



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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

Bollettino SIGG

Anno III

numero 10 – ottobre 2006

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	pag.	2
Anziani e farmaci	"	4
Promozioni e nomine	"	5
Il testamento biologico	"	6
Cure mediche ed assistenza: gli anziani e l'abbandono	"	8
Gruppo di Studio "La cura nella fase terminale della vita"	"	9
La festa dei nonni	"	11
Come cambia la vita più lunga	"	13
Il primo Campus Angelini in Geriatria	"	15
Notizie dalle sezioni regionali	"	16
I Soci scrivono	"	20
Congressi e Convegni	"	21



Editoriale del Presidente

L'età avanza, commenti vari

Nell'ultima settimana del mese si sono succedute una serie di pubblicazioni "provocanti" per dirla con linguaggio da *reality*. La copertura mediatica ed il conseguente impatto può non essere ancora stato intravisto nella sua interezza ma è certamente meglio che ciascuno di noi ne prenda esatta coscienza. C'è da giurarci, poi, che su questi *divertissements*, il dibattito politico si farà immediatamente ideologico ma, poi, le decisioni saranno fatalmente dettate dalle economie.

Il 24 del mese, l'ISTAT ha reso disponibili le tavole di mortalità della popolazione residente (*pdf disponibile*). Nel 2003 la speranza di vita alla nascita è pari a 77,2 anni per gli uomini e a 82,8 per le donne con uno scostamento marginale rispetto all'anno prima (+0,1 per gli uni, -0,2 per le altre). Nonostante l'anno non positivo sotto il profilo congiunturale, la popolazione si conferma una delle più longeve sul piano internazionale. Inoltre, stime su dati provvisori permettono di prevedere per gli anni 2004 e 2005, 77,7 e 77,8 anni per gli uomini, 83,7 e 83,4 anni per le donne. Il vantaggio di sopravvivenza delle donne nei confronti degli uomini si sta lentamente ma progressivamente riducendo. Anno dopo anno aumenta il numero di individui che raggiungono le età più avanzate. La quota di individui che oggi sono in grado di raggiungere i 65 anni di vita è valutabile nella misura dell'85% e del 92%, rispettivamente, per uomini e donne. Analogamente, ben il 32% degli uomini e il 53% delle donne raggiunge la soglia degli 85 anni. Il dato nazionale è però solo una sintesi di una realtà piuttosto eterogenea a livello territoriale.

La legittima soddisfazione di fronte a questi dati si mitiga velocemente se la nostra prospettiva si allarga a considerare le conseguenze di questo indubbio successo a medio e lungo termine. Nel numero di ottobre del Bollettino della BCE (<http://www.ecb.int>), infatti, si fa esplicita menzione degli "...adverse effects of ageing populations." su "...economic growth, labour markets, public finances and financial markets in the euro area ..." [*pdf disponibile*]. In sostanza l'insieme di una bassa natalità e di un continuo aumento della aspettativa di vita produrrà da una parte una riduzione della popolazione europea, soprattutto di quella "working age" (che lavora), e dall'altra, uno speculare aumento della "old age dependency ratio" – il rapporto tra la popolazione con 65+ anni e quella in età lavorativa – sino al 55% nel 2050 paragonato al 26% del 2006. Più lavoratori invecchiati usciranno dalla catena produttiva di quanti giovani verranno introdotti. Questo, si stima, comporterà un riduzione della crescita economica media dal 2.1% del 2005 a circa l'1% del 2050, con un impatto reale anche sul GDP per-capita. Per ciò che riguarda la spesa pubblica, la BCE stima un incremento medio di 3 punti percentuali della quota del PIL spesa in pensioni e sanità. L'analisi si conclude con un lacerante richiamo perché vengano introdotte delle riforme strutturali per attutire l'impatto negativo delle trasformazioni demografiche. Viene, inoltre, sottolineato come non potrà non essere considerato l'innalzamento dell'età pensionistica e/o un aumento delle ore lavorative. La domanda del convegno di Alleanza per la Salute e il Futuro, "Longevità e salute creano ricchezza?" ha una risposta: NO, se non ci si attrezza!

Tutto questo mentre in testa agli Italiani ci sono salute e pensioni (www.iprmarketing.it 24 ottobre), e ci si appresta ad approvare una Legge Finanziaria con interventi in materia previdenziale, sociale e sanitaria (Capo V, articoli 81-86 e Capo VI, articoli 87-102) che dilateranno il disavanzo 2007-2009 senza introdurre modifiche strutturali. (<http://it.download.yahoo.com/fi/fu/ddlf07.pdf>) Tutto queste mentre, il Governatore della Regione Lazio grida alla "emergenza nazionale" riferendosi al debito consolidato per le ASL e le aziende ospedaliere della regione pari a 10,196 miliardi di Euro.



Un debito più consono ad una intera Nazione, un debito che senza l'intervento del Governo non potrà essere affrontato. (**Repubblica**, 26 ottobre)

Sollecitato dallo tsunami atteso dei baby-boomers – specie dopo che Bill Gates ha compiuto 50 anni – il **The New York Times** (18 ottobre) ha ospitato una analisi di Jane Gross sulle soluzioni alla scarsità di geriatri specialisti in US. (<http://www.nytimes.com/2006/10/18/health.18aged.html>). La prima proposta è quella di candidare i geriatri alla cura “..of the frailest of the elderly ..”, generalmente quelli sopra gli 85 anni ed un segmento di quelli 65-85enni con “..complicated needs.” (bisogni complessi). Questa tesi viene però velocemente dismessa come “..unrealistic ..” dalla commentatrice perché non ci sarà mai la possibilità di garantire un numero di geriatri adeguato anche a questo ridisegnato bisogno. L'articolo prosegue suggerendo l'unica soluzione considerata praticabile, soluzione che cancellerebbe di fatto la geriatria con la sua specificità. L'autrice suggerisce, infatti, che tra i “...nation's top academic geriatricians ...” si andrebbe diffondendo l'idea che si debba mirare nella direzione di distribuire un bigname di conoscenze geriatriche [“teaching the core principles of geriatrics to everyone ..”] a tutti i medici, siano essi chirurghi o specialisti. Leo Cooney, head of geriatrics a Yale chiosa: “If we got to the point where everybody in the health care system was an expert in caring for older people, we would NOT NEED geriatricians.” (bisogna che tutti i medici diventino esperti in geriatria). Non ci sarà più bisogno di geriatri!!! Sorprendentemente Cooney si dimentica di quanto tempo ci voglia per diventare geriatri o almeno esperti in geriatria!

Cosa verrà partorito dai nostri governanti? Non dubito che il discorso andrà ad intersecarsi con quello sull'eutanasia come procedura “salva-economie”, altro che ageismo o “anzianismo” come scrive Severgnini. (**Corriere della Sera**, 19 ottobre)

Soprattutto ora che – dopo la “confessione” di don Verzè – l'eutanasia sembra essere stata sdoganata come gesto, non solo moralmente, ma anche “cristianamente” accettabile. (**Corriere della Sera**, 13 ottobre). Certo il Pontefice teologo non perde occasione per testimoniare l'irricevibilità di tali tesi e rimarcare la frontiera morale della dignità umana. (Discorso per la presentazione delle lettere credenziali dell'Ambasciatore del Belgio presso la Santa Sede, 26 ottobre). E noi non possiamo che attestarci su queste posizioni anche se nella pratica di ogni giorno ci troviamo ad affrontare scelte complicate. Ritengo però che mantenere il faro indicato da papa Ratzinger ci indichi la strada tra eutanasia ed accanimento.

