



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

Bollettino SIGG

Anno II

numero 1 – gennaio 2005

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
Nuove iniziative	" 2
Documento per le elezioni regionali	" 3
Documento per le Scuole di Specializzazione	" 5
Contempo 2005	" 8
Seminari estivi e modalità di partecipazione	" 9
Giornate Italiane di Endocrinologia Geriatrica	" 13
Risposta Direttore AIFA	" 14
Aggiornamento sulla prescrivibilità dei farmaci in geriatria	" 15
Notizie dalla FIRI	" 16
I Soci scrivono	" 17
Congressi e Corsi	" 20

EDITORIALE DEL PRESIDENTE

La nostra Società ha deciso di utilizzare la prossima occasione elettorale per riportare al centro del dibattito politico il problema dell'organizzazione dei servizi per gli anziani. Senza eccessive speranze, ma anche senza inutili pessimismi contiamo di incontrare un certo numero di candidati ai consigli regionali e alla presidenza (i cosiddetti Governatori) per discutere come affrontare i bisogni di un numero sempre più grande di anziani che hanno diritto a interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione. Mi auguro che a vari livelli ciò possa essere possibile, utilizzando il documento che presentiamo in questo bollettino e che rappresenta la cornice generale, alla quale ogni sezione regionale deve aggiungere le specificità proprie, impegnandosi in un lavoro di sintesi e di indirizzo.

Spero che attorno a questa iniziativa si possa verificare un fiorire di momenti di dibattito a livello locale; sarebbe la migliore dimostrazione della vivacità della SIGG e della sua capacità di essere vicina ai problemi concreti. D'altra parte, l'attuale fase della politica –sempre più caratterizzata dalla crisi dei partiti e dal prevalere di un rapporto diretto tra l'elettore e poche figure di riferimento– apre spazi nuovi alla rappresentanza di interessi, come quelli delle persone anziane, che non sono in grado di pesare sufficientemente da soli e che quindi possono trovare nella nostra Società un portavoce efficace. Guardiamoci intorno: chi difende oggi in Italia i vecchi, sia che abbiano pesanti bisogni sanitario-assistenziali, sia che debbano far sentire la loro voce nell'organizzazione dei servizi di una città disattenta verso le persone non più giovani? Qualcuno potrebbe ritenere improprio questo posizionamento extrascientifico della nostra Società; ho invece chiaro davanti a me l'impegno di una realtà che sa coniugare i momenti più specifici di elaborazione e di intervento con quelli politico-organizzativi, perché è sempre più netta l'inscindibilità dei due momenti. Infatti anche la migliore prospettiva culturale e scientifica a nulla varrebbe se non riesce a concretizzarsi in atti operativi, qui e ora. Anche perché solo una fedele sperimentazione delle nostre idee ci permetterà di espanderle, convincendo un numero sempre più largo di decisori che non combattiamo per modelli astratti, ma siamo capaci di inverarli, pur con tutte le difficoltà che si accompagnano alla concreta attuazione di qualsiasi servizio. Inoltre potremmo in questo modo rappresentare nelle realtà locali un importante punto di riferimento di molte forze (sindacali, del volontariato, di autoaiuto, ecc.) che da sole non sempre riescono a far sentire la propria voce. Proviamoci.

All'inizio del nuovo anno di lavoro, voglio rinnovare ai nostri soci ed amici l'invito a collaborare con gli strumenti di comunicazione della SIGG, mezzi indispensabili per creare una sempre più intensa cultura comune, base di una prassi condivisa. Ricordo questo bollettino, il sito web, il Giornale di Gerontologia, il Giornale dell'Arteriosclerosi e "I Luoghi della Cura", la nuova rivista che presto inizierete a ricevere. Vivo personalmente le difficoltà legate alla formalizzazione delle idee sulla carta; però, più riusciamo a comunicare tra di noi, più le idee si affinano e diventano patrimonio di tutti quelli che credono nella geriatria. Per questi motivi spero che il mio appello venga colto da molti!

Infine rivolgo un caloroso saluto ai nuovi soci della SIGG. Ogni anno siamo di più, a testimonianza del desiderio diffuso di mettere assieme esperienze, progetti, speranze. Molti sono soprattutto i giovani che compiono attraverso l'iscrizione alla nostra Società un piccolo atto di generosità verso se stessi e verso gli anziani, che hanno bisogno di una geriatria forte, apertamente schierata nella difesa dei loro interessi.

Marco Trabucchi



NUOVE INIZIATIVE

Il secondo documento presentato in questo numero, elaborato dalla Presidenza SIGG e dalla Commissione Permanente Scuole di Specializzazione in Geriatria, è la stesura definitiva dopo il confronto, sia mediante questionario che con incontri “ad hoc” negli ultimi mesi, con i Direttori delle Scuole di Specializzazione. E’ un percorso che abbiamo seguito sempre da vicino nei numeri precedenti fino all’ultimo Bollettino in cui abbiamo presentato la sintesi dell’attività della Commissione.

Con il documento attuale, in cui sono illustrate in dettaglio le finalità, le motivazioni culturali, scientifiche ed assistenziali del “core curriculum” proposto, si tenta di uniformare sul territorio nazionale il percorso formativo degli specializzandi, diminuendo la “variabilità formativa” attualmente presente che porta alla formazione di geriatri con competenze prevalentemente, ma a volte esclusivamente, in un settore specifico della medicina.

Sempre in tema di Scuole di Specializzazione è stato pubblicato sul “Sole 24 ore Sanità” della settimana scorsa un dettagliato articolo a firma di Manuela Perrone sullo schema di accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome per il fabbisogno di medici specialisti per il SSN da formare per l’Anno Accademico 2004-2005.

Il numero totale di posti nelle tre diverse aree (chirurgica, dei servizi e di medicina) è aumentato di 917 rispetto all’anno precedente con un totale previsto di 6.917. I posti programmati per l’area medica sono attualmente 2.892, 317 in più del precedente. Non è stato stabilito tuttavia un aumento per tutte le Scuole, per alcune c’è stata anche una diminuzione. Per la Geriatria sono previsti 185 posti, 25 in più dei 160 del precedente accordo. E’ una notizia favorevole per la nostra disciplina, considerata una branca in evoluzione di cui il SSN ha bisogno nella programmazione dell’assistenza sanitaria.

Presentiamo una versione aggiornata dei programmi del Contempo 2005 e dei due Seminari estivi di S. Giovanni Rotondo e Folgaria riservati ai giovani soci SIGG. Le modalità di partecipazione sono simili a quella della precedente edizione che ha riscosso largo consenso tra i partecipanti. E’ possibile già inviare le richieste, con la documentazione necessaria indicata, tenendo presente la data di scadenza fissata per fine aprile.

Qualche giorno fa è arrivata la risposta, che pubblichiamo, del Direttore Generale dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ai rilievi mossi da numerosi Presidenti di Società Scientifiche nazionali (tra cui la SIGG) alla nota 13 sulla prescrivibilità delle statine.

