



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

numeri 11-12 novembre-dicembre 2007

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Gli auguri del Presidente	pag.	2
Il nostro Congresso Nazionale	"	3
Lettura Prof. Masotti al 52° Congresso Nazionale SIGG	"	4
Question time con il Sen. Ignazio Marino	"	11
Relazioni responsabili Corsi di Formazione	"	23
Premio "Anziani // Immagini"	"	28
Evidenze e buon senso	"	29
Verbale Riunione ANG	"	31
Premio Bruno Finzi	"	32
Congressi e Convegni	"	33



Gli auguri del Presidente

Cari amici,

finisce il 2007 e, al solito, è tutto difficile, l'economia va male, il governo sarebbe da cambiare, i direttori delle ASL pure, l'industria non finanzia alcunchè, l'Alitalia e le FS meglio non parlarne etc etc etc. Insomma sempre male, male, male. Però, nonostante resistenze e forze contrarie..., la Geriatria ed i geriatri sono sempre più interlocutori di sistema.

Il Consiglio Direttivo, la Giunta ed io in prima persona possiamo solo continuare a lavorare perchè questa consapevolezza aumenti. So che lo stesso farete tutti voi

Santo Natale e operoso anno nuovo a voi e a chi vi è caro!

Roberto Bernabei



Il nostro Congresso Nazionale

Dedichiamo questo doppio numero del Bollettino al Congresso SIGG recentemente concluso, momento importante, oltre che per l'aggiornamento scientifico e culturale, anche per tirare le somme di un anno di attività della nostra società e programmare nuove iniziative per l'anno successivo.

Il Congresso, era nato con auspici non favorevoli, dal punto di vista finanziario, partito lentamente rispetto agli anni precedenti, tuttavia è riuscito pienamente in termini di affluenza a confermare le presenze degli anni precedenti se facciamo riferimento ai circa 1.300 iscritti registrati a Firenze (al di fuori dei partecipanti occasionali non censibili) ed ai 500 circa iscritti ai cinque corsi di formazione. Anche il numero degli abstract ricevuti di 354 in totale divisi in 162 comunicazioni orali e di 192 presentati come poster è stato in linea con quelli degli anni precedenti. Rispetto alle premesse, ricordo che alla riunione del CD di maggio 2007 si era in alto mare sia come finanziamenti che come programma preliminare, il risultato finale di essere riusciti a confermare come durata e contenuti il nostro Congresso certamente deve far piacere a tutti.

E' stato anche quest'anno un Congresso vivace con tanti eventi significativi che hanno visto come relatori docenti di prestigio, sono stati trattati i temi di maggior interesse clinico per i geriatri e, nei simposi in collaborazione con le altre società scientifiche, ci siamo confrontati con esperti di altre discipline che si occupano a titolo diverso dello stesso paziente.

L'evento che segnalo è la lettura tenuta dal Prof. Masotti l'ultimo giorno su "Geriatria, Invecchiamento e Società" a conclusione del suo percorso accademico. E' stata un'occasione per festeggiarlo nella "famiglia SIGG", con una cerimonia semplice ma molto significativa dal punto di vista affettivo ed emozionale. Siamo riusciti a trasmettergli tutto il calore ed i sentimenti dei tanti presenti, maestri, colleghi, allievi, amici e semplici conoscenti. La lettura è stata un "concerto dal vivo" di un grande Artista, che è riuscito in circa 40 minuti a darci una "fotografia" della nostra disciplina, con riferimenti storici, culturali, letterari, arricchita da una serie di riproduzioni artistiche, alle quali ha fatto riferimento, per accompagnarci in un percorso ricco di contenuti importanti e con tanti riferimenti al futuro. Anche se i concerti dal vivo nelle riproduzioni successive perdono in parte lo splendore del momento, abbiamo deciso di presentare la trascrizione dell'intera lettura eseguita da Gianna, Letizia ed Alessia, che con estrema pazienza, dato anche il rapporto affettivo costruito in tanti anni nella SIGG con il Prof. Masotti, hanno cercato di riportare nella maniera più fedele le parole per trasmettere anche agli assenti il significato della lettura.

Siamo sicuri, lo desideriamo tutti, come sottolineato dal Presidente e dal Presidente eletto alla fine della lettura, che il Prof. Masotti continuerà l'impegno per la geriatria, portato avanti in questi anni con passione, originalità e rigore scientifico e morale, e continuerà a trasmettere ai geriatri i valori rilevanti della nostra professione in favore gli anziani, acquisiti in tanti anni di professione.

Nella trascrizione del "Question Time" con il Sen. Ignazio Marino, effettuata sempre dalla nostra Segreteria, troverete le risposte di un politico attento e competente ai quesiti posti dal nostro Presidente. E' emerso che la maggior parte degli argomenti sono già in discussione in varie sedi parlamentari, il Governo ne è a conoscenza, la collaborazione con la nostra Società potrà contribuire ad ottenere provvedimenti validi.

Una notizia flash, dall'assemblea è emerso un attivo nel bilancio SIGG, segno di buona gestione e di corretto utilizzo delle risorse.

Infine, vi comunico che il 53° Congresso Nazionale della SIGG si terrà a Firenze dal 26-30 novembre 2008. Buon Natale a tutti.

Vincenzo Canonico



Letture: “GERIATRIA, INVECCHIAMENTO E SOCIETÀ”
Giulio Masotti

Mario Passeri:

Sono molto grato al CD della SIGG per avermi affidato il compito di presiedere la lezione del prof. Giulio Masotti proprio in occasione del termine del suo ruolo ufficiale di insegnante universitario, perché questo mi dà modo di esprimergli tutta la mia stima ed il mio apprezzamento per la sua brillante carriera e per le sue qualità umane e di esprimergli anche il mio affetto da amico.

Sarebbe assurdo che presentassi in questa sede il prof. Masotti. E' ben conosciuto, è stato anche nostro presidente, e non è neanche possibile che mi attardi sulla sua figura di insegnante e di scienziato, ricordo solo alcuni punti salienti della sua carriera prestigiosa. Il prof. Masotti, laureato presso l'Università di Firenze nel 1960, ha svolto gran parte della sua attività presso questa Università seguendo da prima la Scuola di Medicina Interna del prof. Teodori e poi quella del prof. Neri Serneri. Ha collaborato con prof. John R. Vane, Premio Nobel per la Medicina nel 1982, presso il Wellcome Research Laboratories, Beckenham, Kent, in Inghilterra. Ha insegnato nelle Università dell'Aquila e di Sassari e dal 1986 è Professore Ordinario di Geriatria. E' succeduto nel 1990 al prof. Francesco M. Antonini nella Cattedra di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Firenze e fino al 31 ottobre di quest'anno è stato Direttore del Dipartimento di Area Critica Medico-chirurgica e Direttore dell'Unità Operativa Universitaria di Geriatria e Riattivazione della Azienda Universitaria Ospedaliera di Careggi. E' past-president della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, è past-president dell'European Union Geriatric Medicine Society ed è attualmente presidente della Società Italiana di Neurogeriatria. Le sue pubblicazioni scientifiche superano le 300, prevalentemente nel settore cardiovascolare e geriatrico e sono da segnalare le sue ricerche, tra le prime in campo internazionale, sul meccanismo di azione dell'aspirina nella prevenzione dell'ictus e dell'infarto del miocardio oltre a quelle più recenti sulla riabilitazione cardiologica, sulle cause di disabilità e sull'ipertensione dell'anziano. Io credo che forse più dei suoi meriti scientifici devono essere sottolineati i tratti del suo carattere. La sua umanità, la sua cortesia, il suo grande rispetto per tutti, il suo tatto squisito. Di tutto questo voglio rendere atto a Masotti e voglio anche personalmente sottolineare il fatto che egli, credo proprio grazie al suo carattere, alla sua cortesia, alle sue doti umane unite alla competenza scientifica, ha saputo realizzare un qualcosa che non appariva così semplice, vale a dire amalgamare due prestigiosissime scuole fiorentine, quella del prof. Neri Serneri e quella del prof. Antonini, mantenendo vivo e vitale l'Istituto di Gerontologia e Geriatria dell'Università di Firenze, anche attraverso la giusta valorizzazione dei suoi validissimi componenti. Quell'Istituto di Gerontologia e Geriatria che è stato il primo in Italia e rappresenta ancora oggi un punto di riferimento per tutta la geriatria e la gerontologia italiana. Mentre mi congratulo con Masotti e gli faccio i miei migliori auguri e gli esprimo tutta la mia stima lo prego ora di tenere la sua lettura su “Geriatria, invecchiamento e società”.

Giulio Masotti:

Vi ringrazio con gratitudine e con affetto e sono ovviamente emozionatissimo per questa accoglienza e dalla presenza di tanti amici, maestri, colleghi e persone che hanno accompagnato il mio iter universitario. Vorrei anche dire che l'emozione è vicina allo stress, anzi si identifica con lo stress e, come sappiamo dalla fisiologia, lo stress nel mondo animale provoca la fuga e io spero di resistere e di arrivare alla fine di questa occasione, non deludendo l'aspettativa dell'uditorio. La mia lettura ha questo titolo forse non chiarissimo e vorrei percorrere con voi l'evoluzione della geriatria, vista ovviamente da un punto di vista personale, come io ho assistito in questi anni e forse potrei dire decenni. La geriatria, come è già stato detto anche dagli illustri moderatori, muove da solide basi culturali e io vorrei cominciare proprio esaminando le basi culturali da quello che è il nostro maestro, il



prof. Antonini, nel 1973 ha così portato a compimento tutte le idee, lo scibile, le intuizioni che aveva accumulato e fatto presente al mondo scientifico negli anni precedenti e vorrei dire che, nel libro di 2 volumi fatto con il prof. Fumagalli, probabilmente la grande somma delle sue intuizioni trova un mirabile compimento nella prefazione di alcune pagine. Dice il prof. Antonini *“la geriatria è molto più che una semplice specializzazione che si occupa delle malattie del vecchio”* e qui fa riferimento al fatto che la geriatria deve mirare al recupero funzionale dell’anziano, al mantenimento della sua individualità e indipendenza nell’ambiente nel quale è chiamato a interagire. Subito dopo vorrei sottolineare quest’altro aspetto *“è estremamente difficile allontanare l’individuo dalla sua famiglia senza fargli soffrire il peso e i danni dell’isolamento”*. A questo proposito vorrei presentare una intuizione del prof. Antonini, ne ha realizzate tante, ne ha portate tante a compimento, ma io vorrei invece parlare di una intuizione, di un suo intendimento che è fallito e in questo mi aiuto con l’intuizione di un altro Maestro, quella del prof. Neri Seneri che, nel il volume degli 80 anni dell’Università di Firenze, scrive: *“questa impostazione concettuale spingerà Francesco Antonini nel ’82 ad acquistare una vettura ferroviaria in disuso che verrà ancorata di fronte al suo reparto e trasformata, non senza qualche sorrisino ironico di molti colleghi, in tante piccole confortevoli camere”*. Facendo piccole camerette Antonini poteva far dormire l’anziano con il coniuge o con chi abitualmente lo assisteva. Il suo concetto dominante infatti era che *“l’allontanamento dell’anziano dal suo ambiente familiare deve essere evitato il più possibile”*. Questa opera non fu portata a termine perché non gli attaccarono la corrente, l’acqua etc e questo vagone ferroviario dovette essere smantellato con, ovviamente, lo scherno di molti di quelli che operavano a Careggi. Voi vedete quale intuizione era questa realizzazione e l’importanza di questa intuizione la vedete dalla letteratura internazionale, nel 2006, sul New England Journal of Medicine viene scoperto che l’ospedalizzazione di un anziano è associata ad un’aumentata mortalità legata proprio alla lontananza dal coniuge. Questa grande intuizione, questo obiettivo che Antonini non riuscì a compiere ha trovato, dopo 20/25 anni, la consacrazione sul più importante giornale medico. Un altro dei fondamenti della nostra disciplina è il concetto di fragilità. Il nostro congresso dell’anno 2000 è stato intitolato dal Prof. Senin *“L’anziano fragile nel SSN”*. Il concetto di fragilità è una delle acquisizioni della nostra disciplina e qui vorrei anche sottolineare come a livello internazionale la ricerca ha potuto dimostrare che la fragilità è misurabile e qui ricorderete, non c’è bisogno di esaminare punto per punto, come è possibile misurare la fragilità in clinica. Noi sappiamo che la fragilità non è solo un fenotipo somatico, ma alla fragilità si può arrivare anche per fattori non somatici e direi molto importanti e per far questo io mi discosto dalla geriatria scientifica e voglio invece portare un contributo che non deriva dalla scienza, ma dalla letteratura. Un grande narratore Raffaele La Capria, napoletano, in questo libro del 2005, quando lui aveva credo circa 80 anni, riporta un episodio che è molto più significativo di qualsiasi lavoro scientifico, proprio a dimostrare come alla fragilità si può arrivare per fattori non fisici:

