



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

Bollettino SIGG

numero 11 – novembre 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
Tante notizie in questo numero	" 2
Saluto del Prof. Veronesi	" 3
Provaci ancora Pier Ugo	" 4
49° Congresso e Corsi SIGG	" 5
Attività delle Sezioni Regionali	" 17
Notizie dai Soci	" 22
Congressi e Corsi	" 26



EDITORIALE

Abbiamo celebrato il nostro 49° Congresso. Sono stato soddisfatto dell'andamento complessivo dell'evento: grazie a tutti i soci che hanno partecipato con entusiasmo, e grazie a chi ha collaborato con intelligenza e dedizione al successo dell'impresa. Abbiamo respirato un'aria di interesse e partecipazione: è lo spirito che mi auguro possa caratterizzare tutta la vita della nostra Società.

Ma questo obiettivo non si ottiene facilmente: anche il miglior Consiglio Direttivo della SIGG non può raggiungere grandi risultati senza l'aiuto di molti, senza che ciascuno si senta attore primario nel far crescere la geriatria italiana, utilizzando la SIGG come valido strumento. A tal fine mi permetto di indicare, schematicamente e quindi un po' grossolanamente, alcuni obiettivi per il prossimo futuro:

- a) potenziare al massimo gli strumenti di comunicazione della SIGG, soprattutto il Bollettino ed il sito, che sono strumenti "aperti", ai quali si può accedere con maggiore facilità. Ritengo importantissima anche la crescita del Giornale di Gerontologia e di quello dell'Arteriosclerosi, nonché di Aging; sono, però, mezzi meno immediati, il cui scopo è il progresso delle conoscenze, mentre gli altri servono da scambio rapido di opinioni, progetti, esperienze;
- b) potenziare le occasioni di incontri scientifici-culturali: è aperta la porta per chiunque voglia suggerire temi per il prossimo 50° Congresso della SIGG (abbiamo bisogno di idee innovative). Ricordatevi poi delle due Scuole (Folgaria e S.Giovanni Rotondo) per giovani geriatri e del Contempo;
- c) coinvolgere la presidenza nazionale e quelle regionali in tutte le vicende che vedono rapporti critici tra servizi geriatrici (ospedalieri ed extraospedalieri) ed autorità politico-programmatorie. Noi tutti siamo disponibili a mettere in campo la Società quando si tratta di difendere e di espandere gli spazi della geriatria. Se vogliamo crescere, l'aiuto reciproco, anche attraverso lo scambio di dati, informazioni, protocolli è essenziale;
- d) coinvolgere la SIGG, ma prima ancora progettare, attività che nei vari luoghi di lavoro clinico-assistenziale servano a migliorare la qualità della vita della persona che invecchia, nonché le sue condizioni di salute e di autonomia. C'è troppa aria grigia intorno a noi e la gente la percepisce! I dati della ricerca Demoskopea-SIGG indicano chiaramente che dobbiamo far vedere fatti concreti, dimostrare che assistere l'anziano non è una costosa impresa fallimentare. E chi se non la geriatria nel suo insieme ha la responsabilità e l'autorità di parlare chiaro in questo campo? Non abbiamo nulla da nascondere, ma solo storie di cure prestate a persone in condizioni talvolta drammatiche che sono diventate storie di spazi grandi e piccoli di autonomia conquistata.

Nella serena, ma determinata riproposizione delle nostre idee e dei nostri modelli di comportamento, riusciremo anche a costruire sempre meglio le nostre comunità di medici ed operatori geriatrici, facendo in modo che l'atmosfera di ottimistica amicizia, che ha caratterizzato il recente Congresso di Firenze, possa continuare pur tra le mille difficoltà di ciascuno di noi.

Marco Trabucchi



TANTE NOTIZIE IN QUESTO NUMERO

L'attuale bollettino ha tante notizie ed il più alto numero di pagine rispetto ai precedenti. Non siamo riusciti ad inserire tutti i contributi pervenuti. Abbiamo deciso di pubblicarne alcuni nel prossimo numero per evitare un carico eccessivo ed una minore attenzione su argomenti di primo piano.

Dedichiamo ampio spazio al Congresso SIGG recentemente concluso. Riportiamo una serie di commenti ed articoli scritti da Soci. Ognuno ha riferito liberamente sull'esperienza congressuale, sulle sessioni che ha seguito con maggior interesse o sui Corsi che sappiamo hanno riscontrato tanto successo.

Il Congresso di quest'anno ha rispettato pienamente il trend di crescita culturale e scientifica già presente nelle ultime edizioni con un evidente "rinnovamento rispettando la tradizione", punto di forza del Presidente. Tutti abbiamo apprezzato la varietà degli argomenti trattati, la multidisciplinarietà, la completezza e l'integrazione perfettamente riuscita tra argomenti clinico-scientifici e di natura politico-sociale in favore degli anziani.

La sessione sugli strumenti editoriali della SIGG è stata una delle innovazioni del Congresso di quest'anno: si è fatto il punto su quanto è stato creato e rinnovato recentemente e sui programmi e le possibilità di nuove iniziative in futuro. La comunicazione con i Soci e tra i Soci a tutti i livelli con una semplice e breve notizia da comunicare, un'esperienza lavorativa, la segnalazione di un articolo o di un libro, la divulgazione di un evento formativo organizzato perifericamente, la pubblicazione di un lavoro scientifico o una revisione della letteratura su un argomento di interesse comune è possibile per tutti noi utilizzando gli strumenti della SIGG. A tal proposito il nuovo bollettino, mensile nato a gennaio di quest'anno, oramai può essere considerato tra gli strumenti "vecchi" anche se siamo impegnati per fare sempre del nostro meglio per offrire un prodotto valido che risponda alle aspettative ed alle esigenze dei Soci. Il sito SIGG come tutti sanno è totalmente rinnovato con contenuti sempre più interessanti; durante il Congresso è stato possibile seguire in tempo reale alcune sessioni e sono state raccolte e scaricate numerose interviste ed opinioni a caldo di relatori ed ospiti tutt'ora presenti nel sito per chi è interessato.

L'ultima novità è il ritorno del Giornale dell'Arteriosclerosi. E' stato annunciato al Congresso ed in questi ultimi giorni lo abbiamo anche ricevuto. Grazie all'impegno di molti, in primis del Prof. Salvioli, è ritornato. Il primo numero contiene articoli di revisione di aspetti attuali di fisiopatologia dell'arteriosclerosi e del processo aterosclerotico con una bellissima iconografia ed un utile aggiornamento bibliografico. Nell'articolo di presentazione del Giornale vengono elencati i numerosi punti oscuri della malattia, i risultati di grossi trials, non sempre concordanti, e le prospettive di ricerche future. Speriamo che il Giornale diventi un importante punto di riferimento per i ricercatori ed i cultori in materia e che lo sostengano inviando contributi.

Nuovi strumenti di formazione previsti per il 2005 sono il Contempo in Geriatria e la doppia edizione del Seminario estivo di cui viene riferito nell'articolo delle responsabili dell'edizione 2004. Nel prossimo numero daremo in merito informazioni aggiornate dopo la riunione del Consiglio Direttivo di dicembre.

Numerosi contributi dalle sezioni regionali, alcune presenti per la prima volta, testimoniano la vitalità "periferica" della nostra disciplina; molto interessanti sono anche le notizie dai Soci sul problema delle "cure palliative" e della relativa rete da creare e sulla recente "nota 85" per la malattia di Alzheimer. Su questi argomenti potrebbero aprirsi dei nuovi dibattiti.

Ultima notizia di questo numero la data del prossimo Congresso SIGG (**9-13 novembre 2005**). C'è tempo: è vero, ma è bene cominciare a pensarci.

Vincenzo Canonico



Saluto del Prof. Umberto Veronesi ai Congressisti

Carissimo Marco e cari colleghi,

sono profondamente dispiaciuto di non partecipare con tutti voi all'inaugurazione del 49° Congresso della Società di Gerontologia e Geriatria. Quando Marco me lo propose accettai molto volentieri, perché lo ritengo un onore. Il Vostro è un Congresso nodale della medicina moderna, per le implicazioni cliniche, umane e sociali che la geriatria comporta. E il titolo stesso del vostro Congresso, lo sottolinea molto bene: "L'assistenza sanitaria e sociale nel paese più vecchio del mondo".

E' punto d'orgoglio nel paese più longevo, ma è anche un punto dolente della nostra società, e non solo italiana: tutto il mondo, almeno dove si è affermato un modello di vita "occidentale" (la famiglia ristretta, formata dai genitori e dai figli giovani) si confronta con il pesante problema della qualità della vita degli anziani.

E l'unico correttivo, a mio parere, è la messa in opera di programmi non solo adeguatamente finanziati, ma costruiti intorno alla "persona" dell'anziano. A seconda delle loro esigenze da quelle sociali (come essere accompagnati in ospedale, ricevere i pasti caldi o aiuto nel ménage casalingo, sbrigare pratiche amministrative, andare in banca, passare qualche ora di svago, prendersi una vacanza) a quelle mediche (visite specialistiche, reparti dedicati, aiuto infermieristico, esami diagnostici, ricoveri).

E' necessario elaborare un modello di assistenza, dove non sia l'anziano a dover far presente il proprio bisogno, ma sia la struttura sociale ad organizzargli attorno un'assistenza adeguata..

Penso anche che la solitudine dell'anziano non è soltanto un fatto speciale, ma spirituale e culturale. La cultura è impreparata ad affrontare il problema dei vecchi, perché è la prima volta nella storia che l'attesa di vita, nei Paesi sviluppati, sta superando gli ottant'anni per entrambi i sessi.

Nel nostro Paese si è affermata un'eccellente geriatria che ha sul campo geriatri intelligenti ed innovatori. E che vorrei tutti ricordare per i molti meriti che hanno acquisito.

E se gli italiani sono longevi, non è solo merito della dieta mediterranea, ma del nostro servizio sanitario nazionale che potrà avere anche molte colpe e molte mancanze, ma che garantisce a tutti assistenza ed aiuto. Gli anziani, però, hanno bisogno anche di altro.