Ad una prima lettura la lettera non risponde pienamente ai numerosi quesiti posti dai Presidenti sulla mancata rimborsabilità delle statine in molte condizioni in cui hanno dimostrato la loro efficacia e sulle ripercussioni negative per la prevenzione primaria e secondaria di accidenti cerebrovascolari. Aspettiamo eventuali commenti o suggerimenti dai Soci sull’argomento, ricordando che sono in corso in proposito anche nuove iniziative soprattutto per quanto riguarda la possibilità per i geriatri di prescrivere alcuni farmaci importanti e di uso frequente, che la nota riserva solo ad altri specialisti. Il Prof. Bernabei si sta occupando personalmente dell’argomento, ha già fornito all’AIFA la documentazione scientifica necessaria e ci aggiorna sui contatti con l’Agenzia.

L’anno in corso si apre quindi con iniziative nuove di carattere politico, formativo ed assistenziale che richiederanno un adeguato impegno di tutti noi.

Vincenzo Canonico

I documenti completi sia sulle Scuole di Specializzazione che sulla corrispondenza con l’AIFA sono a disposizione di chi ne fa richiesta



Documento SIGG in preparazione delle elezioni regionali

(approvato il 19.1.2005 dalla Giunta su mandato del Consiglio Direttivo del 10-11 dicembre 2005)

Il testo che segue dovrebbe fungere da “cappello” ad un documento specifico di ciascuna sezione regionale SIGG, nel quale vengono affrontate le tematiche concrete del territorio di riferimento. Il tutto deve essere agile ed incisivo; la lunghezza del testo regionale non dovrebbe eccedere quella del nazionale. L’aspetto tipografico deve essere accurato: è utile stampare un pieghevole, scritto a caratteri grandi, da distribuire in migliaia di copie.

Il documento nel suo complesso dovrà costituire la base per incontri pubblici allargati tra iscritti SIGG ed altre persone interessate al tema con i candidati alle prossime elezioni: l’obiettivo è quello di ottenere impegni il più possibile formali sui nostri contenuti da parte di chi affronta la campagna elettorale. E’ evidente l’esigenza di usare uno stile “lieve”, in modo da non qualificare la geriatria come un gruppo di pressione incapace di mediazioni e di adattamenti alle specifiche realtà.

La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), che raccoglie a livello nazionale un gran numero di operatori sanitari dediti alla cura delle persone anziane, esprime una forte preoccupazione rispetto allo scenario dell’assistenza che si profila nel nostro paese per i prossimi anni.

In questa logica, la SIGG coglie l’occasione delle prossime elezioni regionali per richiamare l’attenzione dei futuri gestori della sanità e dei sistemi sociosanitari, e -più in generale- l’attenzione del sistema politico su un modello di welfare che non sembra tener conto delle drammatiche modificazioni demografiche ed epidemiologiche avvenute negli ultimi anni.

I problemi di carattere generale che investono l’area dell’assistenza all’anziano, e sui quali si ritiene opportuno richiamare un interesse diffuso, sono riassunti di seguito, tenendo distinte alcune caratteristiche valide a livello nazionale ed altre, più specifiche, di interesse regionale.

Un sistema sanitario ed assistenziale che si avvia, in modo sempre più dinamico, ad essere federalista, è importante persegua un doppio binario: quello nazionale, che esprime i principi e le ispirazioni di fondo, e quello regionale, che esprime i modelli organizzativi. In particolare l’anziano, la cui qualità di vita è molto sensibile alle peculiari caratteristiche dei servizi locali, è al centro di una modellistica altamente differenziata; il rispetto però delle specificità richiede una forte indicazione di fondo su ciò che è irrinunciabile e, quindi, deve fungere da ispirazione a qualsiasi organizzazione concreta dei servizi.

1. L’evoluzione della struttura socio-demografica deve essere accettata come punto di partenza per ogni considerazione, senza atteggiamenti pessimistici, ma riaffermando che l’alleanza tra la politica -che indirizza e programma- e gli operatori -che costruiscono e gestiscono i servizi- è oggi in grado di dare risposte adeguate al bisogno. E’ allo stesso tempo necessario suscitare attorno alla città che invecchia un’attenzione sempre più viva e costruttiva da parte di chi crede nel progresso.
2. La dignità e la libertà della persona sono valori indipendenti dal dato economico. Questa affermazione deve essere responsabilmente tenuta in considerazione nella programmazione dei servizi. L’economia pubblica non può essere l’elemento interpretativo primario nell’attenzione sociale alle condizioni di disagio.
3. Le persone fragili, e gli anziani rappresentano la maggior parte di questa categoria, sono al centro di una società che vuole dare senso alla vita anche di chi è in condizioni di sofferenza. Un servizio sanitario ed assistenziale adeguato al bisogno crescente degli anziani contribuisce in maniera importante alla costruzione di una società vivibile. In quest’ottica, trovano spazio anche interventi diretti alla qualità della vita di chi invecchia in salute, prevenendo in particolare le condizioni di disagio sociale indotte dalla solitudine. Non si ritengono invece



- opportuni investimenti cosiddetti “anti aging”, perché senza fondamento scientifico e volti alla deresponsabilizzazione sociale dell’anziano.
4. I servizi sanitari e socio-assistenziali sono sempre più costosi e troppo spesso rappresentano un carico pesante per l’ammalato e la sua famiglia. E’ quindi indispensabile ed urgente la creazione di un “fondo per la non autosufficienza” che permetta lo sviluppo adeguato di servizi in alcune aree del paese ed il mantenimento degli attuali standard in altre regioni. Ove a livello nazionale non fosse possibile, nonostante l’impegno bipartisan, arrivare ad un provvedimento in questo ambito, è necessario che le singole Regioni provvedano attraverso propri strumenti legislativi.
 5. La formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, psicologi, ecc.) specificamente preparati ad affrontare i problemi clinici e socioassistenziali di un numero sempre crescente di anziani è un preciso dovere del sistema scolastico ed universitario; ove la programmazione nazionale non vi ottemperasse in maniera adeguata, è necessario promuovere azioni integrative a livello locale, perché non sono più ammissibili gli attuali deficit in quest’area. Nell’ambito della formazione riveste un ruolo particolare anche quella in senso preventivo della persona che invecchia, quella degli operatori del volontariato e delle persone che a pagamento assistono l’anziano a casa, pur essendo sprovviste delle conoscenze più elementari nel campo.
 6. Gli operatori dell’assistenza rappresentano un patrimonio incalcolabile per il sistema sanitario e socioassistenziale. La loro valorizzazione, attraverso la formazione continua, il rispetto delle professionalità ed un adeguato riconoscimento economico è, quindi, un momento centrale per la crescita di qualsiasi sistema moderno di welfare.
 7. Il ricorso alle tecnologie deve essere implementato tenendo conto dei bisogni e delle indicazioni, senza alcuna discriminazione per età. Le procedure diagnostiche e terapeutiche di alto costo, perché fondate sulla tecnologia più avanzata, devono essere offerte alla persona anziana in modo diffuso su tutto il territorio nazionale, evitando spostamenti dannosi per la persona non più giovane.
 8. L’anziano deve poter fruire di una rete dei servizi articolata e specifica, in modo da coprire tutte le fasi del bisogno: dalla prevenzione, alle cure ospedaliere, alla riabilitazione, all’assistenza domiciliare e residenziale. Ogni Regione costruisce la rete secondo modelli organizzativi propri, senza però trascurare l’esigenza di una guida unitaria della continuità assistenziale, così da accompagnare in modo tecnicamente efficace ed umanamente rispettoso il lungo itinerario di malattia di un anziano affetto da patologie croniche. La rete deve essere programmata prevedendo che tutti i nodi siano rappresentati in modo adeguato rispetto al bisogno. Pur accettando la partecipazione di attori diversi alla costruzione della rete, la Regione si assume la responsabilità della programmazione e del controllo, mettendo in atto efficaci sistemi di accreditamento, un controllo delle tariffe ed un sistema informativo articolato ed analitico.