Quando per la strada vedo una di quelle vecchiette rinsecchite, piccole di statura che si guardano intorno con gli occhi smarriti come se il mondo fosse un grosso macigno che sta per abbattersi su di loro, quando vedo una di queste vecchiette storte e disperate penso a mia madre che era diventata così nell’ultimo anno della sua vita, l’ottantacinquesimo. E provo per quelle vecchiette una compassione, una tenerezza simile a quella che rivolgerei a mia madre se potessi incontrarla, e quando paragono la vecchietta che lei era diventata alla donna esuberante che lei era prima, prima di precipitare di colpo nella vecchiaia più tragica, ancora non riesco a capire come ciò sia potuto avvenire in così breve tempo. Soltanto un anno prima lei rideva, era sempre di buon umore e predisposta alla gioia, si divertiva a passeggiare nelle vie più eleganti del centro per guardare le vetrine o prendeva appuntamento con un’amica per andare a vedere un film, bastava poco a farla contenta. Dopo la morte di mio padre, parve all’inizio sollevata e come liberata, poi all’improvviso cadde nella vecchiaia come si cade in un fosso, anzi in un nero precipizio. Questo ancora oggi mi



impaurisce. Verso di lei ho un rimorso che non riesco a cancellare. Quando non ce la feci più a tenere in mano la situazione, perché in quel tempo io ero separato, c'era l'orario d'ufficio da rispettare e non avevo dietro le mie spalle una di quelle famiglie numerose dove trovi sempre chi ti dà un aiuto, dopo aver affidato mia madre a diverse badanti tutte inefficienti, costose e a lei antipatiche, dovetti arrendermi perché non sapevo più come fronteggiare quella sopravvenuta ed estrema forma di disagio, quell'umiliante marasma fisiologico che è una vera catastrofe per un vecchio. Fui costretto perciò ad affidare mia madre a una clinica dove c'erano infermieri adatti a un caso come il suo. Ma lei aveva sempre amato le sue stanze, era diventata una casalinga che si identificava con i suoi mobili, con i suoi cassetti, con le sue poltrone e solo in casa ormai si sentiva sicura. Strappata dalle sue stanze si chiuse in se stessa, si sentì abbandonata, alla mercè di tutto e si lasciò morire pochi giorni dopo il suo ricovero. La trovarono morta nel letto la mattina e quando io arrivai e la vidi era irriconoscibile, era come l'involucro essiccato, vuoto e accartocciato di un uccello. Era morta nella notte e io mi sentii in colpa di averla lasciata sola in quei momenti. Il senso di colpa verso di lei non mi ha più abbandonato e spesso nei sogni in molti modi lo rivivo.

Credo che questo brano illustri molto meglio di qualsiasi testo scientifico come alla fragilità si può arrivare per motivi non clinici, per motivi non fisici. Vorrei adesso sottolineare brevemente che cosa si intende per fragilità: “una condizione caratterizzata da età avanzata, patologie multiple o disagio psico-sociale, nella quale l'anziano riesce comunque al momento a mantenere una condizione di equilibrio instabile e ad essere autonomo utilizzando però al massimo le risorse del proprio organismo e dell'ambiente sociale in cui vive”. Nel momento in cui l'equilibrio si rompe, a causa di un nuovo evento sfavorevole o per l'esaurimento di qualcuna delle risorse, si ha un consistente rischio di morte, disabilità, ospedalizzazione e istituzionalizzazione. Questa della fragilità credo che sia un'altra grande conquista culturale della geriatria.

E adesso vediamo un altro punto importante: l'approccio clinico. Per sottolineare che cosa debba essere la geriatria nell'approccio clinico porto brevemente questo titolo che ho scelto per una mia lettura dall'amico Luigi Grezzana “La riconquista della medicina nell'uomo”. Credo che questo si possa considerare veramente l'approccio geriatrico nella clinica. E allora vorrei brevissimamente illustrare l'evoluzione del concetto di medicina nei secoli che essenzialmente conosce due momenti. L'era pre-malattia (Ippocrate, Galeno) in cui veniva dato molto valore all'influenza dei fattori psicologici e culturali sulla salute e l'obiettivo della diagnosi e della cura erano soltanto i sintomi - quindi un approccio non scientifico, ma molto umano - e l'era delle malattie, la scoperta dell'anatomia, della microbiologia, dell'anatomia patologica in cui si correlano i sintomi alle singole malattie. Ci sono progressi nel trattamento farmacologico e chirurgico e la diagnosi e il trattamento della singola malattia divengono il modello della medicina moderna. A dimostrazione di questo momento vorrei portare il dipinto di Manuel Jiménez Prieto (fine ottocento) che è la “Visita in ospedale” dove è raffigurato Jean-Martin Charcot che ausculta una paziente e, vediamo anche l'importanza di questo quadro, un neurologo che ausculta il torace. Qui vedete gli allievi, anzi ce ne sono due un pò distratti che probabilmente parlano di altro, ma per dire, per esemplificare questo momento importantissimo dell'evoluzione della medicina. Però vi sono dei limiti a questo approccio. Questo modello si sviluppa in un periodo in cui la vita media era di 47 anni, la maggior parte delle visite era legata a malattie acute. Oggi la vita media è di circa 80 anni, la maggior parte delle visite mediche è legata a patologie croniche e la sintomatologia non è riferibile a malattie, ma a problemi: il dolore, la debolezza, le vertigini etc. Ecco che in questa condizione vorrei portare la descrizione della famosa geriatra Mary Tinetti che dice che “il modello orientato per malattie è incentrato appunto sul trattamento della singola malattia, la base anatomo-patologica e tutti questi altri fattori vengono considerati di secondaria importanza e il primo obiettivo nel trattamento delle malattie è la sopravvivenza”. Questo, come dice Mary Tinetti, può portare al paradosso che la malattia migliora, ma il paziente peggiora o



muore. E allora quale è il modello geriatrico, integrato e ritagliato sull'individuo? Le decisioni cliniche sono incentrate sulla priorità del paziente, la salute non è solo il risultato della malattia, ma di fattori genetici, psicologici, sociali. La sopravvivenza è solo uno dei vari obiettivi del trattamento che deve comprendere anche la soddisfazione, la qualità della vita, l'autonomia del paziente e così via. E anche qui vorrei portare a dimostrazione di questo, di che cosa noi dobbiamo recuperare del passato, della medicina dell'ottocento, questo dipinto del pittore abruzzese Teofilo Patini, intitolato "*Pulsazioni e palpiti*" dove vediamo il medico, sconfitto, che sta per accompagnare negli ultimi minuti della sua vita il paziente, in un ambiente povero. Voi vedete che non abbandona il paziente, che ancora i familiari lo guardano con ansia e con speranza e il medico, pur non avendo più mezzi, fa l'assistenza ed è presente dal punto di vista emotivo. Questo non va sicuramente perso. Allora dobbiamo prepararci alla medicina del futuro che deve riunire il meglio dell'era precedente alle malattie con quella delle malattie e quindi creare la medicina della "Post disease-era". Questo credo che sia l'obiettivo della geriatria futura.

A questo punto abbiamo visto il fondamento culturale, abbiamo visto l'approccio clinico, dobbiamo adesso vedere quali sono le evidenze scientifiche. Tutti sanno come l'anziano ricoverato in ospedale per un evento acuto perde una gran parte della propria capacità, perde l'autonomia e diventa disabile. La medicina geriatrica ha dimostrato che questo decadimento può essere combattuto. Qui vedete una sperimentazione clinica, controllata e randomizzata nella quale viene dimostrato come l'assistenza in acuto, nella Unità Geriatrica per Acuti, riesce a prevenire, in misura significativa la disabilità alla dimissione a sei mesi e a un anno rispetto al trattamento tradizionale e voglio anche sottolineare come questi risultati sono stati ottenuti con piccoli numeri di pazienti. Quindi vuol dire che la metodologia è importante ed efficace. Con questo risultato dobbiamo fare solo reparti di geriatria? No. Questo vantaggio si ottiene soltanto nel gruppo degli anziani fragili che, fra tutti coloro che si affacciano ai nostri pronto soccorsi ospedalieri, non costituisce più dell'8-10%. Altro punto estremamente importante è la terapia intensiva, il cui disagio, il cui isolamento, il cui motivo di allarme è illustrato in questo disegno del pittore spagnolo Antonio Lòpez Garcia. Voglio sottolineare un contributo del nostro gruppo nel quale abbiamo valutato l'incidenza di scompenso cardiaco in pazienti ricoverati in UTIC in relazione alle visite di parenti e amici agli ammalati. Durante il regime di visita ristretta, come si usa nelle terapie intensive, un'ora o due al giorno, abbiamo una incidenza di scompenso cardiaco acuto (shock cardiogeno ed edema polmonare) dell'8.2%. Questa incidenza viene ridotta di cinque volte se noi lasciamo libere le visite dalle 14 alle 20. Un fattore di intervento soltanto di tipo sociale ha un'efficacia, probabilmente, molto maggiore di tutti i noti farmaci per la fase acuta dell'infarto. Qui si spiega anche perché questa ricerca ha colpito molto l'opinione pubblica come dimostrato dal fatto che diversi quotidiani hanno riportato questi risultati. Un altro punto estremamente importante dal punto di vista delle evidenze scientifiche, della pratica geriatrica è questa ricerca del gruppo dei Proff. Carbonin e Bernabei in cui è dimostrato che l'assistenza domiciliare integrata con la metodologia dell'intervento multidimensionale riesce a mantenere a casa un numero significativamente più elevato di soggetti anziani, malati e disabili. A questo punto vorrei riportare che cosa ha fatto la geriatria italiana nel periodo in cui era necessario un consistente sviluppo sulla scena dell'organizzazione sanitaria. La geriatria italiana ha ottenuto un'ottima produzione scientifica e si pone in un'ottima posizione tra le varie discipline scientifiche, alla pari o anche sopravanzando discipline notoriamente molto attive. Il British Medical Journal, al compimento dei 166 anni, da quando il giornale fu fondato, ha fatto un'inchiesta chiedendo ai lettori quali erano le 15 maggiori scoperte nella storia della medicina durante questi 166 anni. Accanto all'anestesia, accanto agli antibiotici, accanto ai vaccini o accanto all'immunologia è stata posta l'Evidence Based Medicine. Quindi ci attendremmo che la dimostrazione dell'efficacia della geriatria in vari contesti assistenziali dovrebbe avere un'attuazione nella rete assistenziale italiana ed europea. Allora andiamo a vedere qual è la rete assistenziale. Questa è l'evoluzione delle unità geriatriche per acuti in altre parole il numero



dei letti della geriatria. Voi vedete una desolante riduzione dei posti letto di geriatria. L'unico aumento è avvenuto a Perugia, ma è un contributo positivo fallace perché questo ha comportato soltanto l'aumento di 10 posti letto. Questo è solo per l'Italia? Vediamo che cosa succede nel resto del mondo. Negli Stati Uniti si dice che non sono più necessari i letti di geriatria. In Francia viene pubblicato questo libro di Régis Debray, intitolato *"Fare a Meno dei Vecchi. Una proposta indecente"*, su cui ritornerò fra un po', che è un filosofo di Lione che ebbe grande notorietà perché era un ammiratore e un compagno di Che Guevara. Ora fa solo il filosofo e osserva che la geriatria resta una specialità marginale, disprezzata e secondaria con soltanto 60 posti letto a Parigi, ma credo che siano ridotti perché questo libro è stato pubblicato in Italia nel 2005. Allora è questa l'applicazione dell'evidence based medicine e che cosa ci aspetta in futuro? Porto un'opinione di una personalità importante, Umberto Veronesi, che dice *"La mia ricetta per una sanità che funzioni"* e qui da un altro articolo su Repubblica *"Il modello da raggiungere in Italia e in tutto il mondo è una rete limitata di ospedali ognuno con massimo 400 posti letto ad altissima tecnologia, ad altissima specializzazione e – guardate – a rapidissimo ricambio"*. Vorrei sapere se in questo modello c'è posto per gli anziani con una polmonite, con un infarto, con un deterioramento cognitivo transitorio o un delirium associato alla malattia acuta. Io credo che questa non sia la direzione giusta. Viene sempre detto che non ci sono soldi per la sanità e non ci sono in particolare soldi per i vecchi. Vorrei vedere se questo è vero. Questa è una statistica del 2000 in cui la spesa sanitaria italiana è l'ultima dei paesi europei così come la spesa sociale. Nei dati più aggiornati del 2006, la spesa è aumentata, però è aumentata anche in tutti gli altri paesi europei per cui l'Italia è sempre buona ultima. A questo punto non per qualunquismo, ma soltanto per far vedere come stanno le cose vorrei ricordare che il deficit legato alla spesa pubblica ha raggiunto il record di 50,1 ed è in continuo aumento, in soli due anni potete vedere che cosa è successo. Allora mi domando se qui non ci sarebbe stato posto per un più adeguato investimento sanitario. Allora che cosa succede per i nostri vecchi? Chi li assiste? Le badanti. Il badantato è stato definito la *défaillance* dell'assistenza pubblica che ha portato le famiglie a comportarsi come imprenditori, costrette a rivolgersi al mercato internazionale del lavoro molte volte clandestino, per ottenere prestazioni assistenziali a prezzi contenuti. Vorrei mostrarvi una vetrata di una chiesa di Pistoia dove il pittore Sigfrido Bartolini ha così interpretato *"Visitare gli infermi"*. Credo che questa vetrata suggerisca due o tre cose. Intanto che la visita agli infermi viene demandata. I parenti non vanno a visitare gli infermi, ma demandano. A chi? Qui dai caratteri somatici e dal colore dei capelli si identifica quella che era la badante della suocera di Sigfrido, era un'ucraina e allora questo concetto è arrivato all'attenzione degli Stati Uniti. Questo è il Christian Science Monitor di marzo dove dicono che l'alternativa alle strutture assistenziali per anziani sono le badanti ucraine a Perugia, ma credo in tutta Italia.

