



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

Bollettino SIGG

Anno III

numero 1 – gennaio 2006

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario:

Editoriale	Pag. 2
La SIGG tra continuità ed innovazione	“ 4
Organigramma SIGG 2006-2007	“ 5
Eventi SIGG 2006	“ 7
Contempo in Gerontologia e Geriatria	“ 8
Editoriale JAGS	“ 10
Commenti all’Editoriale	“ 13
Recensione libri	“ 16
Congressi e Convegni	“ 17



Editoriale

Nel primo editoriale del 2006 come nuovo presidente SIGG, posso solo riferirvi di quello che ho detto sarà il mio programma al Consiglio allargato che abbiamo tenuto lo scorso 12 dicembre. Ripercorro allora lo schema che ho proiettato a partire dalla:

Continuità

Queste sono le iniziative SIGG che verranno mantenute, da quelle “storiche” alle aggiunte Aree, Summer School, Contempo ed il Bollettino

- Aree
- Summer school
- Contempo
- Bollettino
- Giornale di Gerontologia, Giornale dell' Arteriosclerosi, Aging
- Congresso annuale (questionario)

Promozione Identità della Geriatria

Dobbiamo esporci, andare da società e colleghi che overlappano mestieri che facciamo da tempo. E raccontare come li facciamo noi, cosa abbiamo prodotto, cosa abbiamo in testa per il futuro.

- simposio comune annuale SIMI, FADOI sulla gestione del paziente fragile. Varato
- dall'OXVACS study emerge che scompenso, cardiopatia ischemica e stroke sono dell'ultrasettantacinquenne...diventa necessario un consensus con cardiologi (scompenso, CAD) e neurologi (stroke, stroke unit)
 - da GIFA e SAGE la farmacologia clinica geriatrica è stata fatta solo dai geriatri. Bisognerà dividerlo con i farmacologi
 - top seminars multidisciplinari sulla scorta di uno recente fatto con i neurologi su problemi cardiovascolari e cognitivtà: erano stupefatti (i neurologi) da quante cose importanti e nuove hanno portato i geriatri...
 - linee guida per condizioni “orfane” (BPCO in comorbido). E' altro settore che promuove identità, visto che siamo noi gli unici fortemente consapevoli di queste problematiche.

Produzione dati

Non si può essere autoreferenziali e dire che siamo bravi. Solo sfornando dati che certifichino la bravura...allontaneremo gli interessi di quelli che cominciano a pensare al vecchio. Perché lo pensano come grande mercato dove inserirsi...Dai seguenti progetti e studi arriveranno i dati

- Ulisse. E' il database su ADI, RSA ed ospedale per acuti (ex GIFA)
- Dafne (studio di formazione dei geriatri sulla depressione) + trial di intervento
- trial di continuità assistenziale (medicina interna vs geriatria)
- cartella clinica elettronica
- VAOR. Qui insisto: VAOR RSA e ADI è disponibile con il relativo software per tutti coloro che ne fanno un utilizzo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Lavorare con questi strumenti di VMD fa la differenza...e permette di fornire ad amministratori e politici numeri e controlli di qualità. Ai colleghi internisti certifica la differenza e attesta ulteriormente l'identità della geriatria.



Promozione Istituzionale della Geriatria

Mi darò da fare per essere presente in queste sedi istituzionali. Ci sarò poi sempre se avrete bisogno della mia presenza con politici o direttori generali.

- audit conferenza stato/regioni su ruolo della geriatria ospedaliera e territoriale
- ministeri salute/istruzione
- assessorati alla salute
- media (uff. stampa, public affaires, public relations)

Partnership nazionali ed internazionali

Queste sono organizzazioni che fanno opinione (Ambrosetti, Alliance) o lavorano per promuovere la Geriatria a diversi livelli. Le stimolerò per ottenere feed back positivi. Faccio un esempio: se Ambrosetti dice che c'è bisogno sul territorio di un case manager professionista della valutazione in rapporto con un geriatra di distretto...sarà più recepito che se lo dice uno di noi! Questo intendo per stimolo

- studio Ambrosetti/Meridiano Sanità
- interRAI
- EAMA
- Alliance for Health & Future (cd, cd policy makers, CNEL)

Finisco riferendovi sulla disponibilità (da marzo) in Società di un cd di oltre 60 mega fatto da Carbonin e da noi della Cattolica. Ci sono tutti gli argomenti geriatrici che affrontiamo quotidianamente nelle diverse trincee dove lavoriamo. Con un brillante motore di ricerca si arriva facilmente a leggere quello che interessa e successivi link guidano ad un ragionamento più approfondito o ai problemi connessi. Chiedetelo, mettetevi in lista presso la Società. Penso che lo spediremo contrassegno a chi ne fa richiesta.

