



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 IV

numero 4 – aprile 2007

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
Il 7° Congresso dell'Associazione Italiana Psicogeriatria	"	5
Main Topics 52° Congresso Nazionale SIGG	"	6
Summer School 2007	"	7
Lettera al Presidente	"	9
Lettera ai Soci della Sezione Regionale Lazio	"	10
Dibattito su Eutanasia e Testamento Biologico	"	11
Lettera al Direttore dell'AIFA	"	13
Notizie dall'Accademia Nazionale di Geriatria	"	15
Recenti pubblicazioni di interesse geriatrico	"	16
Notizie dalle sezioni regionali	"	17
I Soci Scrivono	"	18
Congressi e Convegni	"	19



Editoriale del Presidente

Questo è il testo del documento che ho presentato in prima sezione del Consiglio Superiore di Sanità nell'ambito della discussione "Riordino delle cure primarie". Va contro a quanto sinora proposto dai Medici di Medicina Generale che vogliono curare anche la cronicità attraverso la creazione delle Unità di Medicina Generale (UMG) che raggruppano 20-25 mmg. Le UMG (vi ricordano qualcosa??...) hanno infermieri, fisioterapisti e case manager per, appunto, fare tutto. Cronicità inclusa. Naturalmente senza nessuna prova d'efficacia, né alcuna voce bibliografica. Ve lo sottopongo perchè ne facciate uso a livello locale.

Percorsi di cura nella patologia cronica

L'aumentata incidenza e prevalenza delle malattie cronicodegenerative e della disabilità, quale conseguenza del sensibile aumento dell'aspettativa media di vita che si è realizzato soprattutto a partire dalla seconda metà del secolo scorso, ha messo in crisi il modello assistenziale fondato sul duopolio ospedale-medico di medicina generale (MMG).¹ In particolare, si è assistito alla crescita rapidissima di una nuova categoria di pazienti, di età avanzata o molto avanzata, con comorbilità, polifarmacoterapia ed una o più delle seguenti condizioni: compromissione della funzione fisica e/o cognitiva, incontinenze sfinteriche, deficit nutrizionali, anemia, sarcopenia, osteoporosi, rischio di cadute e fratture, tono dell'umore depresso, problematiche di tipo socio-economico quali soprattutto solitudine e povertà.^{2,3}

Caratteristica di questi pazienti è l'estrema vulnerabilità per l'incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano la loro precaria omeostasi quali, ad esempio, una importante variazione della temperatura ambientale (vedi l'emergenza anziani durante i mesi estivi nel nostro paese), il riacutizzarsi di una malattia cronica, l'instaurarsi di una malattia acuta anche se di modesta entità, un evento traumatico sia di natura fisica che psichica (quale la perdita del coniuge, l'istituzionalizzazione etc.), così come un semplice procedimento diagnostico, od un comune intervento terapeutico.⁴ Si tratta di una realtà dal forte impatto sul servizio socio-sanitario nazionale e sul welfare in generale per i notevoli bisogni assistenziali che tali pazienti presentano in quanto comprendono una percentuale significativa della popolazione anziana e soprattutto di quella più anziana.⁵⁻⁸

Negli ultimi due decenni, un'ampia letteratura internazionale ha definito questo paziente "anziano fragile" (frail elderly).⁹⁻¹¹ Tale paziente è configurabile come vero e proprio paziente "specialistico" e da gestire con apposito servizio all'interno del Distretto. Come avviene nel Regno Unito e in Canada, le esperienze più vicine al SSN italiano. Per la multiscopo ISTAT e per il CNR Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) i numeri della fragilità/non autosufficienza si attestano intorno ai due milioni di persone.

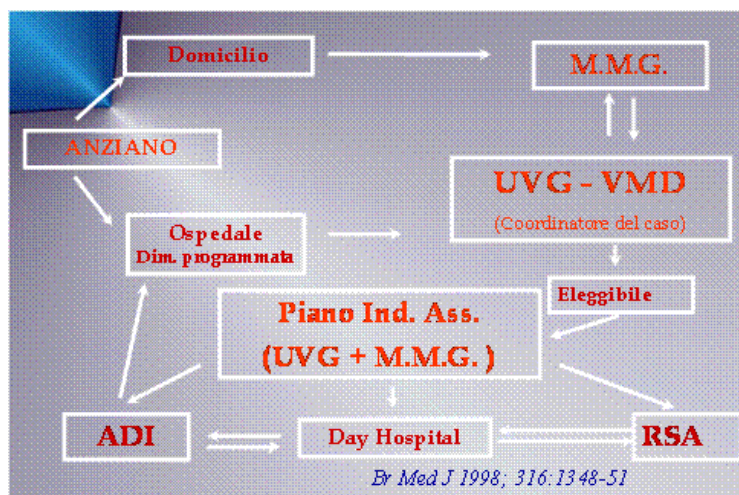
In questo paziente, sono stati ottenuti significativi risultati esclusivamente con la sistematica applicazione dei principi e delle metodologie di valutazione multidimensionale (il "geriatric assessment") e di intervento proprie della medicina geriatrica.¹² Gli strumenti di valutazione multidimensionale di terza generazione permettono un inquadramento puntuale delle problematiche di questo anziano contribuendo alla stesura di piani di assistenza individualizzati e specifici. Cruciale poi è la presenza di una rete integrata di strutture e servizi, sia ospedalieri che distrettuali, che assicurino la continuità assistenziale.¹³ Tali servizi, come accade in Inghilterra e Canada, sono la divisione di Medicina Interna/Geriatria, le strutture post-acuzie, l'Assistenza Domiciliare Integrata, la RSA. Punti nodali di tale rete sono uno strutturale ed uno organizzativo.