Ricordo sempre una frase di Antonini nel parlare degli anziani ricoverati in ospedale e di come si animavano all'ora della benedetta visita dei parenti: "L'anziano deve avere qualcosa da aspettare".

Io aggiungo che deve avere qualcosa da aspettare perché non è diverso da noi, e tutti noi aspettiamo sempre qualcosa, perché è proprio dell'essere umano essere un "desiderante".

Da piccolissimi aspettiamo la mamma, poi i giochi, i divertimenti, l'amore, le soddisfazioni di lavoro, le conquiste intellettuali, la sicurezza economica, la tranquillità.

Da vecchi, aspettiamo ancora e la vera desolazione è trovarsi in una condizione in cui si pensa di non potersi aspettare più nulla.

Umberto Veronesi



Provaci ancora, Pier Ugo!

Il giorno inaugurale del nostro Congresso abbiamo festeggiato il professor Carbonin che ha concluso la sua attività didattica all'Università Cattolica di Roma. Molti sono i motivi di gratitudine che anche la SIGG ha verso questo maestro della geriatria; provo a sintetizzarli schematicamente.

Un primo motivo è l'aver fondato una grande scuola, che ha dato alla medicina italiana un notevole contributo, formando allievi che in tutta Italia testimoniano una cultura ed una pratica clinica di alto livello.

Questa scuola si è ispirata negli ultimi 30 anni a valori forti, mai sbandierati, ma profondamente vissuti, mettendo al centro dell'interesse scientifico e pratico le persone più deboli, i poveri della nostra società (in ambito geriatrico non è difficile collocare in questa categoria gli anziani fragili e non autosufficienti).

La scuola di Carbonin ha dato un contributo fondamentale alla sprovincializzazione della nostra disciplina, non solo allacciando rapporti con i più rilevanti centri di ricerca a livello internazionale, ma soprattutto portando da noi idee innovative e moderne.

Il CEMI della Cattolica di Roma si è ispirato fin dall'inizio a questi modelli, sperimentando concretamente quanto di più significativo veniva proposto dalla letteratura e, a sua volta, producendo un grandissimo numero di lavori pubblicati sulle più prestigiose riviste.

Carbonin ha sempre difeso con passione ed orgoglio (il giusto orgoglio per le cose giuste) le sue idee, anche quando erano osteggiate e poco popolari (ma la scienza è democratica?). Molte di queste (l'assessment, la visione globale del paziente, la rete dei servizi, ecc.) oggi sono patrimonio di tutti; di questo siamo grati a Carbonin, ma allo stesso tempo lo invitiamo a continuare a proporre alla geriatria italiana, come ha fatto in passato con le sue originali intuizioni, nuovi traguardi nel nome di una clinica dell'anziano sempre più adeguata al bisogno.

Chi scrive queste note talvolta si è sentito in competizione con Carbonin e la sua scuola: fortunata competizione, condotta con lealtà e correttezza, perché ha stimolato nuovi progetti, nuovi studi, nuove realizzazioni.

Per questo, carissimo Pier Ugo, ti diciamo: **provaci ancora!**

I tuoi allievi e tutti noi vogliamo nuove idee e qualcuno da imitare, qualcuno con cui competere con amicizia e stima.

Marco Trabucchi



COMMENTI AL 49° CONGRESSO SIGG

Di questo congresso mi piace ricordare un aspetto apparentemente marginale perché circoscritto nello spazio e nell'ambito di interesse della ricerca epidemiologica, ma di grande rilevanza culturale. Si tratta della riunione dei ricercatori InChianti che, sotto la guida del dr. Ferrucci, hanno presentato le principali linee di ricerca sull'enorme progetto di studio dell'invecchiamento in corso ormai dal 1998 in due comuni del Chianti. Tale progetto è caratterizzato da una programmazione accurata e meticolosa delle sue componenti sicché i dati raccolti permettono di realizzare una valutazione realmente multidimensionale dell'invecchiamento, prestandosi sia ad analisi settoriali, ad esempio l'invecchiamento di singoli apparati o l'evoluzione di alcuni parametri biologici, sia allo studio delle correlazioni tra le varie parti dell'organismo in funzione dell'età. Emergono così informazioni preziose a specialisti di discipline diverse di cui cito in Tabella 1 alcuni esempi, ma soprattutto si percepisce la complessità del fenomeno invecchiamento e il suo articolarsi in dimensioni che rappresentano l'aggregarsi di variabili fisiologiche, sociali e funzionali secondo schemi che iniziamo ad intravedere, ma che richiederanno la prosecuzione del follow up per una chiara definizione. Al tempo stesso, si rende evidente il significato di semplicissimi test di performance quali indicatori delle modalità dell'invecchiamento, fornendo così strumenti di valutazione tanto banali quanto preziosi ai fini prognostici.

Dall'InChianti possiamo ricavare due grandi e confortanti conclusioni metodologiche:

- 1) In Italia è possibile organizzare e realizzare studi epidemiologici che nulla hanno da invidiare ai blasonati studi americani e nordeuropei. Ciò grazie all'idea e all'impegno di un ricercatore che molti altri hanno condiviso e trasposto in ottimo lavoro quotidiano.
- 2) Il gran numero di giovani geriatri impegnati nel progetto dimostra che l'InChianti promuove lo sviluppo delle competenze individuali e funge da collante tra gruppi di ricerca diversa, assolvendo così anche una funzione educativa: l'educazione al metodo scientifico e alla collaborazione che è alla base della vera ricerca.

Tabella 1

Alcuni esempi di applicazione delle analisi dello studio InChianti

Analisi	Applicazione
Evoluzione della conduzione nervosa	Costruzione valori normativi dell'evoluzione età-correlata dell'ampiezza e della velocità della conduzione
Rapporto tra innervazione e massa muscolare	Definizione del ruolo potenziale della denervazione nel determinismo della sarcopenia
Test di performance ed evoluzione dell'autonomia funzionale	Identificazione dei predittori di disabilità
Dieta e arteriosclerosi	Eventuali interventi dietetici con funzione antiaterogena
Composizione corporea	Interventi sullo stile di vita e sull'alimentazione volti a ridurre la perdita di massa magra

Raffaele Antonelli Incalzi



Il 49° Congresso della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria è stato caratterizzato da una ampia e costante presenza di soci e di visitatori con una numerosa partecipazione di rappresentanti di professioni sanitarie non mediche confermando che l'apertura della nostra Società a tali professioni attraverso atti concreti (modifiche statutarie, organizzazione di eventi accreditati, la creazione di una Sezione nursing) comincia a dare i suoi frutti, ponendo la nostra Società tra quelle con capacità innovative più elevate.

Non è facile sintetizzare i numerosi Simposi, Tavole Rotonde e Relazioni che hanno spaziato tra le molteplici aree culturali che caratterizzano la nostra Società. Vogliamo, quindi, solo sottolineare gli eventi che potremmo definire peculiari, innovativi e caratterizzanti questo Congresso.

Già prima della apertura ufficiale del Congresso i Simposi sulla "Riabilitazione Geriatrica" e sulla "Odontoiatria Geriatrica" hanno richiamato una "audience" qualificata e numerosa e sono stati caratterizzati da un ampio e corretto dibattito dove sono state messe a confronto esperienze coinvolgenti professionalità diverse da quelle del geriatria. La cultura della multidisciplinarietà, la capacità di coinvolgere e di "ascoltare" specialisti diversi, la convinzione che l'obiettivo del recupero funzionale del paziente anziano e del mantenimento di una accettabile qualità di vita non può essere perseguito attraverso una cultura "solipsistica" hanno trovato conferma anche in questi Simposi.

Senza disconoscere, anzi potenziando, le specificità delle singole specialità è stato sottolineato la necessità di un costante raccordo con le competenze e le metodologie "geriatriche" che trovano la loro sintesi nella Valutazione Multidimensionale Geriatrica e nell'Intervento integrato.

Sempre nella fase pre-inaugurale si è svolto il Simposio su "L'informatica al servizio dell'assistenza e della cura: esperienze condotte in strutture residenziali" dove si è sottolineato il ruolo centrale dell'informatica nella gestione dei servizi assistenziali (ospedalieri, residenziali e domiciliari) con l'obiettivo di migliorare l'assistenza nel suo complesso, ridurre i tempi "burocratici" del personale addetto all'assistenza ed i costi di gestione. E' stato, inoltre, sottolineato che l'informatizzazione delle strutture residenziali con la creazioni di specifici data-base potrà dare ampie informazioni, anche di natura scientifiche, su questa area assistenziale che è necessario conoscere con puntualità e precisione essendo, prospetticamente, quella, insieme all'assistenza domiciliare, dove si vincerà o si perderà la battaglia per una buona assistenza geriatrica.

L'attenzione della Società verso le professioni sanitarie non mediche, è stata documentata dai Corsi specifici che sono stati organizzati e dai numerosi simposi sulle problematiche assistenziali di interesse ampio e coinvolgente.

Nicola Ferrara



Rientro dal 49° Congresso Nazionale della SIGG con animo lieto. L'elevata partecipazione, le aule sempre piene nonostante le molteplici sessioni del Congresso Nazionale, del Corso di Nursing e di quello di Riabilitazione Cognitiva, una qualità del programma scientifico che [quasi] mai ha dovuto cedere alle pur comprensibili esigenze di mercato, i dibattiti sempre vivaci, sono un segno certo che la nostra SIGG è viva ed in continua progressione.

Ma, al di là di tutto ciò, c'è un segno nuovo, un nuovo evento congressuale al quale, purtroppo, hanno partecipato pochi "vecchi" soci come me, sul quale vorrei fare qualche commento.

Su questo numero del Bollettino, compare un rapporto dalla tavola rotonda sulla "Summer School" della SIGG, il cui primo corso si è tenuto a Folgaria nel Giugno 2004, ed alla quale ho avuto il piacere di partecipare in qualità di docente. Un piacere scaturito dalla diretta constatazione dell'entusiasmo di partecipazione, dalla curiosità vivace di sapere e criticamente discutere, dalla competenza dimostrata da un folto gruppo di specializzandi o neo-specialisti provenienti da un buon numero di Scuole di Specializzazione sparse su tutto il territorio nazionale.