Buon anno e buon lavoro a tutti

Roberto Bernabei



La SIGG tra continuità ed innovazione

Il Presidente Prof. Bernabei ha illustrato sinteticamente i punti principali del programma dei prossimi due anni. Ad una prima analisi emerge che si continuerà nell'affermare il ruolo cardine della Geriatria e della SIGG in ambito universitario ospedaliero e territoriale con un particolare impegno per la promozione della nostra disciplina nei luoghi "che contano".

Sono già state programmate una serie di iniziative culturali e formative per il corrente anno che riportiamo nelle pagine successive. La prima è il Contempo in Gerontologia e Geriatria che si terrà a Roma, con un'organizzazione in linea con la precedente edizione che ha riscosso notevole successo e di cui sono stati pubblicati anche gli atti. Per la Summer school c'è una modifica decisa nel corso del CD di gennaio. Rimane immutata l'edizione di Folgaria di luglio, giunta ormai alla III edizione, mentre per quella di S. Giovanni Rotondo di giugno, sono state seguite le indicazioni positive sull'impostazione sia teorica ma soprattutto pratica del Seminario, emerse dalle opinioni dei partecipanti. E' stato deciso di modificare il target tipo Summer School con uno innovativo, sempre a prevalente carattere pratico, seguendo proprio le indicazioni e le norme delle Good Clinical Practice americane. Nel prossimo numero daremo maggiori informazioni e le indicazioni sulle modalità di partecipazione. Una novità è rappresentata dall'incontro con gli specializzandi del III anno in Geriatria previsto per fine ottobre. Non sarà solo un incontro scientifico ma si affronteranno tematiche legate all'inserimento lavorativo, a problemi assistenziali in diverse realtà e quesiti medico-legali di interesse collettivo. Daremo quanto prima ulteriori dettagli.

Come nel primo numero del Bollettino nel gennaio 2004 con il Prof. Trabucchi presentammo l'Editoriale di Hazzard pubblicato sul JAGS "I am a Geriatrician" con il commento del Prof. Senin, in questo primo numero con il Prof. Bernabei presentiamo l'editoriale di Fisher apparso nel numero di dicembre di JAGS "Just what defines Frailty?" con due commenti dei Proff. Antonelli-Incalzi ed Odetti scelti dal Presidente, oltre che per l'autorevolezza, anche per ottenere due differenti pareri di tipo clinico e di tipo biogerontologico.

Il tema della fragilità e della definizione dei criteri che la caratterizzano è sempre di grossa attualità per i geriatri, che la affrontano quotidianamente, sia per gli aspetti di prevenzione che di valutazione e gestione nel medio e lungo termine. Sappiamo anche che molto spesso nella cura della fragilità sono poco applicabili linee guida e medicina basata sull'evidenza, come evidenziato più volte da diversi Autori ed ultimamente anche su alcuni articoli del JAMA (Boyd C JAMA 2005;294:716 e O'Connor JAMA 2005;294:741). E' un argomento che ha interessato le precedenti presidenze SIGG e sicuramente sarà trattato più volte nelle iniziative formative previste prossimamente. Sarebbe utile in proposito ricevere opinioni di Soci sulla fragilità, esperienze personali o suggerimenti in vista dei futuri incontri programmati. Saremo lieti di pubblicarli nei prossimi numeri del Bollettino.

Tra gli eventi di quest'anno naturalmente un posto speciale merita il Congresso SIGG. Sono state stabilite le date definitive anche di Corsi, tutti confermati ed in più c'è il Corso per Assistenti Sociali, organizzato per la prima volta. Anche per Congresso e Corsi, così come in passato, aspettiamo suggerimenti o proposte e ricordo, a chi non lo ancora fatto, la compilazione del questionario sul Congresso proposto dal Presidente, pubblicato nel numero di dicembre del Bollettino.

Vincenzo Canonico



ORGANIGRAMMA SIGG - BIENNIO 2006/2007

Presidente

Roberto BERNABEI (Roma)

Past-President

Marco TRABUCCHI (Brescia)

Presidente Eletto

Niccolò MARCHIONNI (Firenze)

Presidente Firi

Franco RENGO (Napoli)

Segretario Generale

Giuseppe PAOLISSO (Napoli)

Tesoriere

Antonio BAVAZZANO (Prato)

Sezione Clinica

Coordinatore Antonio CHERUBINI (Perugia)

Coordinatore Vicario Alberto PILOTTO (San Giovanni Rotondo)

Santo BRANCA (Acireale)

Alberto CESTER (Dolo)