A questo punto voglio portare un altro concetto. Di chi è la colpa, dei geriatri che non sono bravi? Di chi è la colpa, dei politici che non trovano i finanziamenti? E la società intera ha qualche colpa? E' passiva oppure è a favore degli anziani? Vorrei introdurre questo concetto. Che cosa fa la società per gli anziani? A questo proposito vorrei portare la locandina di un film che ha avuto un grande successo *"Amici miei – atto III"* del 1985, dove tutto il film è poggiato sulla satira e sull'umorismo, sulla presa in giro di anziani disabili o che zoppicano o che hanno la parola non pronta o che hanno l'affanno o che hanno l'incontinenza urinaria. Io sfido chiunque – sono appassionato di cinema – ma non ho, nella mia testa, nei miei libri e nei miei DVD, trovato nessun film che prenda in giro qualche altro tipo di ammalati. Non ho trovato un DVD che prenda in giro i malati con colite ulcerosa o con scompenso cardiaco. Questo invece non solo è tollerato dalla società italiana del *"politically correct"*, ma addirittura ha avuto un grande successo e tutti lo avrete visto proiettato innumerevoli volte sui canali televisivi. E quindi questo credo che sia un punto della società tanto che alcuni artisti che come sempre hanno un'accentuata sensibilità verso i cambiamenti – qui riporto il libro di Régis Debray *"Fare a meno dei vecchi. Una proposta indecente"*, in cui, in maniera sarcastica,



propone –questa la proposta indecente- di trovare un posto dove mandare tutti gli anziani appena compiuto il 65° anno di età. Un posto della Francia molto scosceso, con forti escursioni termiche in estate e in inverno, leggo quello che dice “...poche e malmesse vie d’accesso e di fuga e nessun aeroporto...” e questo ha avuto molto successo. Credo che questa sia veramente una proposta indecente, ma in una certa parte realistica. E ancora questo scrittore argentino, collega di Borges, che ha intitolato “*Diario della guerra al maiale*”, scritto nel ’69 sull’ondata della rivoluzione giovanile. La guerra al maiale vuole dire la guerra all’anziano che veniva chiamato dai giovani “maiale” perché l’erotismo dell’anziano faceva schifo. Allora che cosa dice Bioy Casares? Dice che ad un certo momento gli anziani intralciavano i giovani, intralciavano il traffico, intralciavano la vita sociale per cui hanno cominciato ad ammazzarli e a bruciarli e allora ad un certo momento, in questa situazione, lui ne dà anche una spiegazione filosofica o se volete psicologica, vi leggo le due righe che spiegano l’aggressività verso i vecchi: “*In questa guerra i ragazzi ammazzano perché odiano il vecchio che loro stessi saranno, un odio di persone spaventate. Così i ragazzi combattono con i bastoni e il fuoco il loro stesso futuro, il proprio ripugnante declino*”. Credo che questa sia la verità e allora ci spieghiamo molte cose, ci spieghiamo per esempio perché la Fondazione del Meyer a Firenze accumula ogni anno miliardi e io che faccio parte di una Fondazione per l’aiuto ai vecchi, fondata alcuni mesi fa, con le donazioni non siamo ancora riusciti a pagare il notaio.

E’ vero come dicono questi autori che i vecchi sono spregevoli e inutili? E soprattutto è questo il modello di società? Per capire se questo è il modello di una società futura voglio ritornare all’epoca d’oro della civiltà mondiale e mi riferisco al Rinascimento e qui voglio proiettare questa foto della “*Cavalcata dei Magi*” di Benozzo Gozzoli nel Palazzo Medici Riccardi. Qui c’è Lorenzo il Magnifico, da giovane, all’età di 10 anni, e qui viene rappresentato (questo dipinto è del 1459) Piero il Gottoso che in quel momento aveva il potere dei Medici e vedete accanto Cosimo Pater Patriae. Piero il Gottoso aveva 43 anni e Cosimo 70, il vecchio è in seconda fila, il primo è Piero sul cavallo bianco, in secondo piano c’è Cosimo che è su una mula, perché la mula è meno bizzosa e più facile da guidare. Però guardate la dignità, se si vedessero solo le facce, a parte i capelli bianchi, fra i due credo che il più vispo e il più intelligente sarebbe Cosimo e voi vedete anche il rispetto, è il secondo ma ha anche una ricca bardatura della cavalcatura. Penso che noi dobbiamo rifarci a questo, non ai modelli che vengono proposti per il futuro. A questo punto voglio sapere e mi domando e domando a voi se veramente il vecchio è spregevole e inutile e deve essere messo da parte. Mi rifaccio ancora una volta ad una grande creatura del prof. Antonini “*L’età dei capolavori*” e voglio proporvi quello che è il dipinto “*L’incoronazione di spine*” di Tiziano fatto nel 1542, a 52 anni, un dipinto mirabile, bellissimo che lui ripete a 80 anni. Non è la copia, la ripetizione passiva, ma è un enorme passo avanti. Il primo è bello, sembra una foto, tutto levigato, qui vedete che in questi trent’anni quale invenzione che c’è, quale nuova conquista, vedete che qui il colore è preparato sulla tavolozza e poi scelto e poi posto sulla tela nella maniera voluta. Nel secondo vedete il colore è posto direttamente sulla tela, e non dalla tavolozza, e vedete questo colore livido delle figure e vedete come l’attenzione è posta sulla corona di spine, mentre nel primo uno viene distratto dai colori dei panni e dalla figura anatomica dei personaggi. Quindi sicuramente il vecchio non è inutile, ma è capace di grandi innovazioni e se non vogliamo andare solo nel campo dell’arte, questo è un articolo del Corriere della Sera -ho voluto portato anche il Corriere della Sera se no sempre la Repubblica sono stato tacciato, dall’attuale Preside, di eccessivo sinistrismo- che dimostra che gli anziani sono capaci di apprendere. Praticamente tutti sanno usare il cellulare, ma vorrei soprattutto sottolineare il fatto che gli anziani nel 75,4% hanno imparato ad usare il computer e nel 66% dei casi a navigare in Internet. Ed ancora a livelli meno organizzati, meno artistici, ma importantissimi, vorrei far vedere il ricamo che questa signora di 87 anni è riuscita a fare da sola e con che arte e con che capacità visiva. E ancora vorrei far vedere che cosa ha saputo fare questo mio paziente 85enne affetto da scompenso cardiaco in terza classe New York Heart Association e che ha fatto tutta la vita l’intagliatore e che mi ha regalato questa cornice di



pino cembro tutta lavorata a mano che io non ho avuto il coraggio di riempire con un'immagine perché credo abbia un significato enorme e sia di una grande bellezza. E infine vorrei far vedere la vitalità degli anziani. Questa è una foto che mi ha regalato il dott. Ungar – lui va spesso in giro per il mondo e lascia a casa me – è andato a Barcellona e ha ripreso questa scenetta. Questi non sono due pazzi, sono due vitalissimi anziani che stanno ballando perché c'è un'orchestrina di strada. Quindi vedete la vitalità e la gioia di vivere di questi anziani. Allora io credo che il modello non sia quello preconizzato e percepito, non inventato, ma percepito dagli artisti.

Io sono arrivato alla fine e in conclusione voglio dire che la geriatria ha solide basi culturali, ha uno specifico approccio clinico, ha fornito le evidenze scientifiche, ma non ha ancora un'adeguata rete assistenziale geriatrica e soprattutto non ha saputo promuovere un'immagine giusta dell'anziano. Allora alla fine di questa lettura e alla fine di questo percorso universitario in geriatria, che cosa posso augurare? Che per affermare definitivamente la geriatria abbiamo bisogno di giovani geriatri carismatici in grado di uscire dalla chiusa realtà scientifica e clinica ed aprirsi alla società civile per una efficace affermazione della persona anziana. Al termine voglio ancora fare due brevi considerazioni. La prima un ringraziamento ai meravigliosi compagni di viaggio che in questi venti anni mi hanno accompagnato e qui sono riportati gli specializzandi e i medici che in questi quasi venti anni sono stati i miei, ripeto ancora, meravigliosi compagni di viaggio. A questi voglio includere anche tutto il personale non docente affezionatissimo che ha seguito me e il mio gruppo in tutto questo periodo di lavoro. La seconda osservazione che voglio fare è il mio compiacimento nell'affidare ad un geriatra vero e carismatico, quale Niccolò Marchionni, questo gruppo e, se mi consentite, anche la mia segretaria.

Roberto Bernabei:

Gli abbiamo fatto capire quanto gli vogliamo bene e quanto gli siamo grati. Finiamo con una piccola testimonianza. Giulio Masotti è veramente persona degna di Firenze e della Toscana. Firenze e la Toscana hanno fatto in parte il mondo, ma Firenze negli ultimi anni ha prodotto personaggi di grandissimo livello -pensate a Don Milani, pensate a La Pira, pensate a Balducci- e credo che Giulio Masotti sia esattamente la persona che si inserisce in questa tradizione. Non l'ho mai visto in tutti questi anni dire o fare una cosa se non per il desiderio di perseguire il bene comune. Non gli ho mai visto fare cose per sé, per esibire se medesimo o per interessi personali, solo gli interessi della sua scuola, di questo paese e della sanità di cui si è occupato.

Niccolò Marchionni:

Voglio solo dire che il prof. Masotti ha preso un gruppo caratterizzato da fantasia, entusiasmo impresse dalle intuizioni di Francesco Antonini, però anche molto caotico e un po' selvatico e l'ha trasformato, senza uccidere fantasia e intuizioni, in un gruppo ordinato, operoso e credo che sia inserito bene nell'alveo dell'accademia italiana non solo della geriatria. Il più grosso complimento che mi sento di fargli è che di solito gli allievi hanno smania di vedere il maestro partire verso la pensione invece noi siamo talmente rammaricati del fatto che si pensioni che per non perderlo del tutto, d'accordo con il prof. Gensini, Preside fino a venti giorni fa, e il nuovo Direttore del Dipartimento di Area Critica, la prof.ssa Abbate, lo proporremo presto al Consiglio di Facoltà ed al Preside per la nomina di Emerito della Facoltà medica di Firenze, questo consentirà di averlo ancora tra noi con ruolo diverso, un ruolo quasi pontificale.