Un piacere rinnovato nel corso del dibattito – molto spontaneo ma per nulla ingenuo – che si è sviluppato tra i partecipanti alla tavola rotonda di commento e di bilancio della "Summer School". Nel corso del dibattito questi giovani hanno dato prova di aver già sviluppato quella meravigliosa forza di coesione e quel senso di giusto orgoglio dell'essere Geriatri – ricordato dal Presidente nel suo messaggio di apertura del programma scientifico del 49° Congresso – che rappresentano alcuni dei fondamenti essenziali cui una società scientifica dovrebbe fare sicuro e costante riferimento. Invece di perdersi, come talora avviene ed è purtroppo avvenuto nella storia recente, in sterili polemiche, spesso tanto capziose quanto inutili, se non addirittura autodistruttive.

Una nuova edizione della "Summer School" è già programmata per il 2005, con una sede anche al Sud, per contribuire ulteriormente allo sviluppo di un linguaggio nazionale omogeneo e conseguire una partecipazione ancora più numerosa di nuovi allievi. Questo programma è stato accolto con rinnovato entusiasmo da tutti i giovani partecipanti alla tavola rotonda, che hanno espresso un giudizio molto positivo della qualità del corso 2004.

Dunque, si dia atto a questa Presidenza ed a questo Consiglio Direttivo che la scelta di incentivare la partecipazione dei giovani alla vita della Società, e di prendersi cura della loro formazione culturale è un strategia vincente che, alla lunga, pagherà con almeno un grande risultato. Quello di formare forze fresche, coese ed omogeneamente colte, dotate di un linguaggio comune ed abituate ad uno spirito di dibattito costruttivo.

E' un investimento – forse faticoso ed impegnativo ma, come tutti gli investimenti, potenzialmente fruttuoso – sul futuro. Questi giovani, sui quali investiamo oggi, saranno l'ossatura, che mi auguro non fragile, della nostra – e soprattutto loro – futura SIGG!

Niccolò Marchionni



Si può affermare che durante il 2004 l'attività editoriale della SIGG sia notevolmente cresciuta e migliorata qualitativamente e quantitativamente potendo utilizzare anche la metodologia *online*. Infatti il nuovo sito della SIGG consente la lettura del Giornale di Gerontologia oltre che del Bollettino.

Il Giornale dell'Arteriosclerosi è ritornato, come un tempo, alla nostra società: il primo numero è stato allegato al fasc. n. 4/2004 del Giornale di Gerontologia; il contenuto del primo numero è prevalentemente di revisione e di messa a punto di tematiche di interesse geriatrico.

La diffusione della cultura geriatrica sarà efficace e avrà risultati se raggiungerà tutte le figure che operano nel settore dell'assistenza e cura agli anziani; pertanto la via intrapresa ha la possibilità di ottenere buoni risultati; un target importante è rappresentato dai Medici di medicina generale ai quali è affidata la *primary care* (e spesso anche le cure intermedie nelle residenze) della popolazione più anziana.

Aging Clinical Experimental Medicine (Impact Factor 1,1) è un giornale legato alla SIGG da molti anni ed è ricevuto regolarmente dai Soci; esso contiene molti contributi di Geriatri italiani.

L'invito è di collaborare di più e di contribuire alla qualità delle attività editoriali della SIGG in tutti i settori; una particolare raccomandazione è riservata ai Soci della sezione biogerontologica e nursing.

Un'area nuova potrebbe essere quella *anti-aging*: si cercherà in futuro di portare contributi provvisti di evidenze scientifiche sulle possibili terapie e sui comportamenti utili a ritardare l'invecchiamento.

Gianfranco Salvioli

Summer School 2004

La Summer School per giovani geriatri si è svolta dal 27 Giugno al 1° Luglio 2004 a Folgaria, località degli altipiani trentini. L'obiettivo era presentare i fondamenti della geriatria attraverso un percorso storico-culturale, metodologico e clinico. L'interazione tra relatori e partecipanti è stata soddisfacente. Le lezioni si sono soffermate prevalentemente sui modelli di cura dell'anziano in ospedale e in residenza; minore spazio è stato dato al territorio.

Come avrete letto sul bollettino della Società, questo tipo d'iniziativa ha riscosso un successo tale che sarà riproposto per l'anno 2005.

A tale proposito vorremmo esporre alcune osservazioni su cosa sarebbe utile, a parer nostro e dei nostri colleghi, per la prossima edizione della scuola:

1. Permettere la partecipazione di un maggior numero di giovani al fine di ottenere un confronto più ampio tra le diverse realtà (tutti gli specializzandi?);
2. Trattare e sviluppare in modo analitico le grandi patologie geriatriche (lo scompenso cardiaco, la demenza, le polmoniti, le piaghe da decubito, ecc.) nel contesto dei diversi stati di salute del paziente (disabilità e demenza) integrando la letteratura più recente con le linee guida internazionali;
3. Presentare casi clinici al fine di favorire il maggior scambio d'opinioni tra relatore e partecipanti sulle diverse possibili modalità d'interpretazione del caso; ad esempio: definizione delle priorità diagnostiche e terapeutiche;
4. Formare dei gruppi di lavoro per favorire il confronto tra approcci metodologici delle diverse scuole;
5. Creare una bibliografia degli argomenti trattati per approfondirli e rivederli;
6. Discutere articoli di recente pubblicazione a noi sottoposti dai Docenti.



In questo momento, ricco d'iniziative ed eventi da parte della Società, ci permettiamo di esprimere ciò che ci piacerebbe fosse fatto per uniformare, coinvolgere ed aiutare i giovani soci.

Durante i giorni della Summer School ci siamo rese conto delle diversità d'approccio clinico al paziente da parte delle diverse scuole.

Come c'è stato insegnato la geriatria, come tutte le discipline mediche, non può fondarsi sui "secondo me", ma deve essere guidata dall'Evidence Based Medicine o da linee guida. Un obiettivo potrebbe essere quello di tendere all'uniformità dei modelli di cura attraverso la condivisione di linee guida (tratte dalla letteratura internazionale) adattate ai diversi luoghi di cura (reparti per acuti, riabilitazioni geriatriche, RSA e territorio).

Infine, permettendoci di interpretare il pensiero dei nostri colleghi, i giovani geriatri sono nati e cresciuti nel mondo del web; sarebbe interessante creare, all'interno del sito web della Società, un forum dedicato agli specializzandi, attraverso il quale poter condividere:

1. Le esperienze lavorative e culturali;
2. Le domande, i dubbi e le perplessità sulla modalità di gestione dei casi;
3. I programmi di lavoro e i risultati ottenuti;
4. Le informazioni su corsi e convegni nei quali incontrarci.

Come già tutti saprete, durante il congresso nazionale, svoltosi a Firenze dal 3 al 7 Novembre, è stata ritagliata una piccola sessione anche per la Summer School e per i giovani geriatri.

La sessione è stata aperta dal Presidente Prof. Marco Trabucchi con l'annuncio che l'anno prossimo l'esperienza verrà ripetuta in due sedi: Folgaria (Trentino) e San Giovanni Rotondo (Puglia) per aumentare il numero dei partecipanti e dare una destinazione più facilmente raggiungibile per chi viene dal sud Italia.

Hanno partecipato al dibattito il Presidente eletto, Prof. R. Bernabei, il Segretario Generale, Prof. N. Marchionni, ed il responsabile del Bollettino SIGG Prof. V. Canonico.

In aula erano presenti i partecipanti alla Summer School, che sono intervenuti nel dibattito sul futuro, su cosa ci aspettiamo e come vogliamo che sia la scuola estiva nei prossimi anni.

Alcuni specializzandi, che, non hanno partecipato alla Summer School di Folgaria, sono usciti da questo incontro entusiasti di avere l'opportunità di fare una tale esperienza e far parte di un gruppo che si è mostrato tanto affiatato e forte nell'intento di crescere insieme per il futuro della Geriatria italiana e della SIGG.

Si è discusso a proposito dell'esperienza passata e, all'unanimità, siamo stati tutti d'accordo che le lezioni sono state di gran qualità grazie ai Docenti, che sono tra i più noti geriatri dell'attuale panorama italiano, che sono stati disponibili nel fornirci spiegazioni e nel confrontarsi con noi anche al di fuori dell'orario dedicato alle lezioni. A parte gli aspetti puramente formativi si è creato un gruppo, ecco come ci sentiamo, con intenti comuni, nati dal confronto di realtà didattiche e lavorative diverse.

Siamo molto soddisfatte della partecipazione e del calore dimostrato dai partecipanti all'esperienza del 2004 a Folgaria; inoltre, siamo entusiaste della determinazione nel volere un'unica sede per la Summer School 2005. E' emerso che l'innovazione di tenere due edizioni, se da un lato permette di aumentare il numero dei partecipanti, dall'altro, pur mantenendo la stessa qualità, limita lo scambio tra nord e sud

Tuttavia, non riteniamo che l'unica sede possa giovare al continuo processo di formazione che sta promuovendo la Società, perché si ridurrebbe il numero dei partecipanti e, di conseguenza, si toglierebbe la possibilità a "nuovi" giovani geriatri di poter apprendere, confrontarsi e conoscersi come è accaduto nella passata edizione. D'altro canto, sarebbe interessante poter creare un piccolo gruppo (3 o 4 persone) che ha partecipato alla prima esperienza e proporlo come "fulcro" delle due edizioni del 2005 (S. Giovanni Rotondo e Folgaria), proprio per non creare una sorta di divisione territoriale tra gli specializzandi.



Il ruolo della SIGG, a nostro parere, dovrebbe essere quello di creare una cultura geriatrica unitaria facendo da catalizzatore dei contatti tra noi geriatri, giovani e meno giovani.

Come gruppo del primo anno della Summer School vogliamo continuare questa esperienza al fianco di sempre più numerosi nuovi giovani colleghi per rendere più forte il futuro della Geriatria italiana.

Angela Cassinadri

U.O. di Geriatria, Casa di Cura Poliambulanza,
Brescia, Scuola di Specializzazione di Geriatria
Università Cattolica, Roma

Francesca Fortunato

Scuola di Specializzazione di Geriatria
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Al Congresso per ritrovare l'orgoglio di essere geriatri!

