riordino della rispettiva spesa, a carico del sociale e del sanitario, è già competenza delle UU.OO.A.A. attraverso l'UVG, nella quale è parte integrante il rappresentante comunale.

I presidenti delle sezioni regionali:

AGE	SICuD	SIGG	SIGOs
Dott. Francesco Santamaria	Dott. Mario Scognamiglio	Dott. Gerardo De Martino	Dott. Efrem Piermatteo

Napoli, 9 Febbraio/2004

Al Presidente della Giunta Regionale della Campania
On. Antonio Bassolino

Riservata Personale

relativa alla negazione, in Regione Campania, di servizi sanitari specifici per gli anziani.

Egregio Presidente,

come associazioni scientifiche, conoscendo la Sua sensibilità, abbiamo scelto di inviarLe questa nota quale "riservata personale", proprio perché pensiamo che pubblicizzare questi punti critici relativi a fasce di popolazione definite dal governo regionale stesso "deboli" - in un momento in cui il dibattito politico nella nostra Regione si sta avviando ad una fase di vivacizzazione, dovuta ai prossimi appuntamenti elettorali - facilmente si potrebbe prestare a facili strumentalizzazioni che nulla avrebbero a che vedere con il reale problema "anziani" e che sicuramente non ci appartengono come associazioni scientifiche.

Come più volte, inutilmente, abbiamo avuto modo di evidenziare anche all'Assessore alla Sanità, rileviamo, purtroppo, una gravissima e gravissima aria di destrutturazione dei servizi sanitari specifici dedicati alle persone anziane, almeno per quei pochi che sono stati già attivati.

Questo stato di cose è stato già evidenziato più volte, così come si evince, sia dall'allegata lettera aperta, sia dal verbale della convocazione del 18 Dic. 2003 che pure si allega.

Purtroppo ancora oggi, in assenza di alcun riscontro e con gravi ripercussioni sulla salute delle persone anziane, che nella nostra regione possono contare su una delle più basse speranze di vita in Italia, sia assoluta che in anni privi di disabilità, dobbiamo rilevare:



- Mancata attivazione e strutturazione (puntuale definizione di ruoli, compiti e responsabilità, così come puntualmente definito dalla D.G.R.C. 5744/2000) delle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) in tutti i distretti delle Aziende Sanitarie Locali.
- Il progetto di potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata agli Anziani, di cui alla citata deliberazione, ha perduto ogni connotato innovativo e specifico.
- La Legge Regionale sulle RSA per Anziani è tuttora priva dei necessari e previsti regolamenti attuativi (le cui bozze sembrano peraltro privilegiare una visione burocratica e generalista, escludendo tali strutture residenziali dalla rete dei servizi geriatrici, così come invece previsto dagli ordinamenti legislativi nazionali e regionali, oltre che come richiesto dai bisogni degli stessi anziani).
- Per quanto concerne la riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Campania esiste una notevole discrepanza tra l'assunto del maggior bisogno di ricovero degli anziani (vedi correzione della popolazione per tasso d'invecchiamento in riferimento ai posti letto per mille abitanti) e la tendenziale involuzione della risposta quali-quantitativa agli anziani. Invero, attualmente il numero di posti letto geriatrici per acuti è, non solo non rispettoso della L.R. 2/98, ma addirittura inferiore a quelli attivati prima della sua emanazione, con una disponibilità di posti letto relativi alla specialità geriatrica fra le più basse in Italia (tasso corretto per popolazione = 25,0 vs 46,9 in Italia). Inoltre un quarto di tali posti letto è presente in una delle province meno popolate. A fronte dell'ulteriore proposta di decurtazione di 14 posti letto ospedalieri geriatrici, si prevede l'incremento di alcune centinaia di posti letto di Medicina, posti ormai riconosciuti non congrui a rispondere all'esigenza di ospedalizzazione acuta negli anziani fragili. Tant'è che l'esperienza ci insegna che i ricoveri in medicina di pazienti geriatrici fragili, lungi dal contrastare la dipendenza ed i relativi costi, spesso la producono o la peggiorano. Ci pare appena il caso evidenziare che, mentre il precedente Piano Ospedaliero, in sintonia con le più avanzate acquisizioni scientifiche e sociali, aveva elaborato una compiuta proposta programmatica di degenza ospedaliera per acuti geriatrici, l'attuale formulazione si caratterizza per la totale assenza di proposte in merito!. Tutto questo in una realtà quale la Regione Campania che vede la gran parte dei posti letto nei reparti di Medicina Interna occupati da pazienti anziani e fragili che abbisognano di ben altra e più complessa tipologia di ricovero. Ricordiamo infatti, e ancora, come gli anziani della nostra regione siano ben al di sotto della media nazionale negli anni di speranza di vita libera da disabilità a 65 ed a 75 anni.

