



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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

Bollettino SIGG

Anno II

numero 11 – novembre 2005

Direttore Responsabile
Marco Trabucchi

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

NUMERO SPECIALE 50° CONGRESSO SIGG

Sommario:

| | | |
|--|-------------|-----------|
| Editoriale | Pag. | 2 |
| Il 50° Congresso SIGG | “ | 3 |
| Cinquantanni di Storia Congressuale della SIGG | “ | 4 |
| Geriatrics as a model of the new chronic disease paradigm | “ | 8 |
| Le opinioni dei Coordinatori dei Corsi | “ | 10 |
| Attività Commissioni Permanenti ed Aree in Statuto | “ | 15 |
| Saluto dei Soci eletti nel Consiglio Direttivo | “ | 19 |
| Commenti sul Congresso e sui Corsi | “ | 22 |
| 58th Annual Scientific Meeting della GSA | “ | 26 |



EDITORIALE

Questo bollettino è ampiamente dedicato al nostro 50° Congresso Nazionale. Non è però più tempo di compiacimenti per il successo, ma di continuare a costruire il futuro della SIGG su basi sempre più solide e condivise.

Con l'ingrandirsi della Società e l'aumento del suo prestigio si accrescono anche le responsabilità che gravano sulle nostre spalle; un peso che non vogliamo scrollarci di dosso, anche se talvolta molto gravoso (per "nostre spalle" non intendo solo quelle della dirigenza, ma quelle di ogni socio!). In questa prospettiva nel bollettino di dicembre riporteremo i materiali di discussione che saranno affrontati nel Consiglio Direttivo allargato che si terrà il 12-13 dicembre; tutti i geriatri potranno conoscere le linee programmatiche e di sviluppo per i prossimi anni, in una continuità sostanziale tra la mia presidenza e quelle di Bernabei e Marchionni. Potranno così sentirsi attori impegnati in un progresso comune!

La geriatria in tutto il mondo (e ne abbiamo avuto conferma anche nel recente Congresso della GSA ad Orlando) sente la responsabilità di costruire culturalmente e praticamente tutta quella parte della medicina che non è legata all'uso prevalente delle alte tecnologie in ambito diagnostico e chirurgico. In qualsiasi luogo dove questo compito si realizza (ospedale, ambiti di riabilitazione, casa, residenze), esso è alla base di un'adeguata assistenza alla persona che soffre di malattie croniche.

Nei prossimi anni la possibilità concreta di vita di chi non è più giovane (ma più in generale di tutti coloro che sono affetti da cronicità) dipenderà dalla possibilità di elaborare un pensiero maturo, che sappia mettere assieme l'attenzione alla complessità con gli interventi volti alla specificità, realizzando allo stesso tempo gli strumenti operativi più adeguati per tale scopo. Non è un compito facile, anche perché dobbiamo agire in un ambito di risorse limitate e sotto la pressione di forze che vedrebbero con più favore, perché più remunerativi, gli investimenti nell'alta tecnologia. Su questi temi nei prossimi anni si giocherà la possibilità concreta di assicurare una vita decente agli anziani del nord del mondo (e ciò è doppiamente importante perché anche nei paesi in via di sviluppo si assiste ad un rapido invecchiamento in assenza di modelli di cura adeguati).

Questi impegni -per quanto gravosi- non devono essere fonte di angoscia, perché abbiamo le potenzialità per affrontarli e risolverli, ottenendo una serie di vittorie sul campo, qui e ora, in grado di migliorare significativamente la vita delle persone fragili. Il recente congresso di Firenze ha dimostrato soprattutto la ricchezza della nostra cultura, delle nostre esperienze e realizzazioni: in questa prospettiva è stato la migliore prova delle nostre potenzialità ed il migliore antidoto contro qualsiasi pessimismo. Se come è stato affermato qualche tempo fa "la geriatria non è per i deboli di cuore", allo stesso tempo in questi anni ha dato l'esempio di essere una scienza che offre grandi soddisfazioni a chi la pratica con impegno, cultura e generosità.

Concludo questo editoriale con un affettuoso augurio a Niccolò. Il decorso delle cure segue il programma prestabilito. Molto presto (il 1° gennaio) assumerà formalmente ed operativamente la funzione ed i compiti di presidente eletto.

Marco Trabucchi



Il 50° Congresso SIGG

Anche se il Presidente liquida in tre righe il successo del 50° Congresso (non che lo ritenga poco significativo, ma chi lo conosce sa che dedica poco tempo al consenso e preferisce guardare avanti e continuare a costruire proponendo sempre nuovi spunti) mi soffermerò per analizzare alcuni aspetti rilevanti emersi a Firenze sulla realtà attuale della SIGG e sulle linee future, soprattutto per rendere partecipi i Soci che per svariati motivi non sono stati presenti al Congresso o non hanno seguito qualche evento per sovrapposizione.

Perché un numero speciale del Bollettino. E' stato un grande Congresso diciamolo ancora con tanta soddisfazione. Un successo non inaspettato, perché è stato preparato con cura tanti mesi prima dal Presidente in primis, ma con il significativo apporto di tanti, il Presidente eletto, il Past President, il Segretario, la Giunta, il Presidente ed il Consiglio Direttivo FIRI, il Consiglio Direttivo SIGG, i membri di Aree e Commissioni, i Presidenti regionali, la Segreteria, i Coordinatori dei Corsi, con suggerimenti e proposte avanzate nel corso di numerose riunioni in quest'anno, dove era evidente un clima di fattiva collaborazione, all'insegna della trasparenza, indice di significativa crescita culturale. Utilissimi anche i consigli pervenuti da numerosi soci in questi mesi, una volta ricevuto con largo anticipo il programma preliminare e gli aggiornamenti successivi.

E' stato un Congresso pieno di eventi significativi, cerimonia inaugurale, premiazioni, letture magistrali, presentazioni di libri, interventi di docenti di fama mondiale, simposi scientifici, incontri con altre Società, mini-simposi, sessioni poster e tante altre manifestazioni, che hanno riempito tutti gli spazi nei giorni congressuali. Il numero dei partecipanti è in linea con quello di congressi di importanti società scientifiche, 1582 iscritti al Congresso, 250 al Corso Multiprofessionale di Nursing, 280 al Corso di Riabilitazione Cognitiva e 135 al Corso per Psicologi. Significativa anche quest'anno la partecipazione di giovani, in alcune sale a volte si aveva l'impressione di essere in un'aula universitaria.

Tutti gli eventi formativi, dai pre-inaugurali alla premiazione dei giovani geriatri, meriterebbero una citazione, impraticabile in questa sede, per cui rimandiamo agli atti congressuali ed al sito www.sigg.it per ulteriori ragguagli.

Il Prof. Cosmacini ha delineato con dettagli storici, di alto interesse culturale, l'importanza dell'invecchiamento nel tempo, dall'epoca romana e greca ai nostri giorni, come si è giunti a creare i primi corsi universitari di geriatria, la nascita della SIGG più di cinquant'anni fa e lo sviluppo nel corso degli anni successivi. Il Prof. Kane, nella lettura finale al Congresso, di cui riportiamo le diapositive in PDF in un file allegato, ha illustrato i punti chiave dell'assistenza geriatrica, della cronicità, della prevenzione, della necessità di modificare il sistema di pagamento delle prestazioni, dell'importanza della formazione continua medica e di altre figure professionali soffermandosi sul modello geriatrico, ottimo esempio di cura delle malattie croniche.

A tutti questi temi, anche se fanno già parte del bagaglio culturale e degli obiettivi della SIGG, è necessario dedicare sempre maggiore attenzione, come sottolineato nei messaggi inviati dai Soci neo-eletti al Consiglio Direttivo. Nelle pagine successive riportiamo autorevoli interventi e commenti sul Congresso e sui Corsi, nonché suggerimenti per le edizioni future, tutti di alto interesse per le attività della SIGG. Era necessario un numero speciale per raccoglierci insieme.

Infine, vi ricordo che il 51° Congresso Nazionale della SIGG si terrà a Firenze dal 29 novembre al 3 dicembre 2006.

Vincenzo Canonico



Dalla dinamica storica dell'idea di vecchiaia ai cinquant'anni di storia congressuale della SIGG

Dal punto di vista generale della storia, della storia della medicina e della sanità, o anche dal punto di vista personale di quei medici che non si esimono dal riflettere criticamente, e quindi anche storicamente, sul patrimonio scientifico-tecnico ed etico-pratico del loro mestiere, ci sono due buoni spunti per accostarsi al problema reale e ideale della longevità e della vecchiaia.

Il primo è che la vecchiaia, come realtà di donne e di uomini vecchi, è una variabile dipendente dalla storia individuale, familiare, sociale della persona umana. Questo spunto è quello che dirige la nostra attenzione ai livelli biologico, psicologico, clinico, sociologico e che, globalmente, ispira la gerontologia e la geriatria.

Il secondo spunto è che numerosi sono gli aspetti propriamente storici, storico-sociali e storico-culturali, che contribuiscono a fare della vecchiaia un qualcosa che è anche un'idea e un valore, che perciò tocca i livelli teoretico ed etico e pertanto interagisce con le nostre concezioni dell'uomo e del mondo e con i nostri modi di pensare e di comportarci.

Partiamo da alcuni dati oggettivi, demografici. Dalla demografia storica sappiamo che la diminuzione della mortalità in tutte le età della vita, a cominciare dal crollo della mortalità infantile un tempo elevatissima, e in tempi più recenti la riduzione della natalità, sono i due fattori che hanno portato, nei secoli dell'età moderna e nella maggior parte dei paesi del mondo occidentale, al processo di crescente invecchiamento della popolazione. In questa sono diminuiti di consistenza numerica le classi d'età relativamente più giovane (*invecchiamento della base*) e sono invece aumentate le classi di età relativamente più avanzata (*invecchiamento per il vertice*).

Nell'antica Roma come nell'antica Grecia, la vita di un individuo si aggirava mediamente sui 25 anni. Ma la durata media della vita è una nozione statistica. È proprio uno storico dell'antichità, Moses I. Finley, a informarci che «il concetto di invecchiamento è una nozione statistica» e ad avvisarci che «non c'è alcun mezzo valido per misurare storicamente l'invecchiamento differenziale dell'individuo».

La biologia, infatti, offre termini di riferimento soltanto approssimativi. Un evento biologico che si presta a un riferimento abbastanza preciso, in quanto legato a una determinata età, è un evento muliebre, la menopausa. Abbiamo ragione per credere che la menopausa cada oggi in un'età molto diversa da quella in cui cadeva nell'antica Grecia o nell'antica Roma.