Questo è il mio primo pensiero al termine del 49° Congresso Nazionale della SIGG a Firenze. Ho avvertito un fatto importante: siamo usciti dalla autoreferenzialità. È emerso sin dall'inizio; durante la cerimonia inaugurale sono intervenuti il Presidente della Società Italiana di Medicina Interna Prof. Piermannuccio Mannucci e il Preside della Facoltà Medica di Firenze e clinico medico della stessa università Prof. Gensini, dalle loro parole non solo il saluto formale ma il riconoscimento del ruolo della medicina geriatrica e dei geriatri nel contesto della medicina moderna. La nostra disciplina ha fondamenti culturali forti che non consentono di avere dubbi sulla specificità ed il ruolo della geriatrica e dei suoi operatori; parlare di specificità della geriatrica nel 2004 significa solo a parer mio dare una immagine debole di sé: quale credibilità può avere chi continua a chiedersi chi è e cosa fa? La stragrande maggioranza dei geriatri questi dubbi non li ha, perché ha vissuto e vive la medicina geriatrica come scelta, che rinnova quotidianamente nelle corsie, negli ambulatori, nelle RSA, nelle lungodegenze e nelle riabilitazioni, nei centri diurni e nelle case dei nostri pazienti anziani. Purtroppo c'è chi, ma per fortuna sono la minoranza, opera in geriatrica per varie ragioni (caso, opportunità, ripiego, equipollenza, ...) e costoro finiscono col danneggiare la disciplina nella sua complessità. Non credo sia importante se un geriatra proviene da altre discipline dell'area medica, l'importante è che quella di essere geriatra sia vissuta come scelta convinta e si faccia testimone e portavoce della cultura geriatrica in ogni contesto sia scientifico che lavorativo. La trasversalità della geriatrica consente a ciascuno di noi di approfondire alcuni settori specifici, ma non è più tempo di equivoci: chi si accosta a problematiche neurologiche o cardiovascolari non sia neurologo tra i neurologi o cardiologo tra i cardiologi e geriatra tra i geriatri, ma sia sempre geriatra!

In questo Congresso sono state affrontate alcune tra le più importanti problematiche della medicina geriatrica nei vari setting assistenziali, si è tentato di individuare i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali più appropriati anche attraverso studi e progetti promossi dalla SIGG, come l'ULISSE, il REGAL, il SOFIA, l'accreditamento di eccellenza, il 3D, ai quali molti di noi collaborano e che sono la manifestazione del fervore culturale della società e della voglia di adeguare l'operato della medicina geriatrica nazionale allo scenario internazionale; in questo contesto anche la visibilità e la rappresentatività della SIGG in ambito europeo (Presidenza EUGMS al Prof. Masotti) deve inorgoglierci. Sull'onda dell'entusiasmo che abbiamo percepito al congresso continuiamo a lavorare duramente, ciascuno nella propria sede, per la salute dei nostri pazienti e per le attività della SIGG, nella quale ognuno di noi deve potersi riconoscere, sapendo di trovare forza e protezione per poter incidere localmente sulle politiche sanitarie e sociali in favore degli anziani, consapevoli che molti problemi sono ancora aperti e in attesa di soluzioni adeguate.

La SIGG è una società scientifica e come tale può fornire un significativo contributo culturale e scientifico alle istituzioni per la realizzazione dei servizi assistenziali ma non può assumere compiti puramente politici o sindacali, non ha senso imputare alla SIGG responsabilità che non può avere, piuttosto difendiamo e diffondiamo i principi della cultura geriatrica riconoscendo nella SIGG la casa comune nella quale operiamo. All'orgoglio di essere geriatra si deve aggiungere quello di appartenere ad una società scientifica!

Giorgio Basile
Geriatra, Dottore di Ricerca
Cattedra di Gerontologia e Geriatria
Università di Messina

5° Corso Multiprofessionale di Nursing

L'assistenza all'anziano nel paese più vecchio del mondo pone un'importante sfida che gli infermieri devono cogliere proponendo la strada della qualità e dell'efficacia, per gestire in maniera appropriata i bisogni di salute dell'anziano. Questi principi sono stati riaffermati nell'ambito delle tre giornate dedicate al nursing geriatrico.

Dal corso di nursing della SIGG, che costituisce un momento di riflessione, dovrebbero scaturire degli interrogativi sul tipo di assistenza che stiamo fornendo nei vari servizi, finalizzati a confermare od integrare i percorsi assistenziali in un'ottica di miglioramento continuo.

A questo proposito proponiamo delle riflessioni inerenti i contenuti trattati nell'ambito del corso.

Come già ampiamente noto, nel nostro paese ci troviamo di fronte ad un aumento sempre più crescente nella popolazione delle classi di età più avanzate. Il ruolo degli operatori coinvolti nei processi assistenziali, diviene pertanto fondamentale nel fornire una risposta ai bisogni di salute dell'anziano, ed è importante che tale risposta sia correlata ai principi della prevenzione e della cura globale, in un'ottica di integrazione e programmazione all'interno dei vari setting assistenziali.

Nella prima giornata sono stati proposti i concetti di speranza di vita attiva e prevenzione del declino funzionale, che impongono una definizione del nursing in una prospettiva di prevenzione della disabilità.

Altri temi affrontati sono quelli inerenti alla continuità assistenziale ed ai modelli organizzativi nell'assistenza all'anziano. In particolare, è stata riaffermata l'importanza della continuità dei processi assistenziali rivolti ai soggetti affetti da patologie cronico-degenerative: la comunità infermieristica italiana deve trovare risposte alle esigenze di questo specifico gruppo di utenti, anche alla luce dei cambiamenti sociali.

In tale ottica il nursing può dare un contributo nella definizione di modelli organizzativi orientati a gestire il cambiamento, riconoscendo nei percorsi di cura la centralità del team multiprofessionale e della condivisione degli strumenti di valutazione, concetti più volte affrontati nel corso delle discussioni.

Nella seconda giornata sono stati definiti i risvolti assistenziali della patologia oncologica. In questo particolare contesto, si impone una precisa definizione delle competenze assistenziali, soprattutto nell'ambito delle cure palliative, per quanto concerne l'accompagnamento alla morte: in tal senso, divengono indispensabili per l'operatore percorsi formativi tesi allo sviluppo di competenze comunicativo-relazionali, per elaborare una visione globale dei problemi dell'anziano, considerando tutti i complessi aspetti che vanno a definirne la qualità di vita. I notevoli progressi in campo oncologico nel corso degli ultimi anni, che hanno determinato una compressione della mortalità,



morbilità e disabilità, ci ricordano tuttavia che per l'anziano il cancro non ha necessariamente un esito infausto!

Nella sessione dedicata all'Evidence Based Nursing, sono stati definiti gli ambiti di efficacia del nursing proponendo il contesto clinico, organizzativo e formativo, che devono portare un risultato unico per garantire l'appropriatezza delle cure all'anziano. L'Evidence Based Nursing si propone come il processo su cui l'infermiere fonda le decisioni cliniche. Il tutto deve partire dall'osservazione delle pratiche attualmente in uso onde identificare le aree di incertezza ed attuare il possibile cambiamento.

La formazione universitaria, che è stata presentata attraverso i Master in nursing geriatrico, propone le competenze infermieristiche avanzate che in futuro dovranno comportare un miglioramento dell'assistenza all'anziano in termini di efficacia.

La terza giornata è stata infine dedicata all'assistenza al paziente demente ed alle problematiche del caregiver.

La gestione del contesto ambientale merita a tal proposito una particolare attenzione, quale risorsa terapeutica per migliorare la qualità di vita degli assistiti. Nel soggetto demente l'intensità di cure assistenziali, sanitarie e riabilitative comporta un'integrazione di servizi idonei a sostegno della domiciliarità, e l'infermiere deve assumere un ruolo di collegamento fra i vari punti della rete dei servizi. Lo stress del caregiver e tutte le problematiche connesse alla gestione a domicilio del soggetto demente ed al sostegno alla famiglia, devono far parte del piano di cura assistenziale.

Nell'ambito del corso sono stati presentati 28 abstracts nella sessione poster, con discussione e comunicazioni orali. Quest'anno è stata premiata la seguente comunicazione: C.Malfanti "Recupero funzionale in soggetti anziani con frattura prossimale di femore: un'osservazione in ambiente riabilitativo".

La presenza di 28 abstracts testimonia l'approccio scientifico e l'interesse verso il nursing geriatrico. A tale proposito ricordiamo alcuni numeri: quest'anno il corso ha visto la partecipazione di 250 iscritti; attualmente 167 sono gli iscritti alla sezione nursing (la nascita della sezione risale all'anno 2001 e gli iscritti erano 37), 70 i partecipanti all'assemblea degli iscritti.

Prevenzione della disabilità, continuità assistenziale, prove di efficacia, relazione con la persona, possono pertanto essere considerate alcune parole chiave più volte ribadite nelle tre giornate del corso.

Nell'assistenza quotidiana, quale messaggio è possibile dunque cogliere da questo corso?

Nei percorsi assistenziali in ambito geriatrico è necessario procedere con rinnovato impegno e determinazione, attivandoci come promotori di una cultura che consideri l'anziano nella sua globalità, complessità e soprattutto fragilità, sostenendo attraverso una formazione continua gli interventi più appropriati ed efficaci, considerando sempre anche la dimensione relazionale nella gestione di tutte le problematiche relative alla salute dell'anziano.

La Sezione Nursing SIGG

Monica Marini (Coordinatore)

Itala Orlando

Francesca Paoli

Michela Pozzebon

Pietro Fabris

3° Corso di Riabilitazione Cognitiva

Anche la terza edizione del Corso di Riabilitazione Cognitiva si è svolta nel segno del successo: ampia la partecipazione (250 operatori sanitari) ed elevata la qualità degli interventi (del resto attesa) dei relatori che si sono succeduti durante una giornata intensa nel corso della quale l'approccio riabilitativo al paziente demente è stato affrontato da vari angoli visuali. Accanto ad approcci riabilitativi consolidati e/o suffragati dall'evidenza scientifica quali la ROT e Gentlecare si è parlato di terapia occupazionale, di ambiente fisico e relazionale nonché di musicoterapia. Il successo di presenze testimonia il crescente interesse di varie figure professionali - medici, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, educatori professionali - rispetto agli interventi riabilitativi *tout-court* la cui finalità consiste nel potenziare le abilità residue e soprattutto nell'accompagnare il paziente con demenza (ed i *caregiver*) durante il lungo decorso di malattia.