(a questo testo dovranno far seguito, con una numerazione o con un colore diversi, anche i punti specifici per le varie Regioni)



Documento della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) riguardante le Scuole di Specializzazione in Geriatria (SSG)

Con questo documento la SIGG ritiene di esprimere un parere sull'adeguatezza dell'insegnamento nelle 33 Scuole di specializzazione in Geriatria attivate sul territorio nazionale e di enunciare ponderate raccomandazioni per migliorarne la qualità ed i risultati. La speranza è che il documento sia proposto ed illustrato ai Docenti delle Scuole di specializzazione in Geriatria (Consiglio dei Docenti); la sua implementazione richiede la partecipazione attiva di tutti i Docenti e la consapevolezza che la Geriatria debba svolgere un ruolo sempre più rilevante nella sanità ospedaliera e territoriale. Per questo è richiesta ortodossia metodologica che tenga conto dei risultati ottenuti dalla ricerca geriatrica, questi sono raramente e con ritardo trasferiti alla pratica clinica quotidiana.

L'obiettivo preliminare e più rilevante è il tentativo di *standardizzare* il più possibile i contenuti geriatrici professionalizzanti delle diverse SSG con particolare riferimento alla **tabella B** (la cui compilazione fu opera di Geriatri, circa 6 anni fa); l'attuazione di questa non sembra aver ottenuto risultati sempre soddisfacenti, come si evince dalla variabilità delle risposte ai questionari pervenuti.

La loro valutazione ha generato l'impressione che ancora prevalga l'insegnamento per disciplina e "il fai da te"; ma è evidente che l'approccio per problemi e per bisogni, squisitamente geriatrico, richieda l'intervento multidisciplinare e un contesto interattivo dove operano professionalità adeguatamente e specificamente preparate (i *tutor* dovrebbero avere queste caratteristiche).

Questo "insieme" sarebbe meglio realizzato all'interno di un possibile Dipartimento di Medicina geriatrica o di Geriatria dove sono a stretto contatto con l'Unità Operativa ospedaliera di Geriatria le strutture socio-sanitarie del territorio (cure intermedie) e le cure domiciliari.

E' certo che il Medico specialista in Geriatria (**MSG**) rappresenta operativamente la parte più visibile ed apprezzabile della nostra disciplina nelle attività sanitarie a vari livelli (ospedale, strutture e domicilio). La Geriatria sarà più apprezzata se il MSG opererà con perizia e specificità; così facendo non dovrebbe risultare facilmente sostituibile o vicariabile e potrebbe più frequentemente influenzare in modo positivo i processi curativi ed assistenziali riservati alla persona anziana.

Sembra un obiettivo raggiungibile che i contenuti dell'apprendimento e della formazione specialistica geriatrica siano validati ed uniformi; se la difformità e l'estemporaneità continueranno, la disciplina Geriatria, della cui qualità si fa carico la SIGG, continuerà ad essere povera di specificità e di appropriatezza.

Si è ritenuto di stilare un **core curriculum** che la SIGG raccomanda alle SSG; queste dovrebbero seguirlo come traccia fondamentale e comune per raggiungere gli obiettivi prima ricordati:

La standardizzazione delle procedure (cliniche, terapeutiche, preventive, riabilitative e gestionali) sembra la modalità per raggiungere l'uniformità dei processi professionalizzanti del MSG; indispensabili sono la comunicazione e l'utilizzazione di un linguaggio comune fra gli operatori geriatrici di ogni livello e fra i diversi *setting* assistenziali.

La SIGG sollecita l'implementazione di questa procedura didattica elencandone i punti rilevanti; lo statuto delle singole SSG rimarrà ovviamente immutato.

Il core curriculum, che la SIGG ritiene di raccomandare alle singole SSG come irrinunciabile nell'insegnamento pratico-strumentale e tutoriale per migliorare la qualità geriatrico-professionale del MSG, è strutturato come segue:



1. valutazione multidimensionale geriatrica (VMG). Il protocollo da insegnare e da applicare deve essere validato scientificamente; il fatto che una Regione abbia adottato una procedura particolare non giustifica che questa sia insegnata nella SSG. Pertanto si chiede che tutte le SSG adottino uno strumento scientificamente credibile.

L'utilizzazione del sistema informatizzato è da raccomandare.

Lo strumento di VMG deve essere lo stesso o compatibile nei diversi *setting* assistenziali; è fondamentale che esso diventi parte della cartella clinica ospedaliera e dell'ospite di struttura.

L'attività didattica nelle strutture sarà svolta da un Docente che adotta metodologie di comprovata validità (lui stesso dovrà apprendere ed applicare quella diffusamente ritenuta valida).

2. indagini strumentali che il MSG deve eseguire in modo autonomo:

- ecografia delle carotidi: capacità di definirne le caratteristiche strutturali e il calibro
- indice di Winsor
- elettrocardiogramma
- pulsossimetro
- Holter pressorio
- analisi bioumorali elementari
- misura della forza muscolare (handgrip)
- composizione corporea e stato di idratazione e di malnutrizione (indici antropometrici, impedenziometria)

L'obiettivo complessivo del punto 2. è che il MSG sia sufficientemente autonomo nella gestione dei pazienti anziani fuori dall'ospedale in modo che gli accertamenti "inutili" richiesti ai medici specialisti siano ridotti ai casi che effettivamente lo richiedono.

3. scale di valutazione ed altro. Il MSG deve essere in grado di compilare correttamente:

- le scale dell'equilibrio, della postura e dell'andatura (problema delle cadute)
- chair standing (valuta anche il rischio di caduta)
- ADL, IADL, Geriatric Depression Scale, MMSE e CAM (Confusion Assessment Scale);
- misura della comorbidità (CIRS)
- MNA (Mini Nutritional Assessment) e disfagia

Inoltre il MSG deve:

- consultare uno strumento informatico per predire eventuali effetti avversi ed interazioni farmacologiche sfavorevoli (per esempio *ePocrates*)
- saper consultare ed utilizzare la letteratura specifica per migliorare con continuità la qualità dell'assistenza e delle cure (*Journal Club*)
- saper discutere un caso clinico con altre figure mediche ed infermieristiche facendo riferimento ai contenuti della cartella clinica e della VMG.