Question time con il Sen. Ignazio Marino Presidente della Commissione Sanità del Senato

Bernabei:

Chi è Ignazio Marino? Mi permetto di leggere un appunto per dirvi, per chi non lo conoscesse, qualche cosa in più rispetto a quello che magari si vede in televisione e sui giornali. Ignazio Marino è specializzato in trapianti d'organo, nato a Genova nel 1955, trasferitosi a Roma a 14 anni dove ha studiato medicina all'Università Cattolica, la stessa Università da cui provengo io e ha poi lavorato per alcuni anni al Gemelli. Agli inizi degli anni '80, per specializzarsi nella chirurgia di trapianti d'organo, ha lasciato l'Italia per studiare in Gran Bretagna a Cambridge e poi negli Stati Uniti a Pittsburg, che come sapete è il cuore pulsante del mondo dei trapianti in quegli anni. Nel 1992 ha partecipato ai primi ed unici due trapianti di fegato da babuino ad uomo della storia, un anno dopo gli è stato affidato l'incarico di co-direttore del Centro Trapianti del Veterans Affairs Medical Center, l'unico Dipartimento per trapianti di fegato appartenente al governo. Nel '99 spinto dal desiderio di mettere a frutto in Italia l'esperienza maturata all'estero è rientrato per fondare e dirigere un centro trapianti multiorgano nel sud a Palermo. Dopo aver avviato i programmi di trapianti di fegato e di rene da cadavere e da donatore vivente, nel 2001 ha eseguito il primo trapianto italiano su un paziente sieropositivo. Nel 2003 ha ripreso la via degli Stati Uniti e si è trasferito a Philadelphia per dirigere il Centro Trapianti del Jefferson Medical Center, una delle più antiche università americane. La lontananza geografica non gli ha fatto perdere i contatti con l'Italia a cui è rimasto legato partecipando al dibattito pubblico attraverso riviste di riflessione politica come "Italianieuropei" o "Micromega" e collaborando regolarmente con l'Espresso (su cui attualmente cura una rubrica mensile "Punto critico") e la Repubblica. Nel 2005 ha pubblicato il suo primo libro "Credere e curare", un saggio sulla professione medica e sulla crisi di un mestiere che è cambiato e che rischia di perdere il suo senso più profondo: quello della missione e della solidarietà verso gli esseri umani. Sempre nel 2005, ha fondato Imagine Onlus - Improving Medicine and Growing International Networks of Equality, un'associazione no-profit che opera nel campo della solidarietà internazionale con particolare attenzione alle tematiche della sanità. Nel 2006 ha deciso di tornare in Italia, candidandosi alle elezioni politiche. E' stato eletto senatore nell'aprile del 2006 come indipendente con i Democratici di Sinistra e, attualmente, ricopre l'incarico di Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato. La prima domanda è: "Ma chi te lo ha fatto fare?"

Marino:

Sicuramente è stato difficile decidere. E' stato difficile per tanti motivi, anche perché come immagino tutti potete capire, dopo diciotto anni -perché questo è il tempo complessivo di vita che ho passato negli Stati Uniti- uno un po' si americanizza, si abitua a un modo di vivere anche all'interno di un'Università. Ho sempre lavorato solo in ambiente accademico e questo è il mio primo lavoro in ambiente non accademico: è la prima volta che il mio superiore non è un preside. Ci abbiamo pensato molto, io e la mia famiglia, ho una moglie e una figlia di quindici anni, poi alla fine devo dire che la persona che più mi ha convinto a fare questo passo è stato Giuliano Amato, una persona che stimo molto. Certamente non è stato lui il primo a propormelo però è stata sicuramente la persona che ha avuto le parole più decisive dicendo che se tutti quelli che hanno accumulato, non dico delle esperienze superiori, ma delle esperienze diverse, nel momento in cui si chiede loro di confrontare queste esperienze per cercare di cambiare il nostro sistema nel campo della salute, della ricerca, della formazione universitaria e non lo fanno, allora poi non ci si può lamentare. Io credo, con un senso di umiltà, ma anche di consapevolezza, di aver vissuto in sistemi diversi e penso che un servizio sanitario come il nostro possa essere modernizzato in molti aspetti e possano essere cambiati proprio alcuni aspetti che lo rendono sicuramente uno dei migliori servizi sanitari del mondo -questo è un dato



abbastanza noto- ma ne fanno anche un servizio sanitario che ha un bisogno disperato di una modernizzazione.

Bernabei:

Dopo questo inizio procederemo così. Ho chiesto ai membri del Consiglio Direttivo di fare delle domande che veicolo io a Ignazio perché credo così di rendere le cose un pochino più veloci. La prima parte è dedicata ai grandi temi e comincio subito con il problema della “fine della vita”. Il prendersi cura dell’anziano fino alla fine, accompagnandolo nella fase terminale richiede tutta una serie di competenze dall’uso dei farmaci, alla comunicazione, alla gestione di una assistenza umanizzata. C’è un problema di formazione. Come affrontare la formazione, quali sono i nodi, i punti, i suggerimenti che ci puoi dare?

Marino:

Non ho suggerimenti, ma il modo con cui ho impostato il mio lavoro, in questo anno e mezzo, è quello di ascoltare chi questo lavoro lo fa sul campo e ovviamente chi lo fa in Italia, lo fa con dei parametri sicuramente diversi da quelli di ogni altro paese. Io credo che i punti di riferimento debbano essere due, uno quello di ascoltare le persone -i medici e gli infermieri- e comprendere esattamente quali possono essere le idee che vengono da chi effettivamente è un operatore sul campo nel nostro paese. Queste non sono solo parole, molti medici hanno partecipato durante il 2007 a una serie di riunioni che io ho voluto al Senato della Repubblica perché dovevamo, come probabilmente ricorderete, trovare un modo per avere una legge sulla libera professione dei medici che lavorano all’interno delle strutture pubbliche. All’inizio, quando mi sono trovato questa patata bollente nell’agenda dei lavori, mi sono reso conto che c’era una conflittualità enorme, una conflittualità legata anche alle soluzioni che venivano proposte e ai vari punti di vista. Ho pensato che il modo migliore era ascoltare i medici, ascoltare chi lavorava all’interno dell’ospedale e nello stesso tempo raccogliere dei dati. Abbiamo fatto un’indagine conoscitiva che credo sia la più completa che sia mai stata fatta nel nostro paese sulla libera professione dei medici che dipendono da una struttura pubblica e alla fine, attraverso quel percorso, siamo riusciti nonostante una situazione a voi ben nota, di un Senato della Repubblica dove c’è una divisione estrema tra le parti e dove c’è una differenza, se escludiamo i senatori a vita, di due o tre voti a seconda delle circostanze, ad approvare una legge all’unanimità. Trasferita alla Camera, in soli sei-sette giorni, e questo è un record per il nostro paese, è stata approvata e pubblicata il 6 agosto del 2007 nella Gazzetta Ufficiale. Io credo che questo obiettivo è stato centrato soprattutto perché si sono coinvolte direttamente le società scientifiche, i medici, i sindacati, in maniera costruttiva. Ho chiesto ad ognuno “*dite, proponete quali vi sembrano le soluzioni migliori, quali vi sembrano i percorsi migliori*” e credo che questa sia la strada da seguire anche per la formazione. Prima uno dei miei maestri, maestro anche di Roberto, il Prof. Carbonin mi ha detto, mentre ascoltavamo la lettura magistrale del prof. Masotti, una frase molto semplice “*forse bisognerebbe fare dei reparti ospedalieri per gli anziani un po’ come nel passato li abbiamo fatti per la pediatria, con le stanze per i familiari*”. Credo che nella sua semplicità non sia un’idea così sbagliata. Io appartengo a una generazione, forse mi metterete a ridere, dove il reparto di pediatria del Policlinico Gemelli –non so neanche se Roberto conosce questa vicenda- è stato realizzato in un’area dove si immaginava di mettere i malati di mente, ma siccome c’era stata la legge Basaglia da pochi anni, stiamo parlando della fine degli anni ’70 e l’inizio degli anni ’80, quel reparto, che era stato costruito proprio per la tipologia delle persone che doveva ospitare, senza spigoli, infatti se lo andate a vedere le pareti finiscono sempre in maniera arrotondata, fu il primo reparto che io vidi nella mia vita con le stanze per le mamme e per i familiari. Roberto è stato così gentile da ricordare un libro, che ho pubblicato per Einaudi nel 2005, dove appunto sostengo, così come lo ha sostenuto con molta chiarezza il prof. Masotti, che effettivamente uno degli aspetti principali che noi dobbiamo recuperare, è di capire che la tecnologia di cui



disponiamo oggi, non deve essere un fine, ma deve essere uno strumento per quello che rimane il ruolo e l'aspetto principale del rapporto medico-paziente. E' su questo aspetto che forse dobbiamo reinvestire, cioè la costruzione di un rapporto umano, di un rapporto profondo e sono inoltre, devo dire, un grande sostenitore dell'idea che dobbiamo anche cambiare alcune delle cose come l'aspetto che è stato brevemente ricordato delle terapie intensive, delle rianimazioni aperte che sono importanti in tutte le fasce d'età, ma in alcune lo sono ancora di più. La presenza di una persona cara, di una voce familiare, sicuramente, almeno io ne sono assolutamente convinto, è importantissima. Quando penso a questi aspetti mi ricordo sempre un episodio che per qualche motivo mi è rimasto nella mente più di altri. Alcuni anni fa trapiantai un paziente di fegato di 72 anni, che è un'età abbastanza avanzata per un trapianto di fegato, aveva una famiglia, come capita spesso negli Stati Uniti, che viveva molto lontana, viveva alcune centinaia di chilometri dalla nostra struttura, il Jefferson Medical College. Un giorno mi trovai alle spalle di una mia giovane collaboratrice, peraltro molto preparata, brava, sicuramente tecnicamente capace che entrò dentro questa stanza, guardò tutti i parametri, fece tutto quello che un bravo medico, preparato deve fare, ma non parlò, non disse una parola a questo signore -si chiama Edward- e uscì. Io mi fermai e rimasi molto colpito, ho ricordato questo episodio proprio adesso quando Roberto mi ha chiesto della formazione. Rimasi molto colpito della risposta che questo giovane chirurgo mi diede. Le chiesi *“Perché non gli hai parlato”* e lei mi rispose *“Io sono stata formata per fare bene il mio lavoro dal punto di vista tecnico non per socializzare con i pazienti”*. Questo mi colpì moltissimo perché effettivamente è forse un errore che dipende appunto da chi forma le nuove generazioni dei medici.

Bernabei:

Non c'è dubbio. Una risposta terrificante.

Rimaniamo su questi temi: il discorso delle direttive anticipate. Con chi farle? Chi è il responsabile? Chi è il medico, è il medico di famiglia?

Marino:

Questo è ovviamente un discorso molto ampio. Come alcuni di voi sanno il Ministro della Salute, due settimane fa, ha presentato in Consiglio dei Ministri un disegno di legge sull'ammodernamento in Sanità dove chiede, e questo ovviamente dipenderà dal parlamento, una delega per riorganizzare tutto il lavoro e tutta l'attività dei medici di famiglia sul territorio. Penso che non possiamo neanche immaginare, con i limiti che hanno e che ci sono stati illustrati pochi minuti fa, degli ospedali supertecnologici se poi non abbiamo una rete territoriale dove questi pazienti, di qualunque età, vengono assistiti. Per quanto riguarda le dichiarazioni anticipate di vita io credo che il medico di famiglia dovrebbe essere un punto di riferimento, certamente lo dovrebbe essere soprattutto se riusciamo a restituire al medico di famiglia quel ruolo importantissimo di persona che con familiarità, con confidenza, con affetto segue le persone nelle varie fasi della loro vita. Credo comunque che una figura debba esistere perché se è difficile per me scrivere delle dichiarazioni anticipate di vita, immaginando quello che posso o che vorrei avere come livelli di terapia, è chiaro che questo è molto più difficile per qualunque cittadino che non abbia una formazione di carattere medico. Penso però che offrire ai cittadini la possibilità di dare delle indicazioni sulle terapie che vogliono o che non vogliono alla fine della vita e soprattutto la possibilità di nominare, quello che io nella legge ho indicato come un fiduciario, ma il nome si può anche cambiare se non piace, insomma qualcuno che discuta con i medici, nel momento in cui noi non siamo più nelle condizioni di farlo, e discuta su che cosa è più opportuno fare se ad esempio è opportuno proseguire con delle terapie o no. Questo è un principio in cui io credo tantissimo. C'è uno studio condotto dall'Istituto Mario Negri, quindi uno degli istituti più importanti del nostro paese, su 310 rianimazioni italiane -sono 400 e quindi uno studio molto significativo- che dimostra che nelle ultime 72 ore di vita nel 62% dei casi è in genere il medico



responsabile in quelle ore del reparto che decide di procedere verso quella che loro chiamano una desistenza terapeutica. Ora assolutamente ritengo che sia probabilmente quasi sempre, se non sempre, fatto in scienza e coscienza, ma se devo essere sincero se fossi io nella situazione di quel paziente preferirei che si tenesse anche conto di quelle che sono le mie indicazioni o le indicazioni di una persona di cui mi fido, di una persona che amo, di una persona che mi ama. Tutto sommato credo che quella sia la decisione più importante che uno può prendere nella propria vita e se non la può prendere da solo penso che sia molto meglio farla prendere ai medici, che evidentemente hanno la competenza, ma insieme a qualcuno che ci conosce, che sa se amiamo il mare o la montagna, se ci piace la musica o ci piace fare una passeggiata, insomma qualcuno che sappia quello che per noi è vita, che ci conosca nel nostro intimo. Molto meglio che affidarlo a qualcuno che magari ci ha ricoverato già intubati e in una condizione in cui non ha nessuna possibilità di interazione umana. Penso che questo sia un percorso di civiltà e credo che dobbiamo farlo anche nel nostro paese.