La preghiamo, Signor Presidente, voler accettare le suesposte considerazioni quale contributo per la risoluzione della tematica così avvertita. Nella speranza di un cortese, sollecito riscontro a questa nostra, e nell'attesa di essere al più presto convocati, La preghiamo accettare i sensi del nostro ossequio.

AGE

SICuD

SIGG

SIGOs

Dott. Salvatore Putignano Dott. Mario Scognamiglio Dott. Gerardo De Martino Dott. Efrem Piermatteo



Sezione Sicilia

In data 7 e 8 Ottobre 2004 presso il President Park Hotel di Acicastello si è svolto il XXIX Congresso Regionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

Gli argomenti trattati nella 1^a (Rischio cardio e cerebro-vascolare) e nella 2^a giornata (Farmacoterapia nell'anziano), grazie ai relatori che si sono succeduti, hanno suscitato vivo interesse nell'uditorio, che è stato confermato dai vivaci dibattiti che si sono susseguiti alla conclusione delle tavole rotonde.

Il successo del congresso è stato accompagnato da una corposa affluenza di specialisti non solo in Geriatria ma anche in Cardiologia e Neurologia, nonché da specializzandi dei tre Atenei siciliani.

Santi Branca



UNA RECENTE IMPORTANTE INDAGINE DEL CENSIS. ANALISI DELLA DOMANDA DI SALUTE E DELLA SODDISFAZIONE DEI CITTADINI VERSO IL SSN

L'anziano d'oggi è diverso dall'anziano di ieri per stili di vita e condizioni di salute, e sarà diverso dall'anziano di domani che affronterà la vecchiaia con un background differente ed un maggior bagaglio culturale.

Alla luce delle profonde modificazioni demografiche che stanno investendo la nostra società, diventa fondamentale indagare l'evoluzione del rapporto tra anziani e salute, al fine di implementare politiche adeguate alla risoluzione delle problematiche emergenti. L'esigenza di un'analisi attenta e dettagliata dell'ageing population ha condotto il Censis alla realizzazione di un'indagine, nella seconda metà del 2003, su un campione nazionale rappresentativo di 1500 anziani (dai 65 anni in su), nella quale ha cercato di focalizzare l'attenzione su due grandi macroaree:

1. l'analisi delle condizioni di salute degli anziani, dei loro stili di vita, dei comportamenti che adottano per la salvaguardia della loro salute e della rilevanza e dell'efficacia del supporto familiare;
2. il monitoraggio circa la concreta interazione tra gli anziani ed i servizi sanitari, la valutazione su questi ultimi e sulla loro effettiva capacità di rispondere ai bisogni del mondo anziani.

L'assenza di toni drammatici nella descrizione del Censis del rapporto tra anziani e salute non esclude la riflessione sugli aspetti critici che la società italiana e il Sistema Sanitario *in primis* sono chiamati a risolvere o quantomeno ad affrontare.