Sulla scia di questa crescente attenzione (catalizzata anche dalla sempre maggior evidenza dei limiti dell'approccio farmacologico) stanno emergendo modalità di intervento "riabilitativo" rivolte al demente - *light therapy*, massaggi, musicoterapia ... - per le quali sono in corso studi metodologicamente rigorosi finalizzati a verificarne l'efficacia.

Negli ultimi anni si è sviluppato un ampio e vivace dibattito sui benefici della riabilitazione cognitiva e degli interventi psicosociali e comportamentali nella demenza. Il dato saliente che ne emerge è rappresentato dal tentativo di elaborare procedure specifiche di intervento che possano sostituire interventi "aspecifici" che, da un punto di vista metodologico si rifanno al principio generale, peraltro non privo di fondamento, "use or lose" (usalo o lo perdi), che hanno nel recente passato caratterizzato l'approccio al paziente demente. Nel contempo, i limiti sempre più evidenti dell'intervento farmacologico, hanno fatto emergere l'importanza, giustificata e supportata da evidenze di efficacia, dell'associazione tra terapia farmacologica ed interventi riabilitativi rivolti al paziente, nonché degli interventi psicosociali rivolti al caregiver. Testimoni chiari di questa crescita di interesse per gli approcci non-farmacologici rivolti al paziente con demenza sono la pubblicazione, nell'estate 2001, di un numero speciale della rivista *Neuropsychological Rehabilitation* intitolato "Cognitive Rehabilitation in Dementia" (Clare e Woods, 2001) e di una revisione della letteratura pubblicata sull'"orange Journal" intitolata "Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress" (De Vreese et al., 2001). Clare e Woods nel loro editoriale affermano che "l'evidenza scientifica presentata in questo numero speciale supporta significativamente la rilevanza degli approcci riabilitativi cognitivi per le persone con demenza".

Nel contempo affermano che "analogamente ad altre aree di sviluppo della ricerca molti interrogativi rimangono aperti, ed è ampia la necessità di rafforzare ulteriormente i risultati sinora ottenuti. De Vreese et al. giungono alla conclusione che è possibile ottenere risultati significativi attraverso l'uso di specifiche tecniche di stimolazione della memoria (o meglio delle memorie) residua nella malattia di Alzheimer. Infatti è noto che la memoria non è una funzione unitaria, bensì è costituita da componenti diverse che riconoscono sistemi neurologici differenti.

Recentemente si sta sviluppando una linea specialistica di ricerca clinica che si rivolge ai bisogni delle persone affette e dai loro familiari, tenendo conto delle influenze della biologia, della psicologia individuale e dell'ambiente sociale. In questo ambito, i modelli neuropsicologici e neuroanatomici dei disturbi cognitivi e della capacità di nuovi apprendimenti nella demenza costituiscono un forte razionale teorico per l'applicazione della riabilitazione cognitiva. Nel complesso, tali approcci si pongono come obiettivo quello di contribuire alla promozione dell'adattamento e alla riduzione dell'eccesso di disabilità. Tali obiettivi possono essere perseguiti attraverso la riabilitazione e gli interventi compensatori. La riabilitazione diventa quindi un processo di cambiamento attivo, che tende



a portare una persona disabile a raggiungere un livello ottimale di prestazione fisica, psicologica e sociale. Un tale approccio è importante per le persone affette da demenza e da altre malattie progressive come lo è per i danni acquisiti e non progressivi e include qualsiasi strategia o tecnica di intervento che renda in grado i pazienti e le loro famiglie di gestire, ridurre, risolvere o convivere con i deficit.

Gli interventi o le tecniche previsti dai modelli compensatori tendono a incrementare l'autoefficacia, a potenziare l'autostima e ad aiutare la persona a fare l'uso migliore possibile delle sue risorse individuali. Tali risorse includono le capacità residue di apprendimento e di modificazione comportamentale e prevedono la disponibilità di supporti adeguati, per adattare in maniera continuativa il rapporto tra grado di pressione ambientale e caratteristiche della risposta comportamentale. Un adattamento positivo si manifesta, abitualmente, entro limiti ottimali di stimolazione ambientale; una scarsa stimolazione, al pari di una eccessiva, si traduce in uno scempenso emotivo ed in un adattamento negativo. Nel decorso della demenza lo spazio di adattamento positivo si restringe, parallelamente all'aumentare della dipendenza. Pertanto le sollecitazioni - sia quelle dirette sia quelle ambientali - devono essere rapportate al grado di abilità residue ed essere solo di poco superiori al livello di domanda al quale il soggetto si è adattato. L'appuntamento è per l'anno prossimo, al IV corso di Riabilitazione Cognitiva.

Orazio Zanetti

“Modelli riabilitativi a confronto” questo il titolo del 3° Corso di Riabilitazione Cognitiva, tenuto nell'ambito del 49° congresso SIGG il 4 e 5 novembre. Il significato di questo titolo è stato in realtà molto chiaro durante lo svolgimento del Corso: un modello, cioè, prettamente “riabilitativo-stimolativo”, teso a ottenere risultati di miglioramento funzionale applicabile nelle fasi iniziali fino a quelle moderate della demenza, e un modello “protesico” valido soprattutto per le fasi da moderate, severe ed avanzate, con l'obiettivo di diminuire i disturbi non cognitivi e lo stress, recuperando il benessere possibile del malato e di chi lo cura.

Il tratto più caratteristico del corso è stata la partecipazione, non solo quantitativamente elevata, dei colleghi che hanno seguito il corso. Non conosciamo ancora la distribuzione analitica dei giudizi dati, ma la “sensazione” in sala è stata di intensa ed appassionata attenzione e di vivace dibattito.

All'apertura, la relazione prevista molto ampia di quasi 2 ore su “fatti e fantasie” della riabilitazione cognitiva, preoccupava non poco il sottoscritto, ma la possibilità di avere l'aiuto dei due “discussant” ha permesso di mantenere alta l'attenzione dividendo in 3 momenti l'approfondimento: 1) la riabilitazione della memoria e delle funzioni esecutive; 2) la “terapia della realtà” e la valutazione degli studi di efficacia; 3) revisione del contenuto concettuale del termine “riabilitazione” e del termine “cognitivo” in questo contesto, criticando la visione statica dell'apprendimento come “immagazzinamento” di una realtà oggettiva ed esterna, a favore di un concetto “costruzionista” di realizzazione di “mappe cognitive” che si riorganizzano ad ogni nuova acquisizione. Anche la seconda giornata, che aveva il compito di calare nel concreto delle metodiche e delle esperienze gli elementi concettuali discussi nella prima mezza giornata ha visto un susseguirsi di interventi assai vivaci pur nella loro diversità. Nella prima parte si è approfondito il tema delle metodiche di stimolazione e riabilitazione a partire dalla fisiopatologia dello stimolo fino alla terapia occupazionale, intervento assai vivace e apprezzato, come quello sulla ROT e i farmaci, dove si sentiva tutta la maturità di una esperienza sviluppata sul campo e che ha prodotto numerosi lavori su riviste internazionali. Al pomeriggio lo sviluppo delle metodologie “protesiche” (“Gentlecare”, l'ambiente fisico e relazionale, l'ambiente e i disturbi comportamentali, il paziente demente grave, la musicoterapia) hanno in modi diversi sottolineato l'importanza del contesto e di un approccio psicosociale oltre che clinico ai disturbi non cognitivi (noti come BPSD: behavior and Psychiatric Symptoms in Dementia), qualificando



l'obiettivo, anche funzionale in un ambiente non stressante, amichevole, sicuro sia per il malato che per i care givers.

Notevole la sessione posters, 16 esposizioni di esperienze e di riflessioni ricche di dati e di spunti interessanti.

Antonio Guaita

“L’ambiente fisico e relazionale” relazione al 3° corso di Riabilitazione Cognitiva SIGG

Generalmente l’ambiente protesico viene definito come un ambiente che aiuta a **compensare i deficit** cognitivi e funzionali e che **stimola le abilità** residue, con ciò enfatizzando il ruolo di compensatori e stimolatori che assumono lo spazio, gli arredi, gli ausili e le tecnologie nei confronti di colui che abita.

Questa definizione è di fatto associata solo agli ambienti vissuti dai disabili cognitivi e/o funzionali, mentre se riflettiamo anche solo sulla nostra abitazione, da cosa è composta, come si articola, quali oggetti contiene e come la viviamo ed usiamo ci rendiamo conto che anch’essa si configura come un ambiente protesico a noi congeniale e funzionale.

La mia casa è un ambiente “protesico” per me perché la riconosco come un **prolungamento di me stessa**, detto con parole semplici, perché “ci sto bene”: facilita le mie mansioni (bisogni), li ho costruito i miei ritmi (abitudini) e la trovo accogliente (desideri).

La psicologia ambientale ben definisce il ruolo non secondario del rapporto soggetto-ambiente nella formazione della funzionalità stessa dell’individuo. Dice molto chiaramente che il luogo non è un serbatoio che ci contiene, bensì costituisce con il soggetto un insieme non scindibile. Dice che non esiste un soggetto che contempla un ambiente come una realtà oggettivizzabile al di là di sé, ed afferma invece che il soggetto prende sempre decisioni all’interno dell’ambiente di cui è parte integrante.

Tant’è che la ricerca ha dimostrato che molte delle manifestazioni cliniche riferibili ad ammalati di Alzheimer, soprattutto quelle di ordine comportamentale quale l’aggressività, l’ansia e l’agitazione, sono il risultato della relazione fra l’individuo e un ambiente non idoneo.