Che strano Paese il nostro dove la Lollo nazionale si sposa a 79 anni, ci si fa (tra poco anche di cannabis), si “staccano le spine”, si battono le mani ai funerali. Ma anche paese che ha visto oltre 100 specializzandi di Geriatria con i loro direttori spendere due giorni a sperimentare come comunicare correttamente ed umanamente diagnosi difficili e senza speranza. C'era cultura, spessore umano, disponibilità e rigore. E c'erano tante belle facce di ragazzi e ragazzi oramai uomini e donne che hanno voglia di spendere la vita per i vecchi di questo paese. A noi la responsabilità di aiutarli ed assecondarli al meglio.

Roberto Bernabei



Anziani e farmaci

Nell'ultimo numero del JAMA* è stato pubblicato un articolo che riporta i risultati di due anni di sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci in pazienti non ospedalizzati, che si sono rivolti ad uno dei reparti di pronto soccorso di 63 centri ospedalieri distribuiti nel territorio americano. L'indagine è stata promossa negli Stati Uniti dal Centers for Disease Control and Prevention, dal Consumer Product Safety Commission e dalla US Food and Drug Administration, istituzioni di grosso peso nel sistema sanitario americano, che hanno sviluppato il complesso progetto di sorveglianza e raccolta dati dei pazienti ai quali veniva diagnosticata una patologia da reazione avversa a farmaci. I risultati dello studio hanno evidenziato che le reazioni avverse da farmaci interessano circa 700.000 pazienti all'anno che si recano in pronto soccorso per un uso inadeguato del farmaco, una "overdose" non intenzionale, effetti tossici e reazioni di diversa natura e gravità alla terapia farmacologica. Nel 20% circa dei casi la patologia non è stata risolta ed ha richiesto ricovero. E' emerso inoltre che le reazioni avverse da farmaci aumentano in maniera lineare con l'avanzare dell'età fino ai 65 anni con una media di 2.9 per mille abitanti, mentre nella fascia d'età al di sopra dei 65 fino a oltre 85 anni la media diventa di 6.8 per mille abitanti. La frequenza delle reazioni avverse da farmaci è risultata più del doppio negli ultrasessantacinquenni rispetto ai soggetti di media età, la frequenza di successivo ricovero a causa di complicanze iatrogene è stata sette volte maggiore negli anziani rispetto ai giovani. Le patologie presentate più frequentemente dai pazienti in seguito a reazione avversa da farmaci erano nell'ordine di tipo dermatologico, gastrointestinale, neurologico, endocrino-metabolico, anche se tutti gli apparati in percentuale minore sono risultati interessati. Nel 25% dei casi erano interessati due apparati ed in rari casi anche tre o più apparati. Tra i farmaci maggiormente responsabili di reazioni avverse in tutti i pazienti sono stati segnalati l'insulina, gli anticoagulanti, la digitale, gli anticonvulsivanti, i teofillinici, il litio, negli ultrasessantacinquenni i primi tre sono risultati maggiormente responsabili. Nell'articolo viene sottolineata l'importanza del corretto monitoraggio della terapia farmacologica anche per farmaci, come quelli maggiormente responsabili di eventi avversi, che sono in commercio da più di vent'anni. L'elevato numero di pazienti anziani che si rivolgono al pronto soccorso per reazioni avverse e l'alta percentuale di quelli in cui è necessario il ricovero è paragonato nel lavoro al numero di casi di ricovero per incidenti stradali, attualmente in remissione dopo le ultime leggi restrittive in tema di sicurezza stradale. Gli autori sottolineano nelle conclusioni l'importanza della prevenzione delle reazioni avverse con un'attenta sorveglianza, educando il paziente, informando i familiari ed usando una serie di precauzioni soprattutto per i farmaci maggiormente a rischio ed in tutti i pazienti anziani.

L'argomento farmaci, polifarmacoterapia, reazioni avverse da farmaci, da anni è al centro dell'attenzione per la SIGG, ricordiamo le numerose iniziative della nostra Società come Gruppi di Studio, simposi al Congresso Nazionale, progetti di ricerca ed i dati del GIFA che hanno fornito informazioni sulla farmacoterapia nell'anziano pubblicati su riviste internazionali. Il prossimo Congresso SIGG si aprirà con il Simposio "Farmaci ed anziano: indicazioni per il medico di medicina generale, lo specialista, le istituzioni", a cui parteciperanno relatori di chiara fama, per sottolineare l'interesse del Presidente per un argomento sempre di estrema attualità in Geriatria.

Vincenzo Canonico

* Budnitz DS et al: National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. JAMA 2006; 296: 1858-1866.



Promozioni e nomine

La Prof.ssa Patrizia Mecocci, già Professore Associato di Geriatria all'Università degli Studi di Perugia, è stata chiamata in questi giorni dalla Facoltà di Medicina della stessa Università a ricoprire il ruolo di Professore Ordinario di Geriatria. E' un incarico di grande prestigio che darà sicuramente ulteriore visibilità alla geriatria italiana in campo internazionale.

La Prof.ssa Mecocci avrà il difficile compito di continuare il lavoro della scuola diretta dal Prof. Senin, siamo tutti certi che seguirà con intelligenza e dedizione gli insegnamenti autorevoli e rigorosi del Maestro e Le auguriamo di ottenere sempre di più risultati significativi dal punto di vista didattico, scientifico ed assistenziale in campo geriatrico.

In occasione del 107° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna tenuto a Cagliari dal 21 al 24 Ottobre u.s. si sono svolte le elezioni per il rinnovo della Giunta Esecutiva del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna (Colmed 09).

Il nostro Presidente Prof. Roberto Bernabei è stato eletto come secondo votato. E' un grosso successo personale che sicuramente avrà ricadute positive nei rapporti futuri tra Geriatria e Medicina Interna.

In tema di nomine Bernabei è stato anche nominato membro del Consiglio Superiore di Sanità dal Ministro Livia Turco per il triennio 2007-2010.



Il testamento biologico

Il tema del cosiddetto *testamento biologico* (o *dichiarazioni anticipate di trattamento*), particolarmente caldo in questo periodo, e opportunamente ripreso da Vincenzo Canonico e Marco Trabucchi nel bollettino SIGG 7/06, invita tutti noi che ci occupiamo di anziani a serene e profonde considerazioni. Cerco di sintetizzare in tre punti le riflessioni che mi portano, oggi, a vedere favorevolmente l'idea di una legge sulle *dichiarazioni anticipate di trattamento*, portando il mio contributo di medico che cura anziani da molto tempo e che da anni sente l'esigenza di fare maggiore chiarezza su certe cruciali decisioni che spesso vengono assunte "in assenza del malato".

1. La specificità della geriatria. Tutti noi curiamo persone che per lunghi periodi della loro vita - mesi, anni- non sono in grado di esprimere la loro volontà. Penso soprattutto alle persone con demenza, quota non trascurabile dei nostri *clienti*, e almeno il 50% della popolazione RSA. Malati che negli ultimi anni di vita sono, sul piano del decision-making, del tutto equiparabili ad altre persone con malattie ben più rare ma mediaticamente molto più suggestive (mi riferisco allo stato vegetativo permanente: il caso Terry Schiavo è riuscito, da solo, a smuovere le coscienze di tutto il mondo). L'attesa di vita di una persona cognitivamente del tutto incompetente (MMSE 0) può essere di 5-6 anni. In questo periodo di tempo -ma anche prima- il malato, il *protagonista* della cura, è *assente* come soggetto decisionale. I pilastri della moderna medicina -l'autodeterminazione, il consenso informato- come sono praticabili in queste situazioni? La geriatria ha, anche qui, una sua specificità e dunque anche il tema del testamento biologico va contestualizzato.
2. Lo stato dell'arte. Di fronte a scelte critiche, capaci di modificare la vita della persona, le decisioni che noi oggi assumiamo sono improntate: alla nostra professionalità, al rapporto con la famiglia, alla conoscenza dei valori di riferimento del malato. Così almeno dovrebbe essere. Ma, molto realisticamente: quante volte la famiglia è interpellata, consultata, profondamente coinvolta nel processo decisionale (ad esempio se iniziare o meno l'alimentazione artificiale?), e quante volte la famiglia, magari divisa al proprio interno, anziché diventare punto di riferimento diventa elemento di confusione? Inoltre, quante volte noi conosciamo così bene la personalità premorbosa del malato, i suoi valori di riferimento, la sua fede, le sue credenze da potere in coscienza decidere "secondo la sua volontà di quel momento"; e quante volte abbiamo, oggi, soprattutto in assenza di famigliari, una testimonianza scritta? Infine, in piena coscienza, quanti di noi conoscono a fondo la letteratura scientifica in materia, ad esempio, di cure di fine vita nella demenza, o l'approccio adottato in altri paesi e i risultati raggiunti (questo, naturalmente, al di fuori degli stereotipi giornalistici e al di fuori, come dice Trabucchi, di "discriminanti ideologico-politiche")? Siamo davvero convinti che il nostro buon senso e la nostra dimensione etica siano sufficiente tutela del malato (e poi, quante etiche abbiamo noi medici)?
3. Testamento biologico e autodeterminazione. Una motivazione forte delle *dichiarazioni anticipate di trattamento* (compresa la nomina di un *fiduciario, proxy*) è la possibilità di fornire a ciascuno di noi, malati attuali o potenziali, *reali* strumenti di autodeterminazione. Dare cioè la possibilità di decidere come, quando e fino a che punto essere curati, non solo fintanto che siamo cognitivamente competenti, ma anche quando non lo saremo più. Un'autodeterminazione dunque che duri sino all'ultimo momento della vita. Realizzare appieno questo obiettivo è difficile (impossibile?), e anche i più convinti sostenitori del testamento biologico sono consapevoli dei limiti di qualsiasi legge tenti di ordinare la materia (si pensi alle problematiche della *disponibilità della vita, dell'identità personale*, alla possibilità che il malato cambi opinione ma non lo possa comunicare). Questo strumento nasce



con il pensiero rivolto ai malati oncologici, nei quali la fine-vita è breve (ore, giorni, al più settimane), le decisioni critiche sono poche, drammatiche ma poche, e l'incompetenza cognitiva, se c'è, si manifesta negli ultimi momenti della vita. Ben più problematica la situazione dei "nostri" malati. Quanto dura la fine-vita di una persona con demenza? Quali e quante decisioni dovremo assumere per conto del malato? Per quanti anni? Il malato di cancro può decidere della propria vita e della propria cura sin quasi alla fine della sua vita (poi, negli ultimi giorni, entreranno eventualmente in campo le sue direttive anticipate); il malato di cancro può decidere sino all'ultimo dove e da chi essere curato; se accettare il dolore o no; se mangiare, bere, oppure no. I nostri malati, penso alle persone con demenza in fase avanzata, quando mai decidono se essere curati a casa o in istituto, se tenere il dolore oppure no, se essere rianimati oppure no, se mangiare oppure no? E noi medici, fino a che punto ci sforziamo di rispettare la volontà ormai indecifrabile di quella persona, o piuttosto non agiamo sulla base esclusiva della nostra professionalità e coscienza -e sin qui va bene- ma anche inquinati dai nostri pregiudizi o dal nostro personale integralismo? Per la maggior parte dei nostri malati la *finestra di vuoto decisionale* non solo esiste, così come per i malati di cancro o di altre malattie mortali ma non dementigene, ma è molto più lunga, ribaltando su di noi responsabilità di tutela anche maggiori.

In conclusione personalmente sento profondamente la necessità di riflettere su questi argomenti, e anche l'urgenza di produrre strumenti di legge che diano una cornice legislativa (la migliore possibile...) a una situazione che oggi è, a mio avviso, confusa e spesso non governata. Poi, come dovrebbe sempre accadere, il processo decisionale sarà il risultato di tre componenti: la professionalità e l'umanità di chi cura, l'alleanza con la famiglia, la volontà del malato. Le prime sono un dovere connaturato al nostro lavoro; la seconda è il portato naturale di una medicina umana e non solo tecnologica; la terza, la volontà del malato, è elemento cruciale dal quale non possiamo mai prescindere. Facciamo di tutto perché la voce del malato si possa sentire, fino all'ultimo minuto.

Daniele Villani
Direttore Dipartimento Anziani
Fondazione Sospiro
Sospiro (Cr)

Mi permetto di intervenire perché sono stato "audito" (spero si dica così) dalla Commissione Sanità del Senato sull'argomento. E questo ha scatenato alcune riflessioni. Lì mi sono reso conto che legiferare vuol dire, ad esempio, idratare o no, alimentare o no. E l'aria che tira è non idratare e non alimentare. Non se defibrillare un Alzheimer a MMSE 0 dove siamo già, credo, tutti d'accordo che non si faccia. E allora queste esigenze legislative mi fanno pensare, al di fuori di ogni integralismo, che sulla vita, per quanto mi riguarda, decide il Padreterno. Io al massimo ci metto il mio buon senso, legge o non legge. E temo fortemente una legge che siccome deve fare il suo mestiere di legge (e non i pontamenti più o meno intensi e spessi che ci facciamo noi) e decidere qualcosa, apra strade o straducce...in Italia ogni anno la fetta maggiore di morti (il 25%!!!!) spetta a donne ultranovantenni. In genere vedove. Che vi viene in mente?

Roberto Bernabei



Cure mediche ed assistenza: gli Anziani e l'abbandono

La malattia cronica irreversibile, la cui prevalenza è dovuta all'invecchiamento della popolazione e ad una medicina che in molti casi salva ma non guarisce, rende sempre più attuale il dibattito sulle scelte di fine vita che coinvolge il malato, il medico, la famiglia e la società nel suo complesso.

Sono in discussione criteri di fondo, relativi alla vita e alla morte, che vanno al di là delle drammatiche scelte per il paziente terminale. Due diverse concezioni della vita, di cui una ne privilegia la sacralità e l'altra la qualità, sono a confronto.

Secondo un sondaggio commissionato da AdnKronos-Salute, il 70% dei medici, che spesso si trova a dover decidere da solo, sollecita iniziative legislative al riguardo.

La Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina, approvata dal Consiglio d'Europa, afferma l'autodeterminazione della persona. Ritengo che il testamento biologico possa essere una risposta adeguata a queste problematiche.

Sono stati riportati dai mass media i casi di Eluana Englaro, che è in stato vegetativo dal 1992, e recentemente quello di Piergiorgio Welby. Ha suscitato clamore il caso di Terry Schiavo: guardava la mamma con occhi espressivi. In realtà Terry Schiavo, vissuta quindici anni in stato vegetativo, ha presentato all'autopsia un cervello di 625 grammi, la metà del peso di un cervello normale, con una lesione dei lobi occipitali tale da provocare una cecità cerebrale. Si discute fra le parti sul significato dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali considerate da alcuni come trattamento medico terapeutico, da altri come ordinaria misura di assistenza. Ma esiste oggi una forma latente di morte procurata che riguarda in particolare gli anziani. E' "l'eutanasia da abbandono", praticata su larga scala da una società e da una medicina che non si prendono cura dei deboli. Un terzo dei suicidi che si verificano in Italia interessa gli anziani che rappresentano un quinto della popolazione: la morte di chi è lasciato solo è una sorta di suicidio tollerato, provocato indirettamente dalle istituzioni. Anche il medico talvolta abbandona al suo destino l'anziano compromesso quando si trova a decidere non tanto se prolungare una terapia futile, con il cosiddetto accanimento terapeutico, quanto se impostare una diagnosi e iniziare una terapia.

Il "costo del decesso", cioè il rapporto tra la spesa ospedaliera per soggetti ricoverati che muoiono e quella per soggetti che vengono dimessi, diminuisce drasticamente in età avanzata e ciò sta ad indicare che si evitano interventi costosi quando il paziente ha più di settanta anni.

La vita che si spegne degli anziani vale meno di quella dei giovani. Più che l'alleanza terapeutica è "l'alleanza umana" fra medico e paziente che salva chi vuole vivere nonostante tutto e che sa interpretare il desiderio di chi, non condizionato dal dolore, dalla depressione, dall'angoscia di sentirsi solo e sopportato, esprime direttive anticipate sul trattamento di fine vita.

Carlo Vergani

Editoriale sul Corriere della Sera del 4.10.2006



Gruppo di Studio “La cura nella fase terminale della vita”

I rilevanti progressi terapeutici nell’ambito della cura e della riabilitazione della persona anziana che hanno connotato in questi ultimi anni la geriatria, non possono far dimenticare che in questo ambito esiste anche la necessità di accompagnare il paziente nella fase finale della vita.

Le facoltà mediche e le facoltà infermieristiche, ma questo vale anche per le altre scuole per operatori sociosanitari, almeno in Italia, danno ancora oggi limitata importanza alla necessità di preparare i loro studenti ad un lavoro assistenziale a contatto quotidiano con la sofferenza e la morte.

Questa carenza è particolarmente sentita nell’ambito della cura e dell’assistenza della persona anziana. Si è affermato che la morte è oggi gestita dalla Geriatria perché si muore sempre più anziani; inoltre si muore soprattutto per “malattie povere di soddisfazione”, che diventano sempre più peculiari del geriatria, abituato ad assistere pazienti poco gratificanti, con patologie scarsamente interessanti da un punto di vista scientifico.

E’ per queste esigenze che il Presidente ed il Comitato direttivo della SIGG, due anni fa, dettero preciso mandato di costituire un gruppo di studio rivolto a queste tematiche.

In questi anni il Gruppo di studio “La cura nella fase terminale della vita”, a composizione multidisciplinare, ha elaborato progetti finalizzati alla formulazione di un modello formativo da offrire ai membri della Società, una proposta naturalmente suscettibile di aggiustamenti e correzioni richieste da situazioni istituzionali e culturali locali.

Il Gruppo si riunisce periodicamente, di norma una volta al mese, presso la sede della SIGG per la necessaria pianificazione dei lavori e la verifica degli obiettivi del lavoro di ricerca.

Naturalmente qualsiasi lavoro di ricerca se prevede l’esame della letteratura internazionale, non può prescindere dalla rilevazione del contesto in cui opera. A questo fine è stato elaborato un questionario inviato a mille Colleghi sugli atteggiamenti medici e infermieristici nei confronti della morte del paziente anziano e sulle eventuali necessità formative. E’ proprio sulla base dei risultati di questo questionario, che si sono poi intesi approfondire alcune tematiche collegate quali le basi scientifiche di un processo di formazione, le situazioni assistenziali di un geriatra medico di base, le problematiche di un accompagnamento nella realtà della morte oggi, gli aspetti di nursing e gli aspetti etici della cura del morente in Residenza Assistenziale Sanitaria.

Tutti questi lavori che hanno trovato una prima esposizione in una sessione ad hoc del Congresso nazionale dello scorso anno, sono pubblicati nell’ambito delle attività dei “Gruppi di studio”, nel sito ufficiale della SIGG. Una delle prime preoccupazioni del Gruppo è stata infatti la pubblicizzazione di quanto elaborato, pubblicizzazione intesa ad offrire del materiale che si ritiene utile a tutti i Colleghi.

In effetti il sito offre anche una bibliografia in costante aggiornamento e le segnalazioni delle novità editoriali, naturalmente nell’ambito della tematica.

Indicazioni bibliografiche a carattere interdisciplinare, quella stessa interdisciplinarietà che, come si è detto, caratterizza il gruppo, resa indispensabile dal tema di ricerca nel quale confluiscono certamente necessità cliniche ma certo anche prospettive di nursing, di bioetica, di medicina legale e non solo.

Nel secondo anno di attività, si sta proseguendo l’elaborazione del piano formativo, ma anche l’approfondimento di ulteriori specifiche tematiche quali le caratteristiche proprie della morte anziana rispetto a quella che può intervenire in età giovanile, l’alimentazione artificiale, dichiarazioni anticipate di trattamento, il ruolo della spiritualità nell’assistenza, quella spiritualità che su “Lancet” è stato definito il fattore dimenticato e da riabilitare nella medicina di oggi. Sono solo alcune indicazioni ma i Colleghi possono leggerne il dettaglio nel programma del prossimo Congresso, attualmente in diffusione.



E' ancora da sottolineare il contributo economico con il quale la Fondazione Alitti ha inteso supportare il lavoro del Gruppo.

Un'ultima osservazione: il work in progress prevede l'elaborazione di un questionario destinato alla rilevazione, per quanto possibile, delle caratteristiche del setting della morte della persona anziana in RSA, dell'offerta di un primo corso di formazione nel prossimo anno, ecc. Naturalmente il work in progress risentirà anche delle osservazioni e indicazioni che potranno scaturire dai Colleghi in sede di presentazione dei lavori al prossimo Congresso Nazionale.

Massimo Petrini
Coordinatore Gruppo di studio SIGG
“La fase terminale della vita”



Significati e contraddizioni della festa dei nonni

Il 2 ottobre è stata dichiarata la festa dei nonni. Non so se i nostri lettori sono contenti per questa festa loro dedicata. Forse erano possibili altre forme più sobrie per onorare chi ha contribuito alla costruzione della società contemporanea con il proprio lavoro e la propria fatica nelle fabbriche e negli uffici, nelle famiglie, nelle strade più diverse delle nostre città e dei nostri paesi. Ma non possiamo però dimenticare che la festa è stata proclamata e quindi non dobbiamo sentirci estranei all'evento.

Come Gruppo di Ricerca Geriatrica abbiamo pensato a quale potesse essere il nostro contributo alla festa, in linea con una tradizione di servizio, ma anche di continua apertura di problematiche nuove e importanti.

Così abbiamo deciso di organizzare un convegno - in collaborazione con l'Università Cattolica e con la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - dedicato a capire quali possano essere gli sviluppi del prossimo futuro dei servizi alle persone anziane, in un momento nel quale si mettono in discussione molti dei modelli del passato perché la mancanza di soldi costringe a forti ripensamenti in tutti i campi. Quindi un convegno che si occupa di cose concrete, che coinvolgono molti anziani bisognosi di assistenza oggi e domani.

Noi non vogliamo essere pessimisti e diffondere allarmi sulla possibilità di continuare a garantire i servizi che già oggi vengono dati alle persone anziane, perché siamo profondamente convinti che alla fine riusciremo a trovare la strada più opportuna; sentiamo però il dovere di andare a studiare le più diverse alternative, con coraggio e intelligenza, in modo che mai si possa dire in futuro che un'eventuale crisi è responsabilità di chi avrebbe dovuto porsi i problemi e trovare soluzioni. Anche se chi scrive è un medico, come molti di quelli che contribuiscono a questa rubrica, non possiamo esimerci dal guardare oltre i confini del rapporto personale con il paziente anziano, perché solo così il nostro intervento ha serie garanzie di poter crescere in un ambiente adeguato e quindi avere successo. Di cosa si discute, quindi? Premesso che non si vuole rinunciare a rispondere adeguatamente al bisogno degli anziani ammalati, è possibile pensare ad un'organizzazione complessiva meno costosa, e quindi in grado di farsi carico di offrire servizi anche in una situazione di progressiva restrizione delle disponibilità finanziarie? Chi legge i giornali ogni giorno si rende conto di una crisi incombente, di fronte alla quale si cercano le più diverse risposte. E' possibile pensare a scelte collettive, guidate dagli enti pubblici predisposti, invece di lasciare sole le famiglie a trovare modalità per assicurarsi un servizio a costi compatibili con le disponibilità delle famiglie stesse. Ma come fare per organizzare a livello diffuso servizi a costi più bassi, senza una rilevante perdita qualitativa? Sembra una condizione apparentemente irrealizzabile; ma è proprio su questi versanti difficili che si vede la nostra capacità di costruire un domani sereno per le persone anziane bisognose di aiuto.

Marco Trabucchi

Editoriale sul Giornale di Brescia del 2 ottobre 2006



Per una migliore cultura geriatrica nell'era del boom dei nonni

Sintesi della Conferenza dibattito tenuta dal Prof. Vittorio Nicita-Mauro
all'Università della Terza Età di Messina, in occasione della "Festa del Nonno" – 2 ottobre 2006.

Il relatore, dopo aver premesso che mentre in passato c'erano molti nipoti e pochi nonni oggi ci sono pochi nipoti e molti nonni, ha accennato al fenomeno demografico che ha determinato il boom dei nonni e cioè l'invecchiamento della popolazione con progressivo incremento degli anziani nei paesi industrializzati.

L'oratore ha quindi sostenuto l'importanza che gli anziani mantengano un'ottima forma fisica e psichica ed a questo fine un ruolo importante è svolto dall'educazione all'invecchiamento o geragogia.

Applicando le norme comportamentali provenienti dalla moderna cultura geriatrica l'anziano può vivere una terza età sempre più lunga, godendo anche della grande gioia che dà il diventare nonni e poter collaborare alla crescita in ogni senso dei nipoti, affiancandosi – in seconda linea – ai figli.

Il relatore ha concluso la conferenza ribadendo l'opportunità che gli anziani rinforzino la propria identità mediante un'opera continua di crescita interiore.

La saggezza infatti dovrebbe essere la caratteristica principale dell'anziano tanto che un detto popolare antico recita "quando muore un vecchio brucia una biblioteca". Ovviamente nell'era dell'informatica e di internet questo detto va aggiornato ai tempi e può recitare: "l'anziano, il nonno in particolare, può collaborare a dare ai giovani, con genitori sempre più indaffarati, frettolosi e frequentemente separati, la giusta chiave di lettura della vita e dei suoi valori".

Vittorio Nicita-Mauro



Come cambia la vita più lunga

Italia, Spagna e Svezia ai primi posti in Europa, con 80 anni di durata media della vita; con quella delle donne che supera di 5-6 anni quella degli uomini. Il progresso sembra inarrestabile per entrambi i sessi, ma in linea di massima gli uomini seguono il percorso di longevità delle donne con circa venti anni di ritardo. Questa vittoriosa sfida alla morte fa sì che la durata della vita abbia raggiunto limiti che sembravano essere al di là delle colonne di Ercole, e che invece sono ormai alla portata della grande maggioranza della popolazione. Fra il 1974 e il 2003 la durata media della vita è cresciuta in Italia di 7 anni e mezzo per i maschi (cioè un po' più di 3 mesi all'anno) e di 7 anni per le donne (cioè appena meno di 3 mesi all'anno); a ognuno dei 12 mesi di questi 29 anni ne abbiamo quindi aggiunti 3 per allungarci via via la vita. Il 36 per cento del guadagno per gli uomini e il 52 per cento per le donne si è avuto dopo i 65 anni di età. Gli ulteriori anni di vita che ci si può aspettare di guadagnare saranno tutti concentrati nelle età anziane e vecchie, quando cioè sono già presenti in quasi tutti noi una o più malattie croniche, essendo pressoché scomparse le malattie infettive e parassitarie. C'è un paradosso in tutto questo. Un tempo ci si ammalava di malattie infettive, teoricamente guaribili, ma che all'epoca non si riuscivano a curare e perciò portavano a morte.

Attualmente invece ci si ammala di malattie croniche, che non sono guaribili, ma che si riescono a tenere sotto controllo e consentono perciò una lunga vita. Le prospettive sociali ed economiche di una accentuata longevità, con particolare riferimento alla sostenibilità del sistema pensionistico e perciò della durata della vita lavorativa, sono oggetto di lunghe discussioni e appassionati confronti che ritardano le obbligate decisioni, mentre, fortunatamente ma inesorabilmente, la vita si allunga di tre mesi ogni anno.

Con una lunga vita, il rischio di non autosufficienza nelle età estreme è sempre più elevato e certamente l'assicurazione contro questo rischio diventa elemento fondamentale della sostenibilità familiare e collettiva di una lunga e diffusa longevità. Le famiglie hanno trovato la soluzione brillante delle badanti, che in linea di larga massima si fanno ascendere a 700 mila, con una spesa che si può stimare in circa 8 miliardi di euro all'anno. E questa è una forma di welfare familiare che affianca quello pubblico e che al Servizio sanitario nazionale fa risparmiare una enorme quantità di denaro. Ma è impensabile che questa soluzione all'italiana possa durare ancora molto a lungo, da un lato perché non è credibile che all'aumento atteso di 100-150 mila ultraottantenni all'anno possa corrispondere un analogo aumento di badanti, e dall'altro perché è altrettanto inimmaginabile che i figli e le figlie delle badanti vogliano continuare a fare la stessa professione della madre. Pertanto, una parte di questo welfare familiare potrebbe utilmente essere dirottato per alimentare il sistema assicurativo pubblico contro la non autosufficienza della tarda età.

Possiamo aspettarci che per i prossimi trenta anni possano continuare le tendenze degli ultimi trenta? Ci sono elementi che alimentano questa speranza e altri no. Fra quelli positivi possiamo ricordare: i successi sostanziali e ricorrenti nella bio-genetica e nelle biotecnologie; le prospettive di cure efficaci, semplici, economiche e facilmente accessibili legate alle cellule staminali, all'ingegneria genetica e alle nanotecnologie; strumenti diagnostici ancora più efficaci e affidabili; l'attività fisica svolta lungo l'intera vita e la maggior cura per il corpo, oltre che una più intensa attività preventiva legata anche a miglioramenti nella nutrizione e negli stili di vita. Ma ci sono molti fattori negativi in agguato: quelli di accumulo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del cibo; gli effetti negativi delle medicine prese lungo decenni per contrastare le malattie croniche; la comparsa di nuove, inattese e impreviste epidemie; l'accresciuta diffusione di droghe, doping, obesità, soprattutto fra le giovani generazioni; i mutamenti climatici di larga scala e infine l'insostenibilità del sistema di welfare legata all'invecchiamento della popolazione e/o a crisi economiche.



È l'ultimo in particolare il fattore che desta maggiori preoccupazioni. La salute e la longevità non sono manne del cielo, ma sono conquiste faticose da conseguire con un duro lavoro di organizzazione sanitaria, di benessere economico, di positivi stili di vita, inclusa una corretta alimentazione. Insomma alla base di una lunga vita e del sapersela mantenere c'è ancora una volta la crescita economica e civile dell'intero Paese.

Antonio Golini

Editoriale su "Il Mattino" del 25 ottobre 2006



Il primo Campus Angelini in Geriatria

Il 27 e 28 ottobre u.s. si è svolto il primo Campus Angelini in Geriatria dal titolo “La comunicazione del disturbo cognitivo dell’anziano” organizzato dal Presidente della SIGG Prof. Roberto Bernabei. Per la prima volta sono intervenuti gli specializzandi del III anno provenienti da tutte le Scuole di Specializzazione in Geriatria italiane con i Direttori delle stesse.

Sulla scia delle edizioni della Summer School precedentemente svolte, questo evento ribadisce l’impegno della SIGG e dei suoi vertici nell’attenzione ai giovani, alla loro formazione, alle loro esigenze.

Il Campus mira a diventare un appuntamento fisso nelle iniziative SIGG, a favorire la standardizzazione degli approcci ed a stabilire linee comuni di formazione in tutte le scuole, obiettivi già individuati nei precedenti eventi. Nel Campus appena concluso sono stati affrontati argomenti scientifici, quale il futuro della terapia dell’Alzheimer con il Prof. Ezio Giacobini, direttore del Dipartimento di Riabilitazione e Geriatria dell’Università di Ginevra, e temi totalmente innovativi, come le tecniche di comunicazione, trattati con l’aiuto di un esperto, il Prof. Francesco Casetti, Direttore del Dipartimento di Scienze della Comunicazione e dello Spettacolo dell’Università Cattolica di Roma. Siamo stati divisi in gruppo ed abbiamo preparato dei videotape con la comunicazione della diagnosi a paziente/famiglia che successivamente sono stati proiettati e discussi in seduta plenaria. Questa a mio giudizio è stata un’idea innovativa, che porta una ventata di freschezza, molto apprezzata dai partecipanti che l’hanno accolta con entusiasmo.

Nell’ambito del Campus si è svolta la meno nuova, ma sempre attuale, discussione sullo stato dell’arte e dei *desiderata* nelle Scuole di Specializzazione. L’impressione comune tra gli specializzandi è stata quella che da nord a sud la situazione è sempre la stessa e che, nonostante si parli di questo argomento da diversi anni, ad eccezione delle iniziative SIGG da tutti lodate e patrocinate, ancora nella pratica non è cambiato nulla e siamo ancora nelle stesse condizioni da tanti anni. I *desiderata* sono sempre gli stessi: una standardizzazione della qualità delle conoscenze tra Scuole di Specializzazione di diverse città d’Italia, la possibilità di formarsi nei differenti settori della Geriatria e non uscire dalla Scuola come un ultraspecialista. Sarebbe opportuno inoltre avere l’opportunità di una formazione in diverse Scuole, per sfruttare la maggiore qualificazione di una Scuola rispetto ad un’altra in uno specifico campo.

Infine sembra che i nostri *desiderata* corrispondano alla nuova legislazione in merito alle Scuole di Specializzazione e che le stesse saranno obbligate ad applicarla pena la non certificazione della Scuola. Era necessario che intervenisse il legislatore? Nella pratica sarà realmente applicata o resterà sulla carta?

Francesca Fortunato

E’ una riflessione sul Campus appena concluso che abbiamo ricevuto “a caldo”. Invitiamo gli specializzandi che hanno partecipato ad inviarci commenti, critiche o altro sul Campus utili per le edizioni future e per far sì che la SIGG possa sempre migliorare nel fornire ai giovani occasioni formative e di incontro su temi di attualità (NdR).



Notizie dalle sezioni regionali

Regione Sicilia

Nei giorni 10 e 11 novembre p.v. si svolgerà a Catania il XXXI congresso della sezione regionale siciliana della SIGG, dal titolo: La comorbidità: un target per l'anziano fragile.

Il congresso è organizzato, su indicazione del Direttivo regionale, dal Prof. Mariano Malaguarna, associato di Geriatria presso l'Università di Catania.

Santi Branca

Cento Passi nella memoria: La Malattia Di Alzheimer

Notevole consenso e vasta partecipazione ha riscosso il Corso "Cento passi nella memoria: La Malattia di Alzheimer" organizzato il 21 Settembre a Catania dalla Scuola di Specializzazione di Geriatria di Catania diretta dal Prof. Domenico Maugeri, in occasione della giornata mondiale della Malattia di Alzheimer, nel Centenario della pubblicazione di Alois Alzheimer sulla demenza progressiva ed irreversibile.

In aula plauso unanime dagli oltre trecento partecipanti ai lavori per tutti i relatori che si sono distinti per la chiarezza del messaggio scientifico e didattico-divulgativo sui vari aspetti della patologia.

Particolarmente applauditi sono apparsi gli interventi del Prof. Vincenzo Perciavalle sulla Neurobiologia dell'Aging Cerebrale e del Prof. Mario Barbagallo che -in una eloquente lettura magistrale- ha evidenziato il prezzo pagato dalla società nella gestione del malato di Alzheimer e delle sue molteplici interazioni sulla sfera familiare e sociale.

In conclusione alla presenza dei politici siciliani invitati è stato illustrato dal Dott. Antonino Santangelo -Responsabile Scientifico del Corso- una nuova progettualità che coinvolge le Associazioni di volontariato no-Profit guidate da GeroSan Onlus ed ha l'obiettivo di dare una nuova forma di assistenza domiciliare globale al malato di Alzheimer ed alla sua famiglia

Sara Manuele

Regione Lombardia

Congresso SIGG Regione Lombardia: Milano 7 ottobre 2006

Invecchiamento, sindrome metabolica e percorsi di cura.

Sabato 7 ottobre, presso l'Istituto Geriatrico "Piero Redaelli" di Milano, si è tenuto il Congresso annuale della Sezione lombarda della SIGG. La giornata di lavoro è stata aperta dal sottoscritto che ha ricordato come la ricerca geriatrica, negli ultimi anni, si sia rivolta in modo sempre più qualificato alle principali patologie croniche dell'anziano, inclusa la Sindrome Metabolica (SM), sia da un punto di vista fisiopatologico che clinico, trovando un rilevante spazio sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali. Successivamente, il Dott. Mastro, Presidente dell'ASP Golgi-Redaelli, e il Dott. D'Angelo, Direttore Medico dell'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano, hanno portato ai presenti il saluto dei professionisti appartenenti alla Struttura, ricordando il loro continuo impegno nella "care" dell'anziano.



La lettura di apertura del Congresso ha proposto una riflessione del Prof. Natoli, Docente della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Milano–Bicocca, sul tema “essere vecchi oggi”. Muovendo la sua presentazione dall'osservazione di come l'essere in buona salute fisica faccia percepire all'anziano l'immagine della morte come lontana mentre la sofferenza la rende meno vivibile, sino al punto di desiderare la fine, Natoli ha analizzato tre tipologie di vecchiaia: la sociale, coincidente con l'uscita dal mondo del lavoro, quella con disabilità (nella quale si pronuncia sempre meno la parola “io”) e la vecchiaia della decadenza caratterizzata da perdita di funzioni e di identità. Quest'ultima rappresenta la spoliazione del soggetto sino ad una condizione estrema definibile “submorienza” (nel senso che sottostà alla morte) e per la quale oggi ci si interroga su quanto sia sostenibile.

Relativamente alla SM, il primo intervento è stato affidato al Prof. Solerte di Pavia che ha discusso i rapporti tra “sindrome metabolica ed invecchiamento”, evidenziando come l'insulino resistenza sia il “killer” al centro di un percorso che condiziona iperglicemia, dislipidemia aterogena, adiposità viscerale, stato proinfiammatorio-protrombotico ed ipertensione arteriosa. La mancata identificazione delle modificazioni metaboliche, spesso presenti nell'anziano, attiva, in cascata, percorsi fisiopatologici che culminano con eventi clinici - osteoporosi, sarcopenia, cadute, fratture, lesioni da decubito, scompenso cardiaco, demenza, allettamento - ed in particolare con la fragilità. E' seguita la relazione del Prof. Romanelli di Brescia sul tema “la clinica della sindrome metabolica” che, dopo aver ricordato l'alternarsi di varie definizioni di SM negli ultimi 50 anni, ha sottolineato come quella attuale dell'American Heart Association – National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement (2005) interpreti la sindrome come “costellazione di fattori di rischio metabolici direttamente implicati nello sviluppo del danno cardiovascolare aterogeno”. In particolare ha sottolineato come, per l'anziano, il criterio diagnostico preveda almeno 3 dei 5 criteri diagnostici quali l'aumentata circonferenza addominale, elevati livelli di trigliceridi in assenza di terapie specifiche, bassi livelli di HDL colesterolo, elevati valori di PA in assenza di terapie specifiche e elevati livelli di glicemia a digiuno. Successivamente il Prof. Zamboni di Verona ha affrontato il tema della attività fisica e dell'alimentazione quali elementi di protezione nei confronti della SM. Lo “stile di vita”, anche negli anziani, attraverso un decremento del peso corporeo tra il 5 e il 10 % in un anno, soprattutto nei pazienti a maggiore BMI, interferisce positivamente con la qualità dell'invecchiamento. L'ultimo intervento della mattinata - Dott. Muratori, Presidente SIO Lombardia ed Endocrinologo presso l'Ospedale Niguarda di Milano - ha offerto una panoramica sui farmaci per contrastare l'obesità viscerale ponendo, tuttavia, l'accento sulla limitata esperienza del loro uso nell'anziano. La sessione pomeridiana moderata dai Dott. Bigatello e Frustaglia è stata invece dedicata alla continuità delle cure in Regione Lombardia. Il Prof. Vergani ha trattato il tema del ruolo del geriatra in Ospedale, evidenziando come nella esperienza dell'Ospedale Policlinico di Milano la presenza di questa figura, già nel contesto del pronto soccorso, possa migliorare ed ottimizzare la scelta dei pazienti da ricoverare offrendo, quale alternativa ove indicato, alle famiglie l'inserimento del paziente all'interno dei vari nodi della rete dei servizi. Il Prof. Trabucchi, nell'intervento successivo, ha evidenziato come i responsabili politici e tecnici della Regione Lombardia apprezzino la collaborazione dei geriatri nei progetti di gestione della salute degli anziani. In questo ambito collaborativo si colloca la presentazione di una cartella clinica dedicata alla riabilitazione geriatrica, nata attraverso il confronto ed il dibattito di diverse esperienze lombarde in questo settore specifico. Successivamente la Dott.ssa Dotti della Direzione Generale dell'Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia ha esposto alcune riflessioni in merito al riordino della riabilitazione lombarda recentemente introdotto ed ha esposto il disegno complessivo dei vari servizi che dalle strutture intermedie al territorio accompagnano l'anziano nelle varie fasi della malattia e disabilità. Al Dott. Bellelli è stato affidato il compito di essere la voce del gruppo di geriatri e fisiatri lombardi che hanno redatto la proposta di una cartella geriatrica riabilitativa. In particolare ha illustrato le caratteristiche salienti e la possibilità di



creare un data-base informatizzato per raccogliere i risultati dei vari Centri che vorranno aderire a tale progetto. Da ultimo il Dott. Guerrini ha trattato il tema della “stabilità ed instabilità clinica dell’anziano in RSA” esponendo i dati delle RSA di Brescia rispetto a quanto riportato dalla letteratura internazionale. Guerrini, in particolare, ha sottolineato il problema della “fragilità” sanitaria, della disabilità, della compromissione cognitiva e della depressione che caratterizzano gli anziani ricoverati in RSA. E’ seguita una interessante e vivace discussione coordinata dal Prof. Annoni che, a conclusione dell’incontro, ha posto obiettivo di restituire, in occasione del prossimo Congresso regionale, l’esperienza di un anno di attività della cartella clinica proposta.

Giorgio Annoni

Regione Marche

Il 13 ed il 14 ottobre scorso si è svolto il congresso “Geriatria Marche 2006: Realtà e Prospettive” presso l’ospedale INRCA ad Ancona, organizzato dalla Sezione Marche SIGG.

L’idea nasce dalla volontà della Geriatria marchigiana di consolidare il proprio ruolo di riferimento culturale e professionale per la ricerca di una migliore appropriatezza e qualità degli interventi sanitari a favore della popolazione anziana. Abbiamo coinvolto nel dibattito i principali soggetti istituzionali di riferimento (Regione, Università, INRCA, Geriatria Ospedaliera e Territoriale, privati e Medicina Generale) al fine di realizzare modelli assistenziali condivisi.

Scopo del convegno la continuità assistenziale all’anziano fragile mediante l’analisi dell’approccio geriatrico nei diversi setting (ospedale per acuti e territorio).

La prima giornata di lavoro è stata incentrata su argomenti di epidemiologia e politica sanitaria. Sono emersi interessanti valutazioni di carattere demografico che collocano la nostra regione fra quelle più vecchie d’Italia e con attesa di vita in salute fra le più elevate. Rilevando la difficoltà economica nell’affrontare la situazione futura, che tanto futura non è, è indispensabile ottimizzare le risorse utilizzando nuove tecnologie, senza rimanere legati a vecchi schemi di parcellizzazione delle risorse.

Interessante l’approfondita review della letteratura operata dal Dott. Salvi (Ricercatore Università Politecnica delle Marche, U.O. Clinica di Medicina Interna) sulla importanza del Pronto Soccorso Geriatrico, corredata da dati personali su lavori ancora in corso e seguita dalla proposta di utilizzare scale di valutazione multidimensionale validate, anche nelle versioni abbreviate, delle quali avvalersi per una miglior selezione della popolazione anziana afferente al PS.

Come da attesa, ha suscitato forte interesse l’intervento del Prof. Pilotto (Direttore U.O. Geriatria, IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza” San Giovanni Rotondo, Foggia), i cui dati hanno ribadito il concetto della complessità dei bisogni del paziente geriatrico che, delineati attraverso l’assessment geriatrico, necessitano di essere traslati anche sul piano della retribuzione, mediante sistemi di correzione dei DRG (APR-DRG).

A completare la prima giornata di lavoro, originale è stato il contributo del Prof. Dessì-Fulgheri (Ordinario di Medicina Interna, Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università Politecnica delle Marche) incentrato sull’approccio terapeutico del paziente anziano ed ipoteso ad elevato rischio cardiovascolare, sottolineando luci ma anche ombre di un trattamento intensivo.

La seconda giornata di lavoro ha dedicato una prima sezione all’approfondimento terapeutico di specifiche patologie geriatriche, acute e/o croniche, mediante delle flash lectures dai rilevanti risvolti pratici.

Pungente ed arguta la lettura magistrale del Prof. Grassi (Ordinario di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche, Direttore U.O. Clinica di Reumatologia, Ospedale “Murri”, Jesi), che ha sferrato duri colpi alle cattive abitudini mediche e di automedicazione cui induciamo i nostri pazienti, lanciando un messaggio di monito sull’utilizzo indiscriminato dei FANS; va quindi nobilitato il



trattamento del dolore acuto e cronico in geriatria, così come è prassi in ambito oncologico, alla luce delle evidenze scientifiche che lo vedono assurgere a prima causa di disabilità nell'anziano.

Altrettanto interessanti e stimolanti le relazioni del Dott. Lacetera (Direttore Dipartimento Cure Adulti Anziani Fano) e del Dott. Onesta (Medico Geriatra, IPAB "Bambozzi" Osimo) che hanno illustrato i vantaggi di una gestione integrata alla salute dell'anziano, quando inserito in una rete dei servizi (RSA, Casa di Riposo), attiva e funzionante.

Gradito e quanto mai prezioso l'intervento del Dott. Arcangeli (Medico di Medicina Generale, e Geriatra, Civitanova Marche), che ha sottolineato come il MMG debba essere un indispensabile collegamento tra l'ospedale ed il territorio e coinvolto nei processi decisionali, purché adeguatamente sostenuto da una maggior formazione culturale.

La partecipazione del Prof. Trabucchi (Past-President SIGG) infine ha fornito un contributo di ulteriore merito ai lavori congressuali promuovendo una lettura critica delle linee guida terapeutiche nell'anziano malato, che tenga anche conto della complessità del paziente fragile, pesandone comorbilità e disabilità al fine di un loro razionale utilizzo nella pratica clinica.

Giuseppe De Tommaso

Regione Toscana

Il 7 ottobre 2006 in Firenze si è tenuta l'assemblea della Sezione Toscana, in quell'occasione si è provveduto alle votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione Toscana.

Sono risultati eletti:

Dott. Carlo Adriano Biagini
 Prof.ssa Stefania Boschi
 Dott. Luciano Gabbani
 Dott. Antonio Mitidieri Costanza
 Sig.ra Liliana Pasqui *per la Sezione Nursing*

Il 3 novembre p.v. il Consiglio Direttivo neo-eletto si riunirà per procedere alla nomina del Presidente della Sezione Regionale

Carlo Biagini



I soci scrivono

In merito all'articolo pubblicato sull'ultimo bollettino SIGG dal titolo "La geriatria ed i mass media" in qualità di socio SIGG e giornalista responsabile dell'Ufficio Stampa e Comunicazione del Consorzio San Raffaele che gestisce in Puglia 11 RSA, condivido pienamente quanto espresso nell'articolo in merito al fatto di ritenere utile se non addirittura indispensabile la diffusione della cultura geriatrica anche in ambienti non scientifici. E' proprio a questo che si ispira il lavoro che ho inviato per il prossimo Congresso della società dal titolo "Il ruolo del Consorzio San Raffaele per il determinismo della cultura geriatrica in Puglia" che evidenzia la scelta fatta dal Consorzio di focalizzare parte dell'attività di comunicazione sulla produzione di un format televisivo dedicato al mondo della terza e quarta età dal titolo "Pianeta Anziani", una rubrica televisiva di informazione scientifico-sanitaria edita in collaborazione con il network salentino Studio 100 TV, andata in onda per sei mesi in diretta in prima serata, prima a diffusione regionale poi satellitare, e che ha riscosso uno straordinario e, sotto certi aspetti inaspettato, successo.

Tiziana Balsamo



CONGRESSI/CONVEGNI

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 a.ambrosio11@tiscali.it

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 519511 – fax 06 5033071 e-mail: congressi@gegcongressi.com

GRUPPO GERIATRICO GENOVESE

CORSO DI AGGIORNAMENTO VECCHIAIA E PSICOLOGIA: RUOLO E RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI

Genova 10-11 Novembre 2006

Segreteria Organizzativa: Gruppo Geriatrico Genovese Genova

Tel 010 255107; cell.3475767367

e-mail: claiva@libero.it

SCUOLA DI FORMAZIONE SANITARIA e SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA DAL PROFILO EMOZIONALE AL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE: FOCUS SULL'ANZIANO

Firenze, 11 novembre 2006

Segreteria organizzativa: FABRE

Tel. 010 583224 – fax 010 5531544

e-mail: info@fabre.it - www.fabre.it

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: sigg2006@zeroseicongressi.it



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA - GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA
ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA
LA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO: IL CONFINE LABILE TRA DISAGIO E MALATTIA

Brescia 14-16 dicembre 2006

Segreteria Scientifica: Sandra Martini - Brescia
Tel 030 3757538 - fax 030 48508 e-mail: smartini@grg-bs.it
Segreteria Organizzativa: G&G Congressi - Roma
Tel 06 519511 Fax 06 5033071
e-mail congressi@gegcongressi.com - www.gruppogeg.com

SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROGERIATRIA - XVI CONVEGNO NAZIONALE
NUOVE FRONTIERE IN NEUROGERIATRIA

Milano 14-16 Dicembre 2006

Segreteria Scientifica: P. Barbanti, G. Fabbrini
e-mail giovanni.fabbrini@uniroma1.it
Segreteria Organizzativa: ARISTEA ROMA
Tel. 06 845431 • Fax 06 84543700
e-mail roma@aristea.com - www.aristea.com

ISTITUTI MILANESI MARTINOTTI E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
**L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA:
presa in carico globale, dalla diagnosi al piano terapeutico - assistenziale individuale**

Milano 16 Dicembre 2006

Segreteria Scientifica: Massimo Monti, Ivana Santi
Tel. 02 4029572-527 - fax 02 4029592
e-mail: monti.massimo@tin.it
Segreteria Organizzativa: Sig.ra Antonietta Porro
Tel.: 02 4029652 - Fax 02 4029592
e-mail: servizio.2@pioalbergotrivulzio.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 - www.adriacongrex.it

REGIONE CALABRIA – A. S. N .8 - VIBO VALENTIA STABILIMENTO OSPEDALIERO DI
SORIANO CALABRO DIPARTIMENTO MEDICINA DELL'INVECCHIAMENTO
**4ª CONFERENZA NAZIONALE GERONTOLOGIA: LE NUOVE FRONTIERE DELLA
GERIATRIA. CAPIRE LA NORMALITA' DELL'ANZIANO PER INTERPRETARNE IL
BISOGNO MULTIDIMENSIONALE**

Soriano Calabro 30 MARZO – 31 MARZO 2007

Segreteria Scientifica: G. Battaglia, S. Fiorillo
Tel. e Fax: 0963/357773; e-mail: geriatria.soriano@asl8vv.it
Segreteria Organizzativa: L'Orsa Maggiore Vibo Valentia
Tel. e Fax: 0963/43538 – E-mail: info@lorsamaggiore.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 - <http://www.iahsa.net/>

**VIth EUROPEAN CONGRESS INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND
GERIATRICS**

HEALTHY AND ACTIVE AGEING FOR ALL EUROPEANS

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 - www.gerontology.ru/congress2007

FIFTH INTERNATIONAL CONGRESS ON VASCULAR DEMENTIA

Budapest 8-11 Novembre 2007

Segreteria Organizzativa: Vascular Dementia 2007

Kenes International CH-1211 Geneva 1, Switzerland

Tel: +41 22 908 0488, Fax +41 22 732 2850

e-mail: vascular@kenes.com