Bernabei:

L'alimentazione artificiale, una storia annosissima, ma di cui ti chiedo di fare il punto: terapia medica e quindi sospendibile o assistenza di base e quindi no?

Marino:

E' evidente che io essendo un medico, essendo un chirurgo ho una convinzione, come si direbbe negli Stati Uniti, sono fortemente "opinionated" su questo tema....

Bernabei:

...ti interrompo solo un attimo per dire che per noi c'è il problema delle famiglie del demente terminale con la peg, classico. Ecco partì da lì.

Marino:

Devo dire che in Commissione Sanità, dove come sapete questo tema si sta affrontando da circa un anno, abbiamo un gastroenterologo che ha passato molti dei suoi anni a posizionare peg, soprattutto nei pazienti anziani nella città dove era primario, e con molta forza spiega, quando interviene in discussione, come lo ritenga un errore. Cioè il fatto che si debba, attraverso uno strumento tecnologico e attraverso una nutrizione che è assolutamente artificiale, prolungare una vita senza avere nessuna possibilità, dal punto di vista pratico, proprio per le pressioni che spesso ci sono da parte dei familiari, di sospendere una terapia oppure di non iniziarla. E' chiaro che oggi il posizionamento di una peg non si fa più nel modo in cui si eseguiva venti anni fa, oggi è una manovra endoscopica assolutamente semplice, però è effettivamente una manovra chirurgica, tanto che se io in questo momento ne avessi bisogno, per qualunque motivo, e sono cosciente, se non firmo un consenso informato nessuno me la può mettere. Ecco allora è chiaro che il discorso secondo me si sposta sulla necessità di poter avere delle indicazioni da quel paziente in un momento in cui può concentrarsi su quello che potrebbe significare avere una peg e non avere nessuna concreta possibilità di recupero dell'integrità intellettuale. Credo però, e questo lo voglio dire con molta chiarezza, almeno stiamo cercando di muoverci in questa direzione, che non si vuole fare una legge che sia sospensiva soltanto di alcuni strumenti, se qualcuno intende non indicare nulla o se qualcuno intende invece indicare che, anche in una situazione terminale, vuole utilizzare le risorse che la scienza e la tecnica mettono a disposizione, credo che in un paese come il nostro questo debba esser consentito. Per paese come il nostro intendo dove la sanità è fortunatamente basata sul criterio di equità, di accesso e di solidarietà. Però credo che dobbiamo anche tener presente l'art. 32 della costituzione che dice con chiarezza che non si può sottoporre a una terapia qualcuno che non voglia essere sottoposto a quella terapia. Penso che la nutrizione diventerà in Parlamento il nodo finale del disegno di legge, immagino che su questo punto una parte del



Parlamento sarà contraria e credo che sarà contraria soprattutto se la legge dirà che si possono sospendere anche nutrizioni enterali che sono già in atto. Probabilmente la maggior parte invece dei membri del Parlamento sarà d'accordo sull'ipotesi che se qualcuno indica che non vuole il posizionamento di una peg o comunque non vuole intraprendere una nutrizione artificiale ha il diritto di poterlo indicare.

Bernabei:

In "Credere e curare" tu fai una lunga riflessione sul problema dell'umanizzazione a fronte della tecnologia che ormai è così imperante. Noi abbiamo poi il problema ulteriore che dobbiamo affrontare i malati vecchi con patologie croniche, quindi il disastro di dover conciliare umanità e DRG. Che strade intravedi?

Marino:

Ho una fortissima convinzione, riportata anche in questo testo molto complesso che ha un indice lunghissimo del disegno di legge al quale facevo riferimento prima, ed è quella che nei DRG vada in qualche modo indicato anche il tempo che si dedica a un paziente. Non è possibile che una procedura che viene fatta in 5 minuti o una visita che viene fatta in 10 minuti venga valutata, dal punto di vista economico, come una visita o una discussione con un paziente che dura 45 o 60 minuti. Credo che il meccanismo, secondo me, premiante rispetto al tempo, all'umanizzazione che si ha nel rapporto con il paziente deve essere introdotto nella nostra medicina perché altrimenti si continua ad andare su quella deriva che io descrivo anche nel libro e della quale sono perfettamente convinto. Quello che è accaduto secondo me è che noi tutti a un certo punto ci siamo un po' distratti, concentrati più nelle nostre attività che possono essere attività cliniche d'eccellenza, attività d'insegnamento, attività di ricerca e abbiamo lasciato che l'organizzazione dell'ospedale moderno fosse affidata, ma non è solo un problema italiano è un problema di tutti i paesi, a specialisti di organizzazione aziendale. E' chiaro che con quel tipo di criterio è sfuggito un po' di mano l'importanza del rapporto umano tra medico e paziente e quindi anche la valorizzazione del tempo tra medico e paziente. Credo che questo debba essere assolutamente riaffrontato come sono fortemente convinto che anche nella revisione contrattuale con i medici del servizio sanitario pubblico debba essere introdotto un meccanismo che premia i migliori, la qualità dei risultati e diciamo gli outcomes devono essere valutati e deve esserci anche un meccanismo premiante sia in termini di carriera che in termini economici nei confronti di coloro che ottengono dei risultati migliori. Questo credo sia l'unico modo per modernizzare il nostro Servizio Sanitario dal punto di vista dei professionisti e anche di utilizzare dei meccanismi che portano le persone ad essere incentivate e ad essere premiate quando fanno qualcosa di migliore rispetto ad altri.

Bernabei:

Come ti sei trovato tornando da un paese come gli Stati Uniti dove il livello di organizzazione e di metodologia proprio nell'affrontare le cose che è certamente maggiore di quello che c'è in Italia? A me colpisce sempre il fatto che a Roma, nelle quattro Scuole di Medicina, ci siano oltre 30 pediatri e solo 7 geriatri, ma non per un discorso di corporativismo, semplicemente per segnalare i ritardi, il non affrontare i problemi è trasversale. La mula che citava Masotti a me faceva venire in mente "ma perché la Fiat non fa una macchina facile, dove si entra facilmente senza dire che è per i vecchi" probabilmente dopo la venderebbe anche di più oppure "perché l'Italia non è diventata una specie di laboratorio naturale dove sviluppare le tecnologie per la vecchiaia e quindi magari esportare queste?" Che ragione te ne sei fatta?

Marino:



Sicuramente gli Stati Uniti sono un paese molto organizzato però quando si parla di geriatria, della fase più avanzata della vita, devo dire che l'Italia è un paese migliore. Io davvero non pensavo di ritornare in Italia adesso però ho sempre affermato che non avrei voluto rimanere da 70enne negli Stati Uniti, perché effettivamente nel momento in cui esci dal ciclo produttivo sei assolutamente fuori. Ricordo, anche se questo c'entra poco con la domanda ma serve a dare un'idea, le tante figure importantissime del mondo universitario, del mondo accademico americano che, nel momento in cui lasciavano, neanche i giovani li salutavano più e venivano relegati nella stanza più piccola dell'istituto, se gliela davano. Questo mi ha ferito sempre molto perché penso che invece sedersi con un docente anziano ed ascoltare come alcuni percorsi sono stati fatti è sempre un'esperienza gratificante per tutti. Credo che il problema dell'organizzazione e di una, fino adesso, opportunità perduta del nostro paese sia legato al fatto che purtroppo si investe poco in innovazione e ricerca. Se si investisse di più probabilmente dovrebbe essere un ottimo laboratorio per, come dici tu, un automobile, penso anche a un cellulare più adatto a un anziano o anche semplicemente ad un sistema televisivo più facile e non con tutti quei comandi complicatissimi che già io devo chiamare mia figlia di quindici anni per cercare quello che mi occorre. Battute a parte, credo che il problema sia dell'investimento. Prima il prof. Masotti ha fatto vedere le percentuali sul Pil della spesa sanitaria, ma sono ancora più demoralizzanti le percentuali sul Pil degli investimenti in ricerca e innovazione. Noi siamo intorno all'1.1% del Pil quando l'obiettivo europeo dovrebbe essere 2,5 e ci sono paesi che hanno superato il 4% del Pil in investimenti per ricerca e innovazione. Uno di questi è il paese da dove viene prodotto il telefonino che la maggior parte degli italiani hanno in tasca. Se ci chiediamo il perché viene da quel paese che è anche più piccolo del nostro, la risposta è perché proprio in quel paese si sono investiti molti più soldi in ricerca e innovazione. Questo poi evidentemente si riflette su tutti gli aspetti della nostra vita, anche sulla vita degli anziani.

Bernabei:

Ieri sera è successo questo fatto -l'avrai letto sui giornali- del signore di Prato, che dalle cronache che ho letto, abbastanza verosimili, sembrerebbe che fosse stato sinceramente attaccato alla moglie, malata di Alzheimer, che andava a trovare varie volte al giorno. Nonostante questo ha tirato tre colpi di pistola alla donna risolvendo così il problema. E' evidente che è un sintomo che fa capire che forse la misura è colma. Il problema è quello di riconvertire probabilmente le risorse e trasferirle a livello del territorio. Io in tutti questi anni, ormai sono una ventina che mi occupo di queste cose, ho trovato sempre una straordinaria resistenza da parte dei medici di medicina generale, che sono poi potentissimi, adesso io non voglio dire che la "pistolettata" è colpa dei medici di medicina generale, anche perché poi mi gambizzano, ma certamente è credo uno dei nodi più difficili da sciogliere. Cioè il malato, il demente, il fragile, quello che noi in gergo, per capirci, definiamo il "catorcio", era quello che suor Bartolomea -tu te la ricorderai- diceva irata "...stanotte ci hanno ricoverato un catorcio...", ecco il catorcio deve avere un gestore che non può essere il medico di medicina generale se no si va a finire a pistolettate. Come lo si risolve? In tutte le varie sedi, Consiglio Superiore di Sanità, Fondazione Italiani Europei, cerchiamo di scriverle queste cose però poi la resistenza della macchina è terrificante.

Marino:

Ho incontrato diverse volte in questo anno e mezzo chi rappresenta i medici di medicina generale e sicuramente una certa resistenza a cambiare lo schema e le modalità con cui lavorano c'è, su questo non credo che aprirei un dibattito perché sarebbe un dibattito sterile. E' evidente che insomma vivono in questo momento una condizione di relativo privilegio perché hanno una retribuzione che spesso è superiore a quella di un primario di una Unità Complessa, non hanno la necessità di fare guardie, non hanno reperibilità festiva, insomma è chiaro che qualcosa deve essere necessariamente cambiata. Però io credo che il cambiamento debba passare anche attraverso la creazione di figure diverse come una



specie di manager sul territorio, lo possiamo chiamare care-manager, case-manager, oppure trovare una parola italiana più bella, ma di fatto nel momento in cui il paziente più fragile lascia il luogo di cura, dove l'intensità delle terapie è maggiore, ci deve essere qualcuno che coordina tutto questo tipo attività. Poi tra l'altro questo, che negli Stati Uniti è stato fatto negli ultimi quindici/diciotto anni, effettivamente non solo significa umanizzare la medicina, perché il paziente anziano ovviamente preferisce stare nel luogo che gli è più familiare, ma poi alla fine costa anche di meno, infatti gli Stati Uniti non è che lo hanno fatto perché hanno un'impronta solidaristica nel gestire o nell'erogare la sanità, lo hanno fatto perché si risparmia. Cioè avere qualcuno che va due o tre volte al giorno, prende i parametri vitali di una persona, controlla che stia assumendo le medicine che deve prendere, controlla se ha necessità di medicazione oppure somministra un farmaco endovena o per via intramuscolare, rende migliore la vita di quella persona e minore il costo rispetto alla terapia fatta in ospedale dove poi appunto viene identificato con il termine di suor Bartolomea. Insomma è sicuramente la strada che bisogna seguire. E' evidente che bisogna cambiare un po' la job description dei medici di medicina generale, ma è inevitabile che in un paese demograficamente come il nostro si vada in questa direzione.