Per ambiente intendo il contesto sia fisico che sociale che corrisponde a quell’insieme non separabile di stimoli chiamati **spazio, tempo, oggetti, relazioni interpersonali**.

L’ambiente così inteso non può corrispondere solo a delle prestazioni, ma deve possedere altri requisiti, che definiscono la qualità di qualsiasi progetto: **riconoscibilità e apprezzabilità, sicurezza, comfort e usabilità, accessibilità e orientamento, benessere** perché ciò che è stato progettato corrisponde alle nostre esigenze quando instaura un giusto rapporto con le nostre abilità fisiche, sensoriali e psicologico-cognitive e quando ne accettiamo, riconoscendoci con essa, l’immagine estetico-formale.

Il progetto

Il progetto si fa carico che l’ambiente corrisponda a chi lo abiterà agendo tramite tre principi guida:

1°) **conoscere chi vivrà** quel determinato luogo fisico, per conoscere da un lato il divenire dell’individuo al fine di rendere il luogo più sicuro, confortevole ed usabile; dall’altro per conoscere le abitudini e i desideri soggettivi per rendere il luogo più riconoscibile ed apprezzabile;

2°) **promuovere un progetto integrato** fra architettura, interior design (componenti e finiture interne), arredamento, ausili e tecnologie per rendere il luogo un sistema di riferimento facilmente usabile, confortevole e accessibile;

3°) **progettazione sinergica** fra i diversi saperi: quello medico, quello dell’assistente (formale e informale), e quello dell’architetto perché dall’intreccio di essi si possano equamente intrecciare gli aspetti gestionali ed economici con quelli abitativi e degli abitanti.



Gli obiettivi

Questi principi hanno definito l'obiettivo da raggiungere tramite l'ambiente fisico:

- **invitare a fare:** stimolare le abilità residue, invitare a fare introducendo elementi di stimolazione sensoriale e affettiva, rallentare il declino delle capacità funzionali;
- **compensare:** le disabilità, i disturbi di memoria, il disorientamento, i fattori di stress, gli stimoli ridondanti,
- **offrire opportunità:** tenere in considerazione i ritmi di vita personali, offrire tranquillità e benessere, garantire protezione e sicurezza, indurre ad atteggiamenti sicuri, consentire libertà di movimento, dare la possibilità di scelta e rispettare le residue capacità decisionali, rispettare la privacy, dare la possibilità di stare da soli o con altri, offrire occasioni di interazione sociale, suggerire il funzionamento di spazi ed oggetti, emanare positività affettiva, consentire discreti livelli di flessibilità per adeguarsi ai mutamenti del malato di Alzheimer.

Piera Nobili



ATTIVITA' DELLE SEZIONI REGIONALI

Regione Liguria

Congresso Regionale 2004 Sezione Ligure SIGG

Il 13 novembre 2004 si è svolto, a Genova presso il Centro Von Pauer dell'Opera Don Orione, il Congresso Regionale della Sezione Ligure della S.I.G.G., che ha visto la partecipazione di specialisti in geriatria che operano nei servizi rivolti alla popolazione anziana in Liguria, degli specializzandi in geriatria dell'Università di Genova e di medici responsabili di residenze per anziani.

Il tema del Congresso, la riabilitazione in geriatria, è stato scelto perché il recente piano sanitario regionale 2003-2005 ignora il ruolo, la specificità assistenziale e le strategie operative della geriatria ed in particolare il ruolo della riabilitazione nell'anziano.

Nell'introduzione al Congresso, in qualità di Presidente della Sezione Ligure, ho precisato le finalità delle sezioni regionali che sono interlocutori privilegiati delle istituzioni pubbliche e private regionali per determinare ed indirizzare le politiche socio-sanitarie a favore delle persone anziane, che divulgano la cultura gerontologico-geriatrica e che contribuiscono alla formazione professionale permanente del medico e delle altre figure professionali; ho successivamente elencato quali sono i punti critici dell'assistenza all'anziano in Liguria, tra cui spicca la carenza di posti letto ospedalieri, e il rischio che in futuro le RSA non possano più svolgere un ruolo importante nella riabilitazione dell'anziano come avvenuto fino ad oggi.

Il presidente nazionale, Prof. Marco Trabucchi, riprendendo con puntualità e precisione i punti critici presenti in Liguria e in Italia, ha affrontato quindi il tema dell'intervento riabilitativo nel paziente geriatrico.

Successivamente il Dr. Domenico Francesco Crupi, Direttore Generale dell'Assessorato alla Salute della Regione Liguria, ha chiarito quali sono le finalità della programmazione sanitaria per gli anziani in Liguria assicurando che nulla verrà perso del "patrimonio di cultura e di servizi" che in questi anni i geriatri, in Liguria, hanno diffuso e faticosamente costruito nelle diverse realtà socio-sanitarie locali; ha precisato inoltre che verrà mantenuto il ruolo specifico della riabilitazione geriatrica svolto dalle residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere.

Successivamente è stato affrontato, dal Prof. P. Odetti, Direttore della Scuola di Specialità in Geriatria e Gerontologia dell'Università di Genova, il tema degli "outcome" riabilitativi nell'anziano fragile e quindi da parte del Dr. Palummeri e del Dr. Bernardini qual è lo "specifico" della riabilitazione in geriatria, quali i risultati attesi e come affrontare il programma riabilitativo nei due gruppi principali di anziani con fabbisogno riabilitativo di fase post-acuta e più precisamente l'anziano con esiti di patologie ortopediche e neurologiche.

Nel pomeriggio si è svolta una tavola rotonda che ha affrontato il tema della "**riabilitazione geriatrica nei servizi integrati socio-sanitari in Liguria**" durante la quale sono stati evidenziati i compiti ed i risultati dei diversi servizi sanitari e socio-sanitari presenti in Liguria: unità ospedaliere per acuti, cure intermedie, RSA, cure domiciliari, centri diurni. Ha moderato la tavola rotonda la Dr.ssa Anna Banchemo, Dirigente del Settore Programmazione Sociale e socio-sanitaria della Regione Liguria, da sempre attenta alle problematiche inerenti l'assistenza all'anziano, che ha spiegato il piano di riorganizzazione della rete integrata per la non autosufficienza con particolare riferimento all'assistenza domiciliare e alla residenzialità extraospedaliere.

Il Consiglio Direttivo della Sezione Ligure ringrazia tutti i partecipanti ed in particolare il Dr. Crupi e la Dr.ssa Banchemo per la loro gentile e competente presenza.

Paolo Cavagnaro



Regione Piemonte-Valle D'Aosta

Il 5/11/ 2004 alle ore 17.30 c/o il Palazzo dei Congressi di Firenze si è riunito il Consiglio Direttivo della SIGG regionale Piemonte – Valle d' Aosta, convocato dal Presidente uscente.

Alla riunione erano presenti i membri eletti alle recenti elezioni:
dott.ssa N. Aimonino Ricauda, dott. E. Laguzzi, dott. L. Roveyaz, dott. S. Cabodi, dott. A. M. Cotroneo.

Era presente il Presidente uscente, dott. L.M. Pernigotti.

Su proposta del dott. Pernigotti è stato deciso, all'unanimità, di invitare il prof. M. Molaschi che ha accettato l'invito a partecipare alla suddetta riunione in qualità di uditore.

La moderazione, con l'incarico di past-president, è stata tenuta dal dott. L.M. Pernigotti ed è stato nominato segretario della seduta il dott. A.M. Cotroneo, in qualità di membro più giovane.

Il dott. Pernigotti, dopo un breve ricordo del prof. F. Fabris, ha focalizzato il suo intervento sulla necessità di aumentare il numero di iscrizioni alla SIGG regionale, coinvolgendo anche i medici delle Case di Cura private ed RSA, i giovani specializzandi ed il personale infermieristico. Particolare rilievo ha dato alla realizzazione di Corsi di Formazione ed alla produzione di lavori scientifici che abbiano come autori o coordinatori i membri del Consiglio Direttivo. Ha infine ricordato che il compianto prof. Fabris avrebbe desiderato che il futuro Presidente Regionale fosse la dott.ssa Nicoletta Aimonino.

Il dott. Cabodi ha riferito di accettare la decisione che il Consiglio prenderà nell'interesse comune di lavorare bene in futuro e personalmente ha ritenuto opportuna la scelta della dott.ssa Aimonino come Presidente.

La dott.ssa Aimonino ha precisato che la scelta del Presidente dev'essere serena e motivata da una cultura di servizio; importante è lavorare insieme per dare ulteriore crescita e autorevolezza alla sezione regionale e ha precisato che dietro la sua persona c'è la Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Geriatria di Torino, diretta dal prof. Molaschi e la Scuola di Specializzazione in Geriatria, sempre diretta dal prof. Molaschi.

Il dott. Laguzzi ha centrato il suo intervento sul fatto che è cambiato lo scenario della Geriatria piemontese: bisogna ragionare in termini di una geriatria forte, che si ottiene condividendo i programmi e dando spazio alle varie figure professionali.

Il dott. Roveyaz si è informato circa la durata del mandato presidenziale e sulla posizione della Valle d'Aosta nel Direttivo stesso. Fatte le debite verifiche istituzionali a livello di SIGG nazionale il consiglio direttivo propone, su richiesta del dott. Roveyaz e dott. Cabodi, che la Valle d'Aosta abbia sempre un membro nel Direttivo, con modalità ancora da definire.

Il dott. Pernigotti propone di scegliere come effettuare la votazione per il Presidente Regionale, se a scrutinio segreto o palese.

Il dott. Cotroneo ritiene che sia doveroso, proprio in virtù dell'unione di intenti del Direttivo, votare pubblicamente e propone la dott.ssa Aimonino come Presidente da eleggere.

Si passa alla votazione che all'unanimità elegge Presidente della sezione regionale Piemonte-Valle d'Aosta della SIGG la Dott.ssa Nicoletta Aimonino Ricauda .

*Nicoletta Aimonino Ricauda
Antonino Maria Cotroneo*



Regione Sardegna

Caro Presidente,

al contrario della maggior parte delle regioni italiane che si ritroveranno ad affrontare le elezioni politiche regionali nel prossimo anno, la Sardegna sta scrivendo in questi mesi il proprio futuro sanitario e sociale. La nuova Giunta Regionale, insediata con le elezioni di giugno 2004, ed il nuovo Assessore alla Sanità e Servizi Sociali Nerina Dirindin, hanno stabilito di stilare entro fine anno la prima bozza dei piani Sanitario e Socio Assistenziale, da approvare definitivamente entro maggio 2005. Sono stato chiamato a far parte della Consulta Regionale che emanerà i principi e le modalità di integrazione tra il sanitario ed il sociale. Stiamo lavorando con impegno e spero di garantire un certo taglio geriatrico alle strategie politiche della mia regione. Ti inoltro un recente documento, inviato all'Assessore, redatto dal coordinamento di tutte le UVA con la partecipazione delle associazioni delle persone malate, con il quale si sintetizzano le problematiche relative all'assistenza al demente. Penso che altre regioni possano condividere le stesse carenze e le stesse modalità operative caratterizzate da una azione comune tra gli operatori sanitari e i familiari. Un caro saluto.

Paolo Putzu

Coordinamento Unità Valutative Alzheimer - Regione Sardegna

Cagliari 18.11.04

Alla cortese attenzione del Sig.
Assessore Igiene, Sanità e Servizi Sociali
della Regione Sardegna

In data 13.10.04 si è svolta ad Oristano una riunione operativa di tutte le Unità Valutative Alzheimer della Regione Sardegna, con la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni dei familiari AIMA (Associazione Italiana Malati di Alzheimer) e Alzheimer Italia, con l'obiettivo di effettuare una approfondita analisi dei bisogni degli ammalati e delle loro famiglie e dell'attuale risposta sanitaria ricevuta dai servizi preposti. È emersa la prioritaria necessità di dotare la Regione Sardegna, al pari di altre Regioni (Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Lombardia, etc), di uno specifico Piano per le Persone Malate di Demenza da includere nei piani Sanitario e Socio Assistenziale attualmente in fase di elaborazione, che preveda una reale integrazione degli interventi.

Sono stati evidenziati i seguenti punti critici che necessitano di un intervento prioritario:

1. La Sardegna è la Regione Italiana a più alta velocità di invecchiamento e la demenza, malattia età correlata, comporterà una amplificazione nei prossimi anni delle gravose carenze già attualmente presenti.
2. In base ai dati estrapolati dal progetto Cronos, i malati di ogni forma di demenza nella nostra regione superano sicuramente le 9.000 unità. **Il familiare** è la seconda vittima della malattia (netto aumento di ansia, insonnia, depressione, consumo di psicofarmaci, morbilità generale ed un significativo peggioramento della qualità della vita) e nel 90% dei casi è l'unico soggetto che garantisce la cura e l'assistenza a questa tipologia di malati caratterizzata da una estrema complessità: contemporanea presenza di disturbi cognitivi, comportamentali e funzionali evolvono rapidamente verso una totale dipendenza. I costi formali (cure mediche, presidi, personale di assistenza, etc) e informali (riduzione dell'attività lavorativa del familiare, isolamento sociale, stanchezza psicofisica) sono enormi. Lo stress del familiare è la causa principale della richiesta di ricovero e istituzionalizzazione, ma viene fatto poco per alleviarne la portata.



3. L'Assessorato ha istituito, in concomitanza al progetto ministeriale Cronos, 14 **Unità Valutative Alzheimer** (11 + 3 allargate) omogeneamente diffuse in tutta la regione, gestite da competenze specialistiche geriatriche, neurologiche e psichiatriche ubicate nel territorio, ospedali e università. Le UVA hanno iniziato la loro attività con degli obiettivi condivisi scaturiti da incontri programmatici e da periodici contatti. Il bilancio della loro attività, a quattro anni dalla loro nascita, è contraddistinto da numerose contraddizioni. Tutte le UVA hanno lavorato ben al di sopra delle loro possibilità, con una carenza di personale impressionante a fronte di una necessità valutativa estremamente dispendiosa. Per arrivare ad un orientamento diagnostico iniziale, il medico dell'UVA ha necessità di almeno 90 minuti per ogni paziente. I singoli operatori hanno dovuto letteralmente ritagliare il tempo da dedicare al demente in aggiunta alle loro precedenti attività, talvolta non facilitati dai dirigenti responsabili. Hanno dovuto limitare la loro attività al momento diagnostico e terapeutico pur sapendo che queste non rappresentano le uniche necessità della persona malata. Il centro UVA dovrebbe infatti garantire la presa in carico della globalità dei bisogni, fornendo quel supporto di sostegno psicologico e di informazione-educazione che scaturisce dalla eterogeneità della sindrome dementigena (i corsi psicoeducazionali di sostegno per i familiari vengono regolarmente svolti solo in una UVA). Non si comprende come le UVA, al contrario di altri servizi specialistici presenti nella nostra isola (servizi dialisi, diabetologici, consultori vari, etc), non abbiano un organico (rappresentato da medici, psicologi e altro personale sanitario) specificatamente deputato e numericamente adeguato al gravoso compito da svolgere per fronteggiare una malattia sociale di tale portata. Vi è la necessità di rivedere gli attuali sistemi di rimborso delle prestazioni. In alcune UVA i tempi d'attesa per una prima valutazione superano i 3 mesi. Le UVA non hanno potuto operare in collegamento integrato con i servizi socio assistenziali né hanno avuto a disposizione alcuni punti nodali della rete dei servizi per il demente (in tutta la Sardegna esistono solo due Centri Diurni riabilitativi specializzati).
4. Come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale e da esperienze nazionali, solamente una rete integrata di **servizi socio sanitari** può garantire qualità e continuità assistenziale, migliorare la qualità della vita del malato e dei suoi familiari, ridurre la ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione. Quella che in Sardegna viene impropriamente chiamata **ADI** (in realtà vi è un totale scollegamento tra il sanitario ed il sociale) dovrebbe essere potenziata e indirizzata non solo all'assistenza del demente ormai allettato, con ulcere da decubito o gravi problemi nutrizionali, ma anche a prevenire la disabilità tramite personale adeguatamente preparato. I **Centri Diurni** semiresidenziali ad impronta riabilitativa globale (riabilitazione cognitiva, fisica, occupazionale, ludica, musicoterapica, psicomotricità, etc) oltre che esercitare quel ruolo di asilo per la persona malata, influiscono positivamente sulla sua qualità di vita e del familiare, con un contenimento della spesa socio-sanitaria. I dati del centro diurno dell'ASL n° 8 indicano per gli assistiti una netta riduzione della istituzionalizzazione, un minor consumo di neurolettici, un alto indice di gradimento da parte dei familiari. Si avverte la necessità di attivare in tempi brevissimi nuovi Centri Diurni gestiti da personale specializzato, in numero adeguato e omogeneamente distribuito in tutte le ASL della Sardegna. C'è da definire, con maggiore precisione ed equità, l'aliquota economica a carico delle famiglie. Un buon funzionamento dell'ADI e dei Centri Diurni, riuscirebbero a ridurre le necessità di ricovero nelle **Residenze Sanitarie Assistenziali**. I moduli "Alzheimer" delle RSA dovrebbero essere gestiti da personale competente nella valutazione multidimensionale dei bisogni, nelle possibilità riabilitative, nei rapporti di comunicazione e nella globalità dell'intervento. Anche per le RSA si avverte la necessità di ridurre i costi del ricovero a carico delle famiglie economicamente più deboli.
5. La rete integrata dovrebbe essere supportata da un piano che garantisca omogeneità degli interventi, continuità assistenziale, professionalità, strumenti valutativi validati, progetti



individualizzati, verifica della qualità, informatizzazione e coordinamento centralizzato. L'Assessorato da Lei diretto ha la titolarità programmatica ed esecutiva per alleviare l'enorme sofferenza di questa grande "minoranza" fino ad ora trascurata dalla maggioranza dei politici regionali.

Regione Sicilia

La Scuola di Specializzazione in Geriatria di Catania d'intesa con la USL-3 di Catania ha organizzato dal 21 al 23 Ottobre 2004, presso l'Hotel Nettuno di Catania un corso ECM accreditato rivolto ai medici, ai fisioterapisti, agli psicologi, ai farmacisti ed agli infermieri su "Le cure domiciliari nel territorio: l'assistenza al domicilio del malato". Il corso ha riscosso un notevole successo con la partecipazione quotidiana di diverse centinaia di partecipanti.

Si è parlato del ruolo centrale dell'anziano nell'assistenza sanitaria (Proff. Trabucchi e Maugeri), dei vari modelli di ADI in Italia (Prof. Becchi) ed in Sicilia (Dott. Aprea, Baeli, Brugaretta, Castiglioni, Di Bella, Oddo, Pala, Tomarchio, Viglianesi) del ruolo dei vari specialisti (Dott. Santangelo, Spaggiari, Trizzino), del management dell'ADI (Dott. Cutri, Di Salvo, Grasso, Greco, Meli G., Meli O.) e degli aspetti etici e legali dell'assistenza al malato (Dott. Russo, Don Pangrazzi).

Molto interessante ed animato è stato il Forum su " Quale futuro per l'ADI?", al quale hanno preso parte attivamente diversi parlamentari quali l'Assessore alla Famiglia della regione siciliana On. R. Stancanelli e l'europarlamentare alla commissione Pubblica e Sanità On.G. Castiglione.

Domenico Maugeri

Ad Enna, presso l'Azienda Ospedaliera Umberto I°, previo concorso Nazionale, si è insediato il nuovo Direttore di Struttura Complessa della U.O.C. di Geriatria con annessa Struttura Semplice di Lungodegenza post-acuzie, il Dr. Michele Trimarchi, già Dirigente di 1° livello nell'ambito della stessa struttura complessa.

Al neo direttore i più fervidi auguri di proficuo lavoro da parte del Presidente e del Consiglio Direttivo della Sezione Siciliana della SIGG.

Santi Branca



NOTIZIE DAI SOCI

Rete per le cure palliative in Italia

Il Sole 24 ore Sanità del 26 ottobre 2004, in un articolo su: “Una regia unica per le cure palliative”, riporta che la Conferenza Stato-Regioni ha elaborato un documento per fare ordine all’interno del mondo delle cure palliative.

