



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Via G.C. Vanini 5 - 50129 Firenze  
Tel.055 474330 - Fax 055 461217 - [sigg@sigg.it](mailto:sigg@sigg.it)

# Bollettino SIGG

Anno III

numero 7 – luglio 2006

*Direttore Responsabile*

**Roberto Bernabei**

*A cura di*

**Vincenzo Canonico**

*Tel. e fax 081 7464297*

*e-mail: [vcanonic@unina.it](mailto:vcanonic@unina.it)*

## ***Sommario***

|                                    |   |    |
|------------------------------------|---|----|
| Il testamento biologico            | “ | 3  |
| Lettera del Past-President SIGG    | “ | 4  |
| Summer School San Giovanni Rotondo | “ | 5  |
| Summer School Folgaria             | “ | 11 |
| Il Commento di un allievo          | “ | 19 |
| Campus Angelini in Geriatria       | “ | 20 |
| I Soci scrivono                    | “ | 21 |
| Congressi e Convegni               | “ | 23 |



**Cari Amici,**

**godetevela!!!**

**Buone vacanze,**

*Roberto Bernabei*



## Il Testamento Biologico

Apriamo questo Bollettino con la lettera del Prof. Trabucchi al Prof. Bernabei che prende in considerazione un problema recentemente sollevato dal Prof. Veronesi e dalla Fondazione da lui presieduta: l'ipotesi di un testamento biologico con il quale un cittadino, in pieno possesso delle sue facoltà cognitive, possa affidare ad un legale una sorta di "volontà anticipata" su quali terapie intenda accettare, e quali intenda invece rifiutare, nel caso in cui un evento dovesse privarlo in futuro della possibilità di esprimere ai medici la propria volontà in quella delicata e drammatica circostanza. La proposta, formalizzata con il consenso di alcuni giuristi cerca di evitare il cosiddetto "accanimento terapeutico" evitando o interrompendo terapie, a volte mal tollerate, che non possono restituire le condizioni precedenti, ma ritardano solo un exitus inevitabile. Si cerca quindi di lasciare la decisione al paziente, non al medico o all'equipe di medici, decisione libera e presa quando la coscienza ancora lo consente. In proposito il Consiglio Nazionale dei Notai ha proposto, con una delibera del giugno scorso, di utilizzare un testo di dichiarazione sottoscritta dall'interessato, contenente la delega ad un fiduciario incaricato di manifestare ai medici curanti l'esistenza del testamento di vita, che segue nelle linee di fondo la proposta Veronesi. In sintesi tale volontà sarebbe manifestata davanti ad un notaio con un atto in cui il soggetto dispone, in caso di malattia o lesione traumatica cerebrale irreversibile e invalidante che costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione, di evitare di essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico né ad idratazione ed alimentazione forzate ed artificiali anche in caso di impossibilità ad alimentazione autonoma. La proposta Veronesi, che cerca di evitare altri casi come quello di Terry Schiavo, tende, in un'epoca in cui la medicina estende sempre più le sue capacità tecniche, a lasciare al paziente le scelte che riguardano la propria esistenza, la dignità e la qualità, in ogni fase, compresa quella finale. Sono d'accordo che a volte, in casi estremi, il prolungamento di cure senza risultato è preferibile evitarlo, tuttavia la decisione presa in pieno benessere, molti anni prima, di "staccare la spina" senza sapere quale sarà l'evento, quale la complicazione, quali i sistemi di cura che migliorano sempre più rapidamente con il passare degli anni, in quale ospedale si è ricoverati, lascia sinceramente perplessi, come non è condivisibile, a mio parere, l'ipotesi di affidare ai notai, che sono "pronti a fare rete a livello nazionale per accogliere i testamenti biologici così come accolgono quelli patrimoniali", una volontà simile a quella, molto più naturale, dei beni agli eredi. Come si fa ad interrompere un trattamento di idratazione ed alimentazione che, secondo un parere del Comitato Nazionale di Bioetica, non sono atto medico, bensì assistenza di base, e dunque atti dovuti al malato? Molti medici, e tantissimi geriatri, si trovano spesso di fronte a situazioni di pazienti senza speranze e conseguenti decisioni di continuare o meno le cure, sono momenti di difficile gestione in cui solo la sensibilità, la professionalità e la coscienza del medico possono aiutare a decidere la migliore soluzione per il paziente e la famiglia. A cosa serve una volontà espressa anni addietro di evitare l'accanimento terapeutico? C'è qualcuno di noi che desidera l'accanimento terapeutico per sé o per gli altri? Non c'è il rischio di eventuali speculazioni da parte di qualcuno di evitare cure intensive ad un paziente che potrebbe ancora riprendersi, per volontà espressa dal paziente stesso al notaio?

Ben venga dunque il sollecito del Past-President di un confronto su un tema estremamente delicato, auspichiamo la partecipazione libera dei nostri Soci al dibattito, soprattutto di chi ha avuto esperienze dirette con casi difficili o di chi ha proposte o soluzioni alternative.

Buone vacanze a tutti.

*Vincenzo Canonico*



## **Lettera del Past-President SIGG**

Caro Presidente,

mi permetto di sollecitare la Tua attenzione, attraverso questo poche righe pubblicate sul bollettino della nostra società, attorno all'argomento del testamento biologico. Io ero e resto convinto che non vi fosse bisogno di sollevare questa tematica, perché la sensibilità, la cultura e l'intelligenza della stragrande maggioranza dei medici italiani permetteva di affrontare caso per caso le diverse situazioni, senza ledere la dignità e la libertà dell'individuo ammalato. Ma dopo la presa di posizione di Veronesi, che ha messo il suo prestigio e la sua innegabile capacità professionale al servizio di un'idea, non possiamo più fingere di non aver compreso cosa si sta muovendo nello scenario.

Io desidero con questa mia richiamare la Tua attenzione sull'argomento, perché la comunità dei geriatri italiani -che Tu rappresenti come presidente della SIGG- venga coinvolta in un dibattito che non può vederci marginali o accettori passivi di scelte compiute in altre sedi. Noi saremo certamente rispettosi di qualsiasi decisione presa dal popolo sovrano, attraverso le leggi sancite dal Parlamento; vorremmo però partecipare con la nostra esperienza e le nostre conoscenze alla formazione di una sensibilità diffusa su questi temi, che poi diviene la base per la costruzione di leggi su argomenti di grande delicatezza.

I geriatri italiani non vogliono accettare di dividersi al loro interno sulla base di discriminanti ideologico-politiche; il nostro bagaglio di professionalità ci permette di costruire risposte omogenee al nostro interno, che peraltro possono avere un forte peso nell'opinione pubblica. Dobbiamo quindi avere il coraggio di entrare con determinazione su questi temi, anche se la cosa ci costa e avremmo preferito il silenzio nel quale meglio si sviluppa un intenso rapporto medico-paziente-famiglia, dal quale scaturiscono le decisioni più serene.

Ti ringrazio, caro Roberto, per lo spazio che darai al dibattito su questi temi, con l'augurio che i nostri soci vogliano partecipare ad un dibattito su tematiche che ci riguarderanno sempre più pesantemente.

*Marco Trabucchi*



**SUMMER SCHOOL SIGG 2006 – II Edizione  
 “GOOD PRACTICES IN GERIATRICS”  
 San Giovanni Rotondo 25-29 giugno 2006**

**Risultati dei questionari compilati dai corsisti**

Totale partecipanti n. 24

Giudizio complessivo

|                   |    |
|-------------------|----|
| Ottimo-eccellente | 11 |
| Molto buono       | 9  |
| Buono             | 4  |

Giudizio sull'organizzazione didattica

|                   |    |
|-------------------|----|
| Ottimo-eccellente | 15 |
| Molto buono       | 3  |
| Buono             | 4  |
| Discreto          | 2  |

Cosa è piaciuto di più

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| Parte pratica con casi clinici+lavoro a piccoli gruppi | 10 |
| Competenza/disponibilità tutors                        | 8  |
| Elevata competenza dei relatori                        | 3  |
| - impiego dei farmaci nell'anziano                     | 4  |
| - gastroenterologia geriatrica                         | 3  |
| - terapia della depressione                            | 1  |

Cosa è piaciuto di meno

|                                                     |   |
|-----------------------------------------------------|---|
| Relazioni di argomento epidemiologia/fisiopatologia | 6 |
| La giornata sulla riabilitazione                    | 6 |
| Ritmi troppo serrati dell'attività                  | 9 |

Suggerimenti

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Più attenzione alla pratica clinica, soprattutto terapia | 19 |
| Più tempo libero                                         | 8  |
| Prolungare di 1-2 gg la summer school                    | 7  |



## SINTESI DELLE RELAZIONI E COMMENTI DEI DOCENTI

### **Il trattamento della stipsi e incontinenza nell'anziano**

La stipsi è estremamente frequente nelle persone anziane, mentre l'incontinenza fecale è spesso avvertita come un tabù imbarazzante che costringe i pazienti all'isolamento e alla interruzione della normale vita di relazione.