A fronte di un quadro complessivamente positivo sotto il profilo dei livelli di salute, del grado di autosufficienza, così come dei comportamenti preventivi e del controllo dei fattori di rischio, l'indagine svela la difficoltà di una società ancora poco preparata a supportare la condizione anziana nel suo evolversi verso condizioni biologicamente fragili. La paura della malattia o di un evento invalidante che si connotano come paure trasversali e comuni a tutti gli anziani, indipendentemente dalle condizioni sociali e culturali, trovano a stento una risposta in un ambiente che, al contrario, si rivela moltiplicatore delle difficoltà. Tuttavia, se al nord emerge una più diffusa percezione delle diseconomie del vivere urbano (strade e marciapiedi, mezzi di trasporto, uffici postali, giardini e parchi pubblici ecc...), al centro e al sud i maggiori disagi si riscontrano negli ambiti di vita più immediati (la casa).

Si capisce pertanto come ad una valutazione complessivamente positiva degli anziani rispetto al proprio stato di salute e agli elementi che concorrono alla sua determinazione, si contrappone con forza una spaccatura ancora troppa profonda tra il nord e il sud del Paese, che non può certamente passare inosservata.

Interessanti sono i risultati di quell'indagine rispetto alla disponibilità di risorse interne ed esterne al nucleo familiare in grado di assicurare supporto all'anziano fragile.

Se al Sud e al Centro prevale la convivenza intergenerazionale e l'assistenza è un problema essenzialmente gestito dai figli, al Nord si fa più forte lo stacco tra genitori e figli, probabilmente in ragione della prevalenza di soggetti autosufficienti o in grado di svolgere da soli gran parte delle attività della vita quotidiana. Residuale sarebbe invece il ricorso ad altri potenziali fornitori d'assistenza quali i vicini, i servizi sociali e le badanti che verrebbero ricercate o in presenza dei più anziani, a cui generalmente si associano peggiori condizioni di salute e quindi una minore disponibilità di parenti per fronteggiare tali situazioni, oppure da anziani con un più elevato titolo di studio che presumibilmente possono contare su una maggiore disponibilità economica.

La "morte della famiglia", più volte preannunciata in questi ultimi tempi, viene dunque smentita sapientemente dai dati dell'indagine che attribuiscono al malessere della famiglia un significato più ampio di ridefinizione e potenziamento dei propri ruoli e delle proprie funzioni, facendo emergere il fenomeno della cosiddetta "compressione delle generazioni di mezzo". Oggi la famiglia dinnanzi a situazioni sempre più complesse come quelle generate dall'assistenza all'anziano ha finito



per trovare soluzioni che attribuiscono un significativo carico ai figli adulti (spesso divisi tra responsabilità di cura e assistenza nei confronti dei propri genitori e dei propri figli) o secondariamente al coniuge/convivente.

L'indagine ha cercato inoltre di focalizzare l'attenzione sia sul rapporto più generale tra anziani e servizi sanitari, sia sulla soddisfazione rispetto al ricorso ai servizi e alle prestazioni in seguito ad un problema di salute recente, dal momento che la vicinanza temporale facilita il ricordo e permette una valutazione più puntuale delle caratteristiche delle situazioni patologiche.

Quanto alla valutazione più globale del rapporto tra anziani e servizi sanitari lo studio evidenzia un giudizio complessivamente positivo, che attribuisce all'ospedale un ruolo chiave nel modello di cura del nostro Paese, sia in relazione alla qualità dei servizi e delle informazioni trasmesse che alla professionalità degli operatori. L'accuratezza dello studio ha consentito inoltre di cogliere alcuni elementi critici delle strutture che dovrebbero orientare le scelte politiche e sanitarie dei prossimi anni al fine di migliorare il livello di soddisfazione dell'ageing population: a scatenare le maggiori critiche sarebbero le lunghe liste d'attesa alle quali i nostri anziani sono spesso costretti.

In percentuale sicuramente inferiore ma non per questo di minore importanza sono le denunce provenienti dal Sud e dalle Isole circa l'assenza di servizi di cui si avverte il bisogno, che andrebbero a confermare la situazione di maggiore svantaggio di queste zone del Paese.