Gianbattista GUERRINI (Brescia)

Ernesto PALUMMERI (Genova)

Franco ROMAGNONI (Ferrara)

Giuseppe ROMANELLI (Brescia)

Gianfranco SALVIOLI (Modena)

Gabriele TOIGO (Trieste)

Sezione Di Biogerontologia

Coordinatore Patrizio ODETTI (Genova)

Francesco PAOLETTI (Firenze)

Sezione Socio-Comportamentale

Coordinatore Bruno BERNARDINI (Genova)

Stefania MAGGI (Padova)

Sezione Nursing

Coordinatore Damasco DONATI (Firenze)

Monica MARINI (Pistoia)

Responsabile Bollettino Sigg

Vincenzo CANONICO (Napoli)



Responsabile Sito Web

Fernando ANZIVINO (Ferrara)

Giornale Di Gerontologia

Direttore Responsabile Roberto BERNABEI (Roma)

Direttore Esecutivo Gianfranco SALVIOLI (Modena)

Presidenti Onorari

Francesco Mario ANTONINI (Firenze)

Gaetano CREPALDI (Padova)

Francesco Saverio FERUGLIO (Milano)

Mario PASSERI (Parma)

Alessandro VENTURA (Perugia)

Ex Presidenti

Pier Ugo CARBONIN (Roma)

Gaetano CREPALDI (Padova)

Francesco Saverio FERUGLIO (Milano)

Giulio MASOTTI (Firenze)

Franco RENGO (Napoli)

Umberto SENIN (Perugia)

AREE IN STATUTO

Coordinamento generale: Franceco LANDI e Renzo ROZZINI

Formazione Continua

Responsabile: Nicola FERRARA; Co-responsabile: Luisa BARTORELLI;

Coordinamento Sezioni e attività regionali – rapporti istituzionali – politiche ospedaliere:

Responsabili: Antonio GUAITA e Gabriele NORO;

Co-responsabili: Enzo LAGUZZI e Paolo PUTZU;

Ricerca Scientifica

Responsabile: Patrizia MECOCCI; Co-responsabile: Mauro DI BARI;

Rapporti con le società Scientifiche italiane ed estere

Responsabile: Stefania MAGGI; Co-responsabile: Mauro ZAMBONI;

COMMISSIONI PERMANENTI

I fondamenti culturali della geriatria

Coordinatore: Raffaele ANTONELLI INCALZI; Vice-coordinatore: Orazio ZANETTI;

Scuole di Specializzazione in Geriatria

Coordinatore: Gianfranco SALVIOLI; Vice-Coordinatore: Giuseppe ROMANELLI;



EVENTI SIGG 2006

Roma, 15-16 maggio 2006

“Contempo in geriatria e gerontologia”

Centro Congressi Europa dell’UCSC

San Giovanni Rotondo, 25-29 giugno 2006

Good practices in geriatrics

Folgaria, 2-6 luglio 2006

Summer School

2 ottobre 2006

Festa del nonno

Roma, 27-28 ottobre 2006

Incontro con gli specializzandi in geriatria del 3° anno

Firenze, 29 novembre – 3 dicembre 2006

51° Congresso Nazionale

30 novembre – 2 dicembre 2006

7° Corso Multiprofessionale di Nursing

30 novembre – 1° dicembre 2006

5° Corso di Riabilitazione Cognitiva

1-2 dicembre 2006

2° Corso per Psicologi

30 novembre – 1° dicembre 2006

1° Corso per Assistenti Sociali



Corso Residenziale
“Contempo in geriatria e gerontologia”
 Centro Congressi Europa, Roma, 15-16 maggio 2006

Lunedì 15 maggio 2006

“Contempo negli stili di vita”

Presiede: Roberto Bernabei

- | | | |
|-------|--|------------------------|
| 9.00 | Arrivano i baby boomers: tsunami geriatrico??
<i>discussione</i> | <i>Antonio Golini</i> |
| 10.00 | Sessualità in andropausa: Viagra per tutti?
<i>discussione</i> | <i>Giorgio Valenti</i> |
| 11.00 | <i>Intervallo</i> | |
| 11.30 | Attività fisica, benessere, morbilità, mortalità
<i>discussione</i> | <i>Antonio Sgadari</i> |
| 12.30 | Closing remarks | <i>Richard Besdine</i> |
| 13.00 | <i>Pausa pranzo</i> | |

“Contempo in gerontologia”