4. il MSG deve essere in grado di affrontare le emergenza mediche conoscendo le procedure diagnostiche e terapeutiche più corrette. Pertanto deve partecipare alle guardie mediche notturne e festive con una accettabile frequenza. Il tutore è responsabile della verifica

- dell'apprendimento. Frequentare per un periodo di 90 giorni il Dipartimento di emergenza ed accettazione medica dove vengono indirizzati tanti malati anziani.
5. il MSG deve imparare a programmare una ricerca clinica applicata soprattutto nei settori extraospedalieri ai quali è dato scarso rilievo. Pertanto, oltreché a trial farmacologici di efficacia, è raccomandata la partecipazione attiva a studi epidemiologici che riguardano gli anziani, in modo da essere in grado di valutare i risultati ottenuti. Deve inoltre saper costruire e consultare una banca dati.
 6. il MSG deve saper riconoscere l'abuso dell'anziano nelle sue tante espressioni.
 7. il MSG deve incentivare la mobilizzazione precoce dei malati acuti e l'attività motoria negli anziani ipoattivi e non partecipativi (si trovano soprattutto nelle strutture e a domicilio); la riabilitazione geriatrica deve essere promossa in modo adeguato. E' noto che molti pazienti anziani sono dimessi dagli ospedali in condizioni funzionali peggiori rispetto al periodo pre-ricovero.
 8. il MSG deve realizzare la continuità assistenziale dell'anziano fragile e disabile utilizzando il sistema informatizzato che la SSG cercherà di realizzare (anche su un numero limitato di anziani) come parte fondamentale della didattica squisitamente geriatrica di ogni scuola.
 9. si raccomanda che il futuro Geriatra svolga la sua attività di apprendimento con modalità tutoriale per il 30% in una RSA di "insegnamento" che ogni SSG individuerà in base alle sue caratteristiche di appropriatezza; la SSG cercherà in ogni caso di renderla il più possibile idonea all'attività didattica tutoriale; fondamentale ed irrinunciabile sarà la qualità del Docente in questo setting (cure intermedie).

Altre raccomandazioni:

- Le SSG di una stessa Regione, unendosi in consorzi regionali, potranno influenzare con maggiore incisività e credibilità le decisioni sanitarie che riguardano gli anziani; queste di solito sono adottate senza tener conto della medicina geriatrica ai vari livelli e soprattutto della competenza specifica del MSG.
- Il Consiglio dei Docenti delle singole SSG considera le proposte didattiche del core curriculum affinché siano effettivamente realizzate con appropriatezza. I Tutori e i Docenti frequentemente operano in sedi diverse e distanti fra loro: si dovranno operare verifiche sui contenuti effettivi dell'insegnamento evitando ripetizioni e futilità.
- I Medici specializzandi seguono un programma di rotazione fra le diverse sedi didattico-formative con la raccomandazione di non perdere mai di vista la continuità curativa ed assistenziale e di riconoscere l'appropriatezza del ricovero o la collocazione dell'anziano nei vari setting.

Il contenuto del documento è il risultato di più riunioni dei Direttori delle SSG riuniti dal Presidente della SIGG su argomenti che sono sempre stati disponibili e leggibili anche online.



Corso Residenziale
CONTEMPO 2005: «Le malattie dell'anziano»
 Gardone Riviera (BS), 28 - 29 aprile 2005

Giovedì 28 aprile

mattina

Presiede: *Giuseppe Romanelli*

“Il metodo in geriatria”

- La geriatria: un continuo progresso culturale e clinico *Marco Trabucchi*
- Lo studio del singolo caso *Renzo Rozzini*
- Il data base come strumento per monitorare l'efficacia di un servizio geriatrico *Roberto Bernabei*

pomeriggio

Presiede: *Massimo Calabrò*

“Il contempo in neuropsicogeriatrics”

- Le demenze: verso una nuova nosografia *Angelo Bianchetti*
- L'alcoolismo nell'anziano *Alberto Cester*
- Depressione e malattia somatica *Umberto Senin*

Venerdì 29 aprile

mattina

Presiede: *Ottavio Bosello*

“Il contempo in cardiogeriatrics”

- La sincope *Gabriele Noro*
- L'ipertensione: quando e come trattare *Andrea Ungar*
- Cardiologia interventistica nell'anziano *Niccolò Marchionni*

pomeriggio

Presiede: *Giorgio Annoni*

“Il contempo in pneumologia geriatrics”

- BPCO *Raffaele Antonelli Incalzi*
- Le polmoniti *Nicola Ferrara*
- Il tumore del polmone *Domenico Cucinotta*
- La geriatria verso il futuro: conclusioni di Contempo *Giulio Masotti*

Il volume “CONTEMPO 2005” verrà pubblicato da CIC Edizioni Internazionali



SEMINARIO ESTIVO SIGG 2005
San Giovanni Rotondo, 19-23 giugno 2005
 Casa Sollievo della Sofferenza

Domenica 19 giugno

- Registrazione dei Corsisti
- Saluto e introduzione al Corso

Letture:

Perché un giovane deve “amare” la geriatria

M. Trabucchi

Lunedì 20 giugno

“DALLA RICERCA DI BASE ALLA PRATICA CLINICA”

La metodologia di ricerca come modello operativo per la pratica clinica in geriatria

Letture

09.30 **La ricerca epidemiologica: dallo studio di popolazione alla prevenzione**

S. Maggi

10.30 **La ricerca clinica: dalla evidence based-medicine al letto del malato**

A. Pilotto

11.30 **La ricerca di base: dal gene alla diagnosi e alla terapia**

B. Dallapiccola – E.M. Valente

12.30 Pausa

La Valutazione Multidimensionale come strumento clinico e di ricerca

14.30 Discussione casi clinici a piccoli gruppi

16.30 Discussione plenaria

17.30 Conclusioni

Martedì 21 giugno

“LO SCOMPENSO CARDIACO DELL’ANZIANO”

Letture

09.30 **Epidemiologia**

M. Di Bari

10.30 **Fisiopatologia**

D. Leosco

11.30 **Trattamento**

N. Marchionni

12.30 Pausa

La valutazione cardiovascolare nell’anziano: uso razionale degli strumenti diagnostici

14.30 Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con tutors

16.30 Discussione plenaria

17.30 Conclusioni



Mercoledì 22 giugno

“LA PATOLOGIA GASTROINTESTINALE NELL’ANZIANO”

Lecture

9.30 **Le malattie delle alte vie digestive nell’anziano**

A. Pilotto

10.30 **Sindrome da malassorbimento nell’anziano**

V. Annese

11.30 **Le turbe dell’alvo nell’anziano**

F. Perri

12.30 *Pausa*

L’uso razionale degli strumenti diagnostici nell’anziano

14.30 Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con tutors

16.30 Discussione plenaria

17.30 Conclusioni

Giovedì 23 giugno

“L’INVECCHIAMENTO CEREBRALE”

Lecture

9:00 **Il deficit cognitivo dell’anziano: inquadramento nosografico e fisiopatologico**

A. Capurso

10:00 **La clinica della demenza**

O. Zanetti

11:00 **Neuroimaging: le disabilità cognitive**

G.B. Frisoni

12:00 **Le terapie delle demenze**

P. Mecocci

13.00 *Pausa*

L’uso razionale degli strumenti diagnostici nell’anziano

14.30 Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con tutors

16.30 **La geriatria verso il futuro**

U. Senin

17.30 Conclusioni



II° SEMINARIO ESTIVO SIGG 2005

Folgaria, 3-7 luglio 2005

Domenica 3 luglio

- Registrazione dei Corsisti
- Saluto e introduzione al Corso

Lettura

Perché un giovane deve amare la geriatria?