E' quindi particolarmente apprezzabile l'idea di Alberto Pilotto e della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria di inserire questi due argomenti nel corso estivo 2006 a S Giovanni Rotondo.

La mia relazione si è sviluppata lungo tre direttrici principali.

Sottolineare la prevalenza di questi sintomi e la differente definizione data da medici e pazienti. Nell'anziano i sintomi più importanti sono la fatica nella defecazione e la presenza di feci dure, mentre i medici spesso insistono sull'adeguato numero di evacuazioni settimanali.

La necessità di una corretta diagnosi differenziale, ricorrendo ad accertamenti diagnostici in base alla gravità dei sintomi e alla presenza di sintomi di allarme, ricordando che i sofisticati tests di funzione ano-rettale sono raramente necessari e che la maggior parte dei pazienti risponde alla terapia medica conservativa.

In effetti anamnesi accurata ed esame obiettivo preciso permettono la diagnosi di causa della incontinenza fecale in circa l'85% dei casi, senza ricorrere a tests impegnativi che mostrano alterazioni fisiologiche senza essere in grado di definire adeguatamente la fisiopatologia.

Dobbiamo pensare alla stipsi e alla incontinenza fecale con una visione multi-disciplinare ricordando che il commento più importante emerso da numerose interviste con gli anziani è il desiderio di dignità che comprende: l'impiego di un servizio igienico piuttosto che di una comoda, la rapida risposta del medico e del personale infermieristico alla richiesta di assistenza, servizi igienici di facile accesso, puliti, personale addestrato e motivato, cure appropriate.

Infine un particolare ringraziamento ai giovani colleghi per l'entusiasmo e la preparazione culturale.

*Giancarlo Spinzi*

### **Comorbilità ed outcome riabilitativo**

Dal 25 al 29 giugno si è tenuta a San Giovanni Rotondo la II° edizione della SUMMER SCHOOL SIGG 2006, intitolata "GOOD PRACTICES IN GERIATRICS". Per impegni di lavoro ho potuto partecipare ad un'unica giornata di lavori, quella nella quale ero impegnato come relatore.

L'impressione che ne ho tratto è stata estremamente positiva. Il gruppo dei medici che ha partecipato era molto motivato ed è stato attento ed interessato a tutte le relazioni; moltissime le domande su questioni di carattere clinico pratico ma anche su tematiche di fondo della geriatria (fragilità, il ruolo del geriatra in riabilitazione, i servizi di assistenza domiciliari, etc). La mia relazione "Comorbilità ed outcome riabilitativo" ha suscitato un vivace dibattito in merito ad una delle grandi sindromi geriatriche, il delirium. Il delirium, come è noto, è una tipica espressione fenomenologica di una riacutizzazione di patologie croniche ed ha una prevalenza all'ammissione in reparti di riabilitazione pari al 15-20%; la prevalenza può avvicinarsi al 70% se si considerano i casi di delirium subsindromico, cioè quelle condizioni nelle quali sono presenti solo alcuni e non tutti i sintomi che consentono di porre diagnosi di delirium. Per definizione esso ha una genesi organica (cioè dovuta a causa medica), nella maggior parte dei casi risolvibile con un trattamento clinico appropriato. Per questo, alcuni anni orsono, Sharon Inouye affermava che la persistenza del delirium deve essere interpretata come un'inadeguatezza di fondo della care complessiva fornita al paziente anziano (*Inouye*



*SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: A symptom of how hospital care is failing in older persons and a window to improve quality of hospital care. Am J Med 1999; 106: 565-573*). Sulla base di questo stimolo culturale, e rifacendomi ad esperienza clinica condivisa con altri colleghi, ho proposto ai giovani medici partecipanti alla Summer School di utilizzare il delirium come cartina di tornasole dell'efficacia delle cure e come marcatore di fragilità.

Ma come? Il delirium ha ripercussioni non soltanto sullo stato cognitivo e comportamentale, ma anche sullo stato funzionale nel breve e nel lungo termine. E' ragionevole ipotizzare che laddove vi sia un cambiamento -in acuto- dello stato cognitivo-comportamentale e funzionale del paziente (soprattutto se fragile o demente), si debba sospettare un delirium, più che un'evoluzione della malattia di fondo. Il medico deve sentirsi autorizzato a sospettare la diagnosi di delirium in tutte le condizioni caratterizzate da un cambiamento delle condizioni cliniche di base, non altrimenti spiegabile dalla storia naturale di malattia o da altri eventi traumatici. Infatti l'attribuire il cambiamento funzionale o comportamentale ad un'evoluzione peggiorativa della patologia di base (ad esempio della demenza) significa accettare "supinamente" di gestire la cronicità. Ciò in alcuni casi potrà essere inevitabile, ma il paziente rischierebbe di essere trattato con farmaci per i disturbi comportamentali senza una reale necessità, ed anzi aumentando la probabilità di ulteriore confusione mentale. Il sospettare sempre ed in prima battuta una diagnosi di delirium proteggerà il paziente da rischi di questo tipo, costringendo il medico ad escludere le cause della sintomatologia prima di iniziare qualunque trattamento farmacologico. Il delirium deve essere considerato una condizione clinica di urgenza che impone una revisione dell'operato e un atteggiamento clinico incisivo e non attendistico. Tale atteggiamento ricorderà ai medici "sensibili" di dare attenzione ad organi spesso poco considerati (occhi, orecchie e tegumenti), di verificare funzioni fisiologiche estremamente importanti (anche se "poco nobili"), come la minzione e la defecazione, e soprattutto di indagare riacutizzazioni di malattie croniche (difficili da diagnosticare nell'anziano fragile e demente, soprattutto nelle fasi prodromiche). La persistenza o la risoluzione dello stato confusionale acuto sarà il "termometro" in grado di indicare se il paziente sta (o meno) avviandosi a guarigione clinica.

Restano tanti interrogativi senza risposta: questo modello operativo diventerà una prassi accettata (laddove già non lo sia) in ambito geriatrico? Sarà mai possibile costruire linee guida in grado di accompagnare il medico nella cura dei pazienti affetti da delirium? Certo, si potrebbe obiettare che il delirium è, di per sé, un predittore di outcomes negativi e, dunque, non avrebbe senso ricercarne in modo così "intensivo" le cause. Infatti non è chiaro se gli outcomes potrebbero cambiare laddove fosse possibile il riconoscimento precoce delle cause. Inoltre le linee guida non sempre rappresentano un fondamento appropriato per la qualità delle cure agli anziani; sebbene forniscano indicazioni dettagliate per la cura di singole malattie talvolta non sono in grado di rispondere al bisogno di pazienti anziani affetti da comorbidità. Tuttavia, non fosse soltanto che per migliorare la qualità di vita del paziente, il medico ha il dovere morale di interpretare l'urlo con il quale i pazienti affetti da delirium intendono comunicare il loro disagio.

*Giuseppe Bellelli*

### **Inquadramento diagnostico della depressione nell'anziano**

Negli ultimi anni si è data crescente importanza al problema della depressione dell'anziano. Le motivazioni che stanno alla base di questo interesse sono molteplici: l'invecchiamento della popolazione, amplificando la prevalenza delle innumerevoli condizioni di svantaggio che sono fattore di rischio di sintomi depressivi, ne hanno amplificato la prevalenza; la classe medica ha sviluppato una progressiva maggior sensibilità sui problemi della cronicità e della qualità della vita dei pazienti e di conseguenza anche della sofferenza depressiva degli anziani; molecole sempre più maneggevoli hanno permesso anche al medico non specialista di avere maggior confidenza con i trattamenti



psicofarmacologici. La depressione dell'anziano rappresenta pertanto uno degli ambiti diagnostico e terapeutici nei quali sono stati ottenuti i maggiori successi.

Quanto differisce la depressione in età avanzata da quella che si manifesta in età giovane-adulta? Quali sono le cause dell'eterogeneità della depressione nella vecchiaia? Quali sono i tassi di prevalenza e quali i fattori di rischio? È più elevata la prevalenza della depressione in vecchiaia? È più difficile da diagnosticare? Quale depressione trova vantaggi dalla terapia farmacologica e quale dalla psicoterapia? È più difficile da trattare? Questi sono i quesiti che più frequentemente ci si pongono affrontando il problema della depressione in età avanzata.