Quello strutturale è riferibile alle citate strutture post-acuzie dove si riabiliti nei tempi necessari (2-8 settimane) il paziente anziano comorbido che ha avuto un evento acuto (ictus, infarto, insuff. respiratoria, protesi d' anca o di ginocchio etc) non è dimissibile a casa nella logica e nella tempistica del DRG. La post acuzie funziona come punto di unione tra il reparto per acuti dell' ospedale e i servizi del territorio (ADI, RSA, MMG).

Volano organizzativo di sistema è poi la disponibilità di una nuova figura professionale, il case manager, professionista della valutazione del bisogno. Si tratta di disporre all' interno del distretto di un infermiere formato sulla valutazione del bisogno (la valutazione multidimensionale geriatrica o VMD, tecnologia specifica per affrontare la non autosufficienza)¹² che raccolga la domanda di non autosufficienza sia a livello di territorio che di ospedale (dimissione protetta) e la risolva con le strutture/servizi del distretto . Diventa “coordinatore” del caso nel momento che coordina (l'integrazione si raggiunge solo così) i diversi professionisti/enti erogatori di strutture/servizi necessari a quel singolo caso¹⁴⁻¹⁹ . Esperienze significative in tale senso sono state condotte in Italia ad esempio a Rovereto e Venosa permettendo la prima esperienza lavori scientifici di rilievo¹⁵ e la seconda premi internazionali significativi.

Il MMG rimane il responsabile del malato ma si trova facilitato nella gestione della comorbidità e di tutti gli aspetti caratterizzanti la fragilità dell' anziano compresi quelli più direttamente sociali e l' eventuale istituzionalizzazione. Molti studi caso-controllo, alcuni eseguiti in realtà italiane, hanno dimostrato che questo modello strutturale ed organizzativo produce risultati positivi sulla qualità dell' assistenza e, al tempo stesso, riduce l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione del 40%¹⁴⁻¹⁹.



Bibliografia

1. Carpenter I, Challis D, Hirdes J, Ljunggren G, Bernabei R, eds. Care of Old People: a comparison of systems in North America, Europe and Japan. London: Farrand Press, 1999
2. Meerding W, Polder J, Bonneux L, Koopmanschap M, Van der Maas P. Health-care costs of ageing. Lancet 1998;351:140-1.
3. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. Lancet 1999;354:111-5.
4. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and



- etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:991-1001.
5. Richards T. Ageing costs. Evidence to royal commission emphasises need for explicit standards and funding. *BMJ.* 1998;317:896.
 6. Watson R. Europe's aging population. *BMJ.* 1996;312:1442.
 7. Canadian Health Services Research Foundation. The aging population will overwhelm the health care system. *J Health Serv Res Policy.* 2003;8:189-90.
 8. Williams A, Evans JG. The rationing debate. Rationing health care by age. *BMJ.* 1997;314:820-5.
 9. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:255-63.
 10. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Am Geriatr Soc.* 2004;52:625-34.
 11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
 12. Rubenstein L, Wieland D, Bernabei R. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art.* Milan: Editris Curtis, 1995.
 13. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. The network for elderly care in Italy: only a correct use of acute wards allows an overall functioning of the health care system. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58:190-1
 14. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, Landi F. Case Management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care: Results of the AgeD in Home Care Study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:439-44.
 15. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ* 1998;316:1348-51.
 16. Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med* 1998;13:123-6.
 17. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000;160:977-86.
 18. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Bernabei R. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1430-1434.
 19. Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, Tua E, Cesari M, Bernabei R. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol* 2001;54:968-70.

Roberto Bernabei



Il 7° Congresso dell'Associazione Italiana Psicogeriatria

Come per gli anni precedenti anche in questo numero di Aprile scriverò sul Congresso Nazionale dell'AIP tenuto a Brescia nei giorni scorsi. L'AIP è noto è in stretta sintonia con la SIGG, un legame tra le due Società che si consolida nel tempo, più vivo rispetto a quello stabilito dall'Associazione con le Società dei neurologi e degli psichiatri. Al Congresso erano presenti come Docenti i vertici della SIGG, past-President, Presidente, Presidente eletto e vari membri del Consiglio Direttivo oltre che numerosi Soci. Il Prof. Bernabei ha tenuto la lettura magistrale introduttiva sugli strumenti di valutazione multidimensionale di II-III generazione. E' stato un Congresso che ha visto una larga partecipazione, nonostante le premesse poco confortanti a causa delle difficoltà economiche presenti nello scenario congressuale nazionale, voluto dal Presidente Prof. Senin con grande determinazione, organizzato nei dettagli e curato particolarmente dal punto di vista scientifico, come per le precedenti edizioni.

Segnalo due eventi congressuali particolarmente significativi per i geriatri: è stato presentato e pubblicato il "Documento di Consenso dell'AIP sul Trattamento della Depressione nell'Anziano". E' il risultato del lavoro faticoso e laborioso di un gruppo di esperti geriatri, neurologi e psichiatri che, dopo numerosi incontri, revisioni ed aggiornamenti del testo alla luce delle evidenze scientifiche, è riuscito ad elaborare il documento, uno strumento utile e di facile consultazione per i medici che si trovano spesso nella difficile condizione di riconoscere e gestire la depressione nel soggetto anziano. Vengono affrontate le problematiche inerenti la diagnosi, i fattori di rischio, i rapporti con le malattie somatiche e la disabilità, la terapia farmacologica e non. Anche per questo documento, come per le "Linee Guida sul Trattamento della Malattia di Alzheimer", l'AIP ha previsto corsi regionali per diffonderlo e presentarlo nelle diverse realtà ai medici coinvolti nella complessa cura ed assistenza all'anziano depresso.