M. Trabucchi

Lunedì 4 luglio

PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE NELL'ANZIANO

Focus sull'artrosi: epidemiologia, impatto su stato di salute e qualità della vita, approccio terapeutico

A. Mannoni

Patologia articolare infiammatoria

G. Noro

Martedì 5 luglio

PATOLOGIA ONCOLOGICA NELL'ANZIANO

A. Gambardella, L. Repetto

Mercoledì 6 luglio

La riabilitazione geriatrica

B. Bernardini, N. Ferrara

Le cure terminali

F. Caretta, M. Petrini, O. Zanetti

Giovedì 7 luglio

PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NELL'ANZIANO

Sindromi coronariche acute: linee-guida vs. "real world"

N. Marchionni

La sincope: diagnostica e trattamento

C. Mussi, A. Ungar



MODALITA' DI PARTECIPAZIONE AI DUE SEMINARI ESTIVI

La S.I.G.G. ripropone, per il secondo anno consecutivo, come attività di formazione innovativa, la formula della Summer School dedicata a giovani medici, iscritti SIGG, che non abbiano superato i 30 anni di età e, visto il successo riportato nella prima edizione, ha deciso di organizzare due seminari estivi da tenersi a San Giovanni Rotondo ed a Folgaria.

Gli interessati dovranno inviare alla SIGG, tramite e-mail (sigg@sigg.it), un breve curriculum, l'indicazione del seminario al quale intendono prendere parte ed uno scritto di due cartelle motivando il loro desiderio di partecipazione.

Verranno selezionati solo 20 partecipanti per ciascun seminario.

Dead line 30 aprile 2005

La SIGG offrirà l'iscrizione e l'ospitalità completa; i partecipanti dovranno provvedere in proprio alle spese di viaggio.

Per questi eventi verrà richiesto l'accREDITAMENTO al programma nazionale di Educazione Continua in Medicina.

GIORNATE ITALIANE DI ENDOCRINOLOGIA GERIATRICA

La quarta edizione delle Giornate Italiane di Endocrinologia Geriatrica quest'anno è stata dedicata completamente al problema dell'Aging Male cioè all'analisi degli aspetti clinici tipici di quel periodo critico nella vita dell'uomo altrimenti definito, in modo non corretto, andropausa. La definizione oggi correntemente usata è quella di PADAM acronimo di Partial Androgen Deficiency of Aging Male cioè a dire la sindrome da parziale deficienza di androgeni dell'uomo che invecchia.

Considerato che anche in Italia è da poco tempo disponibile la formulazione farmacologica in gel di testosterone somministrabile per via transcutanea ci è sembrato particolarmente utile una puntualizzazione su questa tematica.

Il programma della manifestazione si è articolato attraverso molteplici sessioni coinvolgenti in clima multidisciplinare geriatri, endocrinologi, andrologi e urologi provenienti da numerosi centri universitari e ospedalieri dell'intero territorio nazionale.

La sindrome in oggetto in una prima sessione è stata analizzata nei suoi aspetti fisiopatologici (componente gonadica, ipofisaria, neuroipotalamica e metabolica periferica). E' poi stata puntualizzata la strategia diagnostica sia clinica (sintetizzata nel questionario AMS volto a esplorare la componente somatica, psichica e sessuale) sia laboratoristica (individuata nelle metodiche di dosaggio sierico del testosterone totale, libero e biodisponibile) (Valenti *Parma*, Heinemann *Berlino*, Romanelli *Roma*).

In una seconda sessione sono state analizzate le principali manifestazioni cliniche che classicamente si esprimono a livello dell'apparato muscolare (sarcopenia), dell'apparato scheletrico (osteopenia e osteoporosi), a livello del sistema nervoso centrale (turbe di affettività e cognitivtà) a livello della sessualità (calo della libido e della performance sessuale) (Denti *Parma*, Rochira *Modena*, Amore *Parma*, Bellastella *Napoli*).

Una sessione è stata poi dedicata al testosterone come terapia sostitutiva cercando di descriverne innanzitutto le diverse proposte farmacologiche disponibili, le complicanze prostatiche ed extraprostatiche del trattamento. Di particolare interesse è risultata la rivisitazione degli effetti del testosterone sull'apparato cardiovascolare ove lo steroide sembra avere perduto il suo tradizionale ruolo proaterogeno per proporsi invece come ormone capace di un ruolo decisamente protettivo. Notevolmente ridimensionata inoltre è anche la potenzialità oncogena sulla prostata ove peraltro resta sicuramente documentata la capacità di accelerare la progressione di focolai tumorali preesistenti (Turchi *Prato*, Guarneri *Milano*, Vigna *Ferrara*, Volpi *Parma*).

Di particolare interesse in una separata sessione è stata la individuazione di un modello sperimentale per lo studio dell'invecchiamento maschile rappresentato dalla condizione di microgravità per la quale si verificano singolari analogie con le manifestazioni della sindrome PADAM (Strollo *Roma*, Boitani *Roma*, Uva *Genova*).

Una ulteriore sessione è stata dedicata alle manifestazioni endocrine extragonadiche tipiche di questa fase della vita dell'uomo coinvolgenti la ghiandola surrenale (diminuzione della produzione di DHEA e aumento di quella del cortisolo), la ghiandola ipofisaria (diminuita attivazione del sistema GH-IGF), la ghiandola tiroide (sindrome da bassa T3) e la parte endocrina del pancreas (insulinoreistenza e sindrome metabolica) (Mantero *Padova*, Ceda e Ceresini *Parma*, Paolisso *Napoli*).

Un'ultima sessione è stata dedicata al problema della disfunzione erettile analizzata nei suoi aspetti fisiopatologici e alle nuove proposte terapeutiche al fine di rimarcare per questa specifica fascia di età i rischi e i benefici (Gulino *Roma*, Foresta *Padova*, Pozzi *Roma*).

Le due letture magistrali sono state effettuate dai professori B Lunenfeld e JE Morley attualmente le due voci più autorevoli nello scenario della endocrinologia geriatrica mondiale. Il primo ha illustrato gli obiettivi principali di ISSAM (International Society for the Study of Aging Male) la società internazionale di cui è stato uno dei fondatori e di cui ricopre attualmente la presidenza. Il secondo ha descritto luci e ombre delle principali terapie di sostituzione ormonale proponibili in questa fase particolare della vita dell'uomo.

Giorgio Valenti



LA RISPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AIFA SUI RILIEVI AVANZATI DAI PRESIDENTI DI SOCIETÀ SCIENTIFICHE ALLA NOTA 13

La direzione generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha attentamente valutato ed esaminato le osservazioni relative alla nota 13 e alle carte di rischio contenute nella lettera inviata in data 13 dicembre 2004, trasmesse a firma del Prof. Arturo Pujia a nome e per conto della Società per lo Studio dell'Arteriosclerosi (Sisa).

Tale materia è stata inoltre oggetto di uno specifico approfondimento nella riunione del 15 dicembre scorso da parte della commissione tecnico-scientifica (Cts) dell'Aifa.

Nel merito delle osservazioni formulate, si trasmettono le seguenti precisazioni come base per una discussione aperta e costruttiva, al fine di migliorare sempre di più l'integrazione tra le autorità regolatorie e le società scientifiche.