Accanto all'ospedale, l'altro pilastro dell'assistenza sanitaria agli anziani che emerge da questa indagine è rappresentato dal Medico di Medicina Generale che, se al Nord assume il ruolo di medico "all around", nelle restanti aree del Paese funge da sostegno nella cura di malattie di scarsa gravità e da raccordo nell'accompagnamento/indirizzo verso operatori più specializzati. Questo non sottende certamente una valutazione negativa della sua professionalità, che al contrario raccoglie giudizi favorevoli rispetto alla capacità di interazione e generale disponibilità, di attenzione nella prescrizione dei farmaci nonché di efficienza e dedizione al lavoro.

Infine dall'analisi di concrete situazioni di difficoltà emerse recentemente rispetto all'insorgenza di una patologia si riconferma il carattere strategico dell'ospedale, pubblico o privato, al quale sono ricorsi in misura maggiore gli anziani più giovani (dai 65 ai 69 anni) per problematiche acute, ed il ruolo privilegiato del medico di medicina generale anche se risulta secondario rispetto a quello dell'ospedale. Un piccolo cenno va fatto poi agli altri servizi sanitari quali, gli ambulatori pubblici di diagnostica, il servizio ADI e i servizi territoriali che hanno riscontrato una generale soddisfazione sebbene l'accesso agli stessi sia parecchio inferiore, ma non per questo meno strategico per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la terza età.

L'indagine realizzata dal Censis ha avuto il merito di delineare un nuovo profilo dell'ageing population, delle sue attuali condizioni di salute, dei suoi stili di vita e comportamenti sanitari che riflettono i cambiamenti culturali di questo ultimo secolo. L'immagine che si profila è quella di un anziano che riesce ad esprimere un giudizio complessivamente positivo rispetto alle proprie condizioni di salute, proprio perché si avvia ad essere custode non soltanto della saggezza acquisita con il tempo e l'esperienza di vita, ma anche della cultura che insegna l'importanza di stili di vita appropriati per favorire il proprio benessere.

Il mondo degli anziani non è certamente una dimensione univoca, ma una realtà fortemente differenziata al suo interno che richiede risposte diversificate; la conoscenza dello stesso, attraverso l'attuazione di ricerche di questo calibro, capaci di cogliere le criticità sulle quali impiegare le risorse ed energie future, diventa elemento vincolante per la realizzazione di servizi che siano sempre più "a misura d'anziano".

Silvia Fontana



DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Blood pressure components and cardiovascular events in older adults: The Rotterdam Study

Mattace Raso F et Al.

JAGS 2004; 52:1538-1542.

Alcuni studi hanno evidenziato il valore predittivo della pressione differenziale nello screening degli eventi cardiovascolari; in soggetti anziani, tale ruolo sarebbe superiore a quello della pressione sistolica. Altri studi non hanno confermato tali dati.

In una popolazione di anziani sani (The Rotterdam Study), e' stato investigato il valore predittivo della pressione arteriosa differenziale ed e' stato paragonato a quello della pressione sistolica e diastolica. Sebbene la pressione arteriosa differenziale sia un fattore di rischio indipendente, non aggiunge valore predittivo a quello della pressione arteriosa sistolica.



MASTER IN GERIATRIA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
ANNO ACCADEMICO 2004/2005**

MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO IN:

INFERMIERISTICA IN ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE

Scadenza della domanda di ammissione: 11/10/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master

Viale Morgagni 85, 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Student Point dell' Università di Firenze

presso il Dipartimento Formazione AUSL 11 Empoli

tel. 0571/78.841-fax 0571/72.855

e-mail master@usl11.tos.it

INFERMIERISTICA IN AREA GERIATRICA

Scadenza della domanda di ammissione: 05/11/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master

Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Sig.ra Monica Marini

cell. 340/2300048 e-mail: monicamarini2@virgilio.it

RIABILITAZIONE GERIATRICA

Scadenza della domanda di ammissione: 05/11/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master

Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 – fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Dr. L. A. Rinaldi

tel. 055/4378632 fax 055/430207

e-mail: lucio@unifi.it

2° MASTER IN

MANAGEMENT DEL PAZIENTE GERIATRICO A RISCHIO DI DISABILITÀ O DISABILE

Roma, a partire da gennaio-febbraio 2005

Coordinatore e Responsabile Scientifico del Corso: Prof. Vincenzo Marigliano

Riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, Psicologia Clinica, Diploma Universitario per Infermiere Professionale o in Riabilitazione, secondo la normativa del Diploma di Laurea triennale/specialistica conseguito presso Università Italiana o di titolo equipollente. L'ammissione è regolata da una selezione per titoli. La scadenza per l'iscrizione è indicativamente fissata per dicembre 2004.