La vera differenza, tra allora e oggi, è che allora non era facile arrivarci. Ecco che il concetto di invecchiamento si rivela una nozione statistica: le donne che ci arrivavano erano poche; avevano buone speranze di continuare a vivere ancora, ma erano una minoranza. La maggior parte moriva prima, molte in età neonatale o infantile come i maschi, molte per complicazioni della gravidanza o del parto, molte come i maschi per malattia. Nei maschi le guerre facevano le veci delle gestosi e dei parti distocici. Diventar vecchi voleva dire, soprattutto, essere fortunati.

Per un termine di riferimento biologico, come la menopausa, invariante, variati invece, di molto, sono i riferimenti d'ordine economico, sociale, politico. Per esempio, la fine dell'attività di lavoro – una fine che è l'inizio di un cambiamento di ruolo dell'individuo nella società – è un termine di riferimento che deriva dall'ideologia del lavoro e dell'assetto sociale, che sono entrambe due variabili storiche. Il pensionamento, che segna generalmente di sé sia la fine dell'attività sia il processo d'invecchiamento, è oggi legato, ben più che a fattori biologici, a fattori d'altro genere, come il mestiere o la professione svolti, il *pool* delle pensioni, l'assetto o il riassetto legislativo, le possibilità di lavoro remunerato complementare e così via.

Nulla di tutto questo nell'antica Roma e nell'antica Grecia. Le donne, che abbiamo visto fornirci l'unico termine di riferimento biologico abbastanza preciso, non erano nemmeno prese in considerazione. Lo stesso dicasi per gli schiavi, anche se erano onnipresenti e indispensabili. L'unico



riferimento sociopolitico significativo ci è fornito dall'età fino a cui il cittadino era tenuto a prestare servizio militare in casi di emergenza: sessant'anni per il *polités* greco fino alla conquista macedone, sessant'anni per il *civis* romano fino alla caduta della repubblica.

Anche se un letterato dell'età repubblicana, Varrone, chiama *senex* l'uomo tra i 45 e i 50 anni, dobbiamo ritenere che la vecchiaia cominciasse dopo. Infatti alla vecchiaia corrispondeva il nome *vetus*, mentre il nome *senex* corrispondeva alla maturità. La lingua greca aveva addirittura tre vocaboli: *palaiòs*, che connotava la vecchiaia di una valenza negativa, tipo decrepitezza, *géron*, che aveva un significato neutro privo di valenza, e *présbys*, che aveva invece una valenza fortemente positiva, tipo anzianità importante.

Cicerone, nel suo *De senectute*, accentua al massimo la valenza positiva della vecchiaia, arrivando a idealizzare una società perfetta retta da anziani.

Ma il verso di Stazio demistifica sia la *senectus* ciceroniana, sia la *senectus ipsa morbus*, la vecchiaia come malattia, gravezza del corpo e peso dell'anima. Così recita Stazio: «Nella vecchiaia questo solo io vedo di miserissimo: essere in quell'età di peso agli altri». Mentre la retorica ciceroniana, carica di valenza totalmente positiva, è totalmente radicata nell'io; in una esperienza esistenziale vissuta in termini idealistici e personalistici, il breve verso di Stazio ci riporta alla concreta realtà di una condizione umana profondamente radicata nel sociale.

Veniamo alla scienza medica: alla biologia di Aristotele, alla clinica di Ippocrate, alla fisiopatologia di Galeno. Aristotele, in uno dei suoi *Piccoli trattati di storia naturale*, definisce il logoramento strutturale degli organi: «nel caso delle piante si chiama disseccarsi, nel caso degli animali si chiama senilità». Ippocrate, al punto 14 della sezione prima degli *Aforismi*, dice «Gli esseri in accrescimento hanno il maggior calore innato; nei vecchi invece è scarso il calore. Perciò le febbri dei vecchi non sono così acute: freddo infatti è il corpo». Galeno trae da Aristotele la nozione del graduale disseccarsi dell'organismo e trae da Ippocrate la nozione del graduale estinguersi del calore innato. Egli fonda una fisiopatologia dell'invecchiamento dove il caldo e l'umido, qualità essenziali di ogni essere vivente, si consumano a vicenda, con ferreo determinismo biologico.

La condizione medica antica è una concezione naturalistica e storicistica, dove l'invecchiamento, è visto come processo, come cambiamento o, per dirla con termine aristotelico, come *metabolé*. La vecchiaia è il risultato di una perdita lenta e inevitabile di calore innato in seguito alla diminuzione della cosiddetta «umidità radicale».

Per spiegare questo processo la medicina scolastica si serve spesso della metafora della lampada ad olio, che bruciandosi si consuma, per cui la sostanza liquida si riduce e la fiamma si affievolisce e si spegne. Simone de Beauvoir osserva in proposito che, nel Medioevo, l'anima viene spesso rappresentata come una fiamma.

Nel Rinascimento l'involuzione senile, in Cartesio e da Cartesio in poi, è la conseguenza di un processo primitivo di indurimento progressivo delle fibre elementari. Baglivi, massimo esponente della Scuola iatrofisica, professore di medicina teorica e pratica alla Sapienza di Roma, afferma che *vivere enim nostrum siccescere est*. Vivere è rinsecchirsi, come dice Aristotele. Un rinsecchimento inesorabile rallenta e infine arresta la macchina umana.

Comincia da qui la scienza, la tecnologia, l'ideologia, la futurologia di questa macchina. Francesco Bacone ipotizza la rimozione e sostituzione di organi vitali e prevede i benefici effetti che potrà avere nei vecchi la sostituzione di vecchi umori con umori nuovi. In un rendiconto coevo della *Royal Society* si legge che un certo *mister* Gayant, precursore inconsapevole di Voronoff e di Bogomoletz, «trasfuse il sangue di un cane giovane nelle vene di un cane vecchio, il quale due ore più tardi saltava e faceva capriole, mentre prima riusciva appena a muovere la coda».

Dalla fine del Settecento la durata della vita media comincia ad allungarsi e a posticiparsi l'età della vecchiaia. Abbiamo le prove che ciò avviene molto più per le misure di politica sanitaria di governi illuminati che per la pratica di una scienza medica ancora in cerca di propri metodi e principi.



Alle soglie dell'Ottocento, Condorcet, nel suo ottimistico *«Abbozzo d'un quadro storico dei progressi dello spirito umano»* riverbera il proprio ottimismo anche in campo medico-biologico. Interprete di certezze matematiche applicate alla medicina del futuro, scrive: «Quella durata media della vita, che deve aumentare continuamente a mano a mano che ci inoltriamo nel futuro, può accrescersi secondo una legge per cui la stessa durata acquisterà nei secoli una estensione maggiore di qualsiasi quantità determinata che sia stata assegnata come limite».

L'idea metafisica dell'immortalità è venuta materializzandosi nel concetto scientifico di longevità e – chissà – talora nella convinzione scienziata della longevità garantita. Molto meno ottimista di Condorcet, Malthus così commenta: «L'idea dell'immortalità è così congeniale alla mente umana che gli uomini non possono accettare di estrometterla dai loro sistemi filosofici».

L'idea naturalistica e storicistica di longevità trae forza dalla fiducia che la lunghezza della vita possa essere aumentata in misura via via sempre maggiore con l'aumentare del controllo umano, sociale, scientifico sulle forze della natura. Lo storico della medicina Richard Shryock ha usato in proposito una metafora un pò anacronistica, ma efficace: «Gli scienziati dell'Ottocento considerano il prolungamento indefinito della vita un *goal* della scienza».

La fiducia ha trovato elementi d'appoggio e criteri di certezza nel fatto che la nostra speranza di vita alla nascita si è più che raddoppiata nell'arco degli ultimi due secoli. A stimolare il mondo medico, ma al tempo stesso ad immunizzarlo contro ogni enfasi, uno storico delle idee, Gerald Gruman, ricorda che «il futuro della nostra società dipenderà dagli sviluppi della medicina non meno di quanto i risultati della medicina sono sempre dipesi, in passato, dall'andamento della vita sociale».

Per prolungare ulteriormente la vita, molto ci si aspetta dalla preconizzata carta d'identità genomica. Ma per ora, e forse ancora per molto tempo da qui in poi, noi medici facciamo i conti con più malati cronici, più persone in stato di dipendenza e in condizioni di vita assistita, nelle quali le energie perdute del singolo vengono surrogate e procurate dal contesto biomedico e dall'ambiente sociale di appartenenza. Una popolazione sempre più fitta di tali persone, e di altre realizzanti in concreto le astrazioni medioevali de *retardanda senectute* e le utopie rinascimentali dell'*elisir di lunga vita*, emerge come un grande iceberg davanti alla nostra vista, alla nostra coscienza, alla nostra responsabilità.

La longevità è categoria biologica e sociale per cui la scienza medica può legittimamente accampare i suoi meriti.

La scienza medica che si occupa dei longevi e dei vecchi è stata istituzionalizzata in Italia con la costituzione della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, fondata a Firenze il 28 aprile 1950 per iniziativa di Enrico Greppi, clinico medico nell'ateneo fiorentino, con un duplice scopo da lui reso esplicito con queste parole:

1. «promuovere e coordinare gli studi sulla fisiopatologia della vecchiaia»;
2. «affrontare anche nei suoi aspetti di ordine sociale il grave e complesso problema».

Cesare Frugoni, clinico medico alla Sapienza di Roma, nel darne notizia sei mesi dopo agli internisti convenuti a Montecatini Terme (nell'ottobre 1950) al 51° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, di cui era presidente, sottolineò soltanto il primo degli scopi programmatici della neofondata SIGG: «Sistematiche indagini, coordinate dalla neonata Società Italiana per lo studio delle malattie della vecchiaia» affrontano «i problemi relativi ai fenomeni fisiopatologici dell'invecchiamento» e già «cominciano a essere noti i più brillanti risultati delle ricerche relative all'eziopatogenesi dell'arteriosclerosi».

Intravedendo i nessi biunivoci esistenti tra arteriosclerosi e ipertensione arteriosa, nella stessa assise in Montecatini, a distanza di diciott'anni dalla precorritrice relazione di Greppi su *L'ipertensione arteriosa come autonoma disfunzione e malattia* svolta al 38° Congresso della SIMI in



Roma nel 1932, il clinico medico di Milano Guido Melli e il suo aiuto Cesare Bartorelli svolsero la relazione su *L'ipertensione arteriosa essenziale* (51° Congresso della SIMI).