❶ **Livello percentuale del rischio cardiovascolare assoluto ai fini della rimborsabilità.** Come specificato nel comunicato pubblicato dall'Aifa in data 19 dicembre 2004, «l'uso delle carte del rischio dell'Iss (Progetto Cuore) sarà sottoposto a continua verifica e aggiornamento ed è collegabile con un progetto di ricerca denominato RiACE (Rischio assoluto cardiovascolare – epidemiologia), promosso dall'Aifa, in collaborazione con il ministero della Salute e le Regioni, per verificare la pratica assistenziale della medicina generale, la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria».

La decisione di collegare l'atto regolatorio a un progetto di ricerca e di impatto della trasferibilità e dei risultati delle carte stesse, appare la soluzione più flessibile e moderna rispetto a una decisione slegata da un contesto di verifica nella pratica della medicina generale.

Peraltro risulta assente dal dibattito sulle statine e le carte di rischio un elemento assai rilevante e decisivo: come dimostrato da uno studio condotto dall'Iss in una coorte rappresentativa di pazienti esposti al trattamento con statine, nell'80% dei casi il trattamento nel singolo paziente non supera i 30 giorni di terapia.

Ciò significa che nella stragrande maggioranza dei casi l'impiego delle statine non ha un razionale ai fini della prevenzione primaria e secondaria degli accidenti cerebro-vascolari e rischia di essere un fattore fuorviante e diseducativo rispetto alla correzione degli stili di vita.

In termini strettamente economici, tale prassi prescrittiva comporta una spesa impropria ed evitabile stimata in 800 milioni di euro, atteso che la spesa a carico del Ssn per l'anno 2004 è pari a circa un milione di euro. Questo oggi appare l'elemento più dirimente su cui concentrare gli sforzi educativi e formativi delle autorità regolatorie, delle società scientifiche e dell'Accademia.

❷ **Omega 3.** L'esclusione della condizione di ipertrigliceridemia ai fini dell'impiego degli omega 3 nella prevenzione secondaria dell'infarto del miocardio, sulla base dello studio Gissi prevenzione, è stata precisata con comunicato dell'Aifa del 19 novembre che corrisponde alla data di esecutività delle note.

❸ **Rischio cardiovascolare e impiego delle statine in pazienti con età superiore a 69 anni.** E' del tutto condivisibile, oltre che di buon senso, che il rischio cardiovascolare, qualora precedentemente esistente, non può scomparire al compimento 70° anno di età, per i nuovi trattamenti oltre i 69 anni, il medico è tenuto a definire e valutare le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine. Nel confermare la completa disponibilità dell'Aifa e della Cts a un confronto aperto e costruttivo, l'occasione mi è gradita per porgere i più cordiali saluti.

Nello Martini



AGGIORNAMENTO SULLA PRESCRIVIBILITA' DEI FARMACI IN GERIATRIA

Dopo il batti e ribatti tra i Presidenti di Società Scientifiche e il Direttore Generale AIFA, Nello Martini, sottopongo le conclusioni di quanto preparato (con il puntiglioso aiuto di Giovanni Gambassi) per far cambiare l' indirizzo prescrittivo previsto per alcuni farmaci.

Come avevo già informato (Bollettino SIGG n.12 2004), infatti, anche la Geriatria è stata esclusa dalla prescrivibilità di farmaci che usiamo più o meno comunemente nella nostra pratica clinica.

Visto che Martini auspica il dialogo abbiamo scritto 6 pagine interlinea 1 con un centinaio di voci bibliografiche.

Per dialogare su base rigorosa.

Con l'occasione comunico anche la mia nomina ad esperto dell' AIFA stessa confidando che ciò aiuti...

Nota 12 - Eritropoietina

L'eritropoietina ed i suoi analoghi sono molecole potenzialmente efficaci nel trattamento di molte condizioni anemiche tipiche della persona anziana (insufficienza renale, anemia neoplastica post terapia antitumorale, anemia post interventi ortopedici, post prostatectomia).

L'eritropoietina inoltre esercita un potente effetto protettivo in molti sistemi cellulari prevenendo l'apoptosi indotta dall'ipossia, dai radicali liberi e dalla eccito-tossicità. Tali meccanismi sono coinvolti in patologie sia geriatriche che precedenti come l'infarto ed in patologie quasi esclusivamente geriatriche come l' ictus, la demenza, il danno midollare.

Essendo poi l'anemia un fattore di rischio per il peggioramento di molte patologie croniche dell' anziano, ed un marker della fragilità, gli effetti positivi dell' eritropoietina si potrebbero estendere a molte condizioni cliniche.

Per le considerazioni suesposte -anche in assenza di prove di efficacia definitive sotto tutti gli aspetti- si richiede che anche il medico geriatra abbia la possibilità di prescrivere l' eritropoietina od i suoi analoghi più recenti.

Nota 13 - Ipolipemizzanti

Nei soggetti anziani, in modo particolare nelle coorti sino ad 80 anni, le statine conferiscono una protezione simile a quella dei soggetti giovani adulti. L' utilizzo appare quindi indicato per la prevenzione primaria e secondaria di eventi coronarici, fatali e non fatali, soprattutto nei soggetti ad alto rischio (ipertesi e diabetici) anche in presenza di colesterolemia normale-alta.

L' utilizzo di statine appare altresì indicato negli stessi pazienti per la prevenzione di eventi cerebrovascolari.

Per le considerazioni suesposte -anche in assenza di prove di efficacia definitive sotto tutti gli aspetti- si richiede che anche il medico geriatra abbia la possibilità di prescrivere le statine.

Roberto Bernabei



NOTIZIE DALLA FIRI

Sintesi incontro Responsabili Centri partecipanti al Progetto DAFNE

Si è tenuta a Firenze il 10 dicembre u.s. la riunione dei Centri partecipanti al progetto DAFNE promosso dalla SIGG, dalla FIRI, con la collaborazione e il supporto economico della Pfizer Italia. La riunione è stata coordinata dai Proff. Niccolò Marchionni ed Antonio Cherubini.

La riunione ha fatto seguito ad una precedente che si è tenuta a Firenze, in maniera estemporanea, in occasione del 49° Congresso SIGG del novembre scorso.

E' stato sottolineato che l'arruolamento dei pazienti ha avuto una recente accelerazione, in conseguenza sia della riunione precedente, sia dell'inizio e della progressiva crescita dell'attività di alcuni centri (es.: Brescia e Parma) che avevano ritardato l'avvio dell'arruolamento per problemi nell'ottenere la autorizzazione dei comitati etici locali.

Alla data del 9 dicembre 2004, risultano arruolati complessivamente 1480 pazienti, rispetto all'obiettivo prefissato di 3672.

Viene segnalato che purtroppo, dei 18 centri che inizialmente avevano aderito alla sperimentazione, 4 (Monza, Prato, Cosenza e Lecce) hanno dichiarato in itinere di non poter effettuare lo studio; pertanto, esiste la necessità di reclutare, se possibile, più pazienti rispetto al target iniziale; a questo proposito, va sottolineato che si rendono disponibili i fondi che non verranno erogati a questi centri.

In base a queste considerazioni viene discussa l'opportunità di prolungare i tempi di arruolamento. Viene rilevato che alcuni centri hanno ad oggi quasi raggiunto il target finale, fissato in 204 pazienti per ogni centro.