Presiede: Pierugo Carbonin

- | | | |
|-------|--|---|
| 14.00 | La misurazione dei markers infiammatori:
quando, cosa e che farcene
<i>discussione</i> | <i>Stefano Volpato</i> |
| 15.00 | Stem cells e rigenerazione: vero e falso
<i>discussione</i> | <i>Angelo Luigi Vescovi</i>
<i>(da confermare)</i> |
| 16.00 | Le sindromi progeroidi
<i>discussione</i> | <i>Giuseppe Novelli</i> |
| 17.00 | Restrizione calorica e longevità
<i>discussione</i> | <i>Pasquale Abete</i> |
| 18.00 | Chiusura dei lavori | |

Martedì 16 maggio 2006

“Contempo nella valutazione”

Presiede: Marco Trabucchi

- | | | |
|-------|---|--------------------------|
| 9.00 | VMD e test di performance: misurano l'immisurabile?
<i>discussione</i> | <i>Matteo Cesari</i> |
| 10.00 | I criteri per il trattamento del paziente neoplastico
<i>discussione</i> | <i>Lazzaro Repetto</i> |
| 11.00 | <i>Intervallo</i> | |
| 11.30 | Le misure nell'ambito delle cure palliative
<i>discussione</i> | <i>Giovanni Gambassi</i> |
| 12.30 | Closing remarks | <i>Terrie Wattle</i> |
| 13.00 | <i>Pausa pranzo</i> | |

**“Contempo nelle incertezze”**

Presiede: Niccolò Marchionni

14.00	MCI <i>discussione</i>	<i>Marco Trabucchi</i>
15.00	Distiroidismi subclinici: quando trattarli <i>discussione</i>	<i>Alfredo Pontecorvi</i>
16.00	Quando operare una neoplasia della prostata <i>discussione</i>	<i>Pierfrancesco Bassi</i>
17.00	Cosa prevengo, quando prevengo <i>discussione</i>	<i>Niccolò Marchionni</i>
18.00	Chiusura dei lavori	

L'evento è organizzato da
Accademia Nazionale di Medicina e Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

Per informazioni rivolgersi a: Accademia Nazionale di Medicina - Sezione di Geriatria
Via Martin Piaggio 17/6 - 16122 Genova – tel. 010 83794238



Just What Defines Frailty?

The term frailty is frequently used within the geriatrics world to describe patients who are in poor overall health, are vulnerable to the ill effects of a variety of environmental stressors, and are further at high risk for worsened morbidity, worsened disability, and mortality.¹⁻⁴ Clinical experience and clinical research demonstrate that these patients exist, are heavy users of medical services, and have a tough lot in life. Despite our ability to conceptualize and study these patients in the aggregate, a simple consensus definition and criteria for frailty has remained elusive.^{2,5-7} The elusiveness of the definition of frailty reflects not only the challenges in defining a clinical syndrome where the exact etiology and pathophysiology are unknown but also the challenges of defining the boundaries of a syndrome that has medical, functional, and social components.

The work of Mitnitski et al. in this issue adds to this debate.⁸ They present data from 11 clinical cohorts with 36,424 patients and examine the relationship between a frailty index and age and mortality. The frailty index is a measure that converts the percentage of deficits present or absent in a particular patient into an index score that varies between 0 and 1, with 0 reflecting no deficits and 1 the presence of all deficits.⁹ This measure was previously developed and validated on cohorts from Canada alone, so a major goal of this study was to determine the extent to which the frailty index can be generalized to other populations.^{9,10} To accomplish this goal, they used data from longitudinal studies of older patients drawn from Canada, Australia, Sweden, and the United States. They determined frailty index scores for the patients in the cohorts using primary data from the underlying studies. Because the primary data collected from each study was somewhat different, the deficits examined in each cohort vary. They include data from institutional and disease-specific (cardiovascular disease and breast cancer) cohorts for comparison. They find that the frailty index score correlates strongly with age for men and women in the general cohorts but not the disease-specific or institutional cohorts. The importance of the frailty index score is its strong association with mortality. Increasing frailty index scores lead to an exponential increase in mortality rate, and this association holds true for men and women, with women having a slightly lower death rate for any given score.

An important point to bear in mind about the frailty index is that it includes not only physiological problems, such as lack of strength or stamina, but also disease-related, psychological, and social problems. It is the inclusion of these additional dimensions in the frailty index that puts the frailty index at odds with findings of other groups who have defined frailty in more-limited terms.^{2,3,5,11} For example, a recent review defined frailty in physiological terms independent of comorbid illnesses and disability, with frailty representing the decline in physiological constitution due to aging and disease. The comorbid illnesses present in many frail patients and the disability resulting from illness and frailty are developed as separate concepts that interact with physical frailty but remain separate. These ideas are an extension of prior work that began to reframe frailty as a biological syndrome characterized by declines in physiological reserves and difficulty in coping with stressors.^{1,3,11} In contrast, Mitnitski et al. opt to take a broad view of frailty and include a range of comorbid illnesses, measures of disability, and social and psychological issues into their frailty index.