La novità principale della proposta consiste nella creazione di centrali operative che dovranno coordinare i servizi domiciliari, ambulatoriali, ospedalieri e residenziali presenti sul territorio nazionale.

È prevista una centrale ogni 300 000 abitanti, più o meno una per Provincia, che prenderanno il nome di: Unità Funzionali Cure Palliative e dipenderanno dalla Regione in cui si trovano.

Ogni Centrale dovrà essere operativa da lunedì al sabato mattina potendo ricevere chiamate per 12 ore al giorno e tutti potranno rivolgersi ad essa per aiuto o consulenza.

Le figure impegnate nella UFCP risultano essere: un medico esperto in cure palliative, un infermiere coordinatore ed altre figure di accompagnamento per gli aspetti non clinici, ovvero di carattere sociale.

In una recente pubblicazione della WHO-Europe: “Palliative care: The solid facts and better palliative care for older people” veniva segnalato che molti Europei, specie se in età avanzata, muoiono in stato di sofferenza in quanto i servizi socio sanitari sono poco attenti a provvedere alle cure necessarie nella ultima fase della vita.

Entro il 2020 le cause di morte per i soggetti con più di 60 anni saranno costituite fondamentalmente dalle malattie croniche (terza transizione Epidemiologica) e la WHO richiede un intervento urgente per meglio affrontare le necessità di cura della popolazione anziana che vive e muore a causa di innumerevoli malattie severe.

La WHO ritiene che la cura palliativa sia un aspetto fondamentale della sanità e non soltanto una parte collaterale, ecc ecc.

Poiché in Italia dovrà essere creata entro breve la rete di cure palliative, che dovrà garantire la razionalizzazione del servizio e privilegiare l’assistenza domiciliare, lasciando l’hospice come ultima chance, sarebbe fondamentale che i geriatri italiani prendessero coscienza dell’importanza di intervenire attivamente in questo nuovo sistema di cura, avvalendosi di infermieri adeguatamente preparati.

Il Sole 24 ore suggeriva master di secondo livello per i medici e master di primo livello o corsi specialistici per gli infermieri professionali.

Cosa può fare la nostra Società scientifica per avere un’adeguata rappresentatività nella costituenda rete per le cure palliative in Italia?

Domenico Cucinotta

Le case di riposo a ore per gli anziani: weekend in offerta speciale

La Repubblica del 6 Novembre pubblica su un’intera pagina questa notizia: per soli 312 euro un anziano può essere parcheggiato (è compreso anche il trasporto da e a domicilio) dal venerdì sera al lunedì mattina (colazione compresa) in una struttura per anziani.

Le tariffe saranno scontate se si prenota un posto per quattro fine settimana e si lancerà una promozione per l’autunno.



L'articolo del giornale eccede in frasi fatte come: "stasera ho una cena fuori; venite a prendere il nonno?".

Il sistema assistenziale per gli anziani, che sembra in crisi a causa delle badanti, si arricchisce di questa alternativa. Sarà utile al "caregiver", di cui tanto si parla? L'anziano forse non sarà felice di questa collocazione.

Una mia collega mi dice che anche per i cani è previsto da anni un servizio con queste caratteristiche.

Gianfranco Salvioli

Nota 85, Alzheimer e UVA

Come ormai la maggior parte dei colleghi sa, l'Agenzia Generale del Farmaco ha recentemente pubblicato la revisione delle note che regolano la prescrivibilità a carico del Sistema Sanitario Nazionale di alcuni farmaci. Molte sono le novità introdotte da questa terza revisione delle note (la prima stesura risale al 1983) che, nate con lo scopo di governare la spesa farmaceutica, sono progressivamente diventate, a detta dell'AIFA stessa, "*strumento per assicurare la appropriatezza di impiego dei farmaci e per migliorare le strategie assistenziali*". Uno degli aspetti innovativi delle note è il collegamento di alcune di esse con specifici progetti di "outcome – research", attraverso i quali la prassi clinica ordinaria diviene la base per un progetto di ricerca e il percorso assistenza-ricerca diventa parte integrante dello stesso processo regolatorio.

Questa strategia trova nel progetto CRONOS un modello precursore, che ne ha mostrato la sostanziale validità. Con la nota 85, relativa alla prescrizione dei farmaci per la malattia di Alzheimer si arriva dunque alla naturale conclusione del progetto CRONOS, i cui capisaldi vengono sostanzialmente confermati. In particolare, alle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) viene affidato "*il compito di effettuare o, eventualmente, confermare una diagnosi precedente (di malattia di Alzheimer e di stabilire il grado di severità in accordo alla scala MMSE*". Molto si è discusso (e ancora si potrà discutere) se il MMSE sia effettivamente uno strumento sufficiente allo scopo di definire la gravità della malattia di Alzheimer. Crediamo che il compito assegnato alle UVA dalla nota 85 definisca una prassi di minima, al di sotto della quale non è accettabile porsi, ma non limiti la possibilità di definire pacchetti di strumenti più articolati e complessi (in questo senso in alcune aree omogenee, in cui da tempo esiste un coordinamento sostanziale dell'attività delle UVA, vi sono esperienze già avviate di software di valutazione del paziente con Alzheimer ampi e condivisi). La nota 85 prescrive la necessità di rivalutare il paziente a 1 mese dall'inizio del trattamento per gli effetti collaterali e l'aggiustamento del piano terapeutico (anche se i farmaci disponibili hanno modalità di incremento posologico differenti che richiedono quindi una individualizzazione di questa fase) e una successiva rivalutazione a 3 mesi per una prima misura dell'efficacia e il monitoraggio della tollerabilità del trattamento. In questo caso viene specificato che "*la rimborsabilità del trattamento oltre i tre mesi deve basarsi sul non peggioramento dello stato cognitivo del paziente valutato tramite MMSE ed esame clinico*". Gli estensori della nota raccolgono così il risultato dei numerosi dibattiti seguiti alla presentazione dei dati del progetto CRONOS e dell'invito formulato da molti clinici di considerare non solo la valutazione psicometrica (il punteggio al MMSE) come indicatore di risposta al trattamento, ma anche una più generale valutazione clinica che tenga in considerazione l'effetto sui sintomi psicologici e comportamentali (i BPSD), sullo stato funzionale e sul benessere complessivo del paziente. E' opportuno sottolineare che le UVA dovrebbero formalizzare attraverso l'uso di strumenti standardizzati questa valutazione clinica globale, per non incorrere in un pericoloso pressapochismo!

Un secondo elemento da sottolineare è l'accettazione del "*non peggioramento*" come outcome positivo del trattamento, in una malattia destinata naturalmente a progredire gradualmente.



La nota 85 prescrive di interrompere il trattamento quando il punteggio al MMSE raggiunge un valore uguale o inferiore a 10 punti. Questa indicazione è controversa e si presta a critiche in base alle evidenze più recenti della letteratura, che indicano un'efficacia del trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi anche nelle forme di AD moderate-severe. Inoltre, è osservazione frequente dei clinici che la sospensione del trattamento nei soggetti responders, che hanno raggiunto livelli di MMSE anche inferiori a 10, può determinare un repentino, brusco peggioramento del quadro clinico complessivo. Un approccio più flessibile e più orientato alla valorizzazione della risposta individuale (prevedendo, ad esempio, un periodo breve di sospensione del trattamento onde verificare la necessità di proseguirlo) sarebbe stato auspicabile.

Infine, alle UVA viene chiesto di assumere un ruolo che va oltre la semplice prescrizione degli inibitori dell'acetilcolinesterasi, in particolare valutando e gestendo gli aspetti comportamentali e garantendo un costante rapporto con il medico di Medicina Generale.

La nota 85 rappresenta (pur con i limiti qui delineati) un passaggio sostanzialmente positivo, ed una grande opportunità per gli operatori impegnati nel settore. Sta soprattutto a noi ora, con lo sforzo per un approccio sempre migliore al paziente con demenza, con l'approfondimento della ricerca, con la formazione continua, con una fattiva collaborazione con gli organi regolatori, contribuire a migliorare ulteriormente la qualità delle cure per il paziente con malattia di Alzheimer.

Angelo Bianchetti



Un saluto a Franco Ziller

Caro Presidente,

Ti informo che Franco Ziller, Direttore del Reparto di Geriatria dell'Ospedale di Cles, ci ha lasciato la scorsa settimana all'età di 59 anni. In pochi mesi la sua malattia l'ha consumato nel corpo, ma non è riuscita a scalfire la sua personalità vivace, acuta ed ottimista.

Le ultime settimane le ha trascorse da ricoverato nel suo reparto dove ha portato avanti il lavoro fino ai limiti delle forze e ha gestito la "sua terapia" fino a qualche giorno prima di andarsene.

Lascia un ricordo vivo e doloroso in chi l'ha assistito e seguito per la testimonianza che ha saputo dare di dignità umana e coraggio. E di legame forte con la geriatria.

Paolo Faes

U.O. di Geriatria Ospedale di Rovereto

Franco è stato un mio compagno di corso. Ne ricordo con tenerezza la rude simpatia, la serietà, l'impegno, la fedeltà alle amicizie. La geriatria perde uno di noi, ma noi ci impegniamo a difendere la memoria continuando a lavorare senza incertezze per le persone più fragili.

Marco Trabucchi



CONGRESSI/CORSI

50° Anniversario dell'inaugurazione della Sezione Triestina della SIGG
**CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
 SEZIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Trieste 3-4 dicembre 2004

Segreteria Scientifica: Prof. Gabriele Toigo, Dott. Rocco Sceusa, Dr.ssa Emiliana Deiuri

Tel. 040 3992286 - Fax 040 3992868

Segreteria Organizzativa: Studio Congressi

Tel. 040 767954 - Fax 040 766953 - E-mail: stucongr@tin.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) 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



**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

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

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

50° CONGRESSO NAZIONALE

Firenze, 9-13 novembre 2005

SIGG

Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze

Tel.055 474330 – Fax 055 461217

e-mail: sigg@sigg.it

www.sigg.it