La storia della SIGG è una storia semisecolare, che per l'esattezza conta 55 anni e che da storia si è fatta cronaca e quindi attualità. Il primo congresso societario si tenne a Firenze il 13-14 gennaio 1951. Due anni dopo venne fondato il *Giornale di Gerontologia*, organo ufficiale della giovane società.

Questa ebbe come presidente per diciott'anni Enrico Greppi, il quale fu a capo della Società fino alla morte (avvenuta il 7 gennaio 1969). Nel 1955 Greppi ottenne un incarico d'insegnamento della disciplina, afferente alla propria cattedra di Clinica medica, e l'anno dopo ottenne che venisse bandito il primo concorso per la libera docenza in gerontologia e geriatria. Il primo a conseguirla fu Francesco Maria Antonini, cui Greppi affidò per incarico l'insegnamento universitario della disciplina, incarico promosso a cattedra nel 1962. Frattanto Greppi aveva assunto per un triennio, dal 1957 al 1960, il ruolo di presidente della International Association of Gerontology attivando la pubblicazione del *Bullettin* societario.

Alla morte di Greppi, la presidenza della SIGG fu affidata a Giovanni Favilli, presidente dal 1969 al 1974, di cui piace ricordare la particolare attenzione da lui rivolta al secondo dei due scopi programmatici istituzionali della Società: «affrontare anche nei suoi aspetti di ordine sociale il grave e complesso problema della vecchiaia». Favilli, da insigne patologo quale egli era, amava ricordare e ripetere uno dei detti di Rudolf Virchow, il sommo scienziato padre della patologia cellulare: «Se la medicina vuole raggiungere completamente i propri fini, deve entrare nella più ampia vita politica e sociale del suo tempo e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale».

Contro gli ostacoli biologici e sociali che impediscono alla vita di farsi longeva si è mossa negli ultimi trent'anni la SIGG, sotto la guida dei suoi vari presidenti, da Ugo Butturini, presidente nel settennio 1975-1982, a Marco Trabucchi, presidente nel biennio 2004-2005.

Nel novero delle sette età della vita teorizzate da S. Agostino – infanzia, puerizia, adolescenza, giovinezza, maturità, vecchiaia, decrepitezza – 55 anni di vita, quanti sono quelli societari, corrispondono alla piena maturità vigorosa. Una società valida e matura, dunque, attesa da nuove prove di efficienza ed efficacia a vantaggio della scienza abbisognevole d'approfondimento, e a vantaggio dell'umanità bisognosa di cure.

Giorgio Cosmacini



Geriatrics as a model of the new chronic disease paradigm

The health system is no longer appropriate to the epidemiological realities of today. We live in a world dominated by chronic disease but continue to practice as if we were still dealing with acute illnesses. Geriatrics is the epitome of good chronic disease. It should be in the vanguard of leadership in transforming the health care system in the needed directions. Geriatricians should be leading a movement for creative intolerance to announce that the current situation does not work. Lay people and politicians need to be convinced that good chronic care is a priority. We should talk less about how to pay for care and more about what we are buying.

Geriatrics can be thought of as the synthesis of chronic disease management and gerontology. The latter refers to the specialized knowledge about the presentation of disease in older persons, but the heart of geriatrics is the management of multiple interactive problems, the very skills needed for good chronic disease care.

Moving to a system better suited to chronic disease care requires changes in thinking, in terms of both definitions and actions.

- The idea of prevention needs to be recast in terms of preventing the occurrence of expensive and disruptive exacerbations. Good care prevents the transition from impairment to disability and from disability to handicap. In the context of chronic diseases the most preventable event is iatrogenic disease.
- Time must be re-examined. The heart of chronic disease management, as with geriatrics, is the principle of investing up front with the expectation for recouping the investment in better results in the future. The current payment system does not support this approach. The idea of ordering patients to return for scheduled appointments should give way to an approach whereby patients are seen when their condition changes rather than just arbitrarily. Visits should be long enough to allow for an adequate assessment of the causes for the change in status. Patients staying the course need only short contacts, often by other professionals.
- Meaningful, active patient participation in their care is critical to chronic disease management. Patients should be taught to make relevant observations of their status and what to do when the situation changes. Shared decision making requires better information and willingness to share risk as well.
- Accountability in chronic care must be expressed as the difference between actual and expected results. Unfortunately the expected course is rarely shown and hence all one sees is decline in the face of good care. Systems for showing the true benefit (expressed by this difference) are critical; to developing support for investing in better chronic care.
- Professional roles must be re-examined. Much of what has routinely been done by primary care physicians can be performed by nurse practitioners. Likewise, many nursing tasks (and other professional tasks) can be delegated to assistants. Some primary care may be better delivered by specialists but they may need to team up with nurse practitioners to address the whole person.
- Information systems are the critical technology for chronic disease care. We need to develop ways to deliver relevant information (without too much distraction) in a way that gets the attention of care providers. The current electronic medical record is not up to the task; we need an information system that is more structured and proactive.
- Medical care and long-term care need to agree on shared goals and communicate effectively. Most people are receiving long-term care because of serious underlying medical problems but long-term care means more than just attending to illnesses.



The following conclusions can be drawn about the health care situation:

- Chronic disease is here to stay; hence, we must fix the system.
- More must be done to bring the health care system into alignment with the epidemiological reality of chronic illness.
- We should learn from the experience with geriatrics; geriatricians should be leading the needed reforms.
- They need to foster creative intolerance; they should create/focus widespread discontent with the status quo and offer leadership to improve it.
- There is good scientific evidence to show better care is possible.
- Changing the payment system is necessary but not sufficient; the infrastructure must be fixed first.

Robert L. Kane

Le diapositive presentate dal Prof. Kane durante il Congresso possono essere scaricate dal file allegato.



LE OPINIONI DEI COORDINATORI DEI CORSI

VI° Corso Multiprofessionale di Nursing

Il tema della continuità assistenziale ed il ruolo dell'infermiere nei processi di cura, considerando i concetti della qualità dell'assistenza, della valutazione dei risultati, della qualità di vita del soggetto anziano, sono stati gli argomenti principali trattati nelle tre giornate del 6° Corso Nursing.

Nella prima giornata, Emma Carli ha introdotto il corso trattando il tema «Laurea specialistica ed assistenza geriatrica». Dopo una breve sintesi sull'evoluzione delle scienze infermieristiche all'interno del sistema universitario si è soffermata sui percorsi di formazione dell'infermiere. La laurea specialistica deve fornire delle competenze legate al management, alla formazione ed alla ricerca, ed è soprattutto la ricerca che deve supportare il nursing gerontologico e geriatrico, e deve essere diffusa nei setting assistenziali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata alla persona anziana.

Ed è su temi correlati alla qualità che in apertura del corso viene presentato il simposio «Aspetti problematici del nursing geriatrico». La cultura della qualità comporta l'utilizzo di prove di efficacia collegate alla valutazione dell'outcome. Nicoletta Nicoletti ha introdotto il tema della «Valutazione di outcome»; tale valutazione si interessa dei problemi propri dell'efficacia e valuta l'impatto rispetto ai bisogni affrontati. Infatti gli outcome devono valutare le ricadute dei risultati rispetto alla salute e alla qualità di vita del soggetto anziano e gli aspetti da considerare riguardano gli ambiti fisici, psichici, sociali ed economici che sono alla base della valutazione multidimensionale. Diviene quindi preminente la ricerca di outcome globali che rispecchino le dimensioni della salute del soggetto anziano.

Pierluigi Deriu ci ha accompagnato verso il secondo tema del simposio riguardante il «Risk Management nell'assistenza geriatrica», che deve interessare le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico assistenziale, al fine di garantire la sicurezza del paziente e ridurre la probabilità di danno accidentale al livello minimo possibile in base alle conoscenze scientifiche attuali; tale tema diviene importante per l'assistenza infermieristica in quanto gli anziani sono sottoposti ad un rischio clinico maggiore rispetto a quello degli adulti.

La pianificazione della dimissione nella gestione del paziente cronico introduce il tema della continuità assistenziale, che è considerato tema centrale all'interno di questo corso. Carla Destro ha presentato l'esperienza del Servizio per la continuità delle cure di Padova, servizio volto ad agevolare la dimissione ed attivare le risorse presenti sia all'interno dell'ospedale che del territorio.

Nel pomeriggio Massimo Calabrò e Michela Pozzebon hanno introdotto la tavola rotonda sul tema della «Continuità assistenziale nel paziente anziano con insufficienza respiratoria». La corretta gestione temporale degli eventi organizzativi e la supervisione ed il controllo dei vari momenti clinici ed assistenziali verso il paziente con BPCO, migliorano la qualità di vita dei soggetti; nel corso della discussione della tavola rotonda è stato evidenziato il ruolo dell'unità di valutazione multidimensionale in geriatria considerando gli aspetti clinico-assistenziali ed il ruolo dell'infermiere nel percorso assistenziale del paziente con BPCO.

Nella giornata di venerdì 11 novembre, Chiara Sassari ha trattato il tema della malnutrizione nell'anziano considerando la complessità clinica ed il ruolo dell'infermiere nella gestione e prevenzione di questo problema; Ermellina Zanetti ha presentato le problematiche connesse al dolore nel soggetto con Morbo di Alzheimer, mentre Aldo Colosso si è soffermato sul tema del dolore nelle lesioni cutanee.



Luisa Bartorelli a conclusione della mattinata ha presentato il manuale *Gentle Care*, ovvero un sistema di cura rivolto alla persona con demenza elaborato dalla terapeuta occupazionale canadese Moyra Jones.

La continuità assistenziale ed i modelli operativi nella realtà di Bologna è stato il tema della tavola rotonda condotta da Domenico Cucinotta e Anna Bandini. La presa in carico del paziente anziano, il ruolo dell'infermiera Case Manager, il servizio infermieristico sul territorio, la presa in carico del paziente anziano in Day Service, e l'esemplificazione di un modello ambulatoriale per la gestione dello scompenso cardiaco sono stati gli argomenti principali della tavola rotonda finalizzata ad esplicitare i modelli organizzativi di continuità assistenziale.

A conclusione della seconda giornata Francesco Giuffrida ha presentato un'esperienza di outsourcing dell'assistenza infermieristica domiciliare ed ospedaliera, ovvero le modalità di affidamento esterno dell'assistenza, soffermandosi sui modelli di erogazione del servizio.

Il corso di nursing ha dedicato l'intera sessione di sabato 12 novembre ad argomenti riguardanti la relazione di cura e la qualità della vita dell'anziano fragile, temi trasversali alle diverse figure professionali dell'area geriatrica con implicazioni filosofiche, psicologiche e di antropologia della cura che è bene considerare insieme a questioni più strettamente sanitarie.