Bernabei:

Mi permetto solo un piccolo consiglio. Se puoi, cerca di mettere il case-manager nel distretto, non alle dipendenze delle UMG perché se no non si arriva allo scopo. Il catorcio è veramente un malato specialistico che ha bisogno di una gestione da parte di persone che siano professionisti come il case-manager della valutazione ecc.

Un'altra cosa, l'impressione che abbiamo regolarmente è che non si comanda più e che in fondo forse il tentativo –non so quanto riuscirà, e questa è più una domanda politica- di Berlusconi e di Veltroni è quello di trovare un sistema che permetta di comandare. Secondo te c'è questo dietro e ci si arriverà?

Marino:

Certamente è una domanda complessa io posso rispondere sulla base della mia personale esperienza, chiamiamola esperienza politica, in questo anno e mezzo. Devo dire che mi sono reso conto, lo dico ricordando una battuta che mi è stata fatta all'inizio del mio mandato come Presidente della Commissione Sanità, una senatrice di Forza Italia, tra l'altro una persona molto intelligente e preparata in materia di Sanità, mi ha apostrofato mentre cercavo di coordinare i lavori per andare in una certa direzione dicendo "...*Presidente lei non è più nella sua sala operatoria...*" e ovviamente intendeva dire che non potevo comandare... Mi sono reso conto che effettivamente però ci può essere un modo diverso di costruire il consenso e di arrivare comunque a delle soluzioni: quello di ascoltare l'opinione di tutti e confrontarla con i dati. Le persone si rendono conto, anche al di là delle ideologie, che se ci sono delle situazioni che devono essere risolte e ci sono i dati è chiaro che diventa più difficile cercare di far melina o cercare di rallentare un processo verso la modernizzazione di un sistema. In effetti, con maggiore fatica, perché sicuramente è più facile dare delle indicazioni se uno ci crede fortemente poi seguirle, ma in Sanità siamo riusciti in un anno e mezzo a fare diverse cose a portarle a compimento attraverso un percorso di questo tipo. Credo che quello che vuole fare Veltroni –non ho informazioni dirette su cosa voglia fare Berlusconi– è proprio questo cioè non l'idea che se io dico bianco e tu dici nero è quella di alzarsi con una mazza da baseball e cercare di distruggere l'interlocutore vedendolo come avversario perché se continueremo in questo modo sicuramente non faremo molti passi avanti. Io sono sempre stato un elettore –sono anche cittadino americano- democratico, non ho partecipato all'elezione di Bush però credo che pochi nel pianeta abbiamo approfondito il fatto che la maggioranza nel Congresso, in questo momento, è cambiata. Perché un paese maturo riesce ad individuare dei temi importanti e portarli avanti anche indipendentemente dalle maggioranze perché altrimenti se l'idea



deve essere quella di far cadere l'avversario e non quella di far progredire il paese sicuramente non è un'idea vincente.

Bernabei:

Andiamo verso la fine. Ho ancora due cose sulle quali credo valga la pena di riflettere un po'. Una è il problema degli embrionali. La cosa ci coinvolge perché la gente viene da noi pensando che con le staminali embrionali il problema del Parkinson e dell'Alzheimer venga risolto. Per quello che noi vediamo in letteratura certamente Parkinson e Alzheimer oggi sono molto lontani dall'essere curati dalle staminali embrionali. La speranza di queste ultimissime scoperte delle staminali adulte che riescono a ritornare embrionali ti pare che potrà placare il livello di polemica?

La seconda cosa è il problema della palliazione. La palliazione da noi, quel poco che c'è, è tutta oncologica e invece ormai c'è un problema di cronicità diverse, quella respiratoria, quella cardiaca, e proprio in questa direzione bisognerebbe cercare di lavorare un po'. Vorrei sapere se riesci a pensare qualche strada nuova.

Marino:

Per quanto riguarda la ricerca sulle cellule staminali io personalmente ho delle idee, ma anche delle convinzioni che vanno al di là delle mie idee, ho sempre pensato, e non per motivi ideologici, anche se non ho mai fatto un segreto di essere un credente, che le staminali probabilmente, se serviranno per curare delle malattie, potranno essere utilizzate a partire da strutture che non siano le strutture embrionali. Effettivamente rispetto al dibattito di tre-quattro anni fa oggi mi sembra che con la reingenerizzazione di alcuni geni delle cellule adulte è possibile ottenere delle staminali quanto meno multipotenti se non totipotenti. Ritengo però, e questo lo dico con molta onestà, che noi nel nostro paese, come in molti altri paesi, abbiamo commesso un errore abbastanza frequente che è quello di procedere su alcuni percorsi prima che questi siano regolamentati, non dico dai parlamenti, ma almeno dalle società scientifiche. Così ci siamo ritrovati con un numero variabile di embrioni che sono stati congelati, era un numero non ben chiaro fino a qualche anno fa, adesso almeno nel nostro paese si pensa che siano intorno ai tremila. Penso che sinceramente anche in questo settore così complesso il modo migliore di affrontare i problemi è di sedersi intorno ad un tavolo e pensare se dal punto di vista etico è preferibile lasciarli morire nel freddo oppure eventualmente immaginare che possano essere donati per la ricerca così come nel 1969 a Harvard un comitato stabilì i criteri di morte cerebrale. Criteri che sono davvero di natura convenzionale e che hanno cambiato la storia della medicina e sicuramente la storia della mia branca perché, pochi forse sapranno, che Christian Barnard, che per primo ha eseguito un trapianto di cuore, benché fosse andato negli Stati Uniti ad imparare la tecnica non poteva eseguirlo perché negli Stati Uniti non si poteva prelevare un cuore da una persona, anche se la si immaginava in morte cerebrale, se il cuore batteva. Fino al 1968 la morte era identificata con la morte cardiaca. Quindi è stato proprio un ragionamento intorno ad un tavolo fatto non solo da medici, ma anche da uomini di religione, filosofi, pensatori di altra natura che ha portato alla possibilità di utilizzare gli organi di un cosiddetto cadavere a cuore battente. Ora io non so se quel percorso può essere utilizzato anche per gli embrioni che sono stati abbandonati oppure se questo non è un percorso che verrà condiviso dai più. Credo che come in tutte le cose il fatto di sedersi intorno a un tavolo e sedersi con lo spirito che nessuno di coloro che si siede è il portatore o il depositario della verità penso che sia il percorso che dovremmo seguire. Evidentemente, qui purtroppo, vale ancora la regola della mazza da baseball, se tu dici una cosa e io cerco di spaccarti la testa questo non è il modo migliore secondo me di procedere.

Cure palliative. Non so quanti di voi sanno quanti sono gli hospice attivi in Italia, sono 120: 103 da Roma in su e 17 da Roma in giù. Da Roma in su ci sono 28 milioni di abitanti e 22 milioni invece al sud. E' chiaro che come per i professori di pediatria e di geriatria qualcuno ha sbagliato i conti. E'



evidente che c'è una distribuzione delle risorse che non va bene. La stessa cosa vale per le cure palliative. Immagino che nel nostro ufficio di Presidenza di martedì una delle proposte sarà quella di mettere all'ordine del giorno dei nostri lavori una legge sulle cure palliative che evidentemente non può lasciar fuori la popolazione geriatrica. Anzi credo che se questo verrà fatto e se come immagino verrà messo all'ordine del giorno credo che sarà necessario poi confrontarsi anche con la vostra società per poter inserire in una legislazione che distribuisca anche risorse sul territorio nazionale per la popolazione geriatrica.

Bernabei:

Ignazio ha un'onestà intellettuale che veramente ce ne fossero in giro e a questo punto sono arciconvinto che tu hai lasciato perdere una straordinaria carriera, anche poi dai risvolti affascinanti, da chirurgo perché ancora vale quello che diceva Virchow *“la medicina è una scienza sociale e la politica altro non è che la medicina su larga scala”*, tu sei passato da una scala alla *larga scala* perché hai in testa che vuoi lasciare il mondo migliore di come l'hai trovato. Ti ringraziamo e arrivederci.



Relazioni tenute dai Responsabili delle Sezioni all'Assemblea dei Soci

Sezione clinica

Nel corso del 2007 è continuato il lavoro del gruppo coordinato dal dr. Alberto Cester, con il patrocinio della Sezione SIGG del Veneto e Trentino Alto Adige, per l' "Accreditamento all'Eccellenza delle UGA". La sperimentazione SIGG è patrocinata dalla Regione Veneto attraverso l'ARSS (Agenzia Regionale per i Servizi Socio Sanitari, diretta dal Dr. Antonio Compostella), da MediK (nella figura del suo Presidente Dr. R. Biondo). Il protocollo ed il materiale di lavoro si basano sull'attività svolta dal gruppo SIGG per l'Accreditamento (costituito dai professori Antonelli Incalzi, Ferrara e Nicita Mauro e dai dottori De Alfieri e Cester, Coordinati dal Dottor Piergentili). Tale gruppo aveva prodotto il manuale ed il Glossario per l'Accreditamento all'Eccellenza delle UGA. Attualmente 16 Unità Operative di Geriatria distribuite sul territorio del Veneto hanno aderito all'iniziativa. Il lavoro ha previsto la autocompilazione del manuale da parte delle singole Unità Operative. Vi sono stati vari incontri di formazione specifica ed un audit dedicata al modello uniforme della compilazione dopo di che ogni UGA ha definito i membri del proprio team per la qualità. Dopo questa prima fase, è iniziato il programma di visite a dodici UGA per la valutazione da parte di un gruppo esperto, che deve verificare su di una propria griglia i risultati confrontandoli con l'autovalutazione del manuale da parte della singola UGA. Attraverso tale sperimentazione si mira a coadiuvare la Regione nella produzione di indicatori di qualità specifici per le UGA ospedaliere.

Segnalo inoltre che è in corso di completamento la preparazione di un progetto di sperimentazione clinica multicentrico in aperto, controllato, randomizzato no-profit per valutare la tollerabilità e l'efficacia di diversi trattamenti per il dolore persistente non oncologico nel paziente anziano che verrà condotto dalla SIGG con il supporto economico di Angelini. Si tratta del primo di una serie di progetti analoghi che rappresentano un'importante opportunità di collaborazione tra i geriatri aderenti alla nostra Società ai fini di acquisire dei dati sulla terapia farmacologica nel paziente anziano, che ancora troppo spesso viene escluso dai grandi trial clinici.

Infine lo studio osservazionale condotto sotto l'egida della FIRI e della SIGG che ha coinvolto 20 reparti ospedalieri di geriatria e 1347 pazienti, coordinato dal dr. Alberto Pilotto, con l'obiettivo di valutare un nuovo strumento per la determinazione del rimborso dei ricoveri ospedalieri, il sistema All Patient Refined DRG (APR-DRG) avrà una prosecuzione attraverso la raccolta di dati di follow-up sui pazienti già valutati al fine di confermare l'utilità in termini prognostici di un indice di fragilità, che è stato precedentemente validato dal dr. Pilotto su differenti campioni di pazienti anziani ospedalizzati.

Antonio Cherubini

Sezione di Biogerontologia

La sezione di Biogerontologia ha dimostrato la sua vitalità e ha contribuito al successo del nostro Congresso Nazionale con ben quattro sessioni di comunicazioni orali, tutte di buon livello. Ha partecipato positivamente al simposio sulle demenze con una lettura di fisiopatologia (Prof. Massimo Tabaton), che bene si è coordinata in un contesto dove gli aspetti clinici erano prevalenti, introducendo concetti di scienza di base. Purtroppo il tempo, tiranno, non ha permesso uno svolgimento estensivo del tema e un'adeguata discussione.

In prospettiva vi sono alcuni punti da migliorare: non sempre le comunicazioni presentate per la sezione sono con un indirizzo strettamente fisiopatologico e biologico e d'altro canto anche molte



comunicazioni, ascoltate nella sezione clinica, non erano specifiche dell'area e avrebbero ben figurato nell'area biogerontologica.

Forse la soluzione potrebbe essere quella di indicare una doppia possibilità al momento della presentazione dell'abstract, lasciando alla commissione maggiore libertà di scelta di collocamento della comunicazione.