Non esiste ancora uno schema soddisfacente per la classificazione dei disturbi depressivi dell'anziano. Non si conosce con precisione, ad esempio, se un episodio depressivo che si manifesta per la prima volta a 70 o 80 anni debba essere considerato simile o diverso da quello che si manifesta in età giovane o adulta nè si conosce quale percentuale di soggetti che ha manifestato il primo sintomo depressivo nell'adolescenza o in età giovanile svilupperà depressione in età adulta. È probabile che la risposta a questi quesiti vari in rapporto alle diverse categorie di depressione, alla storia vitale di un individuo ed alla sua capacità personale di adattamento.

La diagnosi di depressione, pur essendo la più frequente tra i disturbi psichici, presenta difficoltà correlate alle modalità di presentazione, che spesso sono indistinguibili dai sintomi provocati dalle malattie fisiche, alla tendenza a mascherare i problemi psicologici, concentrandosi su quelli somatici, alle modificazioni correlate all'età del sonno o agli effetti collaterali dei medicinali. Questo rende ragione del fatto che la depressione continua ad essere sottodiagnosticata e di conseguenza sottotrattata i pazienti che potrebbero trarne vantaggio.

Dati recenti dicono che il 10% circa degli uomini e il 25% delle donne soffrono di depressione, ma si ritiene che questi dati sottostimino le dimensioni del problema. L'interpretazione dei dati epidemiologici dei disturbi dell'umore è d'altro canto inficiata dalle variazioni del tipo di classificazione utilizzata, dei parametri misurati e dell'affidabilità delle categorie diagnostiche, alcune delle quali relativamente nuove e pertanto dotate di criteri diagnostici meno definiti (depressione minore, subsindromica, sottosoglia, "depression without sadness", depressione vascolare).

La prevalenza di depressione maggiore nella popolazione generale anziana è stimata intorno all'1-4%, equivalente ad un'incidenza di 0,15% per anno. Sia la prevalenza che l'incidenza di depressione maggiore raddoppiano dopo i 75-80 anni. La depressione minore ha una prevalenza del 4-13%. La distimia, caratterizzata da una bassa intensità dei sintomi che persistono da almeno 2 anni, si verifica in circa il 2% delle persone anziane.

La maggior parte degli studi epidemiologici ha evidenziato che il sesso femminile presenta un rischio circa 2 volte superiore a quello maschile di sviluppare un'alterazione dell'affettività. In genere si ritiene che le donne, oltre a riferire un maggior numero di sintomi depressivi presentino una maggior tendenza ad inibire l'emotività; pur considerando le emozioni più importanti rispetto al sesso maschile, nasconderebbero i problemi affettivi mascherandoli con disturbi somatici.

La sintomatologia depressiva può essere l'epifenomeno psichico di una condizione generale di inadeguatezza, di incompetenza (psicologica, fisica, relazionale, socio-ambientale). Questo spiega l'ampia variabilità sintomatologica, a sua volta secondaria alla variabilità dei fattori di rischio, le cui strette interconnessioni devono essere tenute in considerazione, e la conseguente difficoltà classificativa che ha spinto buona parte degli studiosi a scegliere operativamente di considerare la depressione come un continuo di malattia, che varia in severità e durata, piuttosto che una condizione inquadrabile in rigidi criteri diagnostici.

La diagnosi di depressione si caratterizza dalla presenza di umore depresso, dalla perdita di interesse nei confronti della maggior parte delle attività associate a disturbi del sonno, da affaticamento o perdita di energia, da difficoltà a concentrarsi, dal rallentamento psicofisico, da disturbi dell'appetito, idee di autosoppressione. In questo contesto la diagnosi, nella prassi, può avvenire in base a specifici





criteri diagnostici oppure sospettata e ricercata in rapporto alla frequenza dei sintomi presentati. Quest'ultimo approccio si basa sull'impiego di scale di sintomi le quali, pur solitamente dotate di discreta sensibilità, mancano di specificità e non consentono di definire con precisione la rilevanza clinica del disturbo emergente; spesso identificano, più che la prevalenza di uno specifico disturbo, gruppi di sintomi che non necessariamente corrispondono alla presenza di depressione. È opinione diffusa, ad esempio, che gli studi condotti con scale sintomatologiche tendano a sovrastimare la prevalenza della depressione a causa della attribuzione di una natura psichica a sintomi somatici che frequentemente, in realtà, sono secondari a patologie organiche. Altri limiti sono dovuti alla possibile transitorietà dei sintomi depressivi o alla ridotta affidabilità delle risposte fornite da alcuni pazienti, per tendenza al negativismo, alla multideterminazione delle risposte. Interviste standardizzate basate su sistemi diagnostici quali il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) o l'IDC-10 (WHO, 1992), sono in grado di ovviare a molti dei limiti presentati dalle scale. Tali strumenti sono generalmente validi ed attendibili, in quanto si riferiscono a criteri diagnostici rigorosamente definiti; tuttavia nell'anziano tali criteri spesso sottostimano i quadri subsindromici depressivi.

In conclusione la diagnosi di depressione è molto importante nel paziente anziano e deve essere sempre presa attentamente in considerazione, in qualsiasi setting si trovi il paziente (ambulatorio, ospedale per acuti, riabilitazione o casa di riposo), dal momento che la depressione rappresenta un ben noto fattore di rischio indipendente di mortalità e morbilità e si associa a maggiore frequenza di decadimento cognitivo e di sviluppo di disabilità.

La diagnosi di depressione nell'anziano è spesso difficile, anche perché è ancora radicato il convincimento che il tono dell'umore "depresso" è conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, mentre non si tiene in sufficiente considerazione il ruolo primario svolto da condizioni socio ambientali sfavorevoli, quali il pensionamento, la vedovanza, la solitudine, il cambiamento di residenza e l'istituzionalizzazione. E' ben noto che la causa scatenante un disturbo depressivo nell'anziano è in genere di scarsissima rilevanza rispetto all'entità della reazione provocata, a differenza di ciò che succede nel soggetto giovane.

In sintesi la depressione in età geriatrica si caratterizza per avere un decorso cronico o ricorrente ed in più del 60% dei casi non viene ancora trattata. Esiste un'alta probabilità di sintomatologia residua che influisce negativamente sulla qualità della vita del soggetto anziano. Si associa a maggior utilizzo dei servizi medici, a maggiore mortalità e morbilità per patologie organiche, a maggior frequenza di decadimento cognitivo e disabilità ed a peggiori interazioni sociali.

*Angelo Bianchetti e Piera Ranieri*

### **Comorbilità e depressione nell'anziano**

Con l'avanzare dell'età aumenta la prevalenza di patologie croniche, spesso tra loro in associazione, e, con essa, la presenza di sintomi depressivi. Tra le patologie dell'anziano che comportano un maggior rischio di depressione occorre ricordare quelle cardiovascolari (in particolare cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco), neurologiche (ictus, demenza, Malattia di Parkinson), oncologiche ed osteoarticolari. Ad esempio, se nella popolazione generale anziana la prevalenza di sintomi depressivi è del 15-20% (con il 5% circa di depressione maggiore), tale prevalenza sale al 30-35% in corso di scompenso cardiaco o di demenza.

Tra i fattori che possono spiegare la comparsa di depressione a seguito di patologia somatica si possono elencare, oltre alla consapevolezza di malattia: la presenza di disabilità, l'esistenza di tratti di personalità premorbosa "favorenti" (come una maggior "fragilità psichica" – o *nevroticismo*), la coesistenza di un danno biologico di strutture del Sistema Nervoso Centrale. Tra queste ultime assume



particolare rilevanza, nell'anziano, l'encefalopatia vascolare sottocorticale, che si ritiene possa essere alla base di sindromi depressive ad esordio tardivo (cosiddetta *depressione vascolare*) e spiegare la mancata risposta ai farmaci di alcune forme di depressione maggiore dell'anziano.

In relazione al riconoscimento della depressione, i dati di letteratura invitano a prestare particolare importanza ai sintomi somatici, che nell'anziano con comorbidità potrebbero essere erroneamente imputati alla patologia fisica e che invece, proprio in questa popolazione, possono costituire la manifestazione preminente della sofferenza psichica. D'altra parte la depressione può rendere più difficile la diagnosi di una patologia somatica, ad esempio nel caso si attribuiscono erroneamente le manifestazioni di quest'ultima ad una sindrome psichiatrica preesistente.

È ormai dimostrato che la presenza di depressione nell'anziano peggiora la prognosi. Esiste infatti dimostrazione che:

- nella popolazione anziana la presenza di sintomi depressivi aumenta il rischio di disabilità e mortalità;
- la presenza di sintomi depressivi in associazione a specifiche malattie somatiche (ad esempio cardiovascolari) ne peggiora significativamente l'evoluzione;
- una storia di depressione spesso precede lo sviluppo di svariate malattie somatiche, particolarmente cardio- e cerebro-vascolari, oncologiche, neurologiche (demenza), configurandosi come un vero e proprio fattore di rischio.