Nel lavoro con l'anziano e con la famiglia sono in gioco quotidianamente non solo competenze tecniche, ma anche competenze relazionali, emotive, affettive che hanno un ruolo determinante per l'efficacia dell'azione di cura e per il benessere dell'operatore. I sentimenti esistono, non si oppongono alla ragione, appartengono all'identità professionale e personale dell'operatore, sono strumento di conoscenza, rivelano l'altro nella sua complessità, spesso costituiscono l'ultimo canale per mantenere una comunicazione con il paziente, specie in caso di compromissione delle capacità cognitive, sono, cioè, uno strumento terapeutico.

Ivo Lizzola, Giovanna Cipriani, Maria Grazia Soldati e Giovanna Perucci ci hanno accompagnato in un percorso intenso di spunti e suggestioni per cogliere le profondità del nostro lavoro, offrendoci suggerimenti metodologici interessanti (il metodo narrativo delle storie di vita) perché la cura sia un'azione ristoratrice di unità, sia rispettosa dell'altro e della sua identità e per considerare con attenzione che tutto si svolge "sulla nostra pelle" in un processo di avvicinamento e di distanziamento dalla malattia e dalla persona, alla ricerca costante di un equilibrio.

L'approccio a questi aspetti del lavoro di cura contribuisce ad arricchire il nostro sapere, perché fa risuonare l'esperienza professionale "dentro" una riflessione e al tempo stesso la fa "uscire allo scoperto", attribuendole un nome. *Sostare* nella relazione di cura permette di aprire ulteriori possibilità di senso al nostro lavorare e all'esistere delle persone che di questa cura hanno bisogno.

Nel pomeriggio si è svolto il simposio dedicato alla «Qualità della vita», che Lucio Belloi ha affrontato mettendo a confronto le tensioni e le connessioni ricorrenti tra l'organizzazione e la persona. La qualità è il risultato di un approccio sistemico alla domanda di cura che si fonda sulla interazione tra modello assistenziale, modello professionale e modello organizzativo e si rende visibile negli esiti di benessere che l'utente percepisce.

Carlo Mario Mozzanica ci ha poi magistralmente introdotto alla riflessione sulla significatività della cura, invitandoci ad andare oltre il concetto di benessere, per fermarci a considerare cosa vuol dire "vita di qualità" e a domandarci "perché" si lavora, si vive, si agisce in un certo modo. Porre la cura dentro un orizzonte esistenziale ci aiuta a condividere il perché con convinzione e non per "convenzione", per fare del nursing un luogo istruttivo per l'intera società che tende ad espellere gli stati limiti del vivere e del morire, con cui invece dobbiamo fare i conti. Ecco che i nostri luoghi, fisici e simbolici, di cura possono divenire "luoghi buoni per vivere", una sorta di "eu-topia che dà diritto di cittadinanza all'esistenza, oltre che all'assistenza".



Nicoletta Crosignani, infine, ha delineato con molta precisione la specificità del nursing, fondato su una visione olistica della persona, il valore dell'approccio etnografico nella comprensione del bisogno di cure del paziente e nella progettazione degli interventi assistenziali.

Nell'ambito del corso sono stati presentati 18 abstract nella sessione poster con discussione e comunicazioni orali. Quest'anno è stata premiata la seguente comunicazione: S. Fiorillo, V. Fabrizio, R. Fiorillo: "Customer satisfaction in un Day Hospital geriatrico: la qualità valutata dall'utente".

Il corso ha proposto problematiche relative all'ambito della clinica, del management soffermandosi sugli aspetti della qualità relativi sia all'organizzazione che alla qualità della vita, considerando il ruolo della professione infermieristica verso la gestione delle competenze cliniche e relazionali, considerate trasversali ai vari setting assistenziali.

La sezione Nursing SIGG

Monica Marini

Damasco Donati

Itala Orlando

Michela Pozzebon

Francesca Paoli

Andrigo Margherita

Pietro Fabris

IV° Corso di Riabilitazione Cognitiva

Il 4° Corso di Riabilitazione Cognitiva ha avuto un ampio successo. Il numero dei partecipanti che ha superato ogni aspettativa (280!) testimonia il bisogno formativo di numerose figure professionali – psicologi, tecnici della riabilitazione, educatori, animatori, musicoterapisti- che nella pratica quotidiana sono coinvolte nella cura e nell'assistenza di pazienti con deficit cognitivi. Essendo stato fissato il limite per l'accreditamento a 180 partecipanti, numerosi professionisti, pur di partecipare, si sono accontentati di iscriversi come uditori.

Indubbiamente, oltre al bisogno formativo, al successo di partecipazione hanno contribuito i temi proposti dal programma e l'autorevolezza dei relatori.

Durante il corso sono stati affrontati numerosi aspetti della riabilitazione cognitiva nell'anziano.

La prima sessione ha affrontato il tema della riabilitazione nell'anziano sano. Gli interventi che si sono succeduti hanno evidenziato l'importanza dello stile di vita nel determinismo della qualità di invecchiamento; in particolare è stata illustrata l'importanza della alimentazione, dell'attività fisica e delle relazioni sociali. Uno stile di vita corretto è associato ad un minor rischio di declino cognitivo e di demenza.

Quanto alla possibilità che training cognitivi possano contrastare le modificazioni che si accompagnano all'invecchiamento la revisione della letteratura suggerisce che i benefici sono abitualmente dimostrati, ma solo per l'attività specifica che viene stimolata. Meno documentati sono il mantenimento del beneficio nel tempo, l'estensione del beneficio ad altre funzioni cognitive oltre a quella esercitata e soprattutto il contributo del training al miglioramento dell'efficienza nella vita quotidiana. In generale, comunque, ogni impegno in attività "intellettive" (ma secondo alcuni anche in attività fisiche) sembra esercitare un beneficio sulle funzioni cognitive.

Nel corso della prima sessione sono stati anche illustrati i risultati di due ricerche condotte a Brescia ed a Bologna che, in linea con i dati di letteratura, hanno dimostrato il successo di un intervento di stimolazione delle funzioni cognitive, nell'anziano attivo ed indipendente.



Il corso è proseguito il giorno successivo con la piacevole lettura introduttiva di Pietro Vigorelli sulla comunicazione con il paziente demente: un invito chiaro a dedicare più tempo al “colloquio” con i nostri pazienti con i quali è spesso fondamentale stabilire un rapporto empatico che vada oltre la comunicazione convenzionale.

Si sono poi sgranate cinque qualificate e dense lezioni che hanno affrontato il tema della riabilitazioni dei singoli deficit cognitivi (memoria, linguaggio, attenzione, prassia e funzioni esecutive). Al di là dei modesti risultati ottenuti in questi ambiti, l’interrogativo che ha attraversato l’intera mattinata riguarda la possibilità di traslare i modelli di riabilitazione del paziente con deficit focale al paziente con malattia degenerativa. Probabilmente, nel paziente demente, più che un approccio “focale” ha senso “inventare” un altro concetto di riabilitazione cognitiva multimodale. Altri interrogativi sono emersi durante gli interventi, sia dal podio che in aula, sul significato della riabilitazione nel paziente demente nonché sui problemi metodologici relativi all’applicazione di specifiche tecniche riabilitative ed alla valutazione della loro efficacia.

Il corso si è concluso con la piacevole e musicale sessione dedicata alla musicoterapia con il contributo dei più autorevoli studiosi del nostro paese. Si tratta di una tecnica “riabilitativa” che sta guadagnando popolarità fra gli operatori sanitari ed assistenziali rispetto alla quale, però, mancano evidenze di efficacia. Numerose esperienze suggeriscono però che si tratta di un ambito che può dare frutti nell’assistenza al paziente con decadimento cognitivo, soprattutto se l’obiettivo che si vuole perseguire non è tanto il recupero di funzioni perse quanto l’offerta di opportunità piacevoli, nel tentativo di disegnare giornate che abbiano ancora un senso per i nostri pazienti (e non solo per gli operatori!). È in questa ottica - come ha sottolineato Antonio Guaita nelle note conclusive- che è necessario muoversi nell’atto terapeutico di accompagnare i nostri pazienti (ed i loro familiari) nel lungo decorso della malattia.

Orazio Zanetti

I° Corso per Psicologi

Il primo Corso per Psicologi organizzato dalla SIGG nel recente Congresso di Firenze è stato un incontro ricco e produttivo di idee tra le due discipline. Geriatria e Psicologia hanno infatti molti interessi in comune e modalità convergenti di accostamento ai vari aspetti della vita, e della patologia, come evidenziato anche dall’intervento sensibile e attento dei moderatori.

In altre parole questo corso-incontro con gli psicologi può essere visto come la traduzione in concreto di ciò che ogni giorno il geriatra affronta con i propri pazienti, i loro familiari e con le proprie dinamiche intrapsichiche.

Nelle due giornate del corso i relatori hanno discusso tematiche riguardanti la risposta e la reazione del curante e della persona che invecchia in alcune vicende esistenziali ed in contesti spaziali che vedono questa diade come protagonista.

Così è stato osservato l’anziano nei suoi legami familiari positivi o ambivalenti (ad esempio l’esperienza dei care-givers nella cura dei grandi vecchi, il lavoro del diventare nonni) o anche decisamente conflittuali (ad esempio il divorzio tra ultracinquantenni, argomento che tra l’altro ha avuto una subitanea e vasta risonanza mediatica). Nella mattinata dedicata a questi temi è emersa con forza una dimensione psicologica della vecchiaia che può oscillare tra sentimenti di tenerezza, dedizione e attaccamento e moti più assertivi o emotivamente più complessi e tormentati. Forse nella polarità “dover perdere”-“poter lasciare” è sintetizzata questa oscillazione.

Successivamente sono stati presentati contributi riguardanti i vissuti e le fantasie generate dalla malattia, il lavoro del trapasso ovvero l’accompagnamento alla morte da parte dei curanti, il ruolo della



conversazione con i soggetti affetti da Demenza. Da tutti questi lavori si è potuto apprezzare l'importanza della relazione basata su aspetti empatico-introspeitivi che consente di svelare elementi ancora vitali là dove le apparenze sembrerebbero negarli.

Il corso si è concluso con la messa a fuoco delle principali cause di disagio psicologico durante l'ospedalizzazione e con l'illustrazione di alcune soluzioni e procedure miranti a rendere le RSA sempre più a misura di persona, per gli ospiti e i familiari. Significativo il dato che si è trattato non di suggestioni futuribili ma di esperienze in atto in alcune realtà geriatriche, là dove lo scambio e la stretta cooperazione tra geriatra e psicologo sono una acquisizione ormai consolidata.

Nel ricordare che da oltre vent'anni l'ospedale geriatrico ha abolito il "passo", cioè la visita ad orario limitato da parte dei familiari, mi piace concludere questo breve commento sottolineando che ancora una volta dalla geriatria prendono origine i nuovi progetti di umanizzazione dei luoghi della cura.

Guido Gori



ATTIVITÀ COMMISSIONI PERMANENTI ED AREE IN STATUTO SIGG

Commissione “I fondamenti culturali della Geriatria”

La commissione ha presentato un testo riassuntivo dei lavori svolti, finalizzato a fornire una panoramica degli ambiti di interesse della Geriatria italiana, da quello della ricerca geriatrica in senso stretto, ad esempio la ricerca sulla fragilità, alla ricerca applicata a condizioni morbose di preminente interesse geriatrico, quali la ipertensione e la sincope. La metodologia geriatrica trova riscontro in ogni ambito di studio oltre che nel capitolo dedicato al razionale e agli scopi della valutazione multidimensionale. La dimensione sociale della Geriatria è pure oggetto di valutazione quale correlato del fabbisogno di cure dell’anziano. Nell’insieme il testo non ambisce ad essere e non è una rappresentazione esaustiva della Geriatria italiana né una sorta di stato dell’arte del metodo geriatrico, ma piuttosto un ritratto della dimensione culturale della disciplina nei suoi vari aspetti. Se apparentemente preminente e prettamente geriatrica è la ricerca sulle grandi sindrome geriatriche e sui metodi valutativi e gestionali, non per questo meno meritevoli di attenzione appaiono ricerche cliniche e fisiopatologiche su malattie ad alta prevalenza in età geriatrica. La migliore definizione e conoscenza di tali malattie permette infatti di tarare più opportunamente gli stessi strumenti della metodologia geriatrica, ottimizzandone la resa. Inoltre, il pieno riconoscimento della dignità culturale e professionale della ricerca gerontologica e clinica applicata vale a salvaguardare le molte e preziose componenti della nostra società di cui va favorito lo sviluppo e la compenetrazione. Al tempo stesso, essa serve ad affermare quel principio di pari dignità del lavoro svolto in ambiti complementari.

La commissione proverà ora a definire degli argomenti di lavoro al tempo stesso speculativo e applicativo di temi di interesse geriatrico, nella prospettiva di aggregare figure professionali con competenze diverse attorno ad alcuni progetti di ricerca applicata in una logica di filiera così da realizzare una vera e propria catena di ricerca dalle basi gerontologiche alle applicazioni pratiche cliniche e metodologiche. Ci si augura che i progetti prototipali fungano da volano per un’integrazione longitudinale di quanti lavorano in Geriatria e Gerontologia così da migliorare la reciproca conoscenza e la qualità del lavoro, ma anche per favorire l’applicazione pratica e, in tal modo, rendere la SIGG latrice di messaggi al tempo stesso culturali e operativi, realmente propositiva al servizio degli anziani.

Raffaele Antonelli Incalzi

Commissione “Scuole di Specializzazione in Geriatria (SSG)”

Venerdì 11 Novembre 2005 si è svolto l’incontro dei Direttori delle SSG; la presenza è stata numericamente soddisfacente. Le risposte al questionario preventivamente inviato riguardante l’implementazione delle raccomandazioni contenute nel documento della SIGG riguardante il *core curriculum* (è in rete) sono state veramente poche; ciò documenta lo scarso interesse ai problemi sollevati e anche la difficoltà a cambiare consuetudini tanto radicate; svolgere attività didattico-formative anche in setting extraospedalieri, dove si trovano prevalentemente gli anziani con bisogni e problemi di specifica competenza dello specialista geriatra, è un obiettivo veramente difficile da raggiungere.

È stato rinnovato l’invito a non dimenticare le cure intermedie e le cure primarie; la loro qualità potrà migliorare se l’attività formativa delle SSG le coinvolgerà maggiormente; la medicina geriatrica ha bisogno di questo passaggio.

Durante la riunione si è discusso del riordino delle SS dell’area sanitaria (vedi G.U. n° 176 del 5/11/05, decreto 1.8.05: http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_1463.pdf).



Esso prevede la razionalizzazione complessiva dell'offerta formativa in stretta connessione con le esigenze del Servizio sanitario nazionale; gli ordinamenti didattici oggetto del decreto sono conformi alle normative CEE e prevedono attività formative basate su discipline generali, un tronco comune e discipline caratterizzanti e professionalizzanti con attribuzione di crediti formativi (si veda il sito citato per i dettagli).

L'impegno preso in occasione della riunione è di definire al più presto un profilo della SSG (è una tipologia) che appartiene alla Classe delle specializzazioni in Medicina clinica generale (con Medicina interna, Medicina dello sport, Medicina termale, Oncologia medica e Medicina di comunità). Si dovrebbe tener conto anche del fatto che tutte le SS, soprattutto dell'area medica (ma non solo), formano specialisti che sempre più spesso cureranno la popolazione anziana; il loro profilo di apprendimento dovrebbe prevedere conoscenze teoriche, scientifiche e professionali riguardanti l'invecchiamento (fisiologia, patologia, sindromi geriatriche, uso dei farmaci); questo rilievo è già stato sollevato anche in nazioni più avanzate con comportamenti conseguenti.

Sarebbe forse conveniente ed appropriato cercare l'inserimento della Geriatria negli obiettivi formativi di base di tante SS.

Fra i presenti non sono mancate proposte di adeguamento alle richieste dei Colleghi internisti MED09 che vorrebbero la SSG assimilata alla SS in Medicina interna: ma gli obiettivi delle due SS sono ben diversi. Il COLMED/09 ha nominato una commissione per definire i programmi didattici delle SS della classe medicina clinica generale nei dettagli.

Le linee guida per redigere un ordinamento didattico uniforme ed ortodosso per la SSG da proporre alle Facoltà mediche per la sua approvazione ed attivazione (deve avvenire entro 18 mesi dalla pubblicazione sulla GU) dovranno essere prodotte nel minor tempo possibile, cercando di rispettare il più possibile la personalità e la specificità della Geriatria e della SSG in modo che esse non risultino un duplicato di altre discipline e di altre SS. Tutti i Direttori sono pertanto invitati a formulare proposte coinvolgendo i rispettivi Consigli dei Docenti con l'obiettivo di redigere un documento finale condiviso.

Gianfranco Salvioli

Area Formazione Continua

Al Congresso SIGG ho tenuto la lettura «La Qualità della Formazione in Geriatria». La lettura ha posto l'accento sul ruolo della geriatria sia nella FORMAZIONE PRE-LAUREA che in quella FORMAZIONE POST-LAUREA (Specializzazione ed Educazione Continua in Medicina).

Per quanto attiene la formazione pre-laurea, dopo un breve escursus relativo alle problematiche introdotte dalla riforma e dalla implementazione delle nuove lauree (triennali e magistrali), si è evidenziato come la geriatria possa avere un ruolo importante nella didattica di quasi tutte le lauree sanitarie. Per quanto riguarda la laurea magistrale in medicina e chirurgia, si è sottolineato come esistano profonde differenze sul ruolo della geriatria nella formazione del medico tra i singoli corsi di laurea nel variegato mondo universitario. Da qui si evince la necessità che, nel rispetto della autonomia delle singole università, si arrivi alla definizione di un core curriculum condiviso ed ampiamente utilizzato dalle singole Università.

Per la Specializzazione in Geriatria si è sottolineato che esistono grosse differenze nell'ambito della Comunità Europea, dove in Grecia ed in Svizzera si osserva l'assenza di un corso formale di specializzazione in geriatria e nel contempo esistono realtà come quella britannica e quella svedese dove la specializzazione prevede non meno di 4 anni di corso e con un progetto formativo molto articolato e forte. Per quanto attiene la realtà italiana si è alla vigilia del «Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria» (GU n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176), in cui tra l'altro



si prevede un Tronco comune identificato dai Settori scientifico disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni.

Per Formazione Continua in Medicina si definisce il percorso che il singolo professionista intraprende alla fine dei suoi studi universitari e che è diretto a migliorare la sua competenza ed il suo comportamento – per tutto l'arco della sua vita professionale ed in modo valutabile nel tempo – per i tre classici aspetti del sapere (la conoscenza), del saper fare (la capacità operativa) e del saper essere (il comportamento professionale). L'ECM in area geriatrica deve tendere, tra l'altro, al miglioramento della competenza gerontologico-geriatrica e del relativo comportamento nell'ambito della: medicina di base, della medicina interna e della medicina specialistica, nonché nell'ambito delle nuove lauree triennali.

La SIGG, come provider ECM, ha scelto di intraprendere il percorso dell'accreditamento di qualità. Il sistema qualità prevede un insieme di documenti e moduli di registrazione che impongono ad ogni attore del processo di eseguire il proprio lavoro secondo una "procedura" precedentemente dichiarata. I soci Luisa Bartorelli, Romano Cinque, Pietro Fabris, Giovanni Gelmini, Alessandra Tognetti dell'Area ECM coordinati dal sottoscritto, avvalendosi della consulenza della società Exprit, hanno sviluppato uno specifico Manuale della Qualità con Procedure ed Istruzioni operative. Alla fine del percorso sviluppato ed a valle della "site visit" da parte della società Bureau Veritas Quality International (BVQI), società indipendente di certificazione, si è raggiunto l'obiettivo della certificazione di qualità che formalmente è stata consegnata al Presidente Prof. Marco Trabucchi alla fine della lettura.

Nicola Ferrara

Area Rapporti con le Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali

Nell'ambito delle attività dell'Area, nel corso del 50° Congresso della SIGG si è svolto in Simposio congiunto SIGG/SID (Società Italiana di Diabetologia) che ha avuto come tematica il Diabete nell'Anziano. In tale simposio dopo avere preso in considerazione l'aspetto epidemiologico del problema nonché il suo crescente impatto nella popolazione (E. Manzato) e le peculiarità fisiopatologiche delle alterazioni della tolleranza ai carboidrati in età geriatrica trattate dal sottoscritto, sono state presentate dal prof. M. Muggeo le nuove Linee Guida Europee del Diabete nell'Anziano che sono state stilate sotto l'egida dell'EUGMS da un panel di esperti internazionali tra cui lo stesso Prof. M. Muggeo – Past President della Società Italiana di Diabetologia – che rappresentava l'Italia.

Tali linee guida sono state rigorosamente strutturate acquisendo dalla letteratura tutte le informazioni disponibili dai principali Trials Clinici e graduando le stesse in rapporto a livelli di competenza differenti cercando di essere quanto più fedeli possibili alle norme dell'Evidence Based Medicine.

L'ultima parte del Simposio è stata dedicata agli aspetti della comorbidità (Prof. E. Mannucci) con importanti sottolineature inerenti all'impatto che le polipatologie possono avere nell'evoluzione naturale della malattia diabetica nell'anziano.

L'intero simposio è stato seguito da una audience molto attenta ed è stato animato da una significativa discussione che ha avuto come tematiche essenziali le procedure fondamentali per porre diagnosi di diabete e sugli strumenti terapeutici da utilizzare.

Giuseppe Paolisso

Area Attività Sezioni Regionali, Rapporti Istituzionali e Politiche Ospedaliere

Il gruppo delle "Politiche sanitarie" in relazione agli obiettivi che si era prefissato fin dal momento della sua costituzione, sta analizzando in particolare l'obiettivo 8 "Analisi del dipartimento a



valenza Geriatrica: raccolta di definizioni e tipologie nelle diverse realtà; dipartimenti funzionali e strutturali; modelli di funzioni e governo geriatrico all'interno di dipartimenti che abbiano mandato sulle attività legate alla rete dei servizi geriatrici; ruolo dell' UGA nel Dipartimento" e l'obiettivo 9 "Sviluppare un know-show in questo campo in modo da svolgere il ruolo di Gruppo tecnico di counselling di cui possa avvalersi la presidenza nell'esercitare il suo ruolo strategico, a fronte di richieste di supporto provenienti dalle sezioni che ne abbiano bisogno per progetti organizzativi locali." In relazione a ciò si sono raccolti i documenti relativi alle delibere amministrative o indirizzi programmatici di alcune aziende ospedaliere: Ferrara – Genova – Regione Marche – Trento – ASL 8 Montebelluna - Dolo – Udine (proposta organizzativa).

Il gruppo si è soffermato in particolare sulla programmazione e lo sviluppo dei dipartimenti geriatrici.

Si è convinti, come riportato nella recente istituzione del dipartimento funzionale geriatrico e di continuità assistenziale di Montebelluna, che "l'ottimizzazione dell'uso delle risorse nell'ottica del rapporto costi-benefici, deve considerare tutti i punti della rete per ottenere la massima efficacia. La regia di tale attività è la mission geriatrica... considerando la scarsa efficacia della sola attività di consulenza geriatrica... si è ritenuta necessaria una regia clinico-organizzativa delle problematiche ospedaliere e distrettuali dei pazienti anziani fragili attraverso il dipartimento funzionale geriatrico e di continuità assistenziale..."

Il futuro della Geriatria non può non passare da una politica dipartimentale specifica.

Gabriele Noro



Saluto dei soci neo-eletti nel Consiglio Direttivo SIGG

Un caro saluto ai Soci SIGG. Esprimo qualche breve riflessione. Anche se non siamo un sindacato, non possiamo passivamente attendere che la geriatria passi nelle macro aree dipartimentali mediche con le altre specialità. La geriatria ha radici, cultura e metodo che vanno rispettati e potenziati in una propria gerarchia autonoma. Solo un dipartimento autonomo ospedale-territorio di geriatria e continuità di cure può salvaguardare la nostra scienza e di concerto salvare divisioni di geriatria e cattedre universitarie di geriatria. Di fronte ad un futuro che si orienta sempre più verso il mega-dipartimento di chirurgia, dipartimento di medicina, dipartimento dei servizi ed al massimo uno di emergenza e di cardiologia vedremo prima abolite le apicalità geriatriche, dando spazio alle sole unità semplici (molto più ricattabili perchè senza budget autonomo ...!!!) ... Quindi abolita la specialità come tale o confinata al ruolo ossidato di mero valutatore territoriale del vecchio. Io ritengo, ma non solo perchè sono direttore di un dipartimento di geriatria, che combattere per il dipartimento di geriatria che in senso centrifugo dalla UGA e dalla cultura dell'acuzie, occupi lo spazio della LD geriatrica a fini anche riabilitativi, l'UVMD ger, il territorio e la residenzialità, sia una strada ormai obbligata!

Alberto Cester

Cari colleghi, è con grande entusiasmo che inizio il compito di coordinatore della Sezione di Biogerontologia. So di avere accanto l'appoggio e l'esperienza del Prof. Paoletti, che ringrazio e che, spero, vorrà continuare a contribuire allo sviluppo della sezione e del prof. Bergamini, che rimane il nostro punto di riferimento con le sue intuizioni, la sua vasta, ma mai arrogante, cultura e la sua onestà intellettuale.

Vi sono grato per il vostro voto e mi impegnerò all'interno del Consiglio Direttivo per evidenziare le esigenze, le possibilità di crescita e le potenzialità del gruppo.

Sono pronto ad ascoltare i vostri suggerimenti cercando la giusta sintesi tra il proseguimento della linea culturale di chi mi ha preceduto e una creatività che sia ricca di contenuti. A tutti un cordiale saluto.

Patrizio Odetti

Desidero ringraziare sinceramente le colleghe ed i colleghi che mi hanno concesso la loro fiducia, votandomi alle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della SIGG, così come tutti i Soci che, con la loro partecipazione, hanno contribuito al successo del recente Congresso di Firenze.

La Geriatria, ormai lo sappiamo da tempo, sta vivendo un paradosso che è quello della crescente diffusione dei suoi contenuti culturali e professionali al di là dei confini della disciplina, a fronte però di un ruolo che rimane di fatto ancora marginale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e di molti Servizi Sanitari Regionali così come dell'Università.

Per tale motivo, ritengo che nei prossimi anni sarà fondamentale lavorare tutti insieme da una parte per consolidare le basi scientifiche e culturali del sapere gerontologico e geriatrico, dall'altra per divulgare e affermare il ruolo che alla Geriatria compete nell'ambito della cura e dell'assistenza all'anziano, ed in particolare all'anziano fragile.

La fiducia che mi è stata accordata costituisce per me un ulteriore stimolo a dare il mio massimo contributo per il perseguimento di questi ambiziosi obiettivi.

Antonio Cherubini



Sono sinceramente grato per l'affetto e la simpatia manifestate dai molti colleghi soci SIGG che hanno ritenuto che la mia persona possa fornire un contributo alla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. E mi sento onorato di poter svolgere tale incarico durante la Presidenza di colleghi di profondissima cultura geriatrica e di grande spessore umano quali il Prof. Marco Trabucchi e il Prof. Roberto Bernabei.

A questa SIGG spetta il difficile compito di riempire di contenuti culturali il mondo della Geriatria, che mai come oggi rivendica il fondamentale ruolo di disciplina rigorosamente scientifica per un approccio all'anziano altamente professionale (“...metodo innanzitutto per lo studio clinico e scientifico dell'anziano...”) che significa ricco di umanità (“...preparazione etica per accostarsi al mondo dell'anziano...”). Questo compito è impegnativo e per certi aspetti difficile: personalmente ritengo che le peculiarità che la nostra professione di Geriatri riveste nei diversi contesti ove si trovano gli anziani, in un letto di ospedale, nelle RSA, negli istituti, nel territorio o nelle università, siano una ricchezza (cioè il contrario di povertà) per la nostra disciplina in quanto fonte continua di stimoli per noi Geriatri. La magnifica pluralità e “ricchezza” di esperienze geriatriche che abbiamo sentito e vissuto all'ultimo Congresso SIGG di Firenze ne sono la più chiara dimostrazione.

Con semplicità e sincerità voglio dire che io darò il mio contributo a questa SIGG; e il mio impegno sarà senza risparmio. Fornirò il mio contributo perché credo che una Società Scientifica possa ottenere risultati (culturali, scientifici, propositivi) che sono altrimenti irraggiungibili per i singoli.

Nella SIGG non siamo soli; anzi, siamo tanti, tantissimi. Io stesso ho la fortuna di essere attorniato da un gruppo formidabile di Geriatri a San Giovanni Rotondo come in tutta la Puglia e in Basilicata. Colleghi più esperti da cui imparare e molti colleghi più giovani (da cui imparare ugualmente) che si aspettano molto dalla loro scelta professionale. Geriatri “per scelta” che conoscono profondamente la Geriatria, che amano sinceramente la loro professione e gli anziani che vogliono “curare”, nel senso più completo del termine.

Mi auguro veramente che questo Consiglio Direttivo SIGG sia all'altezza di questi Geriatri.

Alberto Pilotto

Quindici anni fa, con Antonio Guaita, grazie alla consueta sensibilità del Prof. Antonini, pubblicavamo sulla sua rivista (RMP Gerontologia) il “manifesto della gerontologia sommersa”, frutto della riflessione di un gruppo di medici delle Istituzioni per anziani non autosufficienti della Lombardia (allora denominate Strutture Protette), che da poco più di un anno si era costituito in un'associazione denominata – con una scelta volutamente autoironica – GASP (Geriatri Associati delle Strutture Protette, poi ribattezzata più seriamente LOGOS, ovvero Libera Organizzazione Geriatri e Operatori dei Servizi per anziani). In quel “manifesto” ribadivamo l'importanza della cultura e della metodologia gerontologico-geriatrica nella cura dell'anziano non autosufficiente e la necessità per le nostre strutture di una decisa opzione riabilitativa (“non esiste – scrivevamo – una terza via tra contenzione e riabilitazione”), della presenza al loro interno “di una specifica professionalità geriatrica” e dell'inserimento, “della struttura e del geriatra che vi opera, nella rete dei servizi socio-sanitari per gli anziani”. E concludevamo rivendicando tutto il nostro orgoglio per una esperienza professionale difficile ma stimolante e gratificante, che non ci faceva sentire “medici di serie B”, quanto piuttosto “portatori ed operatori di una cultura medica cui l'evoluzione demografica della società chiede piuttosto di generalizzarsi”.

È innegabile che il bisogno di confronto, di scambio di esperienze, di condivisione di un percorso di crescita culturale ed operativa da cui nasceva GASP fosse anche la spia di una oggettiva condizione di “marginalità” che avvertivamo non solo nei confronti della medicina clinica, ma anche



della geriatria ufficiale, che raramente allora si avventurava su queste tematiche per noi centrali, e nei confronti della quale avvertivamo una sensazione di estraneità.

Da allora sono passati solo 15 anni, ma lo scenario è profondamente mutato. Le RSA sono oggi, soprattutto nella nostra Regione, un'unità di offerta della rete consolidata, impegnata in un difficile percorso di definizione dei risultati e di miglioramento della qualità; la diversificazione dei servizi ed il modello "a rete" si sono andati diffondendo; la validità della cultura e della metodologia geriatrica trovano sempre più ampi riconoscimenti; soprattutto è cresciuto l'orgoglio della geriatria e dei geriatri, intorno ad una Società che ha saputo innovarsi profondamente.

Oggi – grazie alla fiducia accordatami dal Presidente, Marco Trabucchi, e da tutti i colleghi – sono chiamato a far parte del Consiglio Direttivo di una Società che da qualche anno ha scelto con determinazione di accettare la sfida della complessità, della fragilità, della cronicità, della demenza e di misurarsi con la multidimensionalità dei bisogni, con la fertile diversità delle culture professionali, con la necessaria molteplicità dei servizi; che ha costruito in questa scelta la propria specificità metodologica e culturale, superando ogni sudditanza nei confronti della medicina "clinica"; che riconosce pari dignità a chi opera, a diverso titolo, in tutte le articolazioni della rete dei servizi (e lo ha dimostrato concretamente, proprio nel recente Congresso, con l'omaggio corale tributato ad Antonio Guaita). Una Società che sento mia, e alla cui crescita intendo contribuire con l'esperienza che ho maturato nella rete dei servizi geriatrici residenziali e territoriali della città di Brescia, ma soprattutto cercando di raccogliere ed interpretare gli stimoli, le proposte, le richieste di chi opera, con entusiasmo, con passione, con intelligenza, nei più periferici e più "sommersi" luoghi delle cure.

Gianbattista Guerrini

Il nostro Congresso è stato per me di grande significato e pieno di soddisfazioni. Abbiamo tutti dimostrato di aver raggiunto consapevolezza nel nostro sapere e capacità di comunicare e condividere fatti ed esperienze, con metodo e valore scientifico.

Desidero ringraziarvi per la mia elezione come rappresentante della Sezione Socio-Comportamentale. La considero un riconoscimento al lavoro che ho portato avanti in questi anni ed un mandato per ampliarlo all'interno della Società.

Ci sono moltissimi campi da esplorare e cose da fare, con l'obiettivo prioritario di colmare la discontinuità esistente tra la pratica quotidiana e la ricerca. Credo che l'integrazione tra il sapere geriatrico e quello riabilitativo sia uno dei percorsi capaci di originare modelli di cura adatti alla complessità dei nostri pazienti ed utili per migliorare servizio che rendiamo. Su questa linea sono a completa disposizione del Presidente, della Società e di tutti voi. Grazie ancora.

Bruno Bernardini



COMMENTI SUL CONGRESSO E SUI CORSI

Invio alcune impressioni "a caldo" relative al 50° Congresso SIGG, per condividerle con gli altri soci attraverso il bollettino.

È lunedì e, finito il congresso, si torna alla routine ed ai pensieri quotidiani di lavoro con gli anziani, ma i giorni del Congresso hanno lasciato il segno, personalmente forse più che negli anni passati. La qualità dei lavori e delle relazioni mi è parsa sempre di gran livello e molto stimolante per l'aggiornamento professionale. Sono stata presente fin da mercoledì ed ho poi partecipato, per il quarto anno di seguito, al corso di riabilitazione cognitiva per poi fermarmi ancora sabato ad ascoltare il simposio sulla cura oltre la care in RSA, le comunicazioni al corso di nursing, il simposio sulla demenza grave, la tavola rotonda sulla morte. Tanti stimoli, tante idee ed un momento particolare di emozione per la consegna del premio Fondazione Socialità e Ricerche al dott. Guaita che voglio ringraziare per l'intensità con cui aveva saputo condividere, con noi corsisti della riabilitazione, nella breve conclusione dei lavori, quei concetti e quella umanità così bene espressi nella sua lettura di sabato. Un grazie sincero alla Società, perfetto connubio di medicina basata sulle evidenze e di passione sincera per i vecchi: dal congresso davvero si torna carichi per affrontare un altro anno di lavoro.

*Dott.ssa Marcella Pevere
Fisioterapista*

Anche quest'anno la partecipazione al nostro Congresso Nazionale non è stata un passeggiata, specie per noi delle isole, ma ne è valsa la pena. Non esiste miglior modo per un giovane geriatra di respirare il clima di vivacità intellettuale e scientifica che pervade ormai da diversi anni la Geriatria italiana, con il Congresso Nazionale quale sua massima espressione. E non possiamo non essere riconoscenti per il grande interesse che la Società riserva a noi giovani, di cui la Summer School, giunta ormai alla seconda edizione, è la prova più tangibile. Io ho avuto la fortuna di partecipare e ne sono entusiasta. L'idea è di quelle che valgono un plauso: dare la possibilità alla nuova generazione di incontrarsi e di maturare insieme in termini culturali e umani assicurerà alla Nostra Società sempre maggiore forza e coesione fondate su solide basi culturali condivise e sull'amicizia, che fa dialogare costruttivamente anche chi ha idee assai diverse. Espressione della straordinaria carica innovatrice dell'idea è anche la recente discussione che avrete avuto modo di seguire sul Bollettino e che di certo non va interpretata come una lite, piuttosto è la più chiara espressione di quanto la Summer School ci stia a cuore. In essa noi vediamo uno strumento prezioso ed insostituibile di formazione e crescita collettiva e che pertanto vogliamo sempre migliore. Lo sforzo della Società è notevole ma è un investimento di sicuro successo che creerà una nuova leva in grado di portare a compimento il Vostro percorso di rinnovamento.

Un fortissimo abbraccio da tutta la Summer School al Prof. Marchionni.

*Giuseppe Bellavia
per tutti Massimo*

Vorrei esprimere il mio più sentito apprezzamento per l'organizzazione del Congresso SIGG ed in particolare per il Corso di Riabilitazione Cognitiva e quello per gli Psicologi.

Da anni mi occupo di riabilitazione cognitiva relativa a pazienti affetti da demenza e sono già due anni che partecipo al Congresso e al Corso di Riabilitazione, alla conclusione dei quali ritorno al mio "covo lavorativo" sempre più arricchita professionalmente.



I relatori impegnati al Corso oltre ad aver trattato in maniera esaustiva i modelli teorici alla base della riabilitazione dei diversi deficit cognitivi, hanno esposto in maniera chiara e dettagliata argomenti piuttosto impegnativi, rispettando tra l'altro l'eterogeneità dell'uditorio. Gli aspetti teorici affrontati rappresentano i punti cardine dell'ampio repertorio dei diversi trattamenti riabilitativi. Nelle relazioni è stato sottolineato che in letteratura non vi sono metodi operativi di validità scientifica, pertanto sarebbe molto interessante, oltre che formativo, nella prossima edizione dei Corsi, affrontare anche l'aspetto pratico della riabilitazione.

I relatori invitati sono tra i più illustri del settore e dunque le loro proposte, i loro targets di riferimento e i piani di intervento "sul campo" rappresenterebbero per tutti noi, medici, psicologi, terapisti della riabilitazione, fonte di ricchezza operativa.

Il mio suggerimento nasce da una sentita esigenza del settore riabilitativo: avere una linea guida anche se solo indicativa tradotta in disegni operativi e strategie riabilitative, al fine di ridurre la nostra più fervida improvvisazione spesso afinalistica.

*Giovannina Conchiglia
Psicologa/Psicoterapeuta*

Da alcuni mesi ho in memoria il supplemento del bollettino Sigg di dicembre 2004 che annunciava un corso per gli psicologi in contestuale svolgimento con il 50° congresso nazionale della SIGG. Una società medica, fra le poche che raccoglie fra i propri iscritti come bene recita il titolo della società studiosi di medicina che si occupano di anziani "malati" (geriatria) e studiosi afferenti da altre discipline che hanno in comune con i medici l'interesse dello studio verso gli anziani (gerontologia). Indubbiamente una scelta lungimirante che dichiarava nei fatti la necessità di una integrazione, di una multidimensionalità....della persona anziana, soggetto di studio.

Spontaneamente mi sono nate alcune riflessioni a tale annuncio in quanto da tempo credo che nei rispettivi ordini (degli psicologi, dei medici, degli infermieri...) vengano avanti richieste di sempre maggiore specializzazione e competenza, anche all'interno di settori che già possiedono peculiarità e specificità.

Le attenzioni di medici chirurghi sono diverse da quelle di un internista anche solo di fronte ad un uguale sintomo presentato dal paziente anziano. Ad esempio all'interno dei chirurghi si sono sviluppate competenze ancora più settoriali in quanto le abilità e conoscenze su particolari tecniche richiedono uno sforzo ulteriore di approfondimento dato dalla parte del corpo sulla quale si vuole intervenire e/o dalla metodica che si intende utilizzare (microchirurgia della mano.....).

Si può affermare la stessa cosa per gli psicologi che conducono attività clinica su pazienti o su organizzazioni: le varie scuole supportano l'intervento clinico dello psicologo con metodiche ove i presupposti teorici sono diversi...Lo stesso si può dire per l'intervento psicosociale nelle organizzazioni per una lettura dei contesti, delle relazioni delle dinamiche..., a supporto del loro sviluppo, del sostegno formativo al personale che lavora in tali organizzazioni. Per questi motivi un conto è lo psicologo che lavora in una struttura residenziale piuttosto che in un consultorio geriatrico.

Quanto detto vale anche per l'infermiere alle prese con la cartella clinica del paziente (anziano, tossicodipendente....) e per le altre professioni che si occupano di tematiche sociosanitarie e socioassistenziali.

È certamente significativo che vi siano tali approfondimenti che si aprano nuovi percorsi di tipo clinico, organizzativo nelle varie discipline e nelle professioni così che i risultati vengono successivamente messi a disposizione del "resto del mondo scientifico". Su questo vi è condivisione.

È probabile inizi a sorgere qualche perplessità quando si cerca di mettere insieme la parte clinica con la parte organizzativa, la parte col tutto....., quando cioè si cerca di collocare il sintomo in un contesto e si cercano di definire delle gerarchie: se sia più importante l'una o l'altra parte.



Chiedere allo psicologo di occuparsi di alcuni dati comportamentali piuttosto che cognitivi, conseguentemente la costruzione di items di scale ritengo faccia parte di un lavoro clinico che non è possibile non fare; non può non essere fatta attività di validazione o più in generale di ricerca e questo in modo integrato, multidisciplinare secondo le competenze e le conoscenze sviluppate dai singoli cultori di disciplina.

Il notevole valore dato dall'integrazione è proprio questo: la possibilità di poter costruire "qualcosa" di integro, intatto, puro non contaminato".

Lo sforzo pare essere dunque quello di portare a confronto, di costruire insieme....così che l'oggetto possa definirsi completo ed integro.

La tipologia degli invitati al congresso di Firenze si può contraddistinguere in tre modi diversi: la prima è quella degli invitati-iscritti al congresso: ambiente fisico e mentale occasione di apprendimento di incontro di socializzazione e scambi delle idee; vi è una seconda tipologia di invitati-iscritti al corso di nursing appartenenti ad una categoria professionale che in prevalenza sono infermieri e riabilitatori (lì si corre...per apprendere) ed una terza tipologia di invitati iscritti al corso di psicologia ove vi è un ambiente e habitus specifico rilevante. Cercando di "leggere" questo movimento alla luce delle considerazioni fatte pare si possa affermare che da un intero come potrebbe essere il congresso vi siano poi separazioni che rimandano alle parti che si fa fatica a tenere insieme, come se le stesse assumessero un connotato di scivolamento verso l'attenzione all'organo.

La messa in comune di professioni consente questo arricchimento insita nelle varie discipline che cercano di comprendere la persona anziana per consentirle di vivere una situazione sempre più dignitosa: dall'anziano sano all'anziano malato, dalla sua casa ai servizi o alle case di riposo dove questo si trovi, in forma duratura o temporanea secondo le vecchie categorie dello spazio e del tempo della cura. La ricerca del benessere della persona anziana è in capo prima a se stessa, ai suoi familiari e certamente ai curatori a seconda della rilevanza professionale.

Ritengo la Società Italiana di Geriatria ed il suo congresso lo spazio ed il tempo più adeguati per fare questo. È certamente stata la lungimiranza e sensibilità dei fondatori e promotori di tale società storica, attenta all'evoluzione del pensiero scientifico e sociale, che le ha consentito l'evoluzione di cui si possono godere i vantaggi: non vi sono molte società che accolgono "in seno" altri osservatori del fenomeno.

In conclusione quindi, senza connotati di tipo politico, non si propone un ribaltone ma uno stimolo a pensare nel congresso spazi e tempi dedicati ad argomenti comuni che facilitino l'integrazione, lo scambio (vi sono medici geriatri curiosi e attenti alle tematiche psicologiche e viceversa..). Eccone l'occasione.

Luciano Marella

La partecipazione al Congresso è stata molto soddisfacente dal punto di vista numerico. Plaudo all'assenza dei soliti politici sanitari. Le sessioni (Corsi) dedicate a particolari figure professionali risultano avulse dal programma generale; è la soluzione ideale tenendo presente che in Geriatria si parla tanto di multi- ed inter-disciplinarietà. Credo si debba incentivare la presentazione di abstract da parte della sezione nursing. Anche le sessioni del Mercoledì hanno avuto alterno successo (in termini di presenze) nonostante la rilevanza dei temi trattati; alcuni relatori o moderatori erano impegnati su più fronti creando confusione. Posso dire che l'informatizzazione e la comunicazione in Geriatria poco interessano.

La riunione sugli strumenti editoriali della SIGG ha avuto scarsa partecipazione, ma sono emersi punti rilevanti. La SIGG dovrebbe chiedere a Kurtis editore di permettere la messa in rete (dal sito SIGG) delle annate pregresse di *Aging Clin Exp Med* (rivista ufficiale della SIGG?): ciò aumenterebbe la visibilità e le citazione di *Aging* che ha impact factor in calo. L'enorme volume del Giornale di Gerontologia dedicato alle relazioni contrasta con povertà dello stesso e con la minima



collaborazione dei soci alla sopravvivenza del Giornale stesso ed anche del Giornale dell'Arteriosclerosi: si potrebbero analizzare i motivi di questo strano comportamento. Il volume delle relazioni è una caratteristica negativa ed anacronistica (forse anche molto dispendiosa) del nostro congresso: si può cercare di cambiare trovando formule più credibili? Il sito è un successo, ma è sicuramente suscettibile di miglioramenti come strumento di aggiornamento professionale e culturale.

La Riunione della Scuole di specializzazione in Geriatria è stata molto frequentata; la prossima applicazione dei contenuti del decreto di riordino della Scuola di specializzazione in Geriatria rappresenta un'occasione unica per proporre un curriculum propositivo ed autenticamente geriatrico da implementare nelle 33 Scuole attualmente attive.

Gianfranco Salvioli

Il simposio di Medicina legale al Congresso SIGG ha affrontato i temi della libertà e della dignità della persona a cui si oppone la sacralità della vita e il diritto alla cura del medico. Vi è stato un riscontro positivo non solo per il numero dei presenti ma per un interesse della Medicina Legale stessa che ha dovuto affrontare temi risultati in qualche modo inesplorati. Si pensava in effetti che fragilità e paziente geriatrico avessero pochi e ben individuati punti di contatto con la medicina legale ma in realtà le problematiche sono risultate ben più ampie e meritevoli di tempi e di approfondimenti maggiori. L'informazione e il consenso in ambito geriatrico risentono ancora di scarsa trattazione; il Comitato nazionale di bioetica del 20 giugno 1992 produsse un documento "Informazione e consenso all'atto medico" in cui non si toccava l'ambito geriatrico.

La prassi medica quotidiana si struttura ancora come medicina difensivistica con pratiche non corrette, alla ricerca di soluzioni non appropriate e fuori dalla responsabilità medica in cui l'informazione è alla base di un normale rapporto con il paziente. La Corte di Cassazione ritiene d'altra parte un falso la non scrittura in cartella clinica di atti o decisioni cliniche. In questo contesto le vicende cliniche sono fatte di frequenti luoghi comuni e ambiguità di ruoli come l'intervento dell'autorità giudiziaria o della psichiatria alla ricerca del consenso alle cure anche in casi di urgenza non differibile. Il ruolo dell'amministratore di sostegno quale figura capace di rappresentare la persona fragile nelle decisioni di aiuto quotidiane non trova riscontri tangibili in molte realtà.

Anche a nome del Prof. Mirco Neri ringrazio pertanto tutto il consiglio direttivo per aver organizzato il simposio.

Gabriele Noro



Pur non facendo parte ovviamente del nostro 50° Congresso, il meeting della GSA ha visto una rilevante partecipazione di studiosi italiani, a conferma della vivacità della nostra geriatria

58th Annual Scientific Meeting della Gerontological Society of America

Dal 18 al 22 Novembre 2005 si è svolto ad Orlando negli Stati Uniti, l'annuale congresso della Gerontologic Society of America. Inizialmente programmato a New Orleans l'appuntamento è stato spostato in altra sede dopo il disastro ambientale determinato dall'uragano Katrina. Molti gli argomenti trattati, di ordine clinico, biologico e sociale con particolare attenzione al tema centrale della disabilità e dello stato funzionale in tutti i suoi aspetti, dalla ricerca dei fattori che possono determinarne l'insorgenza agli interventi di prevenzione. Ma ampio risalto è stato dato anche ad altri temi quali la demenza, la nutrizione, la spiritualità, le malattie croniche, l'infiammazione, lo stress ossidativo, la depressione, le cure palliative, le malattie osteo-muscolari, l'uso di farmaci, solo per citarne alcuni.

Nutrita è stata la partecipazione italiana al congresso, a cominciare dal responsabile della sezione di Biological Science della Gerontological Society of America, Ettore Bergamini e dal presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, Marco Trabucchi. Importanti i contributi dei geriatri italiani residenti negli Stati Uniti: Marco Pahor, Direttore del Department of Aging and Geriatric Research dell'Università della Florida ha presentato risultati preliminari dello studio LIFE (Lifestyle Interventions and Independence for Elders), un trial clinico mirato a valutare l'impatto di un programma di esercizio fisico sulla disabilità e Luigi Ferrucci, coordinatore del Baltimore Longitudinal Study on Aging, ha mostrato dati sull'associazione tra anemia e testosterone e sulla relazione tra adiponectina e insulino-resistenza negli anziani. Particolare interesse hanno destato i simposi basati sui dati dello studio InChianti (Invecchiare In Chianti), ai quali hanno partecipato, in qualità di relatori, ricercatori italiani, quali Stefania Bandinelli (Firenze), coordinatrice dello studio, Angela Abbatecola (Napoli), Benedetta Bartali (Firenze e New York), Alessandro Blè (Baltimora e Ferrara), Fulvio Lauretani (Firenze), Marcello Maggio (Baltimora e Parma) e Stefano Volpato (Ferrara). Matteo Cesari (Gainesville e Roma) ha presentato dati dello studio Health ABC (Health Aging and Body Composition), sottolineando l'importanza di un'applicazione clinica del test del cammino e Giorgio Annoni dell'Università di Milano Bicocca, ha dimostrato la presenza di un'associazione tra il polimorfismo del gene Pin1 e i meccanismi patogenetici che portano alla malattia di Alzheimer. Nel corso di un simposio su sintomi comportamentali nella demenza, organizzato da Giovanni Gambassi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Rossella Liperoti (Roma) ha presentato risultati di studi condotti nelle nursing homes americane sugli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici e Renzo Rozzini (Brescia) ha mostrato dati sul valore prognostico dei sintomi comportamentali e del delirio nei pazienti anziani ospedalizzati. Infine, ricerche derivate da analisi svolte su banche dati italiane sono state presentate da Francesco Landi (Roma), Cinzia Maraldi (Gainesville e Ferrara), Irene Mangani (Gainesville e Firenze) e dal sottoscritto (Roma).

Con la mente alla sede originale del meeting, New Orleans, città distrutta dal passaggio dell'uragano Katrina, il congresso è stato chiuso con una presentazione dal titolo 'Evacuation of Elders During Disasters', nel corso della quale è stato ribadito come, una volta di più, gli anziani siano i più indifesi di fronte ad avvenimenti di questo tipo, e come sia necessaria una maggiore attenzione per garantire la sicurezza di questa crescente parte della popolazione.

Graziano Onder



Volumi a disposizione dei soci:

R. Antonelli Incalzi

“Le basi culturali della geriatria”

WHO

“Migliori cure palliative per le persone anziane”

“I fatti concreti”

(i volumi possono essere richiesti alla segreteria SIGG)

M. Trabucchi

“I vecchi, la città e la medicina”

*(il volume può essere richiesto alla Sig.ra Mariuccia Casciano della Fondazione Smith Kline:
casciano.fsk@tiscali.it)*