La lettura in auditorium "biogerontologica" non ha ancora trovato un suo spazio particolare: per l'anno prossimo cercheremo di focalizzare meglio la sua specificità, coerente con l'indirizzo dell'area, con le necessarie caratteristiche di novità scientifica e con un adeguato spazio per la discussione.

Nel 2008 si tenterà inoltre di accreditare per l'ECM anche i laureati biologi, finora esclusi.

Infine vorremmo prendere in considerazione la possibilità di iniziative che contemperino un buon approccio scientifico con i più moderni aspetti dell'invecchiamento in salute e della sua fisiopatologia molecolare e clinica.

Patrizio Odetti

Sezione Nursing

Dall'anno della sua nascita, il 2001, ad oggi, gli iscritti alla Sezione sono passati da 37 a 238 e la componente femminile costituisce circa i 4/5 del totale; rispetto alla provenienza geografica il Centro-Nord è maggiormente rappresentato (in particolare Toscana, Lombardia e Veneto che esprimono quasi la metà degli iscritti) rispetto al Centro-Sud. Ed è proprio a nome della Sezione che vorrei ringraziare la Società per aver dato la possibilità, dopo le recenti modifiche statutarie, di partecipare a tutti i soci, compresi i cosiddetti "aggregati", ai lavori dell'Assemblea.

Così come prevede lo statuto societario, anche la Sezione nursing, nell'ambito delle sezioni scientifiche, contribuisce al perseguimento delle finalità della SIGG, in particolare la tutela dei diritti e della dignità della persona anziana disabile e fragile. Ad oggi, le modalità attraverso cui persegue tali finalità sono essenzialmente due: l'organizzazione del Corso multiprofessionale nursing e la partecipazione dei suoi rappresentanti a qualche iniziativa periferica (convegni, giornate di studio,...) inerente il nursing geriatrico.

Nei prossimi anni dovremmo valorizzare maggiormente la presenza infermieristica nelle sedi regionali costituendo, quanto prima, una rete organizzativa che permetta di esprimere e conoscere di più le realtà locali e, al tempo stesso, coordinare più efficacemente la promozione dell'assistenza all'anziano.

Purtroppo dobbiamo prendere atto che le pubblicazioni nell'ambito del nursing geriatrico, in Italia, continuano ad essere estremamente rare, tanto che viene un dubbio: forse non vi sono pubblicazioni per il semplice fatto che non esiste un'infermieristica clinica avanzata in ambito geriatrico? In realtà l'esperienza quotidiana ci ricorda che negli ultimi anni accanto alla formazione sul campo acquisita da molti colleghi nei vari setting assistenziali, hanno preso avvio numerosi corsi master di primo livello che hanno formalizzato una serie di competenze nell'ambito sia della valutazione multidimensionale che della pianificazione dell'assistenza alla persona anziana.

C'è un punto critico: al termine del percorso di studi spesso l'infermiere con master continua a svolgere le stesse funzioni di prima, proprio perché l'organizzazione in cui lavora fa fatica a cambiare e soprattutto, in un sistema a "risorse finite", difficilmente si trovano finanziamenti per nuove figure (quale l'infermiere DS Professional in base alle ultime norme contrattuali del Comparto sanità).

Per ovviare alla scarsa produzione scientifica della sezione e, più in generale, di pubblicazioni di nursing geriatrico in ambito nazionale è nostra intenzione lavorare ad una ipotesi progettuale da presentare alla Società nei prossimi mesi, con un duplice scopo:



- a) promuovere l'aggiornamento delle conoscenze attraverso rassegne periodiche tratte dalle principali riviste internazionali di nursing gerontologico e geriatrico e pubblicate sul Bollettino
- b) individuare un gruppo di soci della Sezione in grado di avviare nei luoghi dell'assistenza geriatrica più interessanti e interessati, un percorso di ricerca su alcune delle tematiche più rilevanti e controverse dell'assistenza all'anziano.

Damasco Donati

Sezione Socio-Comportamentale

L'attività 2007 della sezione Socio-Comportamentale si è sviluppata su due linee complementari: la valorizzazione della componente funzionale e riabilitativa in ambito clinico e lo sviluppo della collaborazione con la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER). Coerentemente, gli eventi che hanno caratterizzato il 2007 sono stati una giornata dedicata alla riabilitazione geriatrica, nell'ambito del 4° Seminario Estivo per Giovani Medici di Reggello (giugno 2007) ed il Primo Corso per Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali, in occasione del nostro Congresso Nazionale. La collaborazione con la SIMFER si è invece concretizzata in due simposi congiunti, svolti nell'ambito dei Congressi Nazionali delle due Società, che hanno evidenziato i punti di vista del fisiatra e del geriatra nell'affrontare le comuni problematiche della gestione dell'anziano vulnerabile.

Per il 2008 ci proponiamo di incrementare, sia a livello nazionale che locale, le iniziative di collaborazione con la SIMFER, confidando di giungere alla creazione di un gruppo intersocietario sulla specificità della riabilitazione geriatrica.

Bruno Bernardini



Relazioni dei responsabili dei Corsi di formazione al 52° Congresso SIGG

VIII Corso Multiprofessionale Nursing “Assistere l’anziano: vecchie e nuove sfide”

La valutazione multidimensionale, il ruolo dell’infermiere case manager, il ruolo del corpo nella relazione di cura, l’anziano fragile ospedalizzato e la rilevanza di importanti problematiche quali la malnutrizione, le cadute, il delirium, che diventano importanti outcomes per quanto riguarda l’impatto dell’assistenza erogata dal team multidisciplinare, sono stati i principali argomenti affrontati nelle 3 giornate dell’8° Corso Nursing.

Nella prima giornata il prof. Roberto Bernabei ha presentato il corso soffermandosi sull’importanza del ruolo dell’infermiere verso le problematiche correlate alla disabilità, Damasco Donati ha presentato le tematiche ed il percorso formativo del corso, e Monica Marini ha introdotto il simposio “*Le nuove sfide dell’assistenza*” sottolineando il ruolo dell’infermiere nel nursing geriatrico e la necessità di una formazione specifica geriatrica.

La valutazione multidimensionale è considerata una metodologia operativa per approcciarsi alla identificazione e gestione dei molteplici problemi dell’anziano attraverso un piano di cura integrato. Francesco Landi ha presentato i limiti degli strumenti di valutazione tradizionali, ed il passaggio agli strumenti di terza generazione.

Diviene sempre più importante uniformare la valutazione attraverso l’utilizzo di uno strumento unico, che renda confrontabili i risultati ottenuti, e limitare l’utilizzo di strumenti diversi contestualizzati alle realtà regionali; la standardizzazione permette di armonizzare la valutazione tra i differenti setting assistenziali e creare strumenti con elementi comuni.

Lucio Catalano ha presentato i concetti della valutazione multidimensionale e l’utilizzo del sistema VAOR quale facilitatore nelle decisioni clinico-assistenziali, nel passaggio dalla valutazione al piano assistenziale.

Valentina Sangiorgi ha delineato l’importanza dell’integrazione dei servizi sanitari e sociali, attraverso l’attuazione di programmi di case management ed ha introdotto l’importanza della figura del case manager, ovvero il coordinatore del caso, definendolo quale “braccio operativo” nella gestione dell’assistenza all’anziano. Viene quindi ribadito il concetto dell’importanza del case manager nel team multidisciplinare, ed in particolare, il raggiungimento di risultati positivi quando l’intervento viene garantito da una équipe interdisciplinare che contemporaneamente ha la responsabilità della realizzazione del piano assistenziale. Annalisa Solimano ha contestualizzato la figura del case manager, presentando il modello dell’ASL 1 di Venosa, ed il ruolo di questa figura nell’ambito dell’utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale e nei compiti relativi al facilitare i rapporti tra i vari servizi, segnalare le diverse esigenze assistenziali e seguire le fasi del piano individualizzato di trattamento. Enrico Brizioli ha delineato l’utilizzo di strumenti oggettivi di analisi del case mix-assistenziale, che consentono di guidare l’attività clinica ed organizzativa analizzando i bisogni dei pazienti per costruire piani di trattamento e definire i carichi di lavoro.

Fabrizia Lattanzio ha introdotto i concetti della verifica e controllo della qualità e la necessità del monitoraggio attraverso “misure di qualità” comparabili. In particolare si è soffermata sul Progetto Ulisse, realizzato per migliorare la conoscenza dei servizi forniti agli anziani ed utilizzare indicatori per il conteggio delle misure di qualità delle residenze e dei servizi di assistenza domiciliare integrata. Andrea Russo e Antonello De Santis hanno concluso questa sessione delineando il ruolo della valutazione multidimensionale quale strumento di ricerca infermieristica.

Anche quest’anno il corso ha dedicato una sessione agli aspetti pedagogici, psicologici e filosofici della relazione di cura dal titolo “*Il corpo e la cura: dalla tecnica alla relazione*”.

L’attenzione è stata focalizzata sul tema del corpo, grande protagonista del nursing, ma anche personaggio incompreso, equivocado, presenza “debole”, talvolta invisibile, nonostante nella cura il



corpo dell'anziano e quello dell'operatore entrino in contatto tutti i giorni. La fisicità, infatti, riceve e veicola i gesti del nursing che sono gesti, sguardi, posture corporee di esseri viventi. Obiettivo del primo intervento, curato da Itala Orlando, era quello di smascherare i paradigmi con cui praticamente ciascun professionista, nella propria realtà, agisce il corpo proprio e quello altrui. Il paradigma è una matrice di comportamenti, consapevoli e inconsapevoli, che adottiamo nel quotidiano, da cui discende nei fatti una cultura del nursing. Se da una parte si afferma l'essenzialità dell'approccio olistico alla persona, dall'altra si attuano modelli che dividono, scorporano, gerarchizzano, riducono l'essere vivente, essere corporeo e trascendente al tempo stesso, a oggetto, struttura meccanica, naturalistica, svuotata di personalità. Ma l'unica esistenza di cui disponiamo è un'esistenza incarnata, "incorpata".

Si rende necessario, quindi, un passaggio ad altri modelli di pensiero e di comportamento che non negano il corpo, né lo riducono depotenziandolo nelle consuete contrapposizioni ragione-sentimento, oggettivo-soggettivo, quasi che solo separando e disgiungendo fosse possibile trovare il senso delle cose, quando invece, nell'esperienza (a cui torniamo con il punto di vista della fenomenologia) troviamo intrecci, scambi, connessioni in una sorta di globalità tridimensionale.

Da queste premesse Giovanna Perucci ha suggerito idee per una prima elementare alfabetizzazione rispetto al corpo sensibile, cassa di risonanza di tutto ciò che il contatto con la cura dell'altro determina nell'operatore che eroga la cura. Per usare al meglio la nostra fisicità, dobbiamo recuperare tutti i nostri organi di senso, la nostra identità che spesso nel lavoro di cura ha una connotazione di genere molto rilevante, dal momento che la presenza femminile è nettamente superiore a quella maschile, un'identità sessuata e vestita (il ruolo della divisa). Imparare ad ascoltare il proprio corpo sensibile, a dargli parola, ci permette di arricchirci come persone e come operatori, aiutandoci a percepirci anche come corpi senzienti. In questa logica si è inserito il video "Piccola storia. Emozioni nel lavoro di cura" di Vittoria Mamoli, una fisioterapista che ha cercato di ricostruire la propria storia professionale, attraversando l'esperienza del lavoro in tutte le sue dimensioni, compresa quella delle emozioni che accompagnano, nel bene e nel male, ogni momento vissuto.

La sessione si è conclusa con la presentazione di uno studio interessante sulle cure complementari condotto da Lara Meoni, infermiera neolaureata di Pistoia, che nella propria tesi ha voluto indagare il valore delle cure non farmacologiche nell'approccio alla persona anziana e disabile, quale strumento efficace per condurre una relazione terapeutica. Le cure cosiddette complementari esercitano una grande attrattiva oggi, a patto che siano condotte con rigore, offrendo nuove prospettive nei processi di cura.

Il simposio dal titolo "*Anziano e malnutrizione*" è stato aperto dalla lettura Magistrale del Prof. Trabucchi su "*Demenze e malnutrizione*" che ha messo in evidenza il ruolo della nutrizione, come dimensione fondamentale nella gestione e prevenzione della malnutrizione nei soggetti anziani affetti da demenza, focalizzando come i soggetti anziani sono più vulnerabili ad una inadeguata nutrizione e presentano un rischio di malnutrizione più alto.