Esistono diversi meccanismi biologici che possono essere alla base dell'aumento di rischio di comorbidità legato ad una storia di depressione. Per quanto riguarda la malattia vascolare, devono essere citati, oltre alla ridotta compliance alle indicazioni terapeutiche, la riduzione della variabilità R-R (con il conseguente aumentato rischio aritmico) e l'incremento dell'aggregazione piastrinica. Per quanto riguarda il rischio di demenza, l'ipercortisolismo e il deficit di fattori neurotrofici, che sono stati osservati in corso di depressione, potrebbe contribuire all'atrofia neuronale.

Dal punto di vista terapeutico, nel trattamento della depressione associato a comorbidità e polifarmacoterapia è necessario tener conto dell'aumentato rischio di effetti avversi legato ai farmaci antidepressivi, ridotto ma non eliminato dall'utilizzo dei farmaci ad azione serotoninergica: in particolare l'aumentato rischio di cadute e di sanguinamento gastrointestinale.

Esistono infine in letteratura iniziali suggerimenti che, coerentemente con le premesse sopra esposte, il trattamento della depressione nell'anziano possa contribuire al miglioramento della prognosi complessiva del paziente, compresa una riduzione della mortalità a medio-lungo termine. Tali promettenti osservazioni attendono tuttavia una dimostrazione definitiva.

*Enrico Mossello*



**SUMMER SCHOOL SIGG 2006 – III Edizione**  
**“I FONDAMENTI DELLA GERIATRIA”**  
**Folgaria, 2-6 luglio 2006**

**Risultati dei questionari compilati dai corsisti**

Totale partecipanti n. 24

Giudizio complessivo

|                   |    |
|-------------------|----|
| Ottimo-eccellente | 9  |
| Molto buono       | 4  |
| Buono             | 11 |

Giudizio sull'organizzazione didattica

|                   |    |
|-------------------|----|
| Ottimo-eccellente | 5  |
| Molto buono       | 4  |
| Buono             | 13 |

Cosa è piaciuto di più

|                              |   |
|------------------------------|---|
| - Fisiopatologia BPCO        | 9 |
| - Interattività              | 8 |
| - Lavoro di gruppo           | 5 |
| - Epidemiologia geriatrica   | 3 |
| - Rapporto con i colleghi    | 2 |
| - Fisiopatologia del diabete | 2 |
| - DM                         | 1 |
| - Farmacoepidemiologia       | 1 |
| - Preparazione dei relatori  | 1 |

Cosa è piaciuto di meno

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| - non hanno risposto                                  | 15 |
| - luogo della summer school per mancanza collegamenti | 3  |
| - Niente                                              | 2  |
| - ritmi troppo serrati                                | 2  |
| - anziano fratturato                                  | 1  |
| - le lezioni frontali                                 | 1  |
| - troppo tempo dedicato alla pausa pranzo e cena      | 1  |

Suggerimenti

|                                                      |   |
|------------------------------------------------------|---|
| - Mantenere la summer school anche nei prossimi anni | 5 |
| - Ripetere e ampliare i lavori di gruppo             | 4 |



- |                                                                                                                                       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| - Lasciare più spazio all'interattività e alla discussione                                                                            | 3 |
| - Iniziare i lavori nel primo pomeriggio della domenica                                                                               | 2 |
| - Non iniziare di domenica                                                                                                            | 1 |
| - Favorire lo scambio di informazioni clinico-scientifiche non solo tra docenti e discenti, ma anche tra specialisti e specializzandi | 1 |
| - Ampliare il numero dei partecipanti                                                                                                 | 1 |
| - Dare priorità agli assistenti in formazione presso la Scuola di Specializzazione ed in seconda istanza a chi è già specialista      | 1 |

#### Argomenti suggeriti

- Epidemiologia, diagnosi e trattamento delle cadute
- Demenze
- Tipi del dolore nell'anziano fragile
- Sindromi psichiatriche nell'anziano (es. depressione reattiva e sindromi correlate alla polipatologia o al solo aging)
- Il tema dell'accompagnamento dell'anziano terminale, implicazioni etiche e formazione degli operatori sanitari in merito



## SINTESI DELLE RELAZIONI E COMMENTI DEI DOCENTI

### Il Dipartimento di Geriatria

Perché interrogarsi oggi sul Dipartimento di Geriatria? Perché in termini gestionali il riappalesarsi della Medicina Interna come grande contenitore aspecifico di tutte le specializzazioni “fragili”, come “fragile” è il paziente geriatrico, sembra la scelta del momento.

La Medicina Interna svuotata dei saperi alti delle sue stesse specializzazioni nate per degenerazione partenogenetica del suo sapere, polverizzata in mille rivoli di ultraspecializzazioni, stenta a ritrovare essa stessa la propria strada senza invadere altri campi ...

Le corsie sono piene di anziani ... ergo il malato internistico è il malato anziano ...

Ma la faccenda non è così semplice, non basta saper curare un vecchio per essere geriatri ...

Ecco che allora goffamente si sente parlare di orgoglio della medicina interna, di riappropriamento di spazi ingiustamente spezzettati nelle specialistiche, eccetera, eccetera, eccetera.

Ma noi Geriatri altrettanto orgogliosi dell'appartenere ad una scienza che forse ha corso negli ultimi anni più delle altre in termini di sapere e produzione scientifica oltre che in modelli di organizzazione, non vogliamo cedere il nostro “specifico”, che è la nostra specialità, quindi la nostra autonomia.

Noi non neghiamo di nascere come altre specializzazioni dalla grande madre, la Medicina Interna, ma non vogliamo e non permetteremo a nessuno, di considerarci un'ancella del sapere, un surrogato di sapienza, un posto dove gettare i malati andati male delle altre specializzazioni, noi rivendichiamo l'autonomia, la specificità e la diversità. Queste specificità sono fatte sì di comorbilità, di instabilità clinica, di fragilità, di polifarmacoterapia, di “patologie e cascata”, di sociopatie, di sarcopenia, ed altre caratteristiche che solo noi abbiamo studiato, ma anche di contatti continui con i servizi sociali, di estenuanti trattative con i politici locali per la stesura dei piani di zona, dei piani aziendali territoriali, di incontri con la medicina generale, con la medicina territoriale distrettuale, eccetera, eccetera, eccetera.

E questo specifico ci è costato anni di lavoro, di confronti, di crisi di identità, e di attività che ci hanno resi profondamente diversi.

La continuità assistenziale del paziente anziano ora è iscritta nel nostro DNA! Pertanto non possiamo che essere autonomi, perché l'autonomia gestionale è l'unico vero modello per proteggere il frutto del nostro sapere e delle nostre cure: il vecchio.

La pezzatura minima dei sistemi di accreditamento futuri (istituzionali ed all'eccellenza) sarà per omogeneità e necessità di indicatori ed outcomes il Dipartimento.

Pertanto o vinciamo la guerra dell'autonomia dei Dipartimenti di Geriatria o addio alla Geriatria che abbiamo sognato insieme negli ultimi 15 anni....

*Alberto Cester*

### La BPCO nell'anziano

L'incontro con gli specializzandi in Geriatria nella Summer School di Folgaria ha rappresentato un'ottima occasione per cogliere la serietà e la dedizione alla materia di chi in futuro avrà il compito di curarne l'affermazione. Di rado mi è capitato di rilevare un livello di attenzione e una capacità di interazione quale ho constatato a Folgaria, sebbene l'argomento fosse alquanto pesante e la mole di dati discussi tale da rendere più che fisiologico qualche calo di attenzione che, ripeto, non c'è stato.



Ho presentato una rapida revisione critica dell'approccio terapeutico alla BPCO stabile e a quella riacutizzata, focalizzando l'attenzione sugli aspetti tipici dei malati geriatrici. In particolare, ho cercato di discriminare tra aspetti terapeutici generali, età-indipendenti ed aspetti particolari, condizionati dall'età in un rapporto tanto importante quanto assai spesso misconosciuto. Ad esempio dei secondi cito la scelta degli erogatori di broncodilatatori da fare in funzione delle capacità prassiche e cognitive dei pazienti, oppure la durata della terapia antibiotica in caso di riacutizzazione, da commisurare all'evidenza relativa alla normalizzazione degli indici di flogosi, o ancora l'iter metodologico e logico da seguire in caso di mancata risposta alla terapia o, infine, le peculiarità cliniche della riacutizzazione nell'anziano. Anche alcuni aspetti di carattere generale sono stati oggetto di approfondimento sulla scorta del frequente riscontro di una scarsa attenzione ai medesimi. Mi riferisco specialmente ai meccanismi idro e sodiorientivi nella BPCO riacutizzata e al conseguente effetto diuretico dell'Ossigeno, alla scelta razionale degli antibiotici in corso di riacutizzazione, alle applicazioni più recenti e innovative della riabilitazione. Soprattutto, mi è parso logico rapportare la terapia all'inquadramento basato sugli strumenti tipici della valutazione multidimensionale, curando contestualmente il concetto del monitoraggio degli effetti e delle correzioni in corso d'opera. La BPCO si presenta ormai così variegata sia per la variabile entità e distribuzione degli effetti sistemici che per l'entità della comorbidità da configurarsi come un enorme continuo di condizioni la cui eterogenità è ulteriormente accresciuta dal fattore età. La stessa situazione prettamente respiratoria presenta una grande varietà di espressioni e responsività ai farmaci, rendendo quindi necessario personalizzare e, non di rado, "variare sul tema", la terapia. A ben pensarci, è esattamente quanto il geriatra deve imparare a fare nella pratica clinica quotidiana, senza contare qui il peso della dimensione sociale. La BPCO nell'anziano può quindi intendersi come un modello di quella complessità clinica tipica del malato geriatrico e che di per sé rappresenta una sorta di specificità della geriatria cui si aggiungono altri elementi distintivi attinenti agli ambiti sociale e organizzativo-gestionale. La coscienza che il trend epidemiologico rende proprio i pneumopatici più anziani particolarmente gravi e complessi deve rappresentare per il geriatra, spesso incline a vedere solo la neurogeriatria e la cardiogeriatrics come settori di eccellenza clinica, la motivazione per un'adeguata conoscenza di questa patologia. Se l'incontro di Folgaria sarà almeno valso a stimolare la coscienza di tale realtà, il tempo mio e degli specializzandi sarà stato ben speso e anche la perdita della partita Italia-Germania, svoltasi mentre rientravo in treno, un sacrificio ben motivato.

*Raffaele Antonelli Incalzi*

### **Il diabete nell'anziano: meccanismi fisiopatologici e determinanti prognostici**

Il diabete mellito di tipo 2, pur potendo presentarsi a qualsiasi età, è più frequente nell'anziano. La prevalenza della malattia nella popolazione aumenta progressivamente almeno fino ai 70 anni di età, soprattutto nel sesso femminile, mentre i dati relativi alle età successive sono scarsi e controversi. Gli studi di incidenza età correlati sono relativamente pochi nella letteratura internazionale, ma sembrano comunque indicare un progressivo aumento dei nuovi casi di malattia almeno sino ai 65-70 anni di età. E' interessante osservare che la proporzione di casi diagnosticati nell'anziano potrebbe essere ancora più bassa che nel giovane. Con l'aumentare dell'età, infatti, diventano più numerosi i casi di diabete evidenziabili soltanto attraverso un test da carico orale di glucosio, mentre la glicemia a digiuno resta al di sotto delle soglie diagnostiche. E' quindi assai probabile che molti studi di popolazione sottostimino in maniera specifica la prevalenza e l'incidenza del diabete nelle fasce di età più avanzate.

Le ragioni alla base dell'incremento del rischio di diabete con l'invecchiamento sono complesse e non ancora del tutto comprese. Alla patogenesi del diabete concorrono una riduzione della



sensibilità insulinica (insulino-resistenza) ed una relativa riduzione della secrezione insulinica, a sua volta dovuta in parte ad una primitiva disfunzione beta-cellulare ed in parte ad altre alterazioni endocrine (deficit di incretine) e metaboliche (iperglicemia cronica, esposizione a livelli elevati di acidi grassi liberi). Nel soggetto anziano, la resistenza insulinica è attribuibile innanzitutto a modificazioni della composizione corporea (riduzione della massa muscolare, aumento della massa adiposa, incremento del contenuto intraepatico ed intramuscolare di trigliceridi), che determinano una serie di complesse modificazioni dell'assetto endocrino (riduzione dell'adiponectina, aumento del TNF-alfa e della resistina, riduzione di IGF-1 e DHEAS, ecc.). Un secondo elemento patogenetico può essere rappresentato dalla riduzione della capacità secretoria beta-cellulare, benché i dati presenti in letteratura a questo riguardo non siano univoci.

Nei pazienti che sono già diabetici, con il passare degli anni, si assiste ad una progressiva riduzione della funzione beta-cellulare e della secrezione insulinica, che condiziona spesso la necessità di ricorrere alla terapia con insulina esogena per ottenere un buon compenso glicometabolico. Peraltro, tale fenomeno sembra attribuibile all'esposizione cronica all'iperglicemia, piuttosto che all'invecchiamento di per sé. Se è vero, quindi, che il diabetico anziano presenta spesso un rilevante deficit di secrezione insulinica, ciò è dovuto più alla lunga durata del diabete che all'età avanzata; il paziente che sviluppa il diabete in età molto avanzata (e quindi con breve durata di malattia) nella maggior parte dei casi non presenta un deficit di secrezione insulinica particolarmente pronunciato.

Sul piano prognostico, più ancora che sull'aspettativa di vita, la presenza del diabete nell'anziano rappresenta un importante fattore di rischio per la comparsa di disabilità, che è più evidente nei pazienti con età inferiore agli 80 anni. Alla disabilità concorrono, oltre alle complicanze micro- e macrovascolari del diabete (retinopatia, cardiopatia ischemica, ecc.), i disturbi cognitivi, che sono più frequenti nei pazienti insulino-trattati ed in quelli con altre patologie concomitanti (in particolare l'ipertensione). La patogenesi del deficit cognitivo nel paziente diabetico anziano è ancora controversa; oltre all'iperglicemia di per sé, potrebbero contribuirvi in maniera assai rilevante l'insulino-resistenza e l'associata iperinsulinemia, mentre il ruolo delle ipoglicemie ripetute è ancora incerto. Il deficit cognitivo, comunque determinato, è un fattore prognostico negativo, che condiziona notevolmente anche il trattamento del diabete, che richiede una buona collaborazione da parte del paziente.

Il diabete mellito si associa, analogamente ad altre malattie croniche, ad una maggior prevalenza di sintomi depressivi; tale fenomeno è più evidente nei pazienti anziani, che sono a maggior rischio di disturbi depressivi. La sintomatologia depressiva è un ulteriore fattore prognostico negativo, essendo associata ad una maggiore incidenza e ad un peggior esito delle malattie cardiovascolari. Inoltre, la sintomatologia depressiva sembra essere associata ad una peggior prognosi di alcune specifiche complicanze del diabete, come, ad esempio, le ulcere agli arti inferiori, che nei pazienti depressi mostrano un evidente ritardo nella guarigione.

*Edoardo Mannucci*

### **Epidemiologia e farmacoepidemiologia in geriatria**

Assieme al collega Stefano Volpato di Ferrara (cofirmatario di questa breve nota), ho avuto il piacere di aprire oggi - dopo la presentazione introduttiva del Past President Prof. Trabucchi, tenutasi ieri sera - i lavori della III edizione della Summer School di Folgaria. Avendo partecipato alla prima edizione di Folgaria due anni fa e a quella inaugurale di S. Giovanni Rotondo lo scorso anno, mi considero un po' un veterano di questa iniziativa, che ancora una volta mi ha offerto l'opportunità di un rapporto stretto, informale e costruttivo con le più giovani leve della Geriatria italiana.



Il tema da me presentato era "La farmacoepidemiologia geriatrica: trial clinici e studi di intervento", che seguiva quella di Volpato di "Introduzione all'Epidemiologia Geriatrica". Volpato ed io avevamo concordato di proporre un formato inconsueto per la Summer School, ma da noi con successo sperimentato in altre occasioni, rappresentato da una breve introduzione tradizionale (nella quale veniva presentata la cornice generale del problema), seguita da un laboratorio di lettura e discussione in piccoli gruppi di articoli scientifici sull'argomento. Il laboratorio si concludeva poi in riunione plenaria, durante la quale ciascun gruppo presentava un breve resoconto dell'articolo letto e della discussione già avviata nel gruppo, che poi veniva ulteriormente approfondita assieme agli altri colleghi, sotto la guida dei docenti.

Gli articoli proposti erano relativi alle cadute (Volpato) e al trattamento con statine (Di Bari), in entrambi i casi visti attraverso studi di tipo diverso, osservazionale, di intervento e metanalisi. I "giovani geriatri" hanno dimostrato grandissimo interesse per i temi proposti e - mi pare - un sincero apprezzamento per il formato scelto. La loro partecipazione è stata intensa ed appassionata per l'intero corso della giornata, che è stata lunga ed impegnativa, scandita da tempi incalzanti e senza possibilità di pause troppe lunghe. (Anche la pausa-pranzo è stata utilizzata per discutere di progetti di ricerca, di raccolta dati, ecc.: hanno in mente qualcosa che potrà fornire uno strumento conoscitivo interessante sulle nostre Scuole di Specializzazione. Ma di questo dovranno essere loro a parlare). Mi fa molto piacere sottolineare anche l'immediata capacità di impossessarsi della metodologia di lettura critica della letteratura che abbiamo loro proposto e la voglia di raccogliere anche gli spunti un po' più ostici, come ad esempio quello di cimentarsi in calcoli di misure di associazione a partire dai dati riportati.

L'interesse, la passione e la duttilità dimostrati da questi geriatri in formazione fanno davvero ben sperare per il futuro. Al tempo stesso, chiamano tutta la SIGG, e le Scuole di Specializzazione, ad un impegno crescente nei loro riguardi: hanno voglia di correre e gambe buone per farlo. A noi il compito di aiutarli a capire se sono fatti per i 100 metri, il mezzofondo o la corsa campestre, di dar loro le scarpette giuste e di indirizzarli al training loro più consono. Soprattutto, non facciamo l'errore di tenerli in panchina.

*Mauro Di Bari e Stefano Volpato*

### **Affaticamento muscolare e BPCO in Geriatria**

In un clima sereno e assai gradevole si è svolta la Summer-School a Folgaria dal 2 al 6 luglio.

La giornata del 4 luglio era orientata ad approfondimenti sul tema della BPCO.

Il tema "Affaticamento muscolare e BPCO" si presta indubbiamente a valutazioni squisitamente geriatriche.

Infatti già la fisiologia dell'invecchiamento polmonare fa porre attenzione ad una "naturale" riduzione della FEV1 ma le molte variabili biologiche, se esaminate con indicatori di tendenza centrale (valori medi), peggiorano con il progredire dell'età; ma se si valutano gli indici di dispersione (ad es. la varianza), si nota che con l'aumento dell'età aumentano le diversificazioni individuali che comprendono condizioni di perfetta salute e situazioni gravemente compromesse.

Tale considerazione di fatto evidenzia come possa essere presente un overlap tra invecchiamento polmonare fisiologico e quadro compatibile con BPCO.

Le ormai note conoscenze che le modifiche indotte dalla flogosi subclinica e rimodellamento determinato dall'invecchiamento polmonare sono sostenute da sbilancio tra ossidanti ed antiossidanti, aumento ed attivazione di macrofagi alveolari e neutrofili, incremento dell'attività elastolitica e





modificazione della sintesi e della degradazione del collagene vanno a interagire con la dinamica ventilatoria e quindi anche sulle modifiche della componente muscolare del respiro.

La risultante è un aumento del lavoro respiratorio quale diretta conseguenza della rigidità della gabbia toracica, del ridotto potere di ritorno elastico polmonare, della modificata distribuzione intraparenchimale dei gas, della ridotta funzione della pompa cardiaca e conseguente modificato rapporto ventilazione-perfusione.

Sul piano clinico, tale quadro induce una ridotta tolleranza allo sforzo come documentato dalle variazioni dei volumi e capacità polmonari, infatti per effetto della perdita di ritorno elastico polmonare, col prevalere relativo della componente elastica della parete, si manifesta una tendenza all'iperinsufflazione polmonare dinamica (aumento del volume residuo e della capacità funzionale residua) mentre la capacità polmonare totale si modifica poco. Ne deriva una riduzione della capacità inspiratoria e della capacità vitale.

Inoltre a causa della precoce e più estesa chiusura delle piccole vie aeree nelle porzioni declivi del polmone si determina un aumento del volume di chiusura e della capacità di chiusura.

Il volume di aria che non viene espirato genera una pressione alveolare positiva di fine espirio (PEEPi intrinsic positive end-expiratory pressure)

Questo fenomeno aggrava il lavoro respiratorio perché la PEEPi deve essere controbilanciata dai muscoli inspiratori prima che possa essere generata una pressione negativa nelle vie aeree che dia inizio al flusso inspiratorio.

In caso di iperinflazione polmonare il lavoro respiratorio risulta maggiore perché è aumentato il lavoro respiratorio elastico.

I muscoli respiratori devono vincere sia la forza di retrazione elastica del polmone che la forza di retrazione della parete toracica che ad alti volumi tende a retrarsi.

A ciò si aggiunge la riduzione della capacità dei muscoli inspiratori, in particolare del diaframma, di generare pressione e di aumentare il volume della gabbia toracica poiché la forza di un muscolo striato si riduce con il ridursi della lunghezza delle fibre (ad elevati volumi polmonari le fibre del diaframma sono accorciate) e poiché l'iperinflazione appiattisce la cupola diaframmatica (legge di Laplace -> aumento del raggio di curvatura riduce la forza generabile).

Inoltre l'iperinflazione polmonare determina un aumento stabile della CFR (capacità funzionale residua) dato che la perdita di forza di retrazione elastica del polmone sposta il punto di equilibrio elastico del polmone cioè il punto dove la forza di retrazione elastica del polmone è controbilanciata esattamente dalla forza di espansione della parete toracica) inducendo così una chiusura precoce delle vie aeree (air trapping) ed un'eccessiva riduzione del flusso respiratorio stante che il punto di equilibrio elastico non viene raggiunto nel tempo disponibile per un'espiazione corrente ed il nuovo inspirio interrompe l'espiazione prima che sia completa.

Ciò determina inevitabili effetti come variazioni dei volumi polmonari sulla circolazione.

L'iperinflazione sovradistende gli alveoli areati aumentando la resistenza vascolare locale determinando così un reclutamento di parte del flusso di sangue verso unità polmonari non distese con resistenze vascolari invariate (reclutamento del flusso verso unità non areate) con conseguente ipossia e vasocostrizione polmonare ipossica.

Tali modifiche, in ambito geriatrico, avvengono frequentemente in una condizione di comorbidità come già documentato dallo studio Sa.R.A. e quindi svariati fattori vengono a complicare lo stato di salute dell'anziano affetto da BPCO.

E' noto inoltre da tempo che la perdita di peso e un basso peso corporeo sono frequenti nella BPCO in fase avanzata a seguito di un aumento del dispendio energetico conseguente ad un incremento del costo metabolico respiratorio, ad una ridotta efficienza muscolare e ad una riduzione della sintesi proteica con aumento del turnover.



Diversamente dallo stato di denutrizione in cui il compartimento corporeo prevalentemente interessato è la massa grassa, la perdita di peso nella BPCO – similmente a quella di altre malattie croniche – preferenzialmente interessa la perdita di massa muscolare.

E' la perdita di massa muscolare (piuttosto che la perdita di peso di per sé) la principale responsabile delle conseguenze negative.

Dunque, nella BPCO, il peso corporeo non è la misura ideale che riflette lo stato nutrizionale.

Particolare attenzione va dunque rivolta allo stato nutrizionale dei pazienti affetti da BPCO.

Da ciò particolare attenzione deve essere prestata alla terapia nutrizionale.

Una recente meta-analisi ne ha dimostrato i limiti rilevando che la mancata risposta è attribuibile a diversi fattori:

- 1) non-compliance al programma terapeutico;
- 2) incapacità del paziente di ingerire le extra-calorie;
- 3) coesistenza di un vivace stato di infiammazione sistemica (elevate concentrazioni, in circolo, di TNF $\alpha$  e Leptina).

In ogni caso, per evitare l'aumento della sola massa grassa, è raccomandabile associare il supplemento nutritivo ad un adeguato training fisico (stimolo anabolico).

Anche da tale riscontro deriva la rilevanza dell'aspetto riabilitativo che sotto diversi aspetti:

- 1) aumenta l'area sezionale trasversa delle fibre ossidative (tipo I)
- 2) aumenta l'attività degli enzimi ossidativi
- 3) riduce l'accumulo di acido lattico
- 4) migliora lo stato anti-ossidante inducendo:
  - a) miglioramento della performance all'esercizio fisico
  - b) ridotta richiesta di O<sub>2</sub> durante lo sforzo
  - c) miglioramento della qualità di vita

*Massimo Calabrò*



## IL COMMENTO DI UN ALLIEVO

### A Folgaria tra piacevoli lezioni, novità e tanto entusiasmo

Prima di partire per Folgaria non pensavo che quella di quest'anno potesse essere per me la summer school delle certezze e delle speranze. Non nascondo che la voglia di incontrare i colleghi conosciuti lo scorso anno e rivisti all'ultimo congresso nazionale della società, era veramente tanta. I rapporti nel corso degli ultimi dodici mesi si sono intensificati con la creazione di una mailing list, un vero e proprio network esteso sull'Italia e sulle isole. L'andamento del corso non si è discostato di molto da quello dello scorso anno.

Le lezioni dai contenuti piacevoli e interessanti, in alcuni momenti hanno assunto i caratteri della interattività ed hanno contribuito a fornire l'amalgama ad un gruppo che di anno in anno si arricchisce di nuovi elementi.

La vera novità, credo di poterlo dire anche a nome dei colleghi presenti a S. Giovanni Rotondo, è stato il momento dedicato allo studio OGGI (Osservatorio Giovani Geriatri Italiani), ideato e portato avanti da alcuni dei giovani che hanno vissuto l'esperienza negli anni precedenti.

La realizzazione del progetto OGGI è la chiara espressione del legame nato tra i partecipanti alle tre edizioni della summer school, ed è il risultato dell'entusiasmo e della voglia di essere costruttivi nello spirito della collaborazione.

La presentazione dello studio, dal modesto valore scientifico, ha messo sicuramente in risalto la limitata esperienza dei partecipanti, ma al tempo stesso ha trasmesso l'energia e il vigore, che in alcuni momenti, durante la fase di programmazione, si sono spinti al di là delle critiche. Erano i primi passi, si è rischiato di cadere, ma lo cosa più importante è che ci siamo tenuti per mano.

Nonostante abbia trascorso gli ultimi mesi lontano dall'Italia ho sempre seguito da vicino il dialogo del gruppo ed ho iniziato quando mi fu richiesto, l'arruolamento dei pazienti. Alla fine purtroppo però non ho partecipato, per la complessità delle prassi che nel Regno Unito precedono il trattamento dei dati personali, ma se mi fosse riproposto non avrei la minima esitazione a fornire la mia collaborazione.

Il progetto ha rappresentato il completamento di un iter condotto attraverso e-mail e contatti telefonici, ha lanciato il chiaro messaggio che i giovani ci sono e daranno man forte per l'affermazione di un modo di fare medicina dell'anziano diverso da quello di altre branche che si propongono come una valida alternativa.

Sull'onda dell'entusiasmo e spinti anche da uno spirito di amicizia ci apprestiamo a programmare una nuova attività di ricerca. I più scettici probabilmente dubiteranno di un legame nato in così poco tempo, ma chiunque si sia affidato alla propria naturalezza e si sia fermato alle prime impressioni avrà notato come me, che nei quattro gironi trascorsi a Folgaria, non si è mai appalesata alcuna nota di mero individualismo. Al contrario, come detto in precedenza, all'orgoglio di essere geriatra si è affiancato anche il senso di appartenenza ad una realtà che ha bisogno di univocità di interessi.

Sono sempre più fiero di lavorare, come dicono in tanti, con i "vecchi", sono sempre più felice di far parte di un gruppo che trova nella collaborazione il pabulum per una continua crescita professionale ed umana.

Mi scuso se a tratti, cenni di una vena sentimentale hanno pervaso queste poche righe, ma ci tenevo ad esternare, con la sincerità che mi è propria, le sensazioni vissute.

*Giuseppe Maltese*



**CAMPUS ANGELINI IN GERIATRIA**  
Santa Palomba (Roma), 27-28 ottobre 2006

*Riservato agli Specializzandi in Geriatria del III anno*

**“LA COMUNICAZIONE DEL DISTURBO COGNITIVO DELL’ANZIANO”**

**Venerdì 27 ottobre 2006**

**14.00-14.15**

*Apertura dei lavori:*

Introduzione

Roberto Bernabei (Roma) – Ezio Giacobini (Thonex/Svizzera) – Francesco Lucchetta (Roma)

14.15-14.45

Ezio Giacobini presenta i risultati dei primi dati sul futuro della terapia della malattia di Alzheimer. Update sui primi risultati dei vaccini in fase di sperimentazione.

14.45-15.45

Presentazione dei 3 casi clinici

Roberto Bernabei (Roma)

L’importanza della comunicazione non verbale

Francesco Casetti (Milano) – Ezio Giacobini (Thonex/Svizzera)

16.00-18.00 Lavoro di Gruppo sui casi clinici. Preparazione di un videotape per gruppo con la comunicazione della diagnosi a paziente/famiglia

16,00-18,00 (in contemporanea)

Meeting dei Direttori di Cattedra sul riordino delle Scuole di Specializzazione

**Sabato 28 ottobre 2006**

9.00-11.30

Presentazione in plenaria dei videotape

Roberto Bernabei (Roma) e Francesco Casetti (Milano): commenti, discussione e sintesi dei lavori

11.30-12.30

Coffee meeting: gli specializzandi divisi in gruppi discutono dello stato dell’arte delle Scuole e parlano dei desiderata.

Per ogni gruppo è previsto un tutor con l’incarico di elaborare una sintesi a fine giornata

12.30-13.00 Chiusura dei lavori

***Sede del Campus:***

Istituto di Ricerca Angelini

Piazzale della Stazione

Santa Palomba – Pomezia (Roma)



## I Soci scrivono

### Ci sarà spazio e considerazione per la Geriatria nella Sanità?

Una valutazione della ASL3 della Provincia di Milano (documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari - anno 2006) calcola in 75 miliardi di euro la spesa per cure informali delle famiglie agli anziani non autosufficienti; è veramente tanto.

In questa calda estate abbondano i documenti che riguardano anche la sanità e indirettamente gli anziani. Il Documento governativo di programmazione economico finanziaria per gli anni 2007-2011 cita all'inizio una affermazione contenuta negli scritti politici di Kant : *“Coloro che dicono che il mondo andrà sempre così come è andato finora...contribuiscono a far sì che l'oggetto della loro predizione si avveri”*: l'auspicio è che cambi tutto e presto; gli anziani e anche i molti Geriatri se lo augurano veramente.

La promozione e l'equità della salute dei cittadini rappresentano il contenuto sostanziale della *New Deal della salute* del Ministro della Salute Livia Turco; soltanto al punto 11.9 del documento si propone, con la costituzione di un Tavolo di lavoro permanente con i sindacati e le più importanti associazioni, di affrontare i problemi emergenti delle persone anziane: il caldo estivo (sempre lui), le liste d'attesa, la promozione della continuità assistenziale, il testo di legge per la non autosufficienza: Il documento propone ancora la rivoluzione tecnologica-comunicativa (che in Italia tarda tanto, conservando saldamente la burocrazia cartacea – con la complicità anche del sistema universitario), la valutazione dei risultati nell'ambito di una nuova cultura della gestione sanitaria. La sanità, si dice, deve essere più vicina ai malati: per questo obiettivo serve l'istituzione della *Casa della salute*, struttura polivalente dove il cittadino può trovare tutte le cure primarie (compresa la prevenzione) realizzate da medici, infermieri, tecnici; vi si effettueranno gli esami diagnostico strumentali di base, tutti i giorni della settimana per almeno 12 ore al giorno e si troveranno risposte utili per trattare opportunamente le malattie croniche e le loro conseguenze (riabilitazione, cure domiciliari); il tutto con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale.

Non sono tanti i riferimenti alla popolazione anziana malata, bisognosa di cure continue che frequentano gli ospedali o sono ospiti delle strutture o sono assistite a domicilio; si enfatizza la sua ineluttabile disabilità e il bisogno legittimo di assistenza garantita. La spesa informale tanto elevata dà un peso aggiuntivo al problema; esso ha portato ad un'eccessiva utilizzazione di “badanti”. Si dà per scontato che le procedure socio-sanitarie adottate nelle varie Aziende sanitarie siano adeguate e che sia necessaria soltanto una maggior disponibilità economica per risolvere i tanti problemi; la visione complessiva del problema tende ad assicurare la custodia garantita; non è poco, ma da un punto di vista medico e soprattutto geriatrico non basta più. Sollecito la lettura di *Prevention and health promotion should be for older people too* (<http://www.euractiv.com>): cosa si fa effettivamente nelle nostre realtà e cosa si potrebbe fare su questo versante? Molte carenze soprattutto nella preparazione ed addestramento del personale addetto alla cura e all'assistenza degli anziani saranno rimosse soltanto se si applicherà quanto enunciò E. Kant (sopra citato). Il modello proposto dalla Geriatria per le cure e la gestione delle malattie croniche è l'unico che ha evidenze scientifiche; è per questo molto imitato. Il modello fa riferimento alla comorbilità, alla valutazione multidimensionale per cogliere tutti i problemi clinici, funzionali e sociali del malato, ai risultati, alla qualità della vita, alla fragilità (tanto abusata come terminologia e per questo sempre meno scientifica) e alla disabilità, alla riabilitazione, ai problemi della terapia farmacologia e della nutrizione appropriata e agli effetti avversi, alla necessità che il malato sia accolto nel *setting* assistenziale più appropriato della rete dei servizi che dovrà variare in rapporto a nuovi problemi ed esigenze emergenti dalle valutazioni ripetute (continuità assistenziale) avvalendosi di competenze multidisciplinari e facendo riferimento a strumenti clinici gestionali



uniformi e soprattutto informatizzati, con responsabilità scientifico-tecniche molto precise possibilmente attribuite ad uno specifico ed augurabile Dipartimento di Geriatria.

Gli obiettivi della Geriatria non si fermano alle cure e all'assistenza delle persone anziane; è necessaria la conservazione di buone funzioni fisiche e mentali per rallentare il declino funzionale (*healthy aging*), rendendo minima la disabilità e gli anni vissuti con disabilità (DALY); progetti ambiziosi di prevenzione sono da proporre ai cittadini con metodologie scientificamente valide: questo è un *target* non secondario della geriatria e gerontologia.

I metodi per realizzare gli obiettivi citati non sono purtroppo menzionati nei tanti documenti che la stampa quotidiana ci propone in questa estate; sembra che gli anziani siano ben curati ed assistiti e che non esista un qualificato settore della ricerca, della didattica e dell'assistenza riguardante la popolazione anziana e l'invecchiamento.

Nessuno chiede o propone che la Geriatria abbia maggior peso e rilevanza nei corsi di laurea medico-sanitari e nelle scuole di specializzazione: la "resistenza" alla Geriatria continua; è certo che la possibile, ma improbabile "rivoluzione" debba iniziare dai curricula formativi della Facoltà di medicina; soltanto successivamente la preparazione e la cultura dei Laureati e dei Medici specialisti potranno in modo capillare indurre gli aggiustamenti necessari alla gestione razionale ed efficace delle malattie croniche dell'anziano in un sistema sanitario nazionale tanto tradizionale.

*Gianfranco Salvioli*

Bibliografia consigliata:

Geriatric medicine: a clinical imperative for an aging population, Part I and II  
Ann Long-term Care 2005; 13. 18-22 e 42-6



## CONGRESSI/CONVEGNI

### 4TH CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY

*Ginevra 23-26 Agosto 2006*

MCI Suisse SA Ginevra

Phone +41(0)22 33 99 586 Fax +41(0)22 33 99 631

[www.eugms2006.org](http://www.eugms2006.org) - e-mail [eugms2006@mci-group.com](mailto:eugms2006@mci-group.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>

### ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA IMMUNITA' E INVECCHIAMENTO: IL CASO DEGLI ANZIANI IN ISTITUTI RESIDENZIALI

*Pavia 13 settembre 2006*

Segreteria scientifica: Prof. G. Ricevuti

Segreteria organizzativa:

Dr.ssa Barbara Magnani

Tel. 0382 381360- 376; Fax 0382 381395

e- mail: [info@asppavia.it](mailto:info@asppavia.it)

### ASSOCIAZIONE FATEBENEFRAPELLI PER LA RICERCA BIOMEDICA E SANITARIA

#### VIII CONGRESSO NAZIONALE

*Brescia 14-15-16 Settembre 2006*

#### GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER 2006

*Brescia 16 Settembre 2006*

Segreteria Scientifica: Orazio Zanetti

Tel.: 030 35011 Fax.: 030 348255

E-mail: [ozanetti@fatebenefratelli.it](mailto:ozanetti@fatebenefratelli.it)

Segreteria organizzativa: Beatrice Surrene

IRCCS "Centro S.Giovanni di Dio-Fatebenefratelli"

Tel.: 030 3501345 Fax.: 030 348255

E-mail: [bsurrente@fatebenefratelli.it](mailto:bsurrente@fatebenefratelli.it)

### 5TH EUROPEAN CONGRESS OF BIOGERONTOLOGY

*Istanbul 16-20 Settembre 2006*

President: Serif Akman Tel: +90 312 304 3306 Fax: +90 312 304 3300

email: [sakman@gata.edu.tr](mailto:sakman@gata.edu.tr) - [www.biogerontology2006.org](http://www.biogerontology2006.org)



**ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA  
AGGIORNAMENTI IN ONCOLOGIA GERIATRICA**

*Bologna 22 settembre 2006*

*Segreteria Scientifica ed Organizzativa*  
ACCADEMIA NAZIONALE DI MEDICINA  
Policlinico Sant'Orsola-Malpighin Bologna.  
Tel 0516360080 Fax 0516364605  
E-mail: [manganelli@accmed.org](mailto:manganelli@accmed.org)

**ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA  
IL RUOLO DELLA NUTRIZIONE NELLA TERZA E QUARTA ETÀ, FRA BISOGNI,  
OPPORTUNITÀ E QUALITÀ DELLA VITA**

*Pavia 30 Settembre 2006*

Segreteria scientifica:  
Dr. ssa M. Rondanelli e-mail: [serv.nutrizione@asppavia.it](mailto:serv.nutrizione@asppavia.it)  
Segreteria Organizzativa:  
Dr.ssa Barbara Magnani  
Tel. 0382 381360- 376 Fax 0382 381395  
e-mail: [info@asppavia.it](mailto:info@asppavia.it)

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

*Perugia 5-7 ottobre 2006*

Segreteria Scientifica: Patrizia Mecocci  
Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma  
Tel. 06 519511 - Fax 065033071 –  
[congressi@gegcongressi.com](mailto:congressi@gegcongressi.com) - [www.gegcongressi.com](http://www.gegcongressi.com)

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA  
CATTEDRA E SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA  
INCONTRI VERONESI DI AGGIORNAMENTO GERIATRICO**

*Verona 18 ottobre 2006*

Segreteria Scientifica Organizzativa:  
CATTEDRA DI GERIATRIA Verona  
Tel. 045 807 2537 - Fax 045 807 2043  
e-mail: [graziana.brunetta@azosp.vr.it](mailto:graziana.brunetta@azosp.vr.it)

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI ID MILANO  
CONGRESSO "IL FUTURO DEGLI ANZIANI"**

*Milano 27-28 ottobre 2006*

Segreteria scientifica: Prof. Carlo Vergani  
Tel. 02 50320709 – Fax 02 50320712  
e-mail: [carlo.vergani@unimi.it](mailto:carlo.vergani@unimi.it)  
Segreteria organizzativa: EFFETTI  
Tel. 02 3343281 – Fax 02 38006761

e-mail: [futuroanziani2006@effetti.it](mailto:futuroanziani2006@effetti.it) - <http://www.makevent.it>

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA SEZIONE REGIONALE CAMPANA





**CORSO DI FORMAZIONE ECM**  
**“CUORE E CERVELLO NEL PAZIENTE ANZIANO” II Edizione**  
*Vietri sul Mare (Salerno) 10-11 Novembre 2006*  
 Segreteria Scientifica: Vincenzo Canonico e Aniello Ambrosio  
 tel e fax 081/7464297 tel 0828/674517 fax 0828/674515  
 e-mail: [vcanonic@unina.it](mailto:vcanonic@unina.it) [a.ambrosio11@tiscali.it](mailto:a.ambrosio11@tiscali.it)  
 Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma  
 Tel. 06 519511 – fax 06 5033071 e-mail: [congressi@gegcongressi.com](mailto:congressi@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](mailto:sigg@sigg.it) - [www.sigg.it](http://www.sigg.it)  
 Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma  
 Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: [info@zeroseicongressi.it](mailto:info@zeroseicongressi.it)

GRUPPO ITALIANO MULTIDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLA SINCOPE  
**3° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE**  
*Firenze 22-24 Marzo 2007*

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex Bologna  
 Tel. 051 7457070 Fax 051 7457071  
 e-mail [info.sincope2007@adriacongrex.it](mailto:info.sincope2007@adriacongrex.it) - [www.adriacongrex.it](http://www.adriacongrex.it)

THE IAHSA 7TH INTERNATIONAL CONFERENCE  
**THE GLOBAL AGEING NETWORK: LEADING CHANGE, SHARING INNOVATION,  
 ENHANCING LIFE**  
*St. Julian's, Malta 18 -20 June 2007*  
[iahsa@aahsa.org](mailto:iahsa@aahsa.org) - <http://www.iahsa.net/>

**VI<sup>th</sup> 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  
 e-mail: [congress2007@gerontology.ru](mailto:congress2007@gerontology.ru) - [www.gerontology.ru/congress2007](http://www.gerontology.ru/congress2007)