Viene discussa l'opportunità di differenziare l'erogazione dei contributi tenendo conto da una parte del mancato conseguimento dell'obiettivo (che comporterà una riduzione del contributo) e, dall'altra, del superamento dell'obiettivo (che comporterà un aumento del contributo in misura proporzionale al numero di pazienti arruolati oltre i 204).

Viene fatto presente da alcuni che, per una serie di coincidenze, non tutti i field researcher addestrati in prima istanza sono ad oggi presenti e, pertanto, viene evidenziata la necessità di introdurre alla sperimentazione nuovi field researcher, per i quali però si rende necessario un adeguato corso di addestramento.

Da alcuni centri viene rilevata la difficoltà di invio dei dati ai centri delegati per la scannerizzazione degli stessi, non ricordando anche i centri di riferimento e quindi viene richiesto un aggiornamento in questo senso.

Su tutti gli argomenti esposti vi è stata una ampia discussione, che ha consentito di assumere le decisioni seguenti:

-Il termine per l'arruolamento dei pazienti viene stabilito al 30 Settembre 2005.

-Il Centro che non raggiunge il target di 204 pazienti non percepirà la quota intera ed in particolare sarà erogata una somma integrativa per chi arruolerà 100 pazienti, e verranno scaglionati i contributi di 50 in 50 pazienti tra il target di 100 e 204 pazienti; il budget recuperato per la defezione di 4 centri sarà distribuito ai centri che supereranno il target di 204 pazienti, in proporzione al numero di pazienti arruolati in eccesso (arruolamento competitivo).

-Viene deciso che si terrà un corso di addestramento per i nuovi field researcher il giorno 14 gennaio 2005 a Roma, c/o l'Hilton di Fiumicino (V. A. Ferrarini) con inizio previsto per le ore 10:00 e fine per le ore 18:00. Per consentire l'organizzazione del corso i responsabili dei centri dovranno comunicare alla FIRI i nominativi dei partecipanti con i relativi recapiti; la FIRI provvederà a contattare gli stessi per la organizzazione logistica.

-Per migliorare e velocizzare la raccolta del materiale, sarà inviato nuovamente a tutti i centri lo schema per la spedizione del materiale stesso ai centri scannerizzatori di riferimento.

-Per monitorare al meglio l'andamento dello studio viene deciso che, oltre quanto normalmente fatto dal comitato operativo, sarà istituito un comitato scientifico che dovrebbe riunirsi ogni 3 mesi; del comitato dovrebbe far parte un membro per ciascuna unità operativa.

Franco Rengo

I SOCI SCRIVONO

La valutazione dello stress del caregiver nella valutazione multidimensionale dell'anziano con demenza

La demenza rappresenta una delle patologie più invalidanti, se non addirittura la più invalidante, nei soggetti anziani. Il carico assistenziale che ne deriva determina molto spesso un elevato livello di stress in coloro che assistono il paziente, stress che non è solo legato all'intenso impegno fisico, ma anche all'impatto che una malattia come la demenza determina nei rapporti interpersonali per il modificarsi dei ruoli e anche delle modalità di espressione affettiva fra malato e caregiver. Il senso di fatica, depressione, malessere anche fisico che il caregiver può esprimere nel coprire un ruolo così difficile viene spesso definito con il termine di *burden*. La valutazione del *burden* del caregiver rappresenta un aspetto di estrema importanza all'interno della valutazione multidimensionale dei soggetti con demenza in quanto, come dimostrato anche da molti studi, un suo elevato livello si associa ad una peggiore prognosi per il malato e ad un più elevato rischio di istituzionalizzazione. Fra le varie scale proposte nella quantificazione e tipologia del *burden* del caregiver del paziente con demenza, la *Caregiver Burden Inventory (CBI)* realizzata da Novak e Guest nel 1989 appare di particolare interesse in quanto specificamente studiata per chi assiste malati di demenza. La scala si articola in vari subitem che analizzano differenti aspetti del *burden*, da quello legato alla fatica fisica a quello dovuto al senso di frustrazione sulle proprie aspettative di vita, alla riduzione delle attività sociali, allo stress emotivo.

Il Gruppo di Studio sull'Invecchiamento Cerebrale (GSIC) della SIGG ha utilizzato la CBI per una ricerca su una vasta popolazione di caregiver di pazienti anziani con demenza. Lo studio, che ha coinvolto 16 centri di Geriatria in tutta Italia, ha permesso di valutare oltre quattrocento fra caregiver e pazienti. I risultati di tale attività di ricerca ha portato alla produzione di due lavori scientifici che saranno pubblicati nel corso del 2005 su *Aging Clinical and Experimental Research* e su *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Nel primo lavoro sono state valutate più in dettaglio le caratteristiche della CBI ed i fattori relativi al paziente o al caregiver che più pesano negli aspetti del *burden* analizzati nella scala. Nel secondo studio si è partiti dall'idea che il *burden* è strettamente associato all'ansia ed alla depressione che il caregiver può percepire nonché al *distress* determinato dai disturbi comportamentali di cui può soffrire il paziente. Pertanto, sulla base di una analisi cluster dei punteggi ottenuti in diverse scale che valutavano tutti questi aspetti, si è individuato un gruppo di caregiver definito ad alto livello di *burden*, *distress* depressione ed ansia (HBDDA) e si sono individuati i fattori, sia del paziente che dello stesso caregiver, associati al rischio di appartenere a questo gruppo.

I risultati ottenuti dal GSIC hanno permesso dunque non solo di sottolineare il valore intrinseco di una scala come la CBI applicandola ad un'ampia popolazione di caregiver, ma anche di valutare l'estrema importanza, e quindi la necessità, di tenere sempre in considerazione il caregiver e il suo livello di sofferenza, fatica, impegno quando si valuta il paziente con demenza. Essere superficiali su questo aspetto può determinare una ridotta risposta, se non addirittura il fallimento, di qualsiasi trattamento, sia di tipo farmacologico che non farmacologico nei confronti del malato e di non contribuire a migliorare, laddove possibile, la qualità di vita del caregiver, aspetto altrettanto importante nella nostra azione terapeutica.

Patrizia Mecocci



La Geriatria è una branca specialistica?

Se può consolare la professionalità del Geriatra ricordo che nel recentissimo accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, la Geriatria è elencata come branca principale (assimilata a Geriatria e Gerontologia, Gerontologia e Geriatria, Patologia geriatrica); branche affini sono: diagnostica neurochirurgica, semeiotica neurochirurgica, medicina generale, medicina interna, neurologia, neuroradiologia, terapia medica sistematica, terapia medica sistematica e idrologia medica.

Il tutto è veramente sorprendente, ma considerando la nostra storia tutto è possibile e lecito.
Poveri vecchi !

Gianfranco Salvioli

L'Anziano nel contratto di lavoro dei Medici di Medicina generale (di assistenza primaria): anteprima

E' indubbio che il nuovo contratto introduce profondi cambiamenti organizzativi ; esso riguarda i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici di continuità assistenziale, i Medici di medicina dei servizi e specialisti ambulatoriali; potrebbe teoricamente coinvolgere anche i Medici specialisti in Geriatria se la nostra disciplina fosse equiparata alle specialità mediche *normali*.

Nel nuovo contratto è prevista ed assicurata un'assistenza agli utenti del servizio sanitario nazionale di 24 ore su 24 e 7 giorni la settimana; sarà ottenuta incentivando fundamentalmente l'**aggregazione** dei medici di famiglia in **UTAP o nuclei di cure primarie** e l'**informatizzazione**; l'obiettivo è la realizzazione della continuità assistenziale ricorrendo anche alla utilizzazione del Medico di guardia (la continuità assistenziale, propriamente, indica l' unitarietà di cure e di assistenza fra i diversi setting assistenziali – che interagiscono – per evitare i problemi nella transizione fra gli stessi): sembra più appropriato parlare di emergenza territoriale. Un risultato potrebbe essere una più appropriata utilizzazione del Pronto soccorso ospedaliero.

L'anziano che necessita di prevenzione oculata, che più frequentemente si ammala o è fragile e disabile (40% circa delle prestazioni) non è menzionato in particolare se non per una quota aggiuntiva da assegnare al medico che lo assiste (oltre la quota capitarla): essa sarà di 15,49 euro/anno per ogni assistito di età > 75 anni; si noti che per ogni assistito di età inferiore a 14 anni la quota aggiuntiva è superiore (18,08 euro/anno); si può parlare di ageismo?

Sicuramente si può affermare che il problema dell'assistenza territoriale agli anziani gravosa e complessa, non trova – dal punto di vista geriatrico- una soluzione adeguata nemmeno in questo contratto. E' augurabile che le Regioni possano introdurre elementi qualificanti per realizzare un'appropriata assistenza ai vecchi fragili e malati.

Gianfranco Salvioli

In una recente indagine del Censis 2004 riguardante la salute degli anziani (> 60 anni) in alcune regioni italiane, quando si indaga la fruizione dei servizi di assistenza sanitaria a seguito di grave problema di salute la Geriatria è utilizzata solo nello 0,7 % dei casi (per confronto medico di medicina generale 25,1%, ambulatori di diagnostica 16,6%; l'ospedale è il più fruito).

Gianfranco Salvioli



La specificità della geriatria esiste... anche in carcere ! Chi può più dubitarne?

I media ci hanno informato, noi e i nostri ultimi detrattori, che abbiamo una nuova chance di lavoro geriatrico: il carcere! Infatti la Germania (Der Spiegel) costruisce carceri ad hoc per i detenuti over 60, con minori necessità di controlli perché minori sarebbero i pericoli di fuga, e perché è stato visto che la perdita dell'efficienza fisica e spirituale causa problemi ancora più gravi della semplice custodia e aumenta le spese. Dunque occorre mantenersi attivi da anziani...anche in carcere!

E allora chi meglio dei Geriatri può indicare la "Nuova Frontiera" ai Grandi Programmatori ?

Dobbiamo essere ottimisti perché questo è un settore in sviluppo, aumentano i criminali anziani con l'invecchiamento demografico e aumentano i delitti anche tra coniugi, dopo 68 anni di matrimonio (vedi Aging dicembre 2004).

In ogni caso, una nuova disciplina sta crescendo, la Psicogeriatrica forense, per affrontare le tematiche dell'anziano sia come vittima di scippi e circonvenzioni varie sia come autore di reati.

Giancarlo Savorani



CONGRESSI/CORSI

Associazione Interregionale Cardiologi e Specialisti Medici Ambulatoriali
ANZIANO: CUORE E CERVELLO
L'UNICITÀ DELLA CURA NELLA MOLTEPLICITÀ DELL'ASSISTENZA
CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI: L'INFERMIERE E L'ANZIANO
Torino 11-12 Febbraio 2005

Segreteria Scientifica: A.C.S.A. Tel: 011/6693210 Fax: 011/6501607
 e-mail: presidenza@acsa-onlus.it www.acsa-onlus.it
 Segreteria Organizzativa: OCM Tel: 011/5086002 Fax: 011/5086009
 e-mail: info@ocmcomunicazioni.com

Dipartimento di Gerontologia, Geriatria e Malattie del Metabolismo
 Seconda Università degli Studi di Napoli
ASPETTI BIOLOGICI E CLINICI DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER
Napoli 19 febbraio 2005

Segreteria Scientifica: Prof. Giuseppe Paolisso, Dott.ssa Maria Rosaria Rizzo
 tel 081 5665016 e -mail: mariarosaria.rizzo@unina2.it

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

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.
 Centro di Ricerche Cliniche per le Malattie Rare Aldo e Cele Daccò
**CORSO DI FORMAZIONE: STATISTICA MULTIVARIATA PER LA RICERCA
 BIOMEDICA**

Ranica (Bergamo) 5 Marzo - 26 Maggio 2005
 Segreteria organizzativa: Marta Cattaneo Daniela Riceputi
 Telefono 035-45351-4535313 - fax 035-4535370
 e-mail: mcattaneo@marionegri.it, riceputi@marionegri.it

2ND BOLOGNA CONFERENCE. BREAST CANCER IN THE OLDER WOMAN
Bologna 20-22 marzo 2005

Segreteria Scientifica: E. Piana, F. Di Fabio, N. Cacciari, G. Savorani
 Tel. 051 6362204 Fax 051 6362508
 e-mail: epiana@orsola-malpighi.med.unibo.it
 Segreteria Organizzativa: Studio E.R. Congressi-Gruppo Triumph
 Tel. 051 4210559 Fax 051 4210174
 e-mail: ercongressi@gruppotriumph.it



Incontri di Geriatria 2005 a Casa Sollievo della Sofferenza

CURARE L'ANZIANO

S. Giovanni Rotondo (Foggia) 7, 21 Maggio e 4 giugno 2005

Segreteria scientifica: Dott. Piero D'Ambrosio, Dott. Francesco Paris

Tel 0882.410467 - Fax 0882.410.271 e-mail: geriatria@operapadrepio.it

Segreteria Organizzativa: Regia Congressi: Via Pietro Dazzi, 12/14 – 50141 Firenze

Tel. 055.456531 -- Fax 055.4565440 - e-mail: info@regiacongressi.it

2nd Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders

VAS-COG 2005

Firenze 8-12 giugno 2005

Segreteria Organizzativa: Congr Göteborg AB Tel: 46 (0)31 708 60 00 Fax: 46 (0)31 708 60 25

e-mail: vas-cog2005@gbg.congrex.se

www.vas-cog.org/vas-cog2005

5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON HOMOCYSTEINE METABOLISM

Milano 26-30 giugno 2005

Segreteria Organizzativa: N.L. Congressi Roma

Tel. 0686217861 - Fax 0686202525

e-mail: homocysteine2005@nlcongressi.it

www.homocysteine2005.com

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

50° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

“LA GERIATRIA ITALIANA:

50 ANNI ALLA RICERCA DEL NUOVO”

Firenze 9-13 novembre 2005

6° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

“L'INFERMIERE IN GERIATRIA:

UN RUOLO CENTRALE NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE”

Firenze 10-12 novembre 2005

4° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA

“PLASTICITÀ NEURONALE, PREVENZIONE E RIABILITAZIONE COGNITIVA

DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE”

Firenze 10-11 novembre 2005

1° CORSO PER PSICOLOGI

“PSICOLOGIA E GERIATRIA: UN CONNUBIO EFFICACE”

Firenze 12-13 novembre 2005

SIGG

Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze

Tel.055 474330 – Fax 055 461217

e-mail: sigg@sigg.it

www.sigg.it