Segreteria Organizzativa: tel. 3475396716; fax 06 4456316.



CONGRESSI/CORSI

CONGRESSO REGIONALE DELLA SEZIONE LIGURE DELLA S.I.G.G.

Genova 13 Novembre 2004

Segreteria Scientifica Dr. Paolo Cavagnaro Tel. 0185 329370

Segreteria Organizzativa: Aristeia Genova

Tel. 010 583224 • Fax 010 5531544

e-mail: rutelli@aristeia.com

www.aristeia.com

Centro Distrettuale di Reggio Emilia per i disturbi cognitivi – AUSL RE IL GERIATRA E LA PRESA IN CARICO DEL SOGGETTO DEMENTE: METODOLOGIE ED INDICATORI

Modena, 22 novembre 2004

Segreteria Scientifica: Dott. Piero Angelo Bonati – bonatip@ausl.re.it

Segreteria Organizzativa: Ornella Billone – Tel. 0584 436082

Associazione Ricerca Geriatrica Interdisciplinare

L'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO. DALL'ANALISI DEI BISOGNI ALLE PROPOSTE CONCRETE

Treviso 27 novembre 2004

Segreteria Scientifica: Dott. Maurizio Gallucci e-mail: mauriziogal@iol.it

Segreteria Organizzativa: Studio Interpreti Traduttori

Tel.: 0422 - 543726 Fax: 0422 - 583888

e-mail: info@scuolainterpretitraduttori.it

Sig.ra E. Fonte Tel. 0422 322743 fax 0422 322663

e-mail: efonte@ulss.tv.it

Dipartimento interaziendale dell'Anziano-Azienda Ospedaliera-ULSS 16 Padova

MEETINGS INTERDISCIPLINARI DI GERIATRIA

Padova Settembre-Dicembre 2004

Segreteria Scientifica ed Organizzativa: Dott. Valter Giantin

Tel. 049 821 8959/8960 e-mail: valter.giantin@unipd.it

SIGG Sezione Apulo-Lucana e Unità Operativa Geriatria, Casa Sollievo della Sofferenza

LA VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE

Corso Teorico-Pratico per Infermieri Professionali

San Giovanni Rotondo (FG) 16 Novembre e 13 Dicembre 2004

Segreteria organizzativa : Dott. Piero D'Ambrosio, Dr. Francesco Paris

Tel 0882.410467 - Fax 0882.410.271

e-mail: geriatria@operapadrepio.it



Giornate Italiane di Endocrinologia Geriatrica dedicate al problema dell' «Aging male»

INVECCHIAMENTO E ORMONI

Parma 6-7 dicembre 2004

Segreteria Scientifica: Tel. 0521 236422 - fax 0521 237761 e-mail: geriat@unipr.it

Segreteria Organizzativa: Medicina Viva - Servizio Congressi

Tel. 0521 290191 - fax 0521 291314

e-mail: lucia@mvcongressi.it - www.mvcongressi.it

Cattedra di Geriatria Università degli Studi “Federico II” Napoli

NODI GESTIONALI NELLA CURA DEL PAZIENTE DEMENTE

Napoli 15 Dicembre 2004

Segreteria Scientifica: Dott. Vincenzo Canonico

Tel/Fax 081 7464297 e-mail: vcanonic@unina.it

Segreteria Organizzativa: Mira Promotion

Tel 0825 782978 Fax 0825 782505

e-mail: info@mirapromotion.com

II° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

Bologna 3-4 marzo 2005

Comitato Organizzatore: Pietro Cortelli cortelli@med.unibo.it

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex

Tel. 051 7457070- Fax 051 7457071

bologna@adriacongrex.it www.adriacongrex.it/sincope