The issue of whether frailty is simply defined by physical manifestations of vulnerability or should have a broader definition appears to be the crux of the current debate. Considering social and psychological issues, disability, and medical illnesses as parts of frailty is conceptually simpler and more holistic than considering them separately. As has recently been pointed out, this holistic approach is consistent with the principles of geriatric medicine practice and offers the potential to capture the full effect of frailty.⁶ It is appealing to think that a patient who has not only physical frailty but also depression and functional dependence would be “frailer” and have a worse prognosis than one who



lacks these problems. In the frailty index developed by Mitnitski et al., this patient would be clearly identified as more frail.

Nevertheless, could frailty simply be physical, with comorbid illnesses and disability being linked but independent entities? Work in experimental animals, such as mice, fruit flies, and worms, demonstrates a component of physical decline during aging.¹²⁻¹⁴ For example, in the nematode *Caenorhabditis elegans*, dramatic declines in muscle mass and mobility as well as multiple physiological parameters accompany aging.^{12,14-16} These declines are not uniform between genetically identical individuals of the same age in a population; instead there is significant variation that likely reflects some of the random effects of organismal aging. Just as in humans, physical frailty in these experimental animals has prognostic implications.^{12,14,16} The development and progression of frailty identifies the individuals in the population who are at high risk for short-term mortality. Additionally, genetic mutations or dietary manipulations that extend lifespan also delay the development of frailty.¹³ This delay in frailty is an obvious and striking aspect of these mutants and has been commented on.^{12,14} Together, these findings argue for a physical component of frailty that is tied to individual aging and independent of disability and comorbid disease.

Limiting the definition of frailty to physical frailty may serve to simplify and expedite research. Frailty may ultimately prove to be too complex to study without applying a reductionist approach to create criteria that are specific and perhaps even quantifiable at a physiological level. Often, simpler definitions are more practical for research purposes by helping to streamline study design and by making comparisons between different centers and studies more uniform. Criteria have been proposed based upon hypotheses about the underlying pathophysiology about the physical dimension of frailty.^{3,11} Application of these criteria to a patient cohort finds that these criteria are also successful in identifying patients at high risk of mortality. A challenge of this approach will be finding criteria and mechanisms that are able to accurately classify frail and nonfrail patients and are present before frailty becomes irreversible. But could the inclusion of disability or comorbidity provide this additional power? Perhaps the declines in functioning or worsening of comorbid illness might be more sensitive markers of frailty than physical parameters alone.

There is probably little debate about whether frailty has physical components or that aging contributes to frailty, but whether limiting the definition and study of frailty to these physical components will help or hurt efforts to understand frailty is still an open question. Although the theoretical, practical, and philosophical issues surrounding the definition of frailty can be a source of continued debate, solutions to the standoff will need to come from clinical studies examining the performance of models based upon the broad and limited definitions. The goal of frailty research is to finally be able to understand the biological, medical, and environmental factors that together create the phenomenon of frailty and then to be able to intervene in this process.¹⁷ Current data, as exemplified by the paper from Mitnitski et al., suggest that both approaches can work, but the concern for future studies is which approach will prove more accurate and practical for the development of successful intervention studies. Until this time, keeping an open mind is the best approach. Future work on this issue will greatly enhance understanding of frailty and be of great interest to the geriatrics community.



References

1. Bortz WM. A conceptual framework of frailty: A review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57A:M283–M288.
 2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59A:M255–M263.
 3. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56A:M146–M156.
 4. Rockwood K, Fox RA, Stolee P et al. Frailty in elderly people: An evolving concept. *Can Med Assoc J* 1994;150:489–495.
 5. Studenski S, Hayes RP, Leibowitz RQ et al. Clinical global impression of change in physical frailty: Development of a measure based on clinical judgment. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1560–1566.
 6. Rockwood K. Frailty and its definition: A worthy challenge. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1069–1070.
 7. Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003;15(Suppl 3):1–29.
 8. Mitnitski AB, Song X, Skoog I et al. Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries, in relation to mortality. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:2184–2189.
 9. Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ et al. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatr* 2002;2:1.
 10. Mitnitski AB, Mogilner AJ, MacKnight C et al. The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index. *Mech Ageing Dev* 2002;123:1457–1460.
 11. Chin APM, Dekker JM, Feskens EJ et al. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol* 1999;52:1015–1021.
 12. Herndon LA, Schmeissner PJ, Dudaronek JM et al. Stochastic and genetic factors influence tissue-specific decline in ageing *C. elegans*. *Nature* 2002;419:808–814.
 13. Kenyon C. The plasticity of aging: Insights from long-lived mutants. *Cell* 2005;120:449–460.
 14. Johnson TE, Conley WL, Keller ML. Long-lived lines of *Caenorhabditis elegans* can be used to establish predictive biomarkers of aging. *Exp Gerontol* 1988;23:281–295.
 15. Fisher AL. Of worms and women: Sarcopenia and its role in disability and mortality. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1185–1190.
 16. Huang C, Xiong C, Kornfeld K. Measurements of age-related changes of physiological processes that predict lifespan of *Caenorhabditis elegans*. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004;101:8084–8089.
 17. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:625–634.
-



Commenti all'editoriale

La fragilità: alla ricerca di una definizione

La pubblicazione di una ricerca sulla definizione di fragilità e il relativo editoriale^{1,2} forniscono lo spunto per una discussione del concetto di fragilità e della possibilità stessa di concretizzarlo tramite uno strumento operativo dotato di una documentata valenza classificativa. Non si tratta di un esercizio di modellistica previsionale, la fragilità come elemento predittivo di eventi avversi comunque prevedibili in altro modo, ma dello sviluppo di uno dei nuclei concettuali della Geriatria e, data la rilevanza delle basi biologiche, indirettamente della Gerontologia. Infatti, pervenire ad un'univoca, motivata ed efficace definizione della fragilità significa, in prospettiva, identificare il malato geriatrico, superando il limite intrinseco in una definizione basata sull'età.

Il dilemma sta nella modalità di approccio alla definizione: multidimensionale o funzionale. Nel primo caso, ed è la via seguita da Mitnitski A et al, la si fonda sulla valutazione di un variegato insieme di parametri che abbracciano la sfera medica, sociale e funzionale, ivi includendo anche dati di laboratorio. Nel secondo ci si limita ad una stima della capacità funzionale. Il carattere multidimensionale è istintivamente geriatrico e, quindi, apparentemente preferibile, ma il suo limite sta nella varietà stessa delle dimensioni esplorate e, quindi, nella complessità procedurale e applicabilità del metodo. Infatti, può essere utile identificare un soggetto fragile in contesti diversi e, quindi, con un vario livello di informazione sul suo stato di salute. La definizione funzionale appare teoricamente preferibile perché universale, ma ha un limite intrinseco alla varietà e variabilità del declino fisiologico che realizzano un'ampia area di transvarianza tra normale e patologico in grado di rendere molto problematica qualunque definizione di fragilità, della qual cosa v'è evidenza anche in modelli animali³. Ne consegue che nessuno dei due approcci appare raccomandabile, ma entrambi necessitano di una evoluzione che proceda in versi opposti: il sistema multidimensionale merita di essere esemplificato tramite identificazione delle componenti principali sì da mantenere una buona capacità predittiva, senza richiedere l'accesso ad informazioni non sempre disponibili; il metodo funzionale va approfondito ed eventualmente integrato con componenti non funzionali "di minima", ad esempio la comorbilità, al fine di acquistare accuratezza diagnostica verso gli outcome declino funzionale e mortalità, mantenendo il carattere di universalità di applicazione.

L'esperienza qui commentata ci ricorda che un cardine della Geriatria, il concetto di fragilità, attende una definizione che si caratterizzi per semplicità di applicazione, generalizzabilità, capacità classificativa e predittiva. Serve un impegno comune e coordinato per conseguire un risultato basilare per la giustificazione stessa del nostro lavoro quotidiano.

Raffaele Antonelli-Incalzi

- 1) Mitnitski A, Xiaowei S, Skoog I et al. Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries and their relationship with mortality. JAGS 2005; 53: 2184-9.
- 2) Fisher AL. Just what defines frailty? JAGS 2005; 53: 2229-30.
- 3) Herndon LA, Schneissner PJ, Dudaronek JM et al. Stochastic and genetic factors influence tissue-specific decline in ageing C. Elegans. Nature 2002; 419: 808-14



Nell'esperienza quotidiana dei geriatri la fragilità è un'evidente entità clinica. Ognuno di noi ha in mente a quali pazienti riferirsi e com'è difficile la loro gestione, eppure nel definirli si utilizzerebbe un lungo elenco di dati biologici e di caratteristiche cliniche: affetto da comorbilità, assume molti farmaci, depresso, grande utilizzatore di servizi ospedalieri e territoriali, solo al mondo, ha scadente qualità di vita, non autosufficiente, ...in una parola la definizione è difficile e sfuggente.

Nell'editoriale di Fisher viene commentato il lavoro del canadese Mitnitski proponendo la domanda: che cosa è la fragilità? Che cosa la caratterizza?

Su un vasto database raccolto da quattro paesi (USA, Canada, Svezia e Australia) e su grandi numeri (>30.000 persone) si dimostra ancora una volta che un "indice di fragilità" complesso è capace di predire la mortalità nella coorte. Più il soggetto manifesta deficit, più alta è la probabilità di morte; più robusto, minore la probabilità. L'età risulta correlata nei soggetti che vivono in comunità, ma non ha più peso se ospiti di istituzioni o sono in uno studio clinico per patologie; il sesso è determinante essendo le donne in ogni fascia di età più fragili rispetto agli uomini, ma soggette a una minore mortalità a parità di grado di fragilità.

Tre sono i punti che Fisher sottolinea:

1. L'indice di fragilità dell'Autore è stato costruito non soltanto con parametri fisiologici, patologici (inclusa la comorbilità), funzionali e cognitivi, ma anche con i problemi psicologici e sociali, proponendo, con un risultato affidabile e convincente, la fragilità come entità complessa e legata a molteplici variabili, tipicamente "umane", articolate tra loro. Viene quindi negata quella struttura "biologica" della fragilità, sostenuta per esempio da W.M. Bortz II (2002), dove le componenti fisiche sono assolutamente preminenti per il suo sviluppo. Il dibattito, ancora aperto, viene quindi ravvivato.
2. I risultati dello studio propongono in modo efficace l'utilità e validità dell'indice complesso utilizzato da Mitnitski. L'importanza del punteggio dell'indice di fragilità è - pur con i limiti dovuti alla diversità della raccolta dati nelle quattro nazioni - nella stretta correlazione con la mortalità. In ogni nazione è mantenuta la stessa capacità predittiva, confermando la possibile utilizzazione in altre popolazioni. La significativa differenza tra i sessi è presente in tutte le nazioni studiate quindi estensibile a tutte le popolazioni del mondo sviluppato.
3. L'uso dell'indice di fragilità di Mitnitski consentirebbe di individuare i soggetti ad alto rischio di mortalità, ma lo scarso interesse dimostrato dagli scienziati non permette di conoscere se sia meglio questo indice complesso o il limitarsi alle sole componenti biologiche. Emerge con nitidezza che non esiste un serio dibattito internazionale su quali fattori (qualunque essi siano: biologici, clinici, ambientali,...) contribuiscono alla fragilità. Conoscendoli sarebbe possibile intervenire per prevenire o dilazionare la sua comparsa o comunque, anche in presenza di fragilità avanzata, "raggiungere significativi goals clinici" (Rockwood, 2004).

E per la nostra realtà un altro commento. Abbiamo bisogno di investigatori che guidino la ricerca verso la costruzione di un robusto e ampio database nazionale da cui estrapolare i "nostri" dati e la proposta italiana all'anemico dibattito internazionale.

Parallelamente dovrebbe iniziare uno sforzo dei biogerontologi per la ricerca di biomarcatori di fragilità, che spieghi la fisiopatologia, tenendo a mente che gli interventi nell'animale di prolungamento della longevità dilazionano anche la comparsa della sindrome di fragilità.

Identificare un parametro "biologico", anche se troppo semplice e non esaustivo, facilita la comprensione dei meccanismi patologici che generano la fragilità e gradualmente il quadro



complessivo si fa più chiaro. Non ci può essere infatti una definizione clinica senza una chiara fisiopatologia.

Uscire dall'incertezza di inquadramento e di interpretazione permetterebbe di introdurre la sindrome di fragilità nei DRG dove attualmente manca in modo assoluto. Questo sarebbe un vantaggio non indifferente e una nitida conquista della Geriatria a favore degli anziani.

Per dirla come Gillick (2001) la fragilità è “una sindrome che ha un disperato bisogno di descrizione e analisi”.

Patrizio Odetti



Selezione libri

Decidere giorno per giorno con saggezza. Guida pratica su questioni etiche e legali per coloro che assistono i malati di Alzheimer

Curatori: Piero Antuono e Maurizio Gallucci
Critical Medicine Publishing Editore - Roma

Questa versione italiana del manuale, vuole essere un contributo molto pratico per la soluzione dei problemi che ogni giorno incontra chi assiste i malati affetti da decadimento cognitivo.

Ciascun capitolo descrive una problematica specifica. Dalla modalità di comunicazione della diagnosi si spazia al grado d'autonomia del paziente nelle attività della vita quotidiana e alla questione delle direttive anticipate, dagli aspetti finanziari alla tutela legale, fino alle riflessioni sul benessere del paziente, sui farmaci, sulla nutrizione artificiale e sull'idratazione, vale a dire sul limite delle cure.

Infine, un'attenzione particolare è posta sul significato e sui limiti dei test genetici. Ogni argomento è esposto descrivendo, da principio, una situazione pratica riscontrabile nella vita di tutti i giorni; segue, quindi, la trattazione del tema, fornendo spunti di riflessione e di approfondimento. Non sono esposte formule o soluzioni definitive ma piuttosto occasioni per cogliere il variegato insieme delle problematiche proprie del "perdere la memoria".

I bisogni del malato sono visti nel continuo evolversi della malattia, dove la persona sofferente, pur tra le molte sfaccettature dei problemi che affronta, è colta nella sua interezza ed unicità. Riteniamo, infatti, che, tra le caratteristiche più specifiche del decadimento cognitivo, emerga sempre più quella della complessità, sia per quanto riguarda le relazioni tra genetica ed ambiente, sia per la varietà di presentazione dei sintomi, e sia, infine, per le non semplici soluzioni gestionali nella rete dei servizi.



CONGRESSI/CONVEGNI

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 RICERCA GERIATRICA INTERDISCIPLINARE CORSO PRATICO INTERATTIVO SUL DECADIMENTO COGNITIVO

Treviso 23 febbraio-12 Aprile 2006

Segreteria Scientifica: Maurizio Gallucci

Segreterie Organizzative:

Studio Interpreti Traduttori Treviso

Tel.: 0422 543726 Fax: 0422 583888

email: info@scuolainterpretitraduttori.it

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

email: efonte@ulss.tv.it

ASSOCIAZIONE INTERREGIONALE CARDIOLOGI E SPECIALISTI MEDICI AMBULATORIALI CUORE & CERVELLO 2006

Torino 3-4 marzo 2006

Segreteria Scientifica: A.M.Cotroneo T.D.Voci F. Fantò

Segreteria organizzativa: OCM Comunicazioni Torino

Tel 011 5086002 Fax 011 5086009

info@ocmcomunicazioni.com

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA SEZIONE REGIONALE CAMPANA ASPETTI MEDICO-LEGALI DEL PAZIENTE ANZIANO DEMENTE

Monteruscello (Napoli) 27 Marzo 2006

Segreteria scientifica: Patrizia Bruno - Gerardo De Martino

Segreteria organizzativa: Ble consulting Caserta

tel. 0823 301653 fax 0823 363828

ble.consulting@virgilio.it

3RD INTERNATIONAL CONFERENCE ON FUNCTIONAL GENOMICS OF AGEING

Palermo 29 Marzo-1 Aprile 2006

<http://www.fga2006.elsevier.com/organizers.htm>



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

Gardone Riviera (Brescia) 5-8 Aprile 2006
Segreteria Scientifica: Angelo Bianchetti - Sandra Martini
Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma
Tel. 06 519511 - 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

ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI 3° CONGRESSO NAZIONALE
**IL GERIATRA TERRITORIALE ED IL 3° MILLENNIO:
TENDENZE PER UNA NUOVA CULTURA**

Selva di Fasano (Brindisi) 11-14 maggio 2006
Segreteria Scientifica: Cataldo Corallo Clelia Volpe
Segreteria Organizzativa: Concerto Napoli
tel. 081-19569195 fax 081-2140448
e-mail: info@concertosrl.net
www.associazionegeriatri.it/3congresso

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

Rosario 23-25 maggio 2006
Per informazioni: fagg_ar@lycos.com

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HOMES AND SERVICES FOR THE AGEING
**MULTICULTURALISM IN EUROPEAN AGED CARE:
CONSUMER, PROVIDER, WORKFORCE, AND TECHNOLOGICAL PERSPECTIVES**

Brussels, Belgium 29-30 May 2006
www.iahsa.net/brussels

8TH GLOBAL CONFERENCE ON AGEING (IFA)

Copenhagen 30 maggio-2 giugno 2006
ICS A/S Copenhagen
tel. +45 7023 50 56 Fax: +45 7023 5057
e-mail: ifa2006@ics.dk



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

Bologna 15-17 giugno 2006

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

Segreteria Organizzativa: G&G International Congress Roma

Tel: 06 519511 - 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

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 519511 - Fax 065033071 -

congressi@gegcongressi.com - www.gegcongressi.com

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

Firenze 29 novembre-3 dicembre 2006

7° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

Firenze 30 novembre-2 dicembre 2006

5° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA

Firenze 30 novembre-1 dicembre 2006

2° CORSO PER PSICOLOGI

Firenze 1-2 dicembre 2006

1° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI

Firenze 30 novembre-1 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

Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: info@zeroseicongressi.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