Il simposio ha permesso di affrontare e approfondire la nutrizione nelle sue varie dimensioni. Alessandra Coin ha presentato il quadro epidemiologico della malnutrizione nell'anziano, in particolare, ha evidenziato il fenomeno nei diversi paesi, e come viene influenzato dalle diverse definizioni di malnutrizione e ai diversi metodi di rilevazione della condizione. Particolare interesse è stata posta sulla possibilità di identificare il rischio di malnutrizione nella popolazione anziana. La prevalenza della malnutrizione varia a seconda dell'ambito considerato. Sembra che gli anziani a rischio di malnutrizione siano il 63% dei soggetti ricoverati in strutture ospedaliere, mentre nelle strutture residenziali, considerando anche i deficit nutrizionali isolati la prevalenza di disordini nutrizionali arriva fino all'85%.

Giuseppe Sergi ha focalizzato la necessità di un approccio multifattoriale nel riconoscimento della malnutrizione calorico proteica, prevedendo un assessment nutrizionale attraverso una valutazione clinica-funzionale, indici bioumoriali, misura di parametri antropometrici e di



composizione corporea, bilancio energetico mediante la stima delle calorie assunte. L'utilizzo del MNA appare lo strumento che maggiormente permette di identificare i soggetti malnutriti e a rischio di malnutrizione, di semplice utilizzo per gli operatori.

Successivamente Emine Meral Inelmen ha posto la questione se esiste una dieta specifica per l'anziano, per poi porre l'attenzione sull'apporto calorico giornaliero, fibre e acqua, che l'anziano dovrebbe assumere per acquisire uno stile di vita alimentare ottimale. Recenti studi scientifici propendono per un apporto proteico più elevato nell'anziano in quanto la sarcopenia ed altri rischi per la salute dell'anziano potrebbero essere posposti. Considerare le basi dietetiche (dieta mediterranea) per l'anziano significa inoltre identificare precocemente i fattori che possono influenzare negativamente lo stato nutrizionale, in modo da prevenire le probabili carenze nutrizionali. Ha ribadito come il supporto sociale e l'educazione alimentare al soggetto e ai caregivers sono essenziali per il mantenimento della salute degli anziani e la necessità di ulteriore ricerca di tipo longitudinale per poter stabilire parametri nutrizionali di riferimento, per le varie fasce di età geriatrica.

Margherita Andriago ha affrontato la pianificazione e gestione assistenziale dell'alimentazione nell'anziano ospedalizzato ed in struttura residenziale, finalizzata a contribuire all'acquisizione del potenziale di salute e benefici per la persona anziana. Ha presentato le evidenze sulla necessità di prevedere l'accertamento e monitoraggio nutrizionale nella pianificazione assistenziale come spazio irrinunciabile, attraverso l'implementazione nella pratica infermieristica della valutazione antropometrica, dietetica, dei comportamenti alimentari e delle capacità funzionali del soggetto con il supporto di un sistema informativo di documentazione adeguato. Ha posto l'attenzione sulla necessità di un approccio multidimensionale e sui fattori che influenzano la gestione dell'alimentazione orientato all'individuazione delle problematiche nutrizionali, alla gestione del caso, al superamento delle barriere nutrizionali, al piano assunzione alimenti e liquidi, al supporto motivazionale e educativo rivolto al soggetto e caregivers tenendo conto dei vari setting assistenziali.

In seguito Annalisa Bresciani e Carmen Pifferi hanno contribuito nella presentazione di modalità e strumenti operativi per il monitoraggio nell'assunzione dietetica e di liquidi dei soggetti ricoverati in Geriatria. In particolare hanno illustrato una scheda operativa di monitoraggio di assunzione dei pasti e dei liquidi relativo alla quantità e qualità dei pasti e liquidi consumati, includendo la dieta e KCal prescritte, il gradimento della persona sul pasto assunto, se il soggetto presenta disturbi della deglutizione e l'autonomia funzionale nell'assunzione del pasto.

Infine il simposio è stato concluso con il contributo di Pietro Fabris che ha evidenziato come lo stato di carenza nutrizionale possa influenzare l'insorgenza ed il decorso delle lesioni da decubito.

In particolare sono stati presentati studi dove emerge l'associazione fra apporto proteico e maggior tasso di guarigione dei decubiti, e indicato come le diete ad alto contenuto proteico con un maggior apporto calorico possono intensificare il processo di guarigione delle lesioni da decubito. Ha focalizzato l'importanza dell'ipoalbuminemia, che si associa a maggior incidenza di insorgenza di lesioni da decubito, e del BMI; inoltre ha illustrato l'importanza della stima del fabbisogno calorico, in quanto già lesioni di dimensioni contenute determinano un aumento del metabolismo a riposo di almeno il 20-30% rispetto a soggetti senza decubiti.

E' stata sottolineata l'importanza dell'assessment nutrizionale e dell'intervento nutrizionale da instaurare precocemente insieme all'integrazione di informazioni tra personale medico, infermieristico, operatori socio-sanitari, e caregiver nella gestione nutrizionale dei soggetti con lesioni da decubito. Ha posto attenzione su come il servizio dietetico può essere coinvolto nella valutazione del corretto fabbisogno calorico-proteico, nella preparazione di diete specialistiche e/o personalizzate e nella gestione di eventuale nutrizione artificiale.

Il simposio di sabato 1° dicembre, "*L'anziano fragile in ospedale*", è stato aperto da una relazione a due voci di Stefano Boffelli e della collega Mazzi che hanno trattato l'argomento degli outcomes avversi nell'anziano fragile ospedalizzato: è stata ribadita la necessità di utilizzare linee



guida che indirizzino, fin dalla presa in carico nel DEA, verso percorsi diagnostico-terapeutici specifici per l'anziano fragile, al fine di determinare un miglioramento della capacità di cura, riducendo i tempi di degenza e, conseguentemente, le complicanze intraospedaliere. Molto importante, infine, il collegamento alla rete sociale nella quale è inserito il paziente ricoverato che permette di programmare anche la dimissione ed il reinserimento socio-familiare con un quadro clinico stabilizzato.

Successivamente Barbara Barbato, ha inquadrato da un punto di vista epidemiologico il problema delle cadute, sottolineando come queste rappresentino una delle principali cause di disabilità, morbosità, istituzionalizzazione e mortalità; Vanna Bortot si è soffermata, invece, sugli aspetti preventivi che un gruppo che si ponga anche obiettivi minimi in termini di qualità assistenziale, dovrebbe garantire all'anziano ricoverato in ospedale.

Alberto Cester e Andrea Genovese, si sono occupati di contenzione dando un taglio originale alla loro relazione; è stato ribadito che la scelta di contenere un vecchio deve essere sempre inserita in un progetto di salute individuale e che, sulla base del proprio codice deontologico, il gruppo infermieristico deve assumersi sempre più spesso l'onere di tale decisione.

Infine Massimo Calabrò e Michela Pozzebon, hanno presentato una relazione inerente il delirium, constatando come esso rappresenti una condizione clinica di frequente riscontro negli anziani ospedalizzati o residenti in casa di riposo: purtroppo, quando si manifesta, si accompagna ad un aumento dei tempi di degenza e delle complicanze, ad un aggravamento dello stato funzionale ed a un aumento della mortalità sia intraospedaliera che a sei mesi dalla dimissione. Diventa perciò fondamentale una corretta presa in carico dell'anziano ospedalizzato, una specifica valutazione ed un approccio curativo multiprofessionale volto a minimizzare i disturbi comportamentali e le possibili complicanze.

Nell'ambito del corso è emersa l'importanza del ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multidisciplinare, ed a tal fine è auspicabile, un maggior coinvolgimento della figura infermieristica nell'ambito dei percorsi di ricerca.

La Sezione Nursing SIGG

Pietro Fabris

Damasco Donati

Monica Marini

Itala Orlando

Michela Pozzebon

Margherita Andriago

III Corso per Psicologi “La Vecchiaia e le sue perdite: quelle reali e quelle immaginarie”

La tematica di fondo riguardava le “perdite della vecchiaia,” ma non solo quelle oggettive e reali che, senza voler entrare in sintonia con un certo stereotipo culturale, tendono ad identificare la vita senile come l'età delle perdite. Infatti sono state esplicitate e trattate anche quelle immaginate e temute, come la perdita di “perdere la testa” di fronte a piccole dimenticanze, e spesso vissute con molta angoscia in un'epoca dominata dall'intelligenza artificiale e dal significativo aumento dell'aspettativa di vita. Sono state analizzate anche altre dimensioni del termine “perdita”, non coincidenti cioè con il sentimento di mancanza e di vuoto, ma anche come occasione di crescita interiore e di lavoro intrapsichico, che consente riadattamenti e rimodellamenti profondi.

Il Corso indubbiamente ha avuto un numero di partecipanti inferiore a quello degli anni passati, ma ha selezionato un gruppo molto coeso di Psicologi, realmente coinvolti e impegnati nel mondo



della vecchiaia (ASL, RSA, Centri Diurni...). Quindi a differenza degli anni passati, in cui possiamo immaginare esserci stato un “gap” culturale e formativo tra docenti e discenti, in questo recente Corso vorrei sottolineare il rapido divulgarsi di un clima di condivisione e reciprocità, senza escludere osservazioni critiche e chiarimenti meglio approfonditi.

Per tale motivo, in un futuro Corso potrebbe essere suggerito un importante cambiamento della sua organizzazione. Cioè non un tema di base e poi varie relazioni ad esso correlate, ma alcuni temi in contemporanea e animati da tavole rotonde, gestite da esperti nel settore, magari provenienti da aree geografiche e organizzative dissimili tra di loro.

Questo potrebbe essere la prima tappa della nascita della “Psicologia Geriatrica”, come intendimento della SIGG e dell’Ordine degli Psicologi di cooperare in aree in cui debba essere meglio tutelato il benessere psichico dell’anziano.

Guido Gori

I Corso per Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali “Riabilitazione Geriatrica: Realtà e Prospettive”

Il 29 e 30 Novembre 2007, nell’ambito del 52° Congresso Nazionale della SIGG, si è svolto il 1° corso per fisioterapisti e terapisti occupazionali con il titolo: “Riabilitazione geriatrica: realtà e prospettive”. L’organizzazione del Corso prevedeva una prima parte dedicata ad argomenti di carattere generale che potessero porre le basi ai contenuti delle sessioni successive, dedicate all’approfondimento degli aspetti riabilitativi “neuromotori”, neuropsicologici e di terapia occupazionale nell’ictus.

Nella prima sessione è stato introdotto il concetto di specificità della riabilitazione geriatrica, esaminando una possibile intensività clinico – riabilitativa, per approdare alle criticità legate alla misurazione degli outcome. Una relazione ha trattato la tematica dell’organizzazione del lavoro, con particolare riguardo alla valutazione multidimensionale. Un’altra relazione ha approfondito il tema della formazione specifica, per quanto riguarda la riabilitazione geriatrica, attuata nei percorsi di laurea di primo livello in fisioterapia e terapia occupazionale in Italia.

Gli interventi della seconda sessione hanno offerto una panoramica di metodiche riabilitative negli esiti di ictus, senza tralasciare il ruolo del nursing riabilitativo (ad esempio il ruolo della nutrizione e le problematiche legate alla ripresa del controllo sfinterico). Infine, nella terza sessione, ampio spazio è stato dato alla Terapia Occupazionale, per terminare con interventi dedicati alla gestione del paziente con ictus nella fase di cronicità.

Lo svolgimento dei lavori è stato particolarmente intenso con una buona partecipazione al dibattito da parte dei corsisti; l’impressione è stata di un sicuro apprezzamento per l’iniziativa come contesto di aggiornamento in cui far convergere le diverse esperienze legate ai setting di riabilitazione geriatrica. Un grande merito va riconosciuto ai relatori per la competenza ed il livello degli interventi. Ringraziamo la Società che ci ha dimostrato fiducia per la proposta permettendoci di creare un appuntamento di divulgazione della cultura riabilitativa geriatrica e di confronto per fisioterapisti e terapisti occupazionali a livello nazionale. Confidiamo di poterci ritrovare anche il prossimo anno.

*Bruno Bernardini
Angela Venturino
Marcella Pevere
Patrizia Di Fazio
Alessia Tafani*

3° anno della Premiazione di "Anziani IN Immagini" al Maestro Lido Contemori



Il Maestro Lido Contemori è un vignettista ed illustratore di successo, caratterizzato da un tratto inconfondibile. Ha un palmares di premi di tutto rispetto. L'immagine che ci ha donato colpisce subito per la felice scelta cromatica, che vira verso l'arcobaleno, che rappresenta i colori della vita. La seconda cosa che colpisce è la barba, enorme, lunghissima, anch'essa collegata al cromatismo ed anche metