



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

Bollettino SIGG

Anno II

numero 12 – dicembre 2005

Direttore Responsabile

Marco Trabucchi

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario:

Editoriale	Pag.	2
L'ultimo numero del secondo anno del Bollettino	"	3
Relazione del Presidente al CD	"	4
Sintesi riunioni Commissioni ed Aree	"	8
Lettera e questionario del Presidente eletto	"	13
Antipsicotici e BPSD	"	15
La residenzialità per gli anziani	"	18
Associazione Italiana Operatori Cure Continuative	"	19
La "White House Conference on Ageing"	"	20
Stile di vita e longevità	"	21
Notizie dalle Sezioni Regionali	"	22
I soci scrivono	"	24
Dalla letteratura internazionale-Recensione libri	"	28
Congressi e Convegni	"	29



Editoriale

E' l'ultimo editoriale che ho l'onore di scrivere per il bollettino mensile della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

In questo numero è riportata la relazione conclusiva della mia presidenza, presentata al Consiglio direttivo allargato del 12-13 dicembre. Il lettore vi trova un "riassunto morale" del lavoro che ho svolto ed una programmazione delle attività future, definita assieme a Roberto Bernabei che mi succede tra pochi giorni e a Niccolò Marchionni, il presidente eletto. Nel bollettino di gennaio potrete trovare la struttura operativa della Società, come verrà al più presto definita dal nuovo Consiglio Direttivo.

A me non resta, quindi, che ringraziare i soci per l'onore che mi hanno concesso in questi due anni: un'esperienza bellissima, i cui aspetti positivi sono stati molti. Ho cercato di mettere a disposizione della SIGG il mio tempo, la mia cultura, una visione pratica delle cose. Spero che l'impegno sia stato compreso, non tanto per farmene un vanto, ma perché così mi sentirei completamente remunerato delle fatiche affrontate. Gli auguri personali, che riceverete in questi giorni, riassumono -con la "scusa" del Natale- il senso di un servizio alle persone fragili. Il Natale, scrive Marguerite Yourcenar "è la festa dei poveri: un'antica ballata francese presenta Maria e Giuseppe a Betlemme mentre vanno alla ricerca di una locanda alla portata dei loro mezzi, respinti dappertutto per far posto a clienti più illustri e ricchi, e alla fine insultati da un oste che odia la povera gente".

Riporto -a conclusione di questo e della serie di editoriali che mi hanno messo mensilmente in rapporto con i soci, quasi ad interpretazione complessiva di un itinerario mentale- le parole pronunciate da Renzo Rozzini alla recente presentazione bresciana del mio libro "I vecchi, la città e la medicina". Alle volte gli allievi e i colleghi aiutano a comprendersi, meglio di quello che ciascuno riesce a fare da solo: "...da una lato la ricerca, motore essenziale per un vero progresso biomedico, dall'altro l'attenzione costante al mondo reale, quello dei problemi concreti, delle interazioni non attese, sia sfavorevoli che provvidenziali. Trabucchi ha sempre detestato gli organigrammi, le costruzioni teoriche, quelle che suonano di stalinismo perché limitano la libertà della persona. Ha sempre avuto piuttosto una visione prammatica della società e della medicina; una visione dinamica, non rigida. Non ha mai guardato ai problemi in senso astratto. Ha creduto e insegnato a credere nella società che viviamo. Alla società e alla medicina che noi possiamo cambiare, quella che produce i piccoli guadagni, che tanto sono importanti per tutti, e ancor più per l'anziano in difficoltà".

Buon lavoro a tutti, quindi, con un saluto rinnovato anche a quelli apparentemente più lontani o che non hanno potuto fruire delle attività della SIGG in questi due anni, ma che si sentono geriatri con il cuore.

Io continuerò -con più tempo per studiare, sperimentare cose nuove ed occuparmi direttamente delle persone che soffrono- a rimanere a disposizione di amici e colleghi.

Grazie.

Marco Trabucchi



L'ultimo numero del secondo anno del Bollettino

Le parole del Presidente naturalmente non devono essere interpretate come la fine del suo rapporto tramite il Bollettino con i Soci, particolarmente vivo, costante ed intenso in questi due anni di presidenza. Sono certo non ci sarà alcuna interruzione. Sono sicuro che continuerà ad inviarci articoli, commenti, notizie per far sì che il Bollettino mantenga sempre il suo valore e possa migliorare. Chi lo conosce sa che le sue iniziative culturali ed editoriali rimangono sempre vive, anche se si modifica l'organigramma in seguito a nuovi impegni culturali, societari o didattici di responsabili o fondatori. Il Bollettino mensile, è noto, è una sua creatura. Un'invenzione nata a gennaio dello scorso anno i cui vantaggi sono noti a tutti e che nel corso di questi primi due anni di attività ha permesso un reale contatto tra la Società, il Consiglio Direttivo e la base dei Soci ed una informazione chiara e trasparente su quanto viene deciso e sulle iniziative future.

Con grande piacere pubblichiamo quest'ultimo numero del secondo anno di attività. E' il Bollettino più corposo con 30 pagine. E' una soddisfazione personale e di tutti coloro che hanno contribuito, un ringraziamento ed un significativo riconoscimento al Presidente uscente per aver creato "uno strumento di comunicazione" di cui credo nessuna Società Scientifica nazionale attualmente dispone. Grazie Presidente da parte di tutti i Soci che apprezzano il Bollettino, che aspettano di leggere sempre i contributi che invierà, sicuramente numerosi visto che avrà "*più tempo per studiare, sperimentare cose nuove ed occuparmi direttamente delle persone che soffrono*".

In questo numero diamo ampio spazio all'ultima riunione del Consiglio Direttivo allargato in cui si è parlato del lavoro svolto negli ultimi due anni, riassunto nella relazione del Presidente; si è tenuta anche la riunione con i responsabili e membri delle Aree e Commissioni permanenti, che hanno inviato una breve sintesi sul lavoro svolto e sui programmi per il futuro. Infine il Presidente eletto, Prof. Bernabei ha illustrato le linee programmatiche della SIGG per i prossimi due anni sotto la sua presidenza. Sull'argomento riferiremo nel prossimo numero.

In merito all'organizzazione del prossimo Congresso Nazionale il Prof. Bernabei ritiene opportuno, come per le ultime edizioni, partire con largo anticipo per avere il tempo necessario che richiede un Congresso pieno di eventi e dare la possibilità a tutti di ricevere il programma preliminare al più presto. In vista di ciò invia ai soci la lettera che riportiamo ed un breve questionario sul Congresso, approvato all'ultimo CD. E' auspicabile una numerosa e veloce risposta dei Soci in modo da dare il segnale di interesse di tutti per il Congresso, per integrare o modificare quello che vogliamo sui temi trattati ed anche come apprezzamento alla consuetudine già in atto di coinvolgere tutti nelle decisioni importanti degli eventi societari.

Un altro tema di cui parliamo in questo numero è quello dell'utilizzo degli antipsicotici atipici. Angelo Bianchetti, che nel supplemento n. 2 del Bollettino di quest'anno era intervenuto sull'argomento con una dettagliata disamina, ci fornisce gli ultimi aggiornamenti sia dal punto di vista scientifico che normativo su un argomento di grosso interesse per molti geriatri che vivono quotidianamente la difficoltà di prescrizione di questi farmaci nei pazienti con demenza. Molte regioni sono ancora indietro sull'applicazione delle disposizioni dell'AIFA. Le indicazioni contenute nell'articolo saranno utili anche a questo scopo.

Buon Natale a tutti.

Vincenzo Canonico



Relazione del Presidente presentata alla riunione del Consiglio Direttivo allargato di Firenze del 12-13 dicembre 2005

Questa breve relazione (non è una summa di tutto ciò che riguarda la nostra Società, ma solo un elenco dei problemi più rilevanti o irrisolti) cerca di rileggere criticamente i due anni di lavoro che stanno per finire, con l'obiettivo primario di progettare un futuro in grado di portare ad un ulteriore sviluppo della Sigg. In quest'ottica di continuità nella crescita la relazione stessa è stata concordata con Roberto Bernabei e Niccolò Marchionni.

Inizio con i **ringraziamenti** a chi mi ha aiutato con generosità personale e chiarezza strategica in questi due anni di lavoro. Ricordo la filiera dei presidenti che mi hanno preceduto, in particolare il past president Masotti, ed inoltre il presidente eletto Bernabei e il segretario generale Marchionni. La mia gratitudine si estende alla giunta, al consiglio direttivo, ai componenti le varie commissioni afferenti alle diverse aree: insieme abbiamo creato un'ossatura forte che ha guidato la Società in armonia e intelligenza.

Un grazie particolare a Gianna Fè e alle sue due collaboratrici per un lavoro di raccordo costante e preciso tra le idee mie e quelle della dirigenza con la realtà concreta della società, fatta di migliaia di uomini e donne, di problemi organizzativi, economici, ma talvolta umani e psicologici.

Aggiungo anche un ringraziamento affettuoso ai miei collaboratori di Brescia che mi hanno di fatto permesso –aumentando il loro lavoro- di dedicare più tempo alla Sigg.

Un ringraziamento a tutti, quindi, non formale, ma legato alla sensazione realistica –e che trasmetto anche ai miei successori- che una Sigg incentrata su un presidente in solitudine non può più funzionare. E non per retorica partecipativa, ma per una lettura realistica del mondo geriatrico italiano.

Infine un grazie particolare ai molti soci che in periferia hanno seguito il nostro lavoro con attenzione e interesse; spesso non hanno voce o non riusciamo a dar loro voce, però costituiscono l'ossatura nobile della Sigg. A loro va il mio saluto più caloroso, assieme all'invito a continuare a lavorare con passione per il successo delle nostre idee comuni. Soprattutto ai giovani geriatri desideriamo comunicare l'interesse primario della Società per una loro formazione completa, moderna e scientificamente fondata, adeguata per affrontare le più difficili condizioni di lavoro.

Oggi **la Sigg è in buona salute**; non solo per i numeri che parlano di un consenso sempre più vasto, ma soprattutto per l'incisività che assume nelle varie realtà locali, per la linearità delle posizioni culturali, per la capacità di costruire progetti avanzati di studio e di ricerca. Nei due anni di presidenza ho ritenuto di appoggiare qualsiasi iniziativa locale mirata ad allargare il consenso attorno alle nostre idee: nessuno può dire di averci chiesto un appoggio e di non aver trovato disponibilità, attenzione, aiuto concreto. Ciò ha contribuito a costruire attorno alla Sigg una rete di relazioni, di prodotti, di idee che oggi è un patrimonio da difendere e da alimentare. Gli aspetti umani hanno contato, ma soprattutto è stato compreso lo spirito di una scelta strategica che valorizzava il dialogo e il rafforzamento all'interno per poter meglio essere propositivi e incisivi all'esterno.

Molte però sono le cose ancora da fare sul piano strategico e che dovranno essere affrontate nei prossimi anni; oltre a quelle elencate di seguito, mi permetto di ricordare la grave discrepanza tra la partecipazione delle colleghe negli organi societari a tutti i livelli e la loro effettiva presenza che nella società assume un ruolo sempre più importante e significativo. Inoltre, sul piano strategico deve essere affrontato il ruolo delle professioni sanitarie non mediche all'interno della Sigg. Se l'anno prossimo allargheremo la partecipazione al Congresso Nazionale anche agli Assistenti



Sociali (come è già stato deliberato) si viene a costruire attorno alla Sigg una galassia di professioni (da quella infermieristica ai terapisti della riabilitazione, agli psicologi, agli assistenti sociali e –in un prossimo domani- anche agli educatori) che deve trovare una maggiore rappresentanza istituzionale all’interno della Società, ma soprattutto deve essere capace di maggiore incisività autonoma attorno alle problematiche geriatriche sia a livello culturale che organizzativo e di proposta politica.

Però, nonostante mille difficoltà, la Sigg è in buona salute e la geriatria italiana è stimata ed amata; i dati della ricerca Astra (che spero di poter presto pubblicare in un volume “apologetico”) parlano di un’attenzione ed un legame con il nostro lavoro che è davvero motivo di grande soddisfazione ed anche di orgoglio, ma soprattutto di impegno per alimentare e migliorare il legame con chi si affida a noi per lenire le sofferenze, curare le malattie, ridurre la perdita di libertà.

La geriatria italiana ha bisogno di una costante attenzione agli **aspetti culturali che sottintendono alla professione**. E’ ormai evidente che il nostro messaggio è stato colto da molti altri settori della medicina. Questa dinamica storica non può essere motivo di risentimento, ma anzi di orgoglio per essere stati i primi ad aprire strade importanti per il miglioramento della clinica e dell’assistenza. Però resta a noi ancora una pesante responsabilità: da un lato verificare che le affermazioni che vengono fatte da più parti corrispondano ad una prassi reale (e talvolta può esservi un legittimo dubbio a questo proposito!), dall’altro continuare a dimostrare con i dati che quello che facciamo porta a risultati importanti per la persona anziana affetta da malattie croniche che ricorre ai nostri servizi (dall’ospedale, alle riabilitazioni, alle strutture di lungoassistenza, alla domiciliarità, ecc.), perché tendenzialmente offriamo un’assistenza più efficace rispetto ad alcuni outcome fondamentali (qualità e durata della vita, mantenimento dell’autosufficienza, ricorso alle strutture sanitarie, ecc.). Inoltre è indispensabile far proseguire l’elaborazione teorica (con immediate ricadute pratiche) sul rapporto tra complessità e specificità nella programmazione dell’atto di cura, cioè sul rapporto tra fragilità e specifiche patologie d’organo. Ciò significa anche identificare le modalità per trasferire le conoscenze acquisite con la valutazione multidimensionale in singoli atti terapeutici (o preventivi e riabilitativi). Sono compiti primari, anche tenendo conto con realismo che siamo ancora pochi per coprire in Italia un bisogno che si allarga ogni giorno. Quindi, pur partendo dall’affermazione veritiera che siamo ancora i migliori nella cura delle persone anziane, dobbiamo preoccuparci di costruire sempre nuovi modelli, dimostrati e credibili, perché della cultura geriatrica si possano giovare un numero sempre più ampio di anziani. E noi sappiamo bene quanto vi sia bisogno oggi nel nostro paese di chi cura bene i vecchi! Grazie, in questo ambito, ad Antonelli Incalzi, che ha costruito un volume importante per la Sigg, perché riassume in italiano i contenuti di molti studi che a livello internazionale hanno approfondito la cultura geriatrica.

Non voglio riassumere le cose fatte in questo biennio e che hanno contribuito a costruire la Sigg di oggi; mi interessa solo riproporre alcune tematiche nella prospettiva di un ulteriore sviluppo, affidato ai miei successori.

La **struttura regionale della Sigg** deve essere sempre seguita con attenzione dalla presidenza, anche perché il federalismo italiano è ancora incompleto. Molte regioni hanno funzionato benissimo, altre con qualche problema. Per il futuro vi è la necessità di continuare un raccordo tra le esigenze locali e le impostazioni di carattere generale per quanto riguarda gli aspetti culturali e strategici.

La Sigg trova momenti di coesione umana e di valorizzazione professionale e scientifica nei **congressi nazionali e locali**, ma soprattutto nella **stampa e nei mezzi di comunicazione**. In



quest'ottica riaffermiamo l'importanza del bollettino mensile (ha offerto a tutti la possibilità di sentirsi partecipi di una realtà viva e coesa), dei giornali (Aging, Giornale di Gerontologia e Giornale dell'Arteriosclerosi, I luoghi della Cura), delle Summer School e di Contempo. Nel prossimo anno si deve puntare ad un ulteriore sviluppo di queste attività, sia allargando la platea dei fruitori (ritornando a dare attenzione preminente agli specializzandi) sia rinforzando la struttura delle redazioni delle riviste e del sito internet (non posso non ringraziare per l'impegno –in alcuni casi quasi eroico– chi ha lavorato in questi anni, da Canonico a Crepaldi e Maggi, a Salvioi e i suoi preziosi collaboratori, a Guaita e Zanetti, a Bonaiuto e la sua redazione).

La Sigg tanto più è forte tanto più riesce a migliorare la formazione dei geriatri, a partire dai più giovani, ma senza abbandonare chi lavora nei mille luoghi diversi della nostra professione, che trova solo nei nostri strumenti un supporto per progredire sulla strada di un'assistenza sempre più moderna e adeguata. In quest'ottica vorremmo “trasformare” la Giornata nazionale dei Nonni (il 2 ottobre) –una scelta politica quantomeno banale– in una Giornata nazionale della Formazione Geriatrica, sollecitando tutti i livelli dove lavorano i geriatri a organizzare in quella data attività volte a migliorare le competenze clinico-assistenziali (medici, infermieri, ecc., ma anche le badanti ed i famigliari). Sarebbe una risposta forte e concreta a chi vuole ridurre i problemi dei “nonni” a tematiche sentimental-pietistiche.

In questi mesi la Sigg ha ottenuto la **certificazione di qualità** per quanto riguarda la formazione continua; non si tratta di un blasone inutile, ma del riconoscimento formale di un impegno e di un livello raggiunto. Sono competenze a disposizione di tutta la Società, soprattutto di chi in periferia non dispone dei mezzi sufficienti per costruire da solo adeguati progetti formativi. Grazie in particolare a Nicola Ferrara che ha reso possibile questo traguardo con la sua generosità ed il suo impegno.

La formazione geriatrica si fonda moltissimo sulle capacità dell'**Università** di rispondere alle sfide del bisogno, cercando di impostare i messaggi su un equilibrio tra aspetti teorici e pratici. La geriatria universitaria italiana ha in questi anni svolto un ruolo importante; la Sigg si augura che possa diventare sempre più incisivo e che goda di spazi sempre più ampi. In questa prospettiva la nostra Società ha seguito con enorme interesse la nascita dell'Accademia Nazionale di Geriatria, alla quale si ripropone di dare tutto l'appoggio politico possibile perché possa svolgere il compito irrinunciabile di omogeneizzare i programmi formativi pre e postlaurea per tutte le professioni sanitarie, garantendo allo stesso tempo spazi importanti per i docenti all'interno delle facoltà mediche.

La Sigg è forte se riesce ad ampliare a livello locale, regionale e nazionale i **rapporti con gli organi di programmazione e governo**. In questi anni ho toccato con mano realtà diversissime; in generale, però, dove la geriatria aveva saputo creare legami istituzionali efficaci anche i nostri spazi di azione erano più ampi. La prossima presidenza Bernabei sarà certamente più incisiva in questo ambito, in modo che a nessun livello si possa dire di non conoscere cosa sanno fare i geriatri e la geriatria ed i risultati che si possono raggiungere purchè si applichino i nostri metodi di lavoro e ci si ispiri alla nostra cultura. Deve essere un'opera continua di pressione e di convincimento, assistita da una forte presenza sugli organi di comunicazione (giornali, televisione, ecc.); questi strumenti infatti migliorano il prestigio sociale della professione e la rendono quindi più rispettata dai decisori (spesso sensibili soprattutto ai rapporti di potere!). Anche in questo ambito Roberto Bernabei saprà portare competenze, sensibilità e rapporti per una sempre più importante presenza pubblica della nostra professionalità geriatrica.

La Sigg è forte se continua ad essere un luogo dove si fa **ricerca in tutti i campi del sapere geriatrico e gerontologico**, dalla biologia molecolare, all'epidemiologia, alla clinica, alla psicosociologia, ai servizi. Sempre più la Società acquisisce prestigio e sempre più sarà possibile organizzare ricerca autonoma, finanziata con fondi che non pongono lacci o limiti (particolare



attenzione dovrà essere data ai progetti AIFA). Quanto è stato fatto finora con i diversi progetti di ricerca attivati (Ulisse e Dafne) ha segnato una strada che va perseguita ed ampliata, anche rielaborando compiti e funzioni della Firi in un'ottica di più stretto collegamento di servizio con la Sigg.

Vi sono molti altri ambiti che sono stati affrontati in questi due anni, anche se non sempre si sono raggiunti risultati significativi. Cito, tra gli altri, il problema del **rapporto con le varie Società scientifiche e professionali** che hanno interessi geriatrici, per costruire comuni ipotesi di lavoro al fine di garantire spazi sempre più ampi alle nostre idee e ai nostri modelli di lavoro. Abbiamo avuto rapporti significativi con la medicina interna sia universitaria che ospedaliera, con la diabetologia, la cardiologia, l'ortopedia, la neurologia e la psichiatria, l'odontoiatria, la dietologia, la medicina legale, la medicina riabilitativa, la medicina di famiglia ed, inoltre, con l'Ipasvi, i farmacisti, i podologi. Oltre ad un elenco di contatti, che peraltro è più ricco di quello sopraindicato, bisognerà nel prossimo futuro mettere a punto modalità omogenee di rapporto, così da ottimizzare la nostra capacità di trovare spazio per le nostre idee ed i nostri modelli operativi. Cito tra le aree critiche anche i **rapporti internazionali**, sia con le società già operanti a livello europeo e mondiale, sia per quanto riguarda la possibilità di costruire contatti privilegiati con singole società (oltre a quelli con le Società Americane di Gerontologia e Geriatria). Si pensi ai progetti non realizzati di potenziare i rapporti con altre società geriatriche europee (con particolare a quelle più deboli dell'est) o con quelle dei paesi in via di sviluppo, aiutandole a prepararsi per affrontare sfide che tra qualche anno colpiranno anche loro.

Avevo iniziato il mio mandato due anni fa ispirandomi ad una frase di Camus sulla dedizione da offrire allo stesso tempo alla "bellezza e agli oppressi". Non sono certo di aver rispettato pienamente il mandato che mi ero attribuito, interpretando la volontà degli iscritti alla nostra Società. Però sono sicuro di aver avuto sempre attenzione allo sviluppo culturale e scientifico della Sigg, assieme a quella per l'anziano fragile, senza difese se non quelle offerte dalla nostra sensibilità, intelligenza e capacità operativa.

Affido al giudizio dei soci un lavoro che ho compiuto con convinzione, anche se adesso mi rendo conto di limiti ed errori. Sono certo, però, che anche questi serviranno a chi mi segue per lavorare sempre meglio a favore della causa comune.

Marco Trabucchi



Sintesi della Riunione dei Componenti le Commissioni permanenti ed Aree in statuto

Commissione permanente: i fondamenti culturali della Geriatria

La Commissione ha ultimato la prima fase dei suoi lavori con la pubblicazione di un testo che riassume vari aspetti della pratica gerontologia e geriatria, valorizzando così la molteplicità degli ambiti operativi afferenti alla nostra disciplina. Tale volume, distribuito in occasione del congresso SIGG del novembre u. s., non è una trattazione sistematica dei temi prescelti, ma ne offre una visione pratica e sintetica allo scopo di valorizzare le varie anime e ragioni d'essere della Geriatria e Gerontologia. A questa prima tappa confidiamo di fare seguire un disegno di integrazione dei diversi ambiti isolatamente considerati nel volume al fine di realizzare uno sviluppo logico, culturale e, auspicabilmente, anche operativo, dalle basi biologiche fino alla prassi operativa e organizzativa su uno o due temi di preminente interesse geriatrico. Ad esempio, la senescenza dell'apparato cardiovascolare, condizionata da molteplici fattori ambientali e genetici, si presta ad un'analisi che parte già nella fase dell'accrescimento per poi concentrarsi sul soggetto sano, su quello con anomalie precliniche e, quindi, sul paziente, cioè su colui che ha sviluppato patologia clinicamente evidente, concludendosi con l'analisi del disabile, ovvero di colui che soffre limitazioni funzionali conseguenti alla malattia. A ciascuno di tali livelli si realizza una serie di interventi che, a secondo dei casi, rientrano nell'ambito della geragogia, della prevenzione primaria o secondaria o terziaria, ed emergono infine delle specificità della prassi geriatrica legate alla peculiarità e complessità del paziente anziano.

Lo sviluppo di un processo di filiera culturale e operativa che si conclude solo con i riflessi ultimi sulla prassi gestionale e l'organizzazione dei servizi e rappresenta la più evidente e completa affermazione della multidimensionalità della nostra disciplina, ma anche della complementarità delle sue componenti. Proprio la promozione della loro integrazione è il primo scopo di questo lavoro sì da accrescere il valore dell'opera dei geriatri e gerontologi impegnati in ciascuno dei livelli indicati. Una volta definito tale iter culturale e logico-deduttivo, si proverà a tradurlo in una sorta di ricerca sequenziale che, evidenziando la dipendenza di ciascun livello dal precedente, gli fornisca le più solide basi culturali e operative e ne ottimizzi la resa in termini di qualità del prodotto di ricerca e di clinica applicata. In questo obiettivo finale identifichiamo la più completa affermazione della nostra disciplina oltre che il metodo migliore per promuovere la conoscenza reciproca e la collaborazione di quanti vi si dedicano.

Raffaele Antonelli Incalzi

Commissione permanente: scuole di specializzazione in Geriatria (SSG)

http://www.sigg.it/areattivita_dettaglio.asp?id=5

La Commissione si è riunita per discutere le prospettive delle SSG alla luce del profondo riordino previsto dal recente Decreto legge leggibile integralmente al sito: <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/Jarticolo.jsp?lingua=It&idsezione=37&idartic...>

La SSG risulta inserita nella classe Medicina clinica; la possibilità di un'assimilazione ancor più strutturale con la SS in Medicina interna è reale.

Si decide pertanto di proporre un protocollo condiviso dell'ordinamento della futura SSG in cui l'insegnamento dell'invecchiamento sia comune a tutte le SS dell'area (attività formativa di base) e la parte riguardante le attività formative geriatriche caratterizzanti comprendano esperienze in tutti i setting assistenziali nei quali può venirsi a trovare l'anziano con malattie, bisogni e disabilità.



Il testo provvisorio dell'ordinamento è già stato inviato ai Docenti MED09 di Geriatria e ai Ricercatori.

Si rimane in attesa di suggerimenti e di proposte qualificanti. Il testo definitivo, approvato in occasione di una specifica riunione (Firenze-Gennaio 2006), sarà inoltrato, anche a nome dell'Accademia Nazionale di Geriatria o ANG, al COLMED/09 per ottenerne la condivisione e l'approvazione degli obiettivi.

E' certo che il riordino rappresenta un'occasione epocale per affermare ancor di più l'identità della disciplina Geriatria.

Gianfranco Salvioli

Area formazione continua

La SIGG, come provider ECM, ha accreditato per gli anni 2004-2005 alla Commissione della Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute n. 28 eventi che si sono svolti sia presso la sede di Firenze durante il Congresso Nazionale sia presso le Sezioni Regionali della Società. Sono stati ottenuti 379 crediti totali con una media di 13.54 crediti per evento. Va sottolineato che gli eventi hanno interessato tutte le qualifiche interessate al processo di cura ed assistenza del paziente anziano: medici, fisioterapisti, psicologi, infermieri, logopedisti, terapisti occupazionali, assistenti sanitari, etc.

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 da Nicola Ferrara, 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 durante il nostro ultimo congresso.

Gli obiettivi prossimi futuri dell'Area sono quelli di mantenere la certificazione di qualità, continuare ed implementare l'attività di "counseling" presso le Sezioni periferiche che vogliono organizzare eventi e, infine, valutare la possibilità di intraprendere un percorso che arrivi ad organizzare eventi di Formazione a distanza (FAD).

Nicola Ferrara

Area ricerca scientifica

L'attenzione dell'area "ricerca" è stata indirizzata all'individuazione di alcune ipotesi di lavoro per lo sviluppo della ricerca scientifica tra i Soci e per la crescita di collaborazioni con realtà esterne alla Società.

Come primo approccio si è voluto proporre un questionario sull'attività di ricerca tra i componenti della Società di Gerontologia e Geriatria per individuare le aree di interesse e le esigenze formative, qualora presenti. Le risposte sono state superiori a 300 e su questo database si è iniziata l'elaborazione: i risultati preliminari sono stati presentati nel CD del Dicembre 2005.

In questi due anni state inoltre intraprese alcune azioni pratiche: si è aperto uno spazio nel bollettino per comunicazioni di lavori di rilievo in campo biogerontologico; è stato realizzato un primo approccio alla ricerca scientifica durante gli incontri della "summer school"; sono state



sperimentate tavole rotonde con discussioni aperte ai ricercatori più giovani durante alcuni congressi; sono stati sviluppati i rapporti con altre società (es. SIMFER, SIMG,...).

E' in fase di realizzazione un accordo di prova con l'Ufficio Ricerca dell'Ateneo genovese per una comunicazione di bandi di finanziamento di diversa provenienza a tutti i soci via internet, tale intesa, se dovesse partire, dovrebbe avere la durata di un anno.

L'area cercherà di segnalare ai soci alcuni interessanti corsi di formazione: il primo che è sembrato importante è un corso di 15 giorni organizzato dall'IBRI in collaborazione con la società Harlan a S.Piero in Natisone sull'uso di modelli animali nella ricerca sull'invecchiamento (corso in Inglese – ulteriori informazioni ottenibili dal Prof. E. Bergamini, Pisa).

Nei prossimi anni l'area vorrebbe creare un database con le sedi di possibili stages formativi per la ricerca in Italia e all'estero, individuare i dottorati di ricerca di interesse geriatrico, sviluppare le collaborazioni con le altre società scientifiche e stimolare a progetti di ricerca nel campo infermieristico. Infine l'area ha posto l'accento su alcune aree di ricerca che avrebbero necessità di essere potenziate quali le ricerche cosiddette "orfane" (esempio la ricerca sugli eventi avversi da farmaci, su polifarmacoterapia, ...), la bioetica e la ricerca in campo didattico.

Patrizio Odetti

Area politiche sanitarie

Il gruppo delle "politiche sanitarie" si è riunito senza il suo coordinatore, bloccato dallo sciopero dei treni. Si sono affrontate, sulla base anche di quanto riportato dal "bollettino" precedente dal Dott. Noro e dall'apporto della dott.sa Lunardelli i seguenti punti :

- Proseguire nella conoscenza delle situazioni in cui il reparto geriatrico per acuti (UGA) è inserito in una struttura in ampio senso dipartimentale, sia che si tratti di una struttura gestionalmente definita sia che si tratti di una serie di rapporti funzionali
- Pur ribadendo come la caratteristica del legame con gli altri nodi della rete sia irrinunciabile per l'UGA, tuttavia non si ritiene che esista un unico modello di questo rapporto, ma più soluzioni possibili, anche per le diverse caratteristiche delle legislazioni regionali, alle volte ispirate a criteri assai lontani.
- E' stato posto il problema del rapporto fra acuzie e servizi intermedi, che non può derivare dalla necessità del reparto per acuti di dimettere, ma deriva dalla necessità di rispondere in un setting più adatto alla minore intensività clinica e alla maggiore intensività riabilitativa e socio psicologico relazionale che caratterizza le fasi post acute e di reinserimento sociale. Questo comporta una organizzazione diversa (per struttura, processo ed esito) nei diversi luoghi assistenziali, pur rimanendo comune l'obiettivo (al centro cioè di questa rete vi è l'autonomia, il benessere e non la sola malattia), ed una attenzione specifica agli elementi di contesto, prima fra tutte la famiglia.
- In alcune situazioni (ad esempio la Lombardia) il numero di queste strutture riabilitative e socio sanitarie è preponderante, per cui una solida presenza culturale e operativa costituisce il vero "zoccolo duro" della geriatria in queste regioni. Il lavoro fatto per la "riabilitazione geriatrica" lombarda può quindi essere utile anche a livello nazionale.
- La fattibilità di una rete geriatrica tendenzialmente dipartimentale è certamente affidata alle capacità intrinseche delle équipes che promuovono la cultura geriatrica in una certa regione o USL o ASL, oltre che ad una auto promozione presso gli organi istituzionali di decisione. Però si è rilevato come sia importante rivolgersi e coinvolgere i rappresentanti dell'utenza e dei malati (sindacato pensionati, associazioni dei famigliari), per costruire una "lobby" a partire dagli interessi prima di tutto di chi dei servizi geriatrici deve usufruire (questo significa anche spazi di dialogo nel congresso, nella nostra stampa etc.).



- E' stato proposto anche di studiare la fattibilità di uno studio multicentrico , realizzato secondo canoni scientifici EBM, sulla efficacia delle UGA, specie là dove esista una funzione o una struttura dipartimentale.

Antonio Guaita

Sintesi degli interventi alla riunione

- Il compito dell'Area è quello di svolgere un ruolo di counseling per la Presidenza, fornendo dati e proposte da proporre a vari livelli istituzionali regionali e nazionali. (Guaita)
- Creare un gruppo di esperti che individuino un modello di continuità assistenziale da proporre nelle singole realtà, riconosciuto da tutti, che tenga conto della possibilità anzi della necessità di poter verificare i risultati. (Lunardelli)
- Porre attenzione al rischio di proporre modelli non realizzabili e ribadire la necessità di un "governo" geriatrico nei servizi assistenziali. (Basile)
- Necessità di un linguaggio comune, di uno strumento da proporre che sia semplice e condiviso. (Bavazzano)
- Stabilire un livello "minimo essenziale" da proporre, che successivamente può essere implementato in ogni singola realtà. (Laguzzi)
- Viene riferita l'esperienza in Friuli, dove è concreto il rischio di chiusura di UUOO di Geriatria per il dilagare di una cultura "anti-geriatrica". Si richiede in questa zona un forte impegno della SIGG per difendere la Geriatria Friulana. (Olivio)
- Viene riportata l'esperienza in Veneto, dove a fronte di una buona conoscenza delle realtà assistenziali geriatriche c'è una profonda difficoltà nel rapportarsi con le figure istituzionali (direttori generali, assessori, ecc). (Cester)
- Necessità di individuare i bisogni partendo dalla realtà sociale e politica. I documenti delle Società scientifiche pur essendo un valido supporto non consentono la realizzazione pratica dei progetti. È indispensabile instaurare rapporti significativi con chi non ha scadenze correlate a mandati politici (es. sindacato pensionati). (Salsi)
- Si ribadisce l'importanza dell'incisività della Presidenza della Società a livello regionale. Creare quindi un modello "base" da proporre e non unico. (Putzu)
- Parere positivo per un modello base che dovrebbe essere quello del dipartimento transmurale. Viene riferita l'esperienza nella realtà della provincia di Messina. Si ribadisce la necessità di verificare i risultati raggiunti dall'applicazione del modello proposto. (Branca)
- Si ribadisce la necessità quindi di proporre un modello di base da offrire alle singole realtà locali che venga applicato oltre ai mandati politici, con verifica puntuale dei risultati ottenuti e della qualità dei servizi. (Lunardelli)
- Affermare con forza il ruolo del Geriatra quale "attore" protagonista degli strumenti proposti nell'ambito del modello base di organizzazione dei servizi assistenziali geriatrici, rivedendo il rapporto di affinità ed equipollenza con altre discipline ai fini concorsuali. (Basile)
- Individuare strategie che dimostrano che il governo geriatrico ottiene risultati migliori. (Calabrò)
- Raccordo con le organizzazioni sindacali, attuare una politica di sensibilizzazione delle famiglie. Non è possibile creare un modello obbligatorio di gestione sanitaria geriatrica valido per tutti, le realtà regionali sono estremamente eterogenee. Necessità di riconoscimento da parte della componente ospedaliera dell'attività svolta nel territorio. Si riferisce l'esperienza della regione lombarda, dove è in atto l'istituzione di circa 2000 posti letto di riabilitazione



geriatrica. In ogni realtà si deve partire da ciò che si ha per poter individuare traiettoria e meta da raggiungere. La geriatria pone una grande attenzione al “contesto” e non solo alle malattie degli anziani, ponendosi con atteggiamento protesico ai bisogni degli anziani così da ritagliarsi spazi importanti nel processo riabilitativo geriatrico. Non esistono realtà immutabili e garanzie permanenti, c’è piuttosto una grande flessibilità e fluidità e quindi bisogna costantemente adattarsi e guadagnare giorno per giorno posizioni sul campo che vanno difese (Guaita).

Giorgio Basile

Area rapporti con le altre Società Scientifiche

L’Area ha cercato di sviluppare e potenziare i rapporti sia con le Società Italiane che con quelle Internazionali. Per quanto riguarda le società italiane sono stati presi contatti e sviluppati incontri comuni nei rispettivi congressi nazionali con la Società Italiana di Medicina Interna, mentre con la Società Italiana dell’Osteoporosi e la Società Italiana per la Prevenzione del Rischio Cardiovascolare (SIPREC) sono state sviluppate tematiche comuni nel corso del congresso SIGG 2004. Quest’ultimo congresso è stato anche l’occasione per invitare e presentare ai più giovani il presidente dell’American Gerontological Society che ha così messo in rilievo le principali differenze tra la Geriatria degli USA e quella Italiana. Sono stati attivati contatti con la Società degli Odonotologi con Società Italiana di Nutrizione Clinica e soprattutto con la Società Italiana di Diabetologia con la quale è stato possibile svolgere simposi congiunti – specie nel congresso SIGG 2005 - ma anche creare un gruppo di lavoro intersocietario che avrà come target la diffusione in ambito geriatrico e nazionale delle linee guida sul diabete nell’anziano. L’auspicio dell’Area dei rapporti con le Altre Società Scientifiche è quella di potenziare in futuro tali rapporti, consolidarli e istituzionalizzarli puntando a consolidare ciò che è stato fatto ma anche ad aprire in modo più determinato futuri orizzonti con società di largo impatto sociale e di sicuro interesse geriatrico quali la SIMG.

Giuseppe Paolisso



Lettera del Presidente eletto ai Soci

Carissimo Socio

Con la riunione del Consiglio Direttivo del 12 e 13 dicembre inizia la lunga corsa verso il prossimo Congresso Nazionale. Il nostro meeting annuale ha vissuto una storia ricca e negli ultimi anni anche un significativo successo di ...critica e di pubblico. Certo non sono mancate disfunzioni, ripetizioni, omissioni, qualche scontento.

Nell'inziarne la preparazione del prossimo Congresso Nazionale ho pensato che davvero mi faceva piacere far sì che io provassi ad organizzare un congresso che risponda alle necessità di chi questa scienza la esercita, la elabora, la insegna, la proietta nel futuro, la vive davvero, ogni giorno.

A questo scopo ho preparato un breve questionario cui Ti chiedo gentilmente di rispondere. La valutazione e l'analisi di quanto ci avrai inviato sarà oggetto di discussione all'interno del Consiglio Direttivo ed è mio impegno possa essere rispecchiato quanto più possibile nel programma.

Sapete tutti che viviamo in tempi di limitate risorse economiche e l'organizzazione del Congresso Nazionale non è estranea a logiche di reperimento delle risorse e come tale presenta elementi di fragilità rispetto ad una autonomia totale. Ciononostante, assicuro il mio impegno perché l'appuntamento possa essere alto ma fruibile, coinvolgente ed arricchente, palcoscenico della pluralità e vetrina dei giovani.

Ti ringrazio sin d'ora per il Tuo tempo e per contribuire ad una Società sempre più partecipata.

Roberto Bernabei

Il questionario va inviato alla Segreteria SIGG sigg@sigg.it e a Giovanni Gambassi giovanni_gambassi@rm.unicatt.it



QUESTIONARIO

Nome Cognome. (facoltativo)

Sesso F M

Età -----

Anno di Laurea -----

Regione -----

Partecipato nel 2005 Sì No

Hai partecipato negli ultimi 5 anni Sempre 2 volte Mai

Hai inviato abstract Sì No

Hai pagato per la stampa Sì No

	A	B	C	D
1. Come giudichi globalmente il congresso appena concluso				
2. Come giudichi l'idea di introdurre argomenti poco trattati - gastroenterologia - ematologia - malattie autoimmuni - oculistica - chirurgia - oncologia				
3. Come giudicheresti l'introduzione delle seguenti sessioni - linee di comportamento (una guida ragionata sui più spinosi snodi clinico-assistenziali – diagnostici e terapeutici) - point e counterpoint (visioni opposte e controverse a confronto offerte al dibattito pubblico orchestrato) - simposi clinico-pratici (ev. con position statement, una sorta di decalogo da portarsi a casa) - simposi di frontiera (argomenti sulla cresta dell'onda) - extra moenia (simposi appena fuori dal ns specifico) - voci dalla sala (riservare sempre almeno 20' di discussione)				
4. Elenca (max 3) argomenti che vorresti fossero trattati - - -				

A eccellente
B buono
C appena sufficiente
D insufficiente



L'uso degli antipsicotici per trattamento dei BPSD: un tema controverso

Il tema del trattamento dei disturbi comportamentali in corso di demenza (BPSD) resta di grande attualità e ricco di novità, sia sul piano scientifico che su quello regolatorio. Come è ormai ampiamente noto nel 2004, in seguito alla segnalazione da parte delle ditte produttrici di un'incidenza significativamente maggiore rispetto al placebo di eventi avversi di tipo cerebrovascolare in trial con risperidone e olanzapina condotti su pazienti anziani con BPSD, sono state emanate raccomandazioni specifiche per l'uso di questi farmaci da parte degli organi regolari (FDA, EMEA, AIFA). Innanzitutto è stato sottolineato come gli antipsicotici atipici non siano approvati per l'uso nel trattamento dei BPSD ed è stato raccomandato un uso cauto di questi farmaci in presenza di fattori di rischio cerebrovascolare. Nonostante ciò, l'uso di questi farmaci "off-label" per il trattamento dei BPSD resta una prassi diffusa in tutti i paesi (Bullock, 2005).

Nell'ultimo anno alcuni lavori hanno permesso di dare una risposta sufficientemente chiara ad una delle domande fondamentali: se cioè l'uso degli antipsicotici tradizionali possa considerarsi più sicuro rispetto a quello degli antipsicotici atipici.

Nel febbraio 2005 è stato pubblicato uno ampio studio retrospettivo condotto in Canada su oltre 32.000 soggetti anziani con demenza in trattamento con antipsicotici (Gill et al, 2005). Gli autori hanno permesso di osservare come i soggetti trattati con antipsicotici atipici (17800) non avevano un rischio superiore di sviluppare uno stroke ischemico rispetto a coloro che erano trattati con antipsicotici tipici (14800 pazienti).

Nello stesso periodo alcune metanalisi dei trial randomizzati disponibili permettevano di confermare che, sebbene le differenze in termini di efficacia fra gli antipsicotici tipici e quelli atipici fossero modeste, il profilo di tollerabilità era chiaramente a favore dei secondi, soprattutto per ciò che riguarda gli eventi avversi di tipo extrapiramidale (Lee et al, 2004; Sink et al, 2005).

Il 1 dicembre 2005 è stato pubblicato un ampio studio retrospettivo condotto negli USA su oltre 22.000 pazienti ultrasessantacinquenni in trattamento con antipsicotici atipici (oltre 13.000) o convenzionali (9000 circa) seguiti dal 1999 al 2003 (Wang et al, 2005). Lo studio ha mostrato che il trattamento con antipsicotici tipici si associa ad un aumentato rischio di mortalità rispetto al trattamento con antipsicotici atipici sia nel campione totale, che nel sottogruppo di soggetti con demenza (circa il 50% del campione) e in quello dei pazienti residenti in casa di riposo. In un recente studio condotto su anziani ricoverati in casa di riposo negli USA è stato osservato come il rischio di eventi avversi di tipo cerebrovascolare non viene aumentato né dall'uso di antipsicotici atipici né da quelli convenzionali (Liperoti et al, 2005).

Gli studi sembrano quindi concordi nell'affermare che qualsiasi antipsicotico, in particolare in presenza di fattori di rischio, determina un aumento di eventi avversi cerebrovascolari, mentre il rischio globale di mortalità è maggiore per l'uso di antipsicotici convenzionali.

Per queste ragioni l'AIFA il 12 dicembre 2005 ha emanato una determinazione che prevede una modifica degli stampati di tutte le specialità contenenti farmaci ad azione antipsicotica che dovranno contenere nella sezione delle avvertenze e precauzioni all'uso la dicitura *"In studi clinici randomizzati versus placebo condotti in una popolazione di pazienti con demenza trattati con antipsicotici atipici è stato osservato un aumento di circa tre volte del rischio di eventi cerebrovascolari. Il meccanismo di tale aumento del rischio non è noto. Non può essere escluso un aumento del rischio per altri antipsicotici o in altre popolazioni di pazienti. Nome® deve essere usato con cautela in pazienti con fattori di rischio di stroke"*.

E' pertanto corretto affermare che in presenza di BPSD, qualora sia necessario ricorrere al trattamento con antipsicotici, quelli atipici siano da preferirsi, sebbene il loro uso debba essere riservato alle forme più severe, nei casi in cui è presente aggressività, preferibilmente per periodi di



tempo limitati e il paziente debba essere rivalutato frequentemente (Sink et al, 2005; Caltagirone et al, 2005).

Seguendo questa linea di comportamento il 21 luglio 2005 l'AIFA ha diffuso un comunicato sul tema "Il trattamento farmacologico dei disturbi psicotici in pazienti affetti da demenza", nel quale viene presentato un programma di farmacovigilanza attiva con lo scopo di aumentare le conoscenze a disposizione sugli antipsicotici di prima e di seconda generazione, e sul ruolo da essi svolto nella terapia dei disturbi psicotici e comportamentali in pazienti affetti da demenza (il testo completo può essere scaricato dal sito www.agenziafarmaco.it/documenti/com14_22072005bis.pdf).

Nel documento viene suggerito il seguente "percorso clinico" per giungere alla prescrizione dei farmaci antipsicotici nella demenza:

1. *Valutare attentamente il disturbo da trattare. Nei malati di demenza, infatti, non tutti i disturbi del comportamento richiedono un trattamento con antipsicotici. Tale trattamento deve essere, infatti, riservato al controllo dei disturbi comportamentali gravi che non abbiano risposto all'intervento non farmacologico (modifiche ambientali, counseling, ecc.)*
2. *Iniziare la terapia con una dose bassa e raggiungere gradualmente il dosaggio clinicamente efficace.*
3. *Se il trattamento è inefficace, sospendere gradualmente il farmaco e prendere eventualmente in considerazione un diverso composto.*
4. *Se il trattamento è efficace, continuare a trattare e monitorare il soggetto per un periodo di 1-3 mesi e poi, una volta che il soggetto sia asintomatico, tentare di sospendere gradualmente il farmaco. Gli alti tassi di risposta al placebo in tutte le sperimentazioni effettuate (mediamente attorno al 40%) ci ricordano infatti che siamo in presenza di sintomi per loro natura fluttuanti nel tempo e che tendono a risolversi spontaneamente nel breve periodo.*
5. *Evitare di somministrare due o più antipsicotici contemporaneamente. Questa pratica che dovrebbe essere eccezionale è in realtà troppo diffusa: da stime nazionali a circa il 2% dei dementi nella popolazione generale e a circa il 14% di quelli istituzionalizzati vengono somministrati due o più antipsicotici contemporaneamente.*
6. *Evitare l'uso concomitante di antipsicotici e benzodiazepine. Una percentuale variabile tra l'1 e il 5% dei dementi nella popolazione generale e circa il 17% di quelli istituzionalizzati vengono trattati con antipsicotici e ansiolitici/ipnotici contemporaneamente. A più del 4% dei dementi in istituzione vengono somministrati contemporaneamente tre o più tra antipsicotici e ansiolitici/ipnotici! Anche questa associazione andrebbe fortemente limitata, soprattutto alla luce della dichiarazione dell'EMA che riporta l'uso concomitante di benzodiazepine e olanzapina tra i fattori predisponenti associati all'aumento di mortalità.*
7. *Monitorare attentamente sicurezza ed efficacia degli antipsicotici e segnalare tempestivamente tutti gli effetti indesiderati.*
8. *Somministrare con estrema cautela gli antipsicotici a soggetti con fattori di rischio cardiovascolare dopo attenta valutazione dello stato clinico e con rivalutazione dei parametri vitali (e in particolare della pressione in clino e in ortostatismo) a distanza di una settimana dall'inizio della terapia.*

E' previsto un protocollo di monitoraggio e la compilazione di apposite schede sia per gli antipsicotici atipici che per quelli tipici (le schede possono essere scaricate all'indirizzo www.agenziafarmaco.it/attualita.html).

Il documento è certamente un elemento molto positivo perché toglie il medico (particolarmente lo specialista dei centri UVA) da una situazione di desolante solitudine, dando indicazioni di comportamento chiare, anche relativamente alla possibilità di prescrivere, in casi



selezionati, gli antipsicotici atipici per il trattamento dei BPSD. Purtroppo ad oggi non in tutte le regioni il piano di monitoraggio è stato attivato e addirittura in alcuni casi il trattamento con antipsicotici atipici è stato esplicitamente escluso, contravvenendo, a nostro avviso, sia allo spirito che alla lettera del comunicato dell'AIFA.

E' evidente che il tema del trattamento dei BPSD, ed in generale quello del trattamento delle patologie psico-comportamentali del soggetto anziano, non può trovare risposte esaurienti solamente dagli studi randomizzati controllati che, per loro natura, si riferiscono a popolazioni selezionate, diverse da quelle del real-world, ma richiede l'integrazione dell'evidence based medicine con le osservazioni derivanti dagli studi osservazionali, dai dati della pratica clinica (il progetto CRONOS in questo senso ne è un esempio) e dai pareri condivisi dagli esperti. Solo in questo modo sarà possibile affrontare il tema della sofferenza del paziente anziano con demenza in modo non frammentario e superficiale, non delegando al medico ed alla famiglia tutta la responsabilità di scelte terapeutiche complesse, ma in ogni caso non procrastinabili nonostante la mancanza di dati di certezza.

Angelo Bianchetti

- Bullock R. Treatment of behavioural and psychiatric symptoms in dementia: implications of recent safety warnings. *Curr Med Res Opin.* 2005;21:1-10.
- Caltagirone C, Bianchetti A, Di Luca M, Mecocci P, Padovani A, Pirfo E, Scapicchio PL, Senin, U, Trabucchi M, Musicco M. Guidelines for the Treatment of Alzheimer's Disease from the Italian Association of Psychogeriatrics. *Drugs & Aging*, 22 (S 1), 2005:1-26.
- Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, Normand SL, Gurwitz JH, Marras C, Wodchis WP, Mamdani M. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 2005 Feb 26;330(7489):445.
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ* 2004;329:75-80.
- Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, Chiang C, Pedone C, Mor V, Bernabei R. Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry.* 2005 Sep;66(9):1090-6.
- Sink KM, Holden, KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293: 596-608.
- Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, Brookhart MA. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med.* 2005 Dec 1;353(22):2335-41.



La residenzialità per anziani

Riportiamo le conclusioni di Guaita ad una valutazione sul Welfare lombardo perché descrivono la crisi di identità a cui sono talvolta esposte le residenze per anziani anche in altri contesti

Il sistema delle RSA ha vissuto in questi cinque anni molte trasformazioni che per la prima volta non sono state dettate dall'urgenza di rispondere a nuovi bisogni ma dall'applicazione di una serie di principi organizzativi, che si è ipotizzato essere di vantaggio per i singoli e per la collettività (sostegno alla famiglia, valorizzazione del terzo settore, programmazione e controllo al posto della gestione pubblica dei servizi). Un approccio di questo tipo ha comportato lo spostamento dell'attenzione verso l'interno del sistema e una scarsa attenzione ai meccanismi che stanno operando "fuori", nella popolazione di riferimento e ne stanno cambiando aspettative e richieste (l'associazione fra disabilità fisica e psichica, l'instabilità clinica, la comorbidità, la modificazione della composizione familiare, la diversa capacità economica). Lo sforzo ampio e profondo di attuare il rinnovamento è avvenuto attraverso due meccanismi principali: uno rivolto ai soggetti istituzionali, in larga parte trasmigrati dal settore pubblico a quello privato (criteri di accreditamento), l'altro agli utenti (sistema SOSIA). Non pochi effetti positivi sono già oggi riscontrabili nel sistema: è aumentata l'offerta di strutture e la diversificazione dei gestori, la tipologia di chi viene ricoverato è determinata dalla domanda e non dall'offerta, sono stati normati una serie di criteri di processo per l'accreditamento, è probabile sia cresciuta l'attenzione alla qualità residenziale alberghiera. In più, la Regione ha oggi la possibilità di conoscere molti dati sia di struttura sia di processo delle RSA, come anche le condizioni di salute dei residenti, rilevate in modo standardizzato con uno strumento unico per tutto il territorio. I punti critici però non mancano. I criteri di accreditamento riflettono una scelta che evita di generare meccanismi di graduatoria fra le strutture: garantisce che il minimo venga attuato ma non promuove nessuna spinta verso il "meglio". In armonia con l'impostazione generale il debito informativo è stato pensato in modo prioritario dalla periferia al centro e non viceversa, con assenza quindi di reportistica tempestiva sui dati raccolti (è chiaro che tali dati avrebbero un valore solo culturale dato il quadro normativo, ma anche tale spinta non andrebbe sottovalutata). La tariffazione è stata applicata con un sistema che premia la malattia e la disabilità, e non anche l'appropriatezza della risposta. La presenza di personale qualificato in numero adeguato non viene premiata né incentivata; l'assistenza è affidata agli operatori di base senza che necessariamente venga costruito un rapporto di lavoro quotidiano con infermieri, medici, fisioterapisti, con una visione dell'attività sanitaria in RSA non di promozione del benessere dei ricoverati, ma di una specie di pronto soccorso continuato legato alle singole necessità terapeutiche. L'assenza di una chiara figura di responsabilità di cura crea una grave contraddizione fra ciò che deve essere testimoniato e firmato per iscritto (FASAS, PAI, SOSIA) e una presenza medica solo per chiamata, o una presenza infermieristica ridotta al minimo. La crisi di identità di queste strutture ne risulta così potenziata: da una parte saranno incentivate ad abbellire sempre più la facciata per essere scelte dai loro clienti, ma dall'altra ridurranno sempre più la presenza di personale qualificato e stabile, investiranno sempre meno in progetti assistenziali, correndo il rischio di invertire la tendenza degli ultimi anni, ritornando a essere dei contenitori di anziani incapaci invece che luoghi di cura.

Antonio Guaita

In: La riforma del welfare lombardo – a cura di C. Gori. Carocci ed. 2005



AIOCC - Associazione Italiana Operatori Cure Continuative

Formazione e Cultura per tutti gli operatori e i professionisti che assistono e curano gli anziani

Secondo le stime pubblicate nel Rapporto ISTAT “L’assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto” dello scorso ottobre, oltre il 70% degli anziani (di cui oltre i tre quarti rappresentati da donne) accolti nei 222.970 posti letto delle case di riposo italiane, ha bisogno di aiuto e assistenza in tutte le attività che riguardano la cura della persona a cui provvede un esercito di operatori stimabile in 90.000 unità, oltre a medici, infermieri, fisioterapisti, educatori, psicologi, assistenti sociali che si occupano di specifici aspetti che attengono alla cura e all’organizzazione dei servizi. A questi si aggiungono altri operatori e professionisti che assicurano le cure domiciliari agli anziani non autosufficienti che vivono in casa, e che lo stesso ISTAT stima in 560.000.

A tutti gli operatori e ai professionisti che svolgono la loro attività nei servizi che erogano interventi rivolti agli anziani e caratterizzati da continuità dell’intervento è dedicata l’Associazione Italiana Operatori Cure Continuative (AIOCC) che è stata presentata Venerdì 11 novembre 2005 a Firenze nell’ambito del 50° Congresso della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia.

L’Associazione ha come obiettivo prioritario la diffusione di un pensiero ed una cultura della “continuità” della “presa in carico” che non attiene a una singola professionalità, ma deve essere patrimonio comune di tutti i professionisti e gli operatori che a diverso titolo e nel rispetto delle proprie competenze operano in questo settore.

Tra le attività proposte dall’associazione, la cui iscrizione per il 2006 è gratuita, al primo posto è la formazione attraverso un ricco programma di corsi e una rivista dedicata.

Il primo appuntamento con il Congresso Nazionale è in programma il prossimo 21-23 Marzo 2006, a Verona, nell’ambito del PTE EXPO con 33 corsi di cui 6 riservati agli operatori.

La coincidenza della presentazione con la ricorrenza di San Martino ha ispirato la metafora con cui ho concluso il mio intervento: “L’associazione vuole raggiungere tutti gli operatori che nei diversi luoghi della cura si occupano dei bisogni degli anziani, con particolare attenzione ai non professionisti ai quali è affidata l’assistenza diretta degli anziani su indicazione o in collaborazione con le altre figure dell’équipe. L’odierna festa di San Martino mi suggerisce che come il Santo ha risposto al bisogno del viandante offrendogli il mantello, così gli operatori delle cure debbono essere messi nelle condizioni di rispondere ai bisogni degli anziani con interventi capaci di soddisfare le loro esigenze di cura e di cure. Il mantello degli operatori ha una trama di cultura e un ordito di competenza e si concretizza in gesti di cura rispettosi della dignità e del bisogno degli anziani affidati alle loro cure. Ci auguriamo che l’Associazione attraverso i suoi iscritti possa porre sotto questo mantello tutti gli anziani di oggi e di domani accolti nei diversi luoghi della cura”.

Ermellina Zanetti

Segreteria scientifica AIOCC: GRG – Gruppo di Ricerca Geriatria – Via Romanino 1, 25122 Brescia Tel. 030 3757538 Fax 030 48508 Email progetti@grg-bs.it

Segreteria Organizzativa: Fin-mark, via Corticella 205, 40128 Bologna Tel. 051 4199911 Fax 051 4199923 Email info@fin-mark.com



La “White House Conference on Ageing (WHCoA)”

Dall’11 al 14 dicembre 2005 ho partecipato, in qualità di osservatore internazionale, alla quinta White House Conference on Ageing (WHCoA) svoltasi a Washington. La finalità di questa conferenza che ha cadenza decennale è quella di redarre le raccomandazioni da proporre al Presidente e al Congresso degli Stati Uniti al fine di migliorare le politiche rivolte alla popolazione anziana nei 10 anni a venire. L’attenzione della 2005 WHCoA si è rivolta al problema dell’invecchiamento futuro quale particolare conseguenza del cosiddetto fenomeno dei baby boomer: 78 milioni di persone compiranno i sessantanni a partire dal primo gennaio 2006.

La storia delle White House Conferences on Aging (WHCoA) spiega le modificazioni delle politiche socio-assistenziali degli Stati Uniti nei confronti del problema dell’invecchiamento.

Per convenzione si considera quella del 1961 la prima White House Conference on Aging ; tuttavia già nel 1950, il Presidente Harry Truman, intuendo in modo lucido quanto rilevante stesse diventando l’impatto dell’invecchiamento sulla società americana, si era fatto promotore di una conferenza nazionale dedicata allo scopo. A quella conferenza non fece seguito alcuna azione programmatoria specifica, ma l’evento servì come forum esplorativo per indirizzare l’attenzione verso una realtà di bisogni nuovi ed emergenti.

La 1961 White House Conference on Aging, sotto la presidenza Eisenhower prestò particolare attenzione ai problemi della salute correlati all’invecchiamento. All’evento parteciparono più di 3000 persone; dopo quell’evento nella totalità degli stati partecipanti vennero istituite commissioni sull’invecchiamento.

La White House Conference on Aging del 1971 si svolse sotto la presidenza Nixon (4000 partecipanti; per la prima volta parteciparono le associazioni di volontariato, i rappresentanti delle organizzazioni dei pensionati, dei gruppi di auto aiuto, ecc.). L’attenzione primaria della conferenza fu rivolta ai problemi economici correlati all’invecchiamento. Particolare attenzione venne data all’invecchiamento dei cittadini di colore e degli ispanici. La Conferenza portò alla realizzazione di un programma nazionale nutrizionale per gli anziani.

La conferenza dell’81 venne programmata sotto le amministrazioni Carter e Reagan. L’argomento principale fu relativo alla Sicurezza Sociale. Ampio spazio venne dato alle delegazioni femminili, alle minoranze e ai disabili.

Sotto la presidenza Clinton si tenne la 1995 White House Conference on Aging alla quale parteciparono più di 3000 delegati. La conferenza si tenne in un clima completamente diverso dalle precedenti ed esitò in atti prammatici concentrati più che sulla formulazione di nuove raccomandazioni sulla realizzazione dei programmi esistenti, specialmente quelli relativi alla rete di sicurezza sociale; la conferenza si fece promotrice di poche nuove iniziative, ma si caratterizzò per la sua incisività pratica (Medicare, Medicaid, Older American Act). Un altro aspetto che caratterizzò la conferenza Clinton fu quello di spostare l’attenzione dalle persone già anziane ai problemi dell’invecchiamento in generale.

Anche la conferenza del 2005 si è distinta per l’attenzione verso gli aspetti operativi. Tra le 10 risoluzioni più votate dai delegati (che si possono leggere nel sito della WHCoA) meritano una menzione particolare quella relativa alla strategia globale di integrazione pubblico-privato per lo sviluppo della long-term care, quella relativa alla necessità di supportare una diffusione della formazione geriatrica tra tutti gli operatori della sanità e nello stesso tempo di incrementare il numero dei professionisti specializzati in Geriatria, e quella di migliorare la capacità di riconoscimento di valutazione e di terapia del disagio psicologico e della depressione in particolare nella popolazione anziana. That’s America!

Renzo Rozzini



Stile di Vita e Longevità: importanza della Geragogia

La longevità è legata ad una favorevole interazione tra fattori genetici ed ambientali e si identifica con una aspettativa di vita decisamente superiore alla media, libera da condizioni che compromettano significativamente qualità e durata della vita. Il progressivo allungamento dell'aspettativa di vita ha comportato come conseguenza negativa un incremento degli anni vissuti in disabilità che in Italia sono calcolati mediamente nei due sessi in 6,9 anni. Le condizioni che favoriscono l'insorgenza di disabilità sono rappresentate, in ordine decrescente di frequenza, da: tabagismo, ipertensione arteriosa, abuso di alcool, ipercolesterolemia, elevato indice di massa corporea, ridotto apporto di frutta e verdura con la dieta ed inattività fisica, tutte condizioni strettamente collegate allo stile di vita. Lo stile di vita è la sintesi dei modi con cui ci rapportiamo con noi stessi, con gli altri, con i problemi, del tipo di dieta, delle abitudini voluttuarie, dell'attività fisica e della gestione del tempo libero. Uno stile di vita errato (sedentarietà, fumo, alimentazione scorretta ed eccesso ponderale, scarsa attività intellettuale, stress eccessivo) accelera il processo di invecchiamento ed espone quindi ad un rischio significativamente più elevato di sviluppare condizioni patologiche invalidanti riducendo l'aspettativa e la qualità di vita, invece uno stile di vita ottimale (attività fisica regolare, impegno intellettuale costante, astensione dal fumo, alimentazione equilibrata e varia, normale peso corporeo, eustress) contribuisce al mantenimento dello stato di salute e contrasta le malattie, ritarda l'invecchiamento e contribuisce al raggiungimento della longevità. E' indubbio che nel contesto della medicina preventiva un ruolo importante è svolto dall'educazione alla salute ed in particolare, dato il progressivo incremento del numero degli anziani, dalla geragogia che si differenzia dall'educazione sanitaria perchè, oltre alla tutela della salute, ha il compito di promuovere uno stile di vita idoneo all'età senile, anche mediante un opportuno riordinamento filosofico interiore. Per ottenere questo è però necessario che i medici, ed in particolare i geriatri, rendano i cittadini sensibili ai problemi della salute, diffondendo delle conoscenze che una volta elaborate vengano trasformate in acquisizioni personali capaci di consentire scelte ragionate, in virtù di una partecipazione attiva alla tutela della salute. Al raggiungimento di questo importante obiettivo può rivelarsi utile trasmettere in maniera capillare alla popolazione, con la collaudata forma del "decalogo", alcune regole apparentemente semplici ma in realtà di indubbio vantaggio ai fini educativi e preventivi. Le principali regole sono state riunite in quindici decaloghi elencati in seguito.

Vittorio Nicita-Mauro

Elenco dei decaloghi disponibili su richiesta per email (nicitav@unime.it):

Decalogo antisenile	Decalogo dell'anziano
Decalogo del cervello	Decalogo antidepressivo
Decalogo del sonno	Decalogo della sana alimentazione
Decalogo del cuore e della circolazione	Decalogo antiipertensivo
Decalogo antitabagismo	Decalogo antidiabetico
Decalogo antiosteoporosi	Decalogo antistress
Decalogo delle vacanze	Decalogo dell'amore
Decalogo "fonte di giovinezza"	



Notizie dalle Sezioni Regionali

Sezione Regionale Sardegna

Convegno Regionale: L'anziano non autosufficiente: strategie preventive, terapeutiche ed assistenziali

Come da programma il 28 ottobre ci siamo riuniti a Cagliari per discutere delle problematiche legate alla non autosufficienza, affrontate dal punto di vista clinico, sociale, politico, economico ed etico. Hanno partecipato un centinaio di colleghi per la gran parte di giovane età.

Gli argomenti proposti, di grande attualità, nonché la competenza e la capacità comunicativa dei moderatori e dei relatori hanno determinato il successo dell'incontro.

La presenza del Prof. M. Trabucchi ha sicuramente indotto sia l'Assessore alla Sanità Prof.ssa N. Dirindin che il Direttore Generale della ASL 8 Dott. G. Gumirato ad accettare il nostro invito.

I loro discorsi, all'apertura dei lavori, hanno fatto trasparire la loro sensibilità e competenza gestionale verso le problematiche della persona anziana.

L'Assessore ha illustrato le linee di indirizzo del nuovo piano socio-sanitario della nostra regione rivolte all'anziano e alla non autosufficienza. La Prof.ssa N. Dirindin si è soffermata in particolare sul progetto "Ritornare a Casa". Questo progetto si pone il fine di aiutare gli anziani a stare il più a lungo possibile nella loro abitazione, garantendo gli interventi di tipo sociale, sanitario ed economico.

Il Prof. M. Trabucchi ha introdotto il problema delle strategie assistenziali della non autosufficienza, affrontato poi nella prima sessione del convegno tenuta dal Dott. P.F. Putzu e dal Dott. F. Landi.

Le problematiche medico legali, frequenti nella nostra pratica clinica, sono state trattate in modo esaustivo dal Dott. P. Turri, Dott. G. Pintor e dal magistrato Dott. P. De Angelis.

I Dottori A. Nieddu, L. Pani ed O. Zanetti hanno poi ribadito, data la complessità del paziente demente, l'importanza della valutazione multidimensionale nell'affrontare i disturbi comportamentali, caratterizzati dalla eterogeneità sia eziologica che clinica.

Interessante e ricca di spunti anche la sessione sull'ictus a cui hanno partecipato il Prof. R. Tedde, il Dott. M. Melis ed il Dott. G. Motroni.

Questo convegno ci ha offerto importanti spunti di riflessione, discussione ed aggiornamento.

Ringrazio il Prof. M. Trabucchi, le Autorità convenute e tutti i Relatori perché sono riusciti sicuramente a rafforzare la "scelta di essere geriatri" dei numerosi giovani colleghi presenti.

Olga Catte

Sezione regionale Veneto-Trentino Alto Adige

Il 31.10.05 si è riunito a Padova il Consiglio Direttivo della Sezione Veneto-Trentino-Alto-Adige della S.I.G.G. dopo le elezioni avvenute durante il Congresso annuale del 22 ottobre. Alla riunione erano presenti il sottoscritto, il Prof. Ottavio Bosello, il Dr. Massimo Calabrò, il Dr. Silvano Pedron, il Dr. Renzo Girardello. Assenti con delega il Prof. Enzo Manzato e la Dr.ssa Margherita Andrigo (socio aggregato).

I Consiglieri hanno eletto all'unanimità il Prof. Ottavio Bosello quale Presidente della sezione e il Dr. Fabio Armellini segretario della sezione medesima.

Pier Luigi Forte



Sezione regionale Lombardia

Incontro su “La Riabilitazione Geriatrica”

Il 28 Novembre, presso la sede amministrativa dell’ASP Istituto Redaelli, si è tenuto un incontro relativo alla recente introduzione di una normativa della Regione Lombardia che riguarda la riabilitazione specialistica, generale e geriatrica.

L’incontro, cui ha presenziato il Professor Marco Trabucchi, era stato organizzato per dar luogo ad un dibattito-confronto sulla formalizzazione della riabilitazione geriatrica in Lombardia e della grande opportunità che essa può rappresentare, come bene esplicitato nella sua introduzione dal Presidente SIGG.

Erano presenti alla riunione, promossa dal Dottor Guaita, 42 geriatri lombardi prevalentemente coinvolti in strutture riabilitative. Ho proposto, come punto di partenza dell’incontro, alcune riflessioni sul ruolo dell’ospedale per acuti e l’anziano, cui hanno, successivamente, fatto seguito gli interventi dei Dottori Guaita, Bellelli, Bernardini e Fabbrini che hanno analizzato, nell’ordine, la definizione degli outcomes e metodi della riabilitazione geriatrica, il rapporto tra geriatra e fisiatra in tale ambito e la definizione del progetto e piano riabilitativo. Sono stati inoltre messi in evidenza, con molto criticismo, i criteri di accreditamento gestionali e strutturali definiti dalla Regione, con la presentazione di una simulazione della presenza delle varie figure professionali nei diversi setting di cura e, soprattutto, delle carenze che emergono. Le presentazioni sono state seguite da un dibattito e dalla proposta conclusiva del Professor Trabucchi relativa alla formalizzazione di quanto emerso in un documento conclusivo da presentare agli Assessorati Regionali coinvolti.

Tale documento verrà, prima di essere inoltrato, discusso in un appuntamento successivo programmato per il 30 gennaio 2006.

Giorgio Annoni



I Soci scrivono

Medici ed Infermieri

In una lettera al Corriere della Sera (31 Ottobre 2005) si legge che il Corso di laurea in scienze infermieristiche ha un percorso formativo sovrapponibile a quello del medico; la confusione nei compiti e nelle attività svolte sembra una conseguenza. Nella lettera ravviso luoghi comuni, ignorando quanto siano cambiate l'organizzazione e la gestione della sanità che richiedono la disponibilità di figure professionali con competenze differenziate che operano con obiettivi comuni e condivisi. Anche se la laurea triennale potrà essere perfezionata in laurea specialistica (per un totale di 5 anni di corso) è certo che la preparazione del medico e del laureato in scienze infermieristiche è profondamente diversa così come lo sono le rispettive attività professionali e le responsabilità specifiche. Il Medico ha un curriculum profondamente diverso da quello dell'Infermiere in tutti i settori (biologico, clinico e terapeutico). I Medici hanno una storia culturalmente più lunga e fruttuosa; la loro ricerca ha prodotto risultati fondamentali per il progresso della Medicina. L'infermiere e le sue molteplici attività e mansioni sono stati fondamentali per raggiungere i risultati ottenuti in campo sanitario; fra questi c'è il netto prolungamento della vita media. Non si deve dimenticare che fu l'infermiera Florence Nightingale (1823-1910), fondatrice della scienza infermieristica moderna, a sostenere che i pazienti non dovessero subire conseguenze sfavorevoli da un'assistenza inadeguata esprimendo così un concetto di elevato contenuto geriatrico.

In Italia gli Infermieri sono circa 340.000, la loro densità, circa 6000 per milione di abitanti, è una delle più basse del mondo; 10.000 esercitano la libera professione con varie modalità. Al contrario il numero dei Medici è uno dei più alti. Si calcola che manchino 40.000 infermieri; i 7000 laureati/anno non coprono il turnover, ma le immatricolazioni universitarie stanno aumentando. L'80% degli Infermieri opera all'interno degli ospedali e solo poco più del 3% nelle strutture residenziali dotate di un grande e crescente numero di posti letto per le persone anziane con malattie cronico-degenerative e disabilità.; si deduce che nelle strutture il numeroso personale non medico è raramente laureato in scienze infermieristiche; ma per la patologia e la disabilità degli ospiti si dovrebbe prevedere una preparazione specifica e dedizione particolare da parte dell'infermiere. Per una buona assistenza geriatrica la sensibilità e l'empatia del medico e soprattutto dell'Infermiere devono essere formate e sviluppate da esperienze specifiche che purtroppo sono carenti nei Corsi di laurea delle Facoltà mediche; queste sono molto povere di Docenti specifici nei settori scientifici del nursing; ciò ha comportato, comporta e comporterà carenze nel settore della ricerca, indispensabile per migliorare le metodologie del processo assistenziale. Si legge della necessità di prendersi cura a 360 gradi, di garanzia di qualità, della necessità di un coinvolgimento infermieristico maggiore nel processo assistenziale con assunzione di responsabilità a livello di emergenza, cure palliative e assistenza domiciliare, della *governance* ben al di là della terapia"; gli infermieri rivendicano una maggiore autonomia e responsabilizzazione nella gestione della sanità. Sicuramente l'Infermiere è in grado di influenzare la qualità delle cure, di fornire un'assistenza ricca di empatia e di buoni consigli basati anche sulle prescrizioni del Medico; ha un ruolo fondamentale nella realizzazione della tanto citata medicina olistica. Il connubio Medico-Infermiere è sicuramente fondamentale e dovrà ulteriormente affinarsi evitando dualismi proprio perché le competenze, così come la preparazione culturale e professionale, benchè tanto diverse, sono fortemente complementari.



Ancora sulla continuità delle cure

Continua la proposta di un tema fondamentale in medicina geriatrica e cioè la continuità delle cure; tutti ne parlano. Le Unità Operative di Medicina interna (associate nella Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Internisti Ospedalieri-FADOI) dell' Emilia-Romagna hanno organizzato un rilevante incontro: il problema è “**Il Paziente internistico e la Continuità assistenziale**” nel settore della Medicina interna che comprende notoriamente anche la Geriatria (http://www.fadoi.org/congressi/download/16_12_2005.pdf).

Il Convegno propone la rete delle Medicine interne come supporto imprescindibile all'assistenza territoriale di alcune categorie di pazienti (con scompenso cardiaco e ictus – che notoriamente sono quasi sempre anziani) sia sul piano dei contenuti professionali sia sul piano dell'economia gestionale. La continuità delle cure è trasferita alle singole patologie (ictus, scompenso di cuore) e la continuità è intesa come temporale piuttosto che in senso multiprofessionale (soprattutto Infermieri e Fisioterapisti) o facendo riferimento alla variabilità del setting curativo-assistenziale nel tempo. L'interpretazione geriatrica della continuità delle cure è stata validata da soluzioni molteplici negli ultimi 20-25 anni e facilmente consultabili (si veda per esempio *Kaiser Permanente Community Partners* <http://www.picf.org/kaiserpermcomupartn.htm>). Durante il Convegno che si terrà a Bologna e che non avrà relatori geriatri, sarà enfatizzato il ruolo fondamentale della comunicazione tra i professionisti per realizzare la continuità assistenziale anche all'interno dell'Ospedale (con il Dipartimento) oltre che con il territorio dove il Medico di medicina generale svolge un ruolo insostituibile per la gestione appropriata dei malati cronici e disabili. Il Convegno è centrato sul destino del paziente ospedalizzato, ma evita il problema delle cause dei tanti ricoveri ospedalieri: tutti i problemi sembrano nascere dopo l'Ospedale, ma è evidente che non è così; se le cure territoriali avessero un'organizzazione più adeguata ai problemi e ai bisogni dei pazienti più probabili, cioè gli anziani, l'accesso agli ospedali e soprattutto ai reparti medici diminuirebbe. In Emilia Romagna c'è il progetto *SOLE (Sanità On LinE –* <http://www.progetto-sole.it>), rete informativa e telematica integrata tra ospedale e territorio, che consentirà di migliorare la sanità applicata in particolare a livello di offerta di servizi, prescrizione-refertazione, prescrizione farmaceutica, gestione del processo di assistenza domiciliare integrata e di continuità assistenziale; sarà vantaggioso per un rapido scambio di informazioni fra utente, figure sanitarie e servizi e per velocizzare le procedure (non si deve dimenticare il problema delle liste di attesa che rendono ancor più apprezzabile e vantaggiosa la soluzione ospedaliera di ogni problema medico).

E' augurabile che queste iniziative così come la gestione dei pazienti con sistemi informatici, possano in futuro coinvolgere anche la Medicina accademica che ha l'oneroso compito di formare gli operatori sanitari di ogni livello in grado di soddisfare le esigenze operative del sistema sanitario.

Si osserva che nostre specificità culturali arricchiscono lentamente, ma inesorabilmente, altre discipline; mi piace ricordare che nel 1985 il *Giornale di Gerontologia*, a pagina 859, descriveva (è una ricerca del prof G.P. Vecchi) un modello di continuità assistenziale in geriatria basato su corretti sistemi complessivi di valutazione; è passato tanto tempo e il progresso nel nostro settore non è stato quello che ci si poteva augurare. Ora “gli altri” utilizzano nostre argomentazioni e metodologie: ne possiamo essere orgogliosi anche se probabilmente ci tolgono spazio e visibilità.

Pubblicazione dei risultati delle ricerche scientifiche

E' segnalato il netto aumento degli Autori che pubblicano i risultati delle loro ricerche su riviste scientifiche con/open access. Questa modalità aumenta nettamente la diffusione della pubblicazione; per l'editore di PNAS gli articoli pubblicati /open access/ sono nettamente più letti



e considerati durante il primo mese di pubblicazione. Si sta configurando la pubblicazione "highly accessed".
 Dettagli a: /BioMed Central:http://www.biomedcentral.com-http://www.ucl.ac.uk/ciber/ciber_2005_survey_final.pdf

Osteoporosi

In Francia in occasione della Giornata dell'Osteoporosi (20.X.2005) prendendo atto delle 50.000 fratture del collo del femore/anno, il Ministro della sanità, anche in previsione del prevedibile aumento delle fratture stesse nei prossimi decenni a causa dell'invecchiamento della popolazione, ha deciso che dal 2006 la densitometria ossea dei soggetti ultrasessantenni sia a carico del sistema sanitario assicurativo con una spesa prevista di 30-40 milioni di euro/anno. Non so cosa si faccia in Italia. Non tanto tempo fa nella mia città si escludevano dall'accertamento densitometrico i soggetti con più di 55 anni: come cambia la "scienza medica" !

Sempre in Francia inizierà nel 2006 una sperimentazione (*studio Aloïs de Montauban*) su 4000 abitanti di Montauban di età > 67 anni senza patologia cognitiva rilevante per dimostrare eventuali effetti favorevoli o preventivi della somministrazione protratta di acidi grassi omega-3 versus placebo sulla incidenza della demenza; lo studio durerà 5 anni. Questi acidi sono importanti componenti delle membrane cellulari e ne influenzano la fluidità ed altre importanti funzioni. Lo studio è condotto dai Medici di base (circa 50) ed è sponsorizzato da un'azienda farmaceutica.

Gianfranco Salvioli

“Assistere chi assiste”: Un evento formativo per collaboratori sanitari di area geriatrica

Aggiornare sulle demenze in ambito geriatrico il personale infermieristico e socio-sanitario è necessario perché, queste figure professionali, essendo a contatto diretto con i pazienti ed i loro familiari, ne vivono le necessità e le problematiche; inoltre nella quotidianità del lavoro esse si interfacciano proprio tra specialisti, pazienti, caregivers e familiari.

L'ASL Napoli/2 particolarmente impegnata nell'attività di formazione dei suoi dipendenti ha sentito la necessità di organizzare un corso di formazione sulle demenze specificatamente rivolto al personale infermieristico e socio-sanitario.

La finalità principale del corso è stata quindi quella di dare a tale personale, la capacità di offrire un'assistenza clinicamente più qualificata e valida, nonché una maggiore attenzione nei confronti dei caregivers e familiari dei dementi.

Il corso “Assistere chi assiste” si è svolto a Pozzuoli (Napoli) dal 27 ottobre al 29 novembre u.s. articolato in quattro moduli, ognuno dei quali ha affrontato un argomento specifico per un totale di venti ore di lezione. Il primo modulo ha inquadrato le demenze dal punto di vista clinico. Nel successivo si è studiato il trattamento farmacologico dei disturbi cognitivi. Il terzo modulo ha affrontato le problematiche assistenziali dell'anziano demente; l'ultimo ha messo a confronto operatori e famiglia da una parte e la persona con demenza dall'altra.

Il progetto, in linea con gli obiettivi formativi della SIGG, è stato seguito fin dalla sua ideazione dal Prof. Trabucchi che ne ha personalmente aperto i lavori.

L'iniziativa è stata resa possibile grazie alla volontà del Direttore Generale, ed alla collaborazione di tutti gli operatori del Dipartimento di Geriatria dell'ASL Napoli/2.

Concreto e qualificante l'apporto dato dai Docenti delle Cattedre di Geriatria delle due Università degli Studi di Napoli.

Ho curato personalmente l'organizzazione scientifica in qualità di geriatra ambulatoriale dell'ASL Napoli/2.

Patrizia Bruno



Il geriatra ed i nonni

Da sempre il geriatra che lavora nelle corsie di Geriatria, negli Istituti di Riabilitazione Geriatrica o nelle RSA si batte per sradicare la deprecabile abitudine di approcciarsi al paziente anziano con il termine "nonno". Il "nonno" è il Sig. Rossi, o Bianchi, o Verdi. Non è un nonno, è una persona. Di più: è un *paziente*. Appellarsi al paziente chiamandolo "nonno", e magari dandogli del tu, rappresenta uno stile che non ha nulla di professionale, ed è spesso l'epifenomeno di una mortificante mancanza di cultura geriatrica.

Il "decalogo dei nonni", a prescindere dai contenuti, rischia di apparire come la tragica certificazione di uno "stile" che la Geriatria dovrebbe aborrire.

Giovanni Cuzzoni

La Summer School? Un piccolo "miracolo"

Sono una giovane specializzanda in geriatria che ha avuto la fortuna di partecipare ad entrambe le edizioni della Summer School (2004 e 2005) a Folgaria.

In occasione del recente Congresso Nazionale SIGG a Firenze, il Presidente Prof. Trabucchi ha caldamente invitato tutti i partecipanti a "passare all'azione", ovvero a tradurre in fatti concreti quell'energia e quella voglia di fare che la Summer School ci ha trasmesso o che, forse, ci ha solo fatto accorgere di avere. Non sto qui a ripetere quanto sia stata importante e formativa l'esperienza della Summer School: mi permetto però di sottolineare che questo è un giudizio pressoché unanime di tutti i partecipanti a tutte le edizioni, che va al di là di singoli giudizi, forse un po' affrettati o forse provocatori, sulla superiorità di un'edizione rispetto ad un'altra. Non posso però non accettare con sana autocritica il bonario rimprovero del Prof. Trabucchi, perché, di fatto, il nostro errore è stato di non aver dimostrato a sufficienza alla SIGG la forza e la potenzialità del nostro gruppo. A cosa è servita, quindi, la Summer School?

Nel nostro piccolo, noi specializzande che abbiamo partecipato alla prima edizione, riprendendo il lavoro di colleghi già specializzati, abbiamo perfezionato e reso parte integrante della cartella clinica del nostro Reparto una scheda di valutazione multidimensionale, che oggi ci guida nella gestione del paziente anziano ricoverato non in una Geriatria, bensì in una Medicina Interna. Quella che fino ad un anno fa era una metodologia applicata solo saltuariamente e per lo più per interesse personale, oggi è applicata routinariamente nei pazienti ultra65enni. Non solo, i dati ottenuti in questo primo anno sono stati oggetto di alcuni abstracts presentati all'ultimo Congresso Nazionale, di cui uno ha anche ottenuto il Premio SIGG riservato ai giovani geriatri; forse anche o proprio perché qualcuno si è reso conto del piccolo "miracolo" (mi sia concesso il termine) che siamo riusciti a compiere.

Grazie anche all'entusiasmo suscitato dal premio, ora si parla quotidianamente di geriatria e di valutazione multidimensionale; inoltre, altri colleghi hanno partecipato alla Summer School 2005, riportando agli altri sia l'esperienza di Folgaria che di San Giovanni Rotondo con pari entusiasmo; e molti altri colleghi, non solo geriatri, hanno partecipato al Congresso Nazionale SIGG.

Probabilmente non vinceremo il premio Nobel per la medicina...ma riteniamo di aver colto un piccolo grande successo, che per noi rappresenta comunque un punto di partenza e non di arrivo.

Perciò invito caldamente i miei colleghi e compagni della Summer School a raccontare anche la loro testimonianza, così come abbiamo fatto quando ci siamo incontrati a Firenze, e soprattutto a mantenere l'impegno che ci siamo presi di "passare all'azione" tutti insieme.

Valeria Morichi



Dalla letteratura internazionale

Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the USA, 1988-2002" (JAMA 294: 2712-2719, 2005).

Invito i soci a leggere il recente articolo. Il lavoro è di grande interesse perchè riporta l'aumento di ospedalizzazioni degli anziani per polmonite nel corso di 15 anni. Il dato di interesse è che questo fenomeno si associa ad un aumento della condizioni di comorbilità cronica. Le modificazioni avvenute nel periodo di riferimento sono la conseguenza dell'aumentata sopravvivenza degli anziani, dovuta alle cure mediche e al miglioramento delle condizioni di vita. Lo scenario delineato è tipico dell'intervento geriatrico: infatti si associa una condizione di complessità (la comorbilità, che modifica profondamente il quadro biologico e clinico) con la specificità di una malattia (la polmonite). Se ne trae la conclusione che sempre più è utile la competenza geriatrica; l'evoluzione dell'epidemiologia riafferma l'importanza del nostro ruolo, perchè solo la nostra cultura e la nostra prassi sanno gestire allo stesso tempo complessità e specificità. Si potrebbe dire che il tempo gioca a favore della geriatria: dobbiamo affrontare con coraggio una sfida difficile, che però conferma l'insostituibilità del nostro ruolo. (MT)

Selezione libri

La sottoveste sopra la gonna – “*storie di Alzheimer narrate da un medico*”

di Giovanni Bigatello - prefazione del prof. Marco Trabucchi

Casa Editrice MARNA www.marna.it

Perché un libro sull'Alzheimer?

O meglio, sui *miei malati* di Alzheimer? Quando si scrive un libro di solito non ci si chiede il perché. E così è stato anche per me. Poi, mentre ricomponevo queste storie, queste esperienze, mi sono accorto che queste vite apparentemente perse, confuse nel magma di un Istituto per “non-autosufficienti” un tempo non erano state affatto diverse dalle vite di chi oggi lavora, s’industria, ama, soffre, fa il carogna; di chi si ritiene un individuo unico e irripetibile. Vite dunque non diverse dalla mia. Ricostruendo le avventure dei miei vecchi dementi sono stato perciò indotto -quasi costretto- a riflettere. Sulla vecchiaia, sulla malattia, sull’Alzheimer, sulla morte. Non si riflette mai abbastanza. Si crede che basti lavorare con i vecchi per diventare degli “esperti in vecchiaia”. In realtà la maggior parte di chi lavora con i vecchi a tutto pensa fuorché alla vecchiaia (e alla demenza men che meno!), degli altri e sua. Grazie allora a tutti i protagonisti di queste storie perché mi hanno dato modo di pensarci. E spesso, anche di sorridere.

Giovanni Bigatello



CONGRESSI/CONVEGNI

SIGG SEZIONE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA-AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DELLA MISERICORDIA DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA
CURARE L'ANZIANO: DALLA INTENSIVITA' DI MALATTIA ALLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Udine 21 gennaio 2006

Segreteria Organizzativa: SOS di Formazione e Aggiornamento
Tel: 0432.554245 Fax: 0432.55454381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it

ISTITUTO DI SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE UNIVERSITÀ DI ROMA "LA SAPIENZA" L'INTERNATIONAL ACADEMY OF NUTRITION AND AGING
Simposio Internazionale **"OBESITY IN THE ELDERLY"**

Roma, 26-28 Gennaio 2006

<http://www.uniroma1.it/scialim> - valeria.delbalzo@uniroma1.it

ISTITUTI MILANESI MARTINITT E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
LA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOAGEO E PROBLEMATICHE GASTROENTEROLOGICHE NELL'ANZIANO

Milano 28 gennaio 2006

Segreteria Scientifica Dott. Massimo Monti Tel. 02.4029651, 02.4029572;
Fax 02.4029592; e-mail monti.massimo@tin.it

Dott. Vito Noto Tel. 02.4029568; fax 02.4029573; e-mail vito.noto@cscd.it

Segreteria Organizzativa Dott.ssa Silvia Bonomi
Tel. 02.4029568; fax 02.4029573 e-mail segreteria@cscd.it

GERIATRIC CLINICAL MANAGEMENT IN EUROPE

Ostend 16-18 febbraio 2006

www.iag-er.org

ASSOCIAZIONE "GRUPPO ANCHISE", MILANO: SEMINARI ANCHISE 2006
LA CURA DELLA PERSONA ANZIANA CENTRATA SULLA PAROLA

Milano 17 febbraio- 13 dicembre 2006

Per informazioni: info@gruppoanchise.it

www.gruppoanchise.it

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA 6° CONGRESSO NAZIONALE
IDENTITÀ DEL VECCHIO MUTAMENTI SOCIALI E COMPLESSITÀ DEI BISOGNI: INNOVATIVITÀ E SPECIFICITÀ DELLE CURE

Gardone Riviera (BS) 5-8 Aprile 2006

Segreteria Scientifica Angelo Bianchetti Sandra Martini

Tel. 030.3757538 - Fax 030.48508

angelo.bianchetti@grg

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06.5043441 - Fax 06.5033071

congressi@gegcongressi.com

www.gegcongressi.com



**9TH INTERNATIONAL GENEVA/SPRINGFIELD SYMPOSIUM ON ADVANCES IN
ALZHEIMER THERAPY**

Ginevra 19-22 Aprile 2006

www.siumed.edu/cme

**CONGRESSO DELLA FEDERAZIONE ARGENTINA DI GERIATRIA E
GERONTOLOGIA (FAGG)**

Rosario 23-25 maggio 2006

Per informazioni: fagg_ar@lycos.com

**AFFECTIVE, BEHAVIORAL AND COGNITIVE DISORDERS IN THE ELDERLY -
ABCDE**

Bologna 15-17 giugno 2006

Segreteria Scientifica: ABCDE Tel: 339 6316166 Fax: 051 63 62262

www.gegcongressi.com/abcde e-mail: abcde@aosp.bo.it

Segreteria Organizzativa: G&G International Congress Roma

Tel: 06 5043441 Fax: 06 5033071

e-mail: congressi@gegcongressi.com - www.gegcongressi.com

**BRITISH SOCIETY OF GERONTOLOGY 35TH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
THE AGEING JIGSAW: INTERDISCIPLINARY APPROACHES TO OLD AGE**

University of Wales, Bangor 7th-9th September 2006

<http://www.bangor.ac.uk/csprd/bsg2006.html>

**ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA
FOURTH ANNUAL MEETING ON BRAIN AGING AND DEMENTIA. FROM
SUCCESSFUL AGING TO SEVERE DEMENTIA**

Perugia 14-16 settembre 2006

Segreteria Scientifica Patrizia Mecocci

Tel. 075.5783839- 075.5783270 Fax 075.5730259

e-mail mecocci@unipg.it

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06.5043441 - Fax 06.5033071

congressi@gegcongressi.com

www.gegcongressi.com

**SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
51° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**

Firenze 29 novembre-3 dicembre 2006

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze

Tel.055 474330 – Fax 055 461217 - e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it

VIth EUROPEAN CONGRESS of GERONTOLOGY

Saint Petersburg, Russia July 5 - 8, 2007

Organizing Secretariat

St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

3, Dynamo Prospect, 197110 St. Petersburg, Russia

www.gerontology.ru/congress2007 - E-mail: congress2007@gerontology.ru