Il secondo evento è la presentazione dei risultati dello studio "Aspetti critici della cura delle demenze. Analisi attraverso il metodo Delphi". E' uno studio ideato dal Prof. Trabucchi e da Angelo Bianchetti, che ha coinvolto 40 geriatri esperti nella cura delle persone affette da demenza, di diversa formazione ed esperienza lavorativa, scelti in tutto il territorio nazionale. I geriatri partecipanti hanno risposto ad un questionario di 132 domande su temi di ordine diagnostico, terapeutico ed assistenziale riguardanti le demenze, in cui bisognava esprimere un pieno o parziale consenso o dissenso rispetto alle affermazioni contenute nel questionario. L'indagine si è svolta in due tempi. In base ai risultati del primo questionario è stato chiesto ai geriatri di rivedere le risposte tenendo conto delle opinioni espresse dalla maggioranza in fase iniziale per aumentare il livello di consenso. Il metodo Delphi, utilizzato non solo in medicina ma in diverse discipline in cui le opinioni degli esperti non sempre concordano, ha consentito in quest'indagine, mettendo insieme le diverse risposte, di identificare le omogeneità e le disomogeneità di vedute tra operatori, impegnati quotidianamente nella cura delle demenze, che conoscono la realtà complessa legata ai bisogni del paziente e dei familiari. In sintesi si è cercato, attraverso l'opinione di esperti, di "fotografare" la realtà geriatria nell'assistenza alle demenze e di utilizzare i risultati per modificare e migliorare i comportamenti, tenendo presente sia la medicina basata sulle evidenze che il mondo reale. Non anticipo i risultati che sono al vaglio del board scientifico. Dopo questa prima presentazione ci saranno successive occasioni di divulgazione e confronto con i geriatri, in modo da raccogliere nuove opinioni sullo studio, davvero unico ed innovativo per la geriatria.

Vincenzo Canonico



52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG
“Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia”
 Firenze 28 novembre-2 dicembre 2007

MAIN TOPICS AGGIORNATI

- “Nuovi” farmaci e tecnologie nella terapia dello scompenso cardiaco
- C’è un farmaco “migliore” per l’iperteso anziano?
- Ipertensione e rischio cardiovascolare: gli anti-ipertensivi sono tutti uguali?
- Depressione, antidepressivi ed outcome clinici
- Vaccino e nuove molecole per la demenza
- BPSD e antipsicotici atipici: contrordine?
- Le anemie sine causa
- I nuovi farmaci per l’osteoporosi
- Disfunzione erettile: psiche o organo?
- La prostata benigna e maligna: fino a quando la terapia farmacologica?
- Anticoagulazione oggi: oltre i dicumarolici
- Le infezioni delle vie urinarie
- Dislipidemie nell’anziano? Da quando, fino a quando trattarle?
- Il dolore lieve, moderato, grave. Quali farmaci nell’anziano?
- La terapia dell’artrosi
- Cox₂-inhibitors qualche anno dopo “lo stop”: si, no, non so
- Diabete a 360°
- BPCO a 360°
- Parkinson a 360°
- Incontinenza urinaria a 360°
- Farmacologia clinica geriatrica: polifarmacia, reazioni avverse, obiettivi. Come guidare le scelte terapeutiche nei molto anziani (Golden Symposium)
- La casa della salute: come? (Golden Symposium)
- La rete assistenziale per la fragilità (Golden Symposium)
- Cultura, tecnologia, compassione: interazione forte per la prassi geriatrica (Golden Symposium)
- Il paziente affetto da demenza nell’ospedale per acuti: è giusto limitare le risorse?
- Migliorare l’assistenza in RSA: cosa c’è di nuovo?
- “Post-acuzie” geriatrica: ruolo attuale e prospettive
- Riabilitazione geriatrica: intensiva, estensiva, di mantenimento



4° SEMINARIO ESTIVO SIGG PER GIOVANI MEDICI

“I FONDAMENTI DELLA GERIATRIA” **Forum Brunelleschi – c/o Boehringer Ingelheim** **Reggello (Firenze), 17 – 21 Giugno 2007**

PROGRAMMA

Domenica, 17 giugno 2007

Ore 17,00

R. Bernabei (Roma):
“Geriatric Assessment nel 3° millennio”

Ore 18.00

S. Daniotti, Amministratore Delegato Boehringer Ingelheim Italia s.p.a.,
 Vice Presidente Farmaindustria, (Reggello, Firenze)
“Industria farmaceutica e classe medica”

Lunedì, 18 giugno 2007

Ore 9,00

COMPLICANZE DEL DIABETE NELL'ANZIANO

M. Monami (Firenze):
“Il piede diabetico”

Ore 11,00

E. Mannucci (Firenze):
“La nefropatia diabetica”

Ore 15,00

G. Paolisso (Napoli):
“Diabete e disturbi cognitivi”

Ore 16,00 **Lettura:**

B. Trimarco (Napoli):
*“Come nasce un grande trial: focus su ONTARGET (ONgoing
 Telmsartant Alone and in combination with Ramipril Global
 Endpoint Trial)”*

Martedì, 19 giugno 2007

Ore 9,00

FIBRILLAZIONE ATRIALE

S. Fumagalli (Firenze):
“Epidemiologia e linee-guida di trattamento medico”

Ore 15,00

L. Padeletti (Firenze):
*“Il trattamento elettrico della fibrillazione atriale: dai pacemaker
 alla ablazione a radiofrequenza”*

Mercoledì, 20 giugno 2007

Ore 9,00

RIABILITAZIONE GERIATRICA

M. Bejor (Pavia)
“Strumenti e metodi di valutazione”

Ore 11,00

G. Bellelli (Brescia):
“Instabilità clinica e comorbilità”

Ore 15,00

B. Bernardini (Genova):
“Profili di cura in riabilitazione”



Giovedì, 21 giugno 2007

Ore 9,00

DEMENZE NON ALZHEIMER

L. Pantoni (Firenze):
“*Demenza vascolare*”

Ore 15,00

O. Zanetti (Brescia):
“*Demenze degenerative*”

Ore 17,00

Chiusura del Corso

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLA SUMMER SCHOOL 2007

Anche per il 2007, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ripropone la formula della Summer School dedicata a giovani medici, iscritti alla Società ed in regola con il pagamento della quota sociale, che non abbiano superato i 30 anni di età.

La Summer School 2007 si svolgerà, secondo il programma allegato, dal 17 al 21 Giugno 2007 a Reggello (Firenze) presso il Forum Brunelleschi della Boehringer Ingelheim, Azienda che offrirà l'iscrizione e l'ospitalità completa a tutti i partecipanti. I partecipanti dovranno provvedere in proprio alle spese di viaggio.

Gli interessati dovranno inviare alla SIGG, tramite e-mail (sigg@sigg.it), un breve curriculum ed uno scritto di due cartelle nel quale esprimono la propria motivazione alla partecipazione al corso.

Sulla base del curriculum e delle motivazioni espresse, la Giunta della SIGG selezionerà un numero massimo di 30 partecipanti.

La dead line per la presentazione delle domande è il 13 Maggio 2007

ECM: la Summer School ha ottenuto 27 crediti



Lettera al Presidente

Caro Presidente,

questa volta il mio richiamo mensile a tematiche forti ha un rilievo del tutto pratico. Ho appena letto una previsione di Bertolaso, responsabile nazionale della protezione civile, che ha dichiarato: “La neve si sta sciogliendo a velocità impressionante: questa estate potrebbe battere il terribile record del 2003, l’anno in cui vi sono stati più di 30 mila morti per il caldo in Europa”.

Cosa dobbiamo fare?

Riterrei opportuno che la nostra Società assuma un’iniziativa formale, invitando tutti i soci presenti nei diversi centri a riunirsi e a dare la propria disponibilità alle autorità locali per mettere in atto piani di prevenzione rispetto ai danni che il caldo può apportare alle persone anziane. E quindi non solo offrire l’esperienza clinica per diffondere informazioni capillari -che raggiungano tutte le persone non più giovani-, ma soprattutto stimolare perché a livello organizzato si mettano in atto programmi concreti e subito. Infatti ricorderai, caro Presidente, che nel 2003 i primi morti oltre la media si verificarono in giugno perché il caldo iniziò in maggio ed è ben noto che -oltre alle temperature elevate- tra i principali fattori di rischio vi sono la scarsa escursione tra giorno e notte e la lunga durata del caldo senza momenti di riposo. Alcune città si sono già preparate in maniera adeguata; penso alla mia Brescia dove è stata costruita un’anagrafe della fragilità che costituisce il nucleo di un sistema di protezione delle persone più deboli di fronte a qualsiasi evento negativo (per quanto riguarda il caldo la protezione civile è in grado di dare dei preavvisi che permettono in tempo utile di attivare la macchina degli interventi). Ma occorre che questi progetti siano implementati in ogni realtà, perché solo così si riuscirà a controllare almeno in parte un evento che rischia di essere nuovamente disastroso. Nel 2003 avevamo la scusa dell’imprevedibilità; oggi tutti siamo informati ed abbiamo visto come alcune aree del paese si stiano organizzando degnamente. Quindi non potremo più invitare gli anziani a rifugiarsi ...nelle sale bingo; basterebbe copiare da chi non ha perso tempo!

La Sigg ha una grande responsabilità; la conoscenza dei soci mi conferma che se la presidenza imposta un piano di intervento potremmo dare veramente un contributo non banale al benessere degli anziani fragili in un momento di grave difficoltà.

Marco Trabucchi



Lettera ai Soci della Sezione Regionale Lazio

Firenze, 16 aprile 2007

Ai Soci della
Sezione Lazio
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
Loro Sede

OGGETTO: Elezioni per il nuovo Consiglio Direttivo Regionale (2007-2010). Roma, 18 giugno 2007

Caro Socio,

Ti comunico che le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione Lazio si terranno **lunedì 18 giugno 2007**, al **Ce.M.I.** (Centro Medicina dell'Invecchiamento) 1° piano - Policlinico Gemelli – Largo Agostino Gemelli 8 - ROMA. Le operazioni di voto inizieranno, dopo l'insediamento del seggio elettorale, alle ore 12,00 e termineranno alle ore 16,00. Le proposte di candidatura dovranno pervenire entro il **18 maggio 2007** (30 gg dalla data delle elezioni) e potranno essere inviate per posta, per fax o e-mail alla SIGG. Nel caso in cui il numero dei candidati risulti inferiore al numero degli eleggibili, il Consiglio Direttivo Nazionale provvederà a completare la lista.

Ti ricordo che a norma dell'attuale regolamento delle sezioni regionali il Consiglio Direttivo della Sezione è composto da 5 membri eletti (Consiglieri), di cui 1 socio aggregato nelle regioni in cui risultino iscritti almeno 10 soci aggregati. I soci aggregati della sez. Nursing del Lazio sono attualmente 13. Le elezioni del socio aggregato avvengono in concomitanza con quelle del C.D. Regionale e tale elezione è riservata esclusivamente ai soci della Sezione Nursing.

Ti comunico inoltre che la Giunta Esecutiva della SIGG ha nominato il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi quale Commissario ad acta per coordinare lo svolgimento delle elezioni.

Hanno diritto di voto i Soci in regola con il pagamento della quota sociale dell'anno in corso. E' ammessa n.1 (una) delega per ogni socio votante; sia il delegato che il delegante devono essere in regola con il pagamento della quota sociale.

Si raccomanda vivamente la partecipazione di tutti i Soci.

Cordiali saluti,

Il Presidente
Prof. Roberto Bernabei



Sul dibattito Eutanasia e Testamento Biologico

Eutanasia, testamento biologico, aggressività terapeutica sono tre parole che suonano come acidi maledettamente colanti dai piani altissimi del grattacielo della Medicina in basso sino a corroderne le fondamenta. Queste erano molto profonde, così da penetrare sino ai quei punti inaccessibili e misteriosi che le legavano alla spiritualità, dandogli forza e possibilità di crescita infinita. Codeste acidiose parole fanno rischiare il crollo dell'edificio, nato con l'uomo per proteggerlo, dargli possibilità di crescita e sviluppo, dargli salute. Il pericolo ci impone di prenderne riparo, ed allora, pur con tutte le protezioni necessarie per non esserne intaccati bisogna trattare di queste tre parole.

Esse esistono perché la Medicina si è allontanata dal suo cammino di crescita culturale nell'alveo della salute. Si è sparsa in rigagnoli che irrigano campi che non fruttano salute ma plasticosi involucri di esistenza fittizia. Chi si è posto il problema di controllare lo sviluppo della Medicina, di condurla a sviluppi reali per la salute della gente? Il compito era delle Università. In esse è una colpa, la principale, della instabilità paradigmatica della Medicina contemporanea.

L'aridità culturale, ammantata da una pseudoscientifica ingegneristica organizzazione degli insegnamenti al quale si appiglia un professor Gaddi, negli scambi letti su questo bollettino, ne è evidenza significativa.

Il garantismo, deriva di un mondo sano dei diritti, e l'incapacità del mondo medico a difendersi dalle lobby del garantismo, magari rischiando un sana impopolarità con limiti selettivi all'estensione dei posti di lavoro, ha messo in campo un esercito di medici che di fronte ad un salario per la sopravvivenza sono pronti ad assumersi solo responsabilità limitate, e si sentono protetti, piuttosto che professionalmente deprivati dalla conduzione di una Medicina Difensiva. Questa realtà è motivo di attualità delle tre parole.

L'impudicizia di prelati alla ricerca del perduto ruolo di magistrati dello spirito divino, che si affacciano a vie mediatiche televisive, divulgando benedizioni, confuse come sentenze di una magistratura della legge degli uomini, a presupposti scientifici di una medicina di parte, offende e sommerge i significati culturali profondi della Medicina che nella fiduciarità della relazione medico-paziente sviluppa il superamento del tecnicismo scientifico e si caratterizza come Scienza a se stante, specifica e degna di uno spazio invalicabile, pur nei confronti interculturali. Questa è l'uso strumentale delle tre parole da parte dei questuanti spazi di potere temporale.

Un anno fa un gruppo di medici si è riunito in un momento di formazione aziendale dal titolo "Dalla nascita alla morte": l'approccio sistemico riguardava il bisogno attuale e impellente degli operatori della Medicina di una mutualità di confronto e supporto all'angoscia vitale dell'essere di fronte, nel quotidiano delle loro differenti professioni, in modo comune, ai misteri della vita e della morte. Mai come in quei momenti laicissimi riconoscevo la religiosità profonda della professionalità medica, tanto più elevata quanto più consapevole di essere lontana dal comprendere in essa la gestione dei misteri. Questo è il modo giusto di allontanare quelle tre parole dalla materia della Medicina da parte di chi anela ad esserne operatore qualificato.

Io concludevo quegli incontri con due considerazioni che vi propongo, che pur accogliendo una quarta parola aborrita, "umanizzazione", ne sottolineavano l'inutilità nel vocabolario d'uso per i veri professionisti della Medicina.

1. "L'incombenza è che si debba procedere umanizzandosi per superare:
la sottocultura psichiatrica, di una *psichiatria senza corpo*
la sottocultura neurologica, di una *neurologia senza anima*
la sottocultura geriatrica, di una *geriatria senza esistenza*



la sottocultura generalista, di una *medicina di famiglia senza società*”

2. “Superato il tabù del sesso, convinti che si debba superare quello della morte, l’impegno rimanga perché la parola vecchio resti un segno di vita, come?
che la morti arrivi ma che almeno non ci trovi consenzienti ad accoglierla”

In quel convegno parlavo come unico geriatra insieme al pediatra, al ginecologo, al cardiologo, allo psichiatra, all’anestesista, al medico di famiglia, all’internista. Tutti, prima dei percorsi specialistici, erano stati avviati alle tesi di laurea passando per il corso e la frequenza dell’Istituto di Geriatria di Fabrizio Fabris: una coincidenza? O forse una evidenza del significato formativo della disciplina?

Luigi Maria Pernigotti



Lettera al Direttore AIFA

Al Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco
Dott. Nello Martini

Oggetto: Trattamento farmacologico dei disturbi psicocomportamentali nei Pazienti affetti da demenza

Con il comunicato del 28 dicembre 2006 l'Agenzia Italiana del Farmaco ha fornito aggiornamenti e integrazioni al precedente comunicato del 21 luglio 2005 relativamente all'utilizzo dei farmaci antipsicotici nei pazienti affetti da demenza. In particolare, considerando che i suddetti farmaci sono *off label* nei BPSD e facendo specifico riferimento legislativo, precisa che la prescrizione è possibile solo sotto la diretta responsabilità del medico che la indica. Individua altresì il percorso clinico, detta le regole per l'erogazione diretta dei farmaci in oggetto, stabilendo che la prescrizione può essere effettuata solo dai Centri specialistici individuati dalle Regioni ed allega, riportando omogeneità su tutto il territorio nazionale, il modello unico di scheda inizio trattamento e follow-up da adottare in sostituzione di qualunque altra modulistica in uso.

Sostanzialmente, rispetto al comunicato del 2005, la novità consiste nella esplicita precisazione che il trattamento *off label* con antipsicotici è possibile previa informazione del paziente ed acquisizione del consenso dello stesso. Tale precisazione diventa ancora più forte perché il consenso informato deve essere allegato alla scheda di inizio trattamento.

Le modalità prescrittive dei suddetti farmaci, particolarmente quelle relative agli antipsicotici prescrivibili *off label*, ha, di fatto, sollevato una serie di problematiche che meritano, in considerazione delle possibili ripercussioni etiche e legali, sicuramente un approfondimento e/o quantomeno delle riflessioni.

La prima, immediata, netta e forte contraddizione è evidenziata dal dover chiedere un consenso ad una persona affetta da demenza con BPSD associati di una tale gravità da richiedere terapia antipsicotica e, quindi, affetta da seri deficit cognitivi.

Si comprende subito che acquisire un consenso informato da un soggetto affetto da demenza pone un serie di problemi tecnici ed espone ad una serie di pericoli anche penali. Se si aggiunge, poi, che si tratta di pazienti il cui ambiente familiare non sempre è caratterizzato da una sana armonia, si comprende ancora di più la preoccupazione anche e, specialmente, perché non è per niente diffusa la cultura di regolarizzare le varie posizioni con la nomina dell'amministratore di sostegno o di un tutore.

D'altro canto bisogna considerare che siccome il precedente comunicato AIFA, come già sottolineato, non prevedeva l'acquisizione del consenso informato e che la giurisdizione non prevede l'obbligo del consenso scritto (in letteratura medica si rinvengono dei modelli vari relativi a situazioni specifiche e, comunque, di non riconosciuto valore legale) ci si trova a dover fornire risposte a chi è già in terapia con antipsicotici. Per questo, insomma, si è delineata una condizione di disagio che per lo specialista prescrittore sta diventando sempre più eticamente vincolante e che, a prescindere da ogni ulteriore valutazione, sta portando a individuare, a causa della mancanza della nomina di un tutor nella quasi totalità dei casi, il rifiuto prescrittivo come soluzione alle possibili ripercussioni legali con conseguente aggravio delle difficoltà di gestione assistenziale del care-giver e di tutto il nucleo familiare del paziente.

L'Associazione Geriatri Extraospedalieri -Geriatria Italiana Territoriale- ha avvertito fortemente la necessità di affrontare le problematiche di cui sopra confrontandosi in incontri-dibattiti a più voci con rappresentanti della Magistratura, delle Istituzioni interessate e delle associazioni dei familiari dei soggetti affetti da demenza. Per questo, al di là di ogni conflitto tra scienza, coscienza e



preoccupazione legale, sollecita una rivalutazione dell’Agenzia da Lei diretta con delle indicazioni sul percorso clinico e delle regole che consentano da un lato una più agevole prescrizione (meno gravata da incombenze non cliniche) e da un lato di evitare disagi assistenziali ai Pazienti affetti da demenza e ai loro familiari.

Per questo l’AGE resta a Sua disposizione per qualunque forma di collaborazione ritenesse opportuno individuare.

Cordialmente.

Salvatore Putignano
Presidente AGE



Notizie dall'Accademia Nazionale di Geriatria

L'annuale rapporto di U.S. News sulle migliori scuole di medicina e sui migliori ospedali (anche per singole specialità) è leggibile su:

http://www.usnews.com/usnews/edu/grad/rankings/med/brief/mdrrank_brief.php.

Sono illustrati anche i criteri. La migliore Università medica "research" è Harvard seguita da J. Hopkins, Pennsylvania e Washington in St.Louis, California S Francisco, ecc. E' fatta anche una graduatoria per le Università mediche -primary care-: la graduatoria cambia profondamente con l'Università di Washington al primo posto, seguita da North Carolina, Colorado. Oregon. Michigan ecc. In Italia sarebbe "dura" stilare quest'ultima graduatoria: in Facoltà mancano da sempre Docenti MED09 - medicina generale (nemmeno un ricercatore, per quanto so).

Per quanto riguarda gli ospedali, nella graduatorie specialistiche è stata tolta la geriatria perchè la disciplina è orientata più alle cure primarie che ai trattamenti specialistici ospedalieri <http://www.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/methodology.htm>

L'iniziativa (<http://www.celgi.org>) è sicuramente realizzabile anche da noi; l'obiettivo: dare sostanza alla didattica teorica e pratica della Geriatria; servirebbero piccole risorse, soprattutto umane, per disporre di un documento tanto importante. Si veda anche: <http://www.geriu.org/home.asp>.

Se la "casa della salute" diventerà realtà, molte attività geriatriche saranno svolte in questo "nuovo" setting. Anche la didattica dovrà adeguarsi...

Nella graduatoria annuale degli ospedali americani è stata tolta la "specialità" Geriatria (presente costantemente negli anni precedenti). In realtà molti ospedali USA hanno, oltre alle Divisions of Geriatrics, servizi per la valutazione intraospedaliera dei ricoverati anziani e servizi che servono il territorio (questi ultimi gestiti a volte da medici/qualificati come Hospitalists), con l'obiettivo di assicurare una sorta di continuità assistenziale. Non poche Medical School assicurano questi servizi di tipo geriatrico, finalizzati ad affrontare una realtà sanitaria che è cambiata.

Il Medical Research Council (MRC) sponsorizza le iniziative di ricerca leggibili al sito: <http://www.bbsrc.ac.uk/science/initiatives/ageing.html> che riguardano "Lifelong Health and Wellbeing" che ha 3 aree: /Frailty, The ageing brain, Health related quality of life. Sono raccomandati i progetti multidisciplinari. Fra gli esempi si riporta "Ageing as a risk factor for frailty and loss of homeostasis", tema molto caro ai geriatri italiani. Il confronto con la nostra realtà è sgradevole...

Dal 2008 ci sarà una nuova rivista peer-reviewed : CURRENT AGING SCIENCE. Si veda <http://www.bentham.org/cas/MSandl.htm>; l'editorial board è a: <http://www.bentham.org/cas/EBM.htm>

Sarebbe interessante conoscere quale TRIAGE (colore) viene assegnato al pronto soccorso dell'ospedale al paziente di età > 75 anni; quanto tempo rimane al PS? Le cure sono veramente rapide? A mio parere sono troppi i vecchi ai quali è assegnato il colore verde (fra questi molti con frattura del femore). Si potrebbe proporre un Ulisse per il pronto soccorso...Penso che la popolazione citata meriti più attenzione (che è anche diligenza, con contenuto etico importante) da parte dei Geriatri che continuano a ritenere l'ospedale il setting ideale per la Geriatria ed il suo insegnamento; il processo curativo intraospedaliero per i vecchi malati deve sicuramente essere migliorato non solo alla dimissione.

Gianfranco Salvioli



Recenti pubblicazioni di interesse geriatrico

IL TEMPO DELLA TERZA ETÀ. Indagine Censis-Salute La Repubblica.

Aprile 2007

THE LONG-TERM CARE WORKFORCE: Can the Crisis be Fixed? Problems, Causes and Options.

Prepared for National Commission for Quality Long-Term Care By Institute for the Future of Aging Services.

PIANO STRATEGICO NAZIONALE PER LA SALUTE DEGLI ANZIANI.

Intervento dell'On. Livia Turco – Roma, 12 aprile 2007.

SCANNING THE FIELD: Nursing Leadership in Long-Term Care. Institute for the Future of Aging Services.

FRAILITY IN OLDER PEOPLE. Lancet aprile 2007

Gianfranco Salvioli

I Soci che desiderano gli articoli in pdf via e-mail possono farne richiesta alla segreteria SIGG



Notizie dalle Sezioni Regionali

Sezione Sardegna

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione Sardegna

In data 30 Marzo 2007, a Cagliari, si sono tenute le votazioni per il rinnovo del consiglio direttivo della sezione, anni 2007-2010.

Alle ore 17,30 si è costituito il seggio (O. Catte e M. Matta) con termine alle ore 18,30. Sono risultati eletti: Rinaldo Tedde voti 15, Giuseppina Caddeo voti 15, Luca Pani voti 11, Micaela Matta voti 11, Paolo Putzu e Francesca Coghe con pari voti 8.

Francesca Coghe ha immediatamente rinunciato per cui entra nel consiglio direttivo Paolo Putzu.

Il neo consiglio direttivo ha subito dopo nominato all'unanimità, in riunione allargata a tutti i presenti, Rinaldo Tedde, Direttore della scuola di specializzazione di Sassari, Presidente della Sezione Sardegna per il triennio 26 Maggio 2007- 26 Maggio 2010.

Prima della costituzione del seggio c'è stato il consueto incontro con i neo-geriatri che hanno illustrato le loro tesi di specializzazione:

“L'approccio non farmacologico nei disturbi comportamentali del paziente affetto da demenza. Il ruolo del centro diurno integrato”, Francesca Coghe

“Le cadute nel paziente anziano: fattori di rischio e recupero funzionale”, Micaela Matta

“Un nuovo approccio integrato di supporto familiare nella demenza: confronto tra due metodologie operative”, Giuseppina Caddeo.

Rinaldo Tedde, ha illustrato le tesi dei suoi allievi:

“Prevalenza di sanguinamento digestivo da FANS/ASA in pazienti anziani ricoverati in Clinica Medica”, Sara Falconi

“Depressione e qualità di vita nel paziente anziano con polipatologia”, Lucia Maria Ventroni

“Controllo della Pressione Arteriosa e mortalità in una popolazione di anziani sottoposti a monitoraggio pressorio delle 24 h.”, Valentina Viridis.

Tutti i lavori sono stati apprezzati, hanno suscitato interesse inducendo una vivace discussione tra i presenti.

Olga Catte



I Soci scrivono

Giornata Mondiale del Malato 2007 a Pavia

La “Giornata Mondiale del Malato 2007” a Pavia è stata celebrata attraverso la realizzazione di una serie di eventi a largo spettro di interessi centrati sull’anziano col coinvolgimento della Diocesi di Pavia "Servizio Pastorale della Sanità", l'Almo Collegio Borromeo, l'Università di Pavia, l'Azienda Servizi alla Persona e l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Pavia. Queste istituzioni hanno aderito alla proposta e si è dato l’avvio ad un progetto a varie espressività intitolato:

L'AUTUNNO DELLA VITA NELLA SOCIETA' CONTEMPORANEA

Trattasi di una rassegna di eventi che, attraverso un percorso non limitato nel tempo ma diluito nell’arco di alcuni mesi, focalizza l'attenzione sulla persona anziana nella sua fragilità e nelle sue potenzialità, e vuol portare i cittadini e tutte le categorie di operatori sanitari a riflettere sui problemi che riguardano la terza e la quarta età attraverso occasioni d'incontro, di scambio e di riflessione in un'ottica di valorizzazione di questa importante fascia di popolazione depositaria anche della nostra memoria.

Sono disponibili due documenti per una possibile diffusione:

- 1) l’omelia del Vescovo di Pavia Mon Giovanni Giudici del 5 giugno 2006
- 2) Il testo della prima relazione tenuta a Pavia il 12 febbraio 2007 da Prof Adriano Pessina della Università Cattolica di Milano quale prima delle conferenze previste per la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato 2007

Entrambi i testi sono stati discussi dalla cittadinanza Pavese che ha visto per la prima volta molti enti pubblici riunirsi a confrontarsi sulle problematiche dell’anziano.

Spero che i testi delle relazioni possano essere di spunto per alcune valutazioni di positivo sviluppo per la Nostra Geriatria.

Giovanni Ricevuti

Chi desidera i documenti suddetti via e-mail può richiederli alla segreteria SIGG



CONGRESSI/CONVEGNI

AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA PIO ALBERGO TRIVULZIO **GLI APPROCCI TERAPEUTICI NON FARMACOLOGICI NEL PAZIENTE ANZIANO CON DEMENZA**

Milano 14 maggio 2007

Segreteria Scientifica: Massimo Monti e Ivana Santi

Tel. 02.4029572-527, fax: 02.4029592;

e-mail: sez.zonda@pioalbergotrivulzio.it

Segreteria Organizzativa: Antonietta Porro

Tel.: 02.4029652; Fax: 02.4029592

e-mail: servizio.2@pioalbergotrivulzio.it

INCONTRI DI GERIATRIA 2007 A CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA **L'ANZIANO FRAGILE: DALLA DIAGNOSI ALLA PREVENZIONE**

San Giovanni Rotondo (FG) 19 e 26 maggio 2007

Segreteria scientifica: Piero D'Ambrosio, Francesco Paris

Tel 0882.410467 - Fax 0882.410.271 e-mail: geriatria@operapadrepio.it

Segreteria organizzativa : Regia Congressi Firenze

Tel.055271171, Fax 0552711780, e-mail info@regiacongressi.it

ISTITUTI DI S. MARIA IN AQUIRO - ROMA **L'ANZIANO NELLA RETE DEI SERVIZI**

Roma 30-31 maggio 2007

Responsabile Scientifico: Luisa Bartorelli tel 06 58899345

Responsabile Organizzativo: Patrizia Di Carlo Tel. 06 6788894/6792533

339/2753814 e-mail: info@isma.roma.it

FERB-ONLUS SPERIMENTAZIONE GESTIONALE CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CURA DEI MALATI DI ALZHEIMER

LA CURA DEL PAZIENTE CON DEMENZA ALLA FINE DELLA VITA

Bergamo 1 giugno 2007

Segreteria scientifica: FERB Gazzaniga (BG)

Tel. 035 3065206 - Fax 035 3065233

centroalzheimer@libero.it

Segreteria organizzativa: Glasor Bergamo

Tel. 035 224072 - Fax 035 232980

glasor.bg@tin.it

1st EUROPEAN CONGRESS ON THE AGING MALE

Warsaw, Poland, June 14-16, 2007

Congress Secretariat: aging@kenes.com

websites www.issam.ch - www.issamitalia.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/>

MEDICINA CLINICA, DOMANDE E RISPOSTE

Milano 25-27 giugno 2007
Segreteria Organizzativa: Depha Congress Milano
Manuela Sovilla, Tel. 02-23955440
e-mail: manuela.sovilla@dephacongress.com

**VI 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

**3RD SYMPOSIUM OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY
INFECTIONS IN OLDER PEOPLE**

Francoforte 28-29 settembre 2007
www.eugms.org

**ASSOCIAZIONE INTERREGIONALE CARDIOLOGI
E SPECIALISTI MEDICI AMBULATORIALI
III CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE NAZIONALE**

Roma 3-6 Ottobre 2007
Segreteria Scientifica: ACSA Torino
Tel. 011/6693210 Fax 011/6501607
e-mail: presidenza@acsa-onlus.it- segreteria@acsa-onlus.it
Segreteria Organizzativa: Delphi Line Milano
Tel 02/70006051 Fax 02/71090028
e-mail: info@delphiline.com

**GIOVANNI LORENZINI MEDICAL FOUNDATION
XVI INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON
“DRUGS AFFECTING LIPID METABOLISM”**

New York 4-7 ottobre 2007
e-mail: dalm@bcm.tmc.edu - www.lorenzinifoundation.org

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.co



GRUPPO ITALIANO MULTIDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLA SINCOPE

3° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

Firenze 18-20 novembre 2007

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex Bologna

Tel. 051 7457070 Fax 051 7457071

e-mail info.sincope2007@adriacongrex.it - www.adriacongrex.it

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

“PAESE VECCHIO, ASSISTENZA NUOVA: IL CASO ITALIA”

Firenze 28 novembre-2 dicembre 2007

8° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

Firenze, 29 novembre – 1° dicembre 2007

6° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA

Firenze, 29-30 novembre 2007

3° CORSO PER PSICOLOGI

Firenze, 30 novembre – 1° dicembre 2007

2° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI

Firenze, 29-30 novembre 2007

1° CORSO PER FISIOTERAPISTI

Firenze, 29-30 novembre 2007

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: Zerosicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882

e-mail: sigg2007@zerosicongressi.it

5th CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICIN SOCIETY
GERIATRIC MEDICINE IN A TIME OF GENERATIONAL SHIFT

Copenhagen 3-6 Settembre 2008

www.eugms2008.org.

e-mail: info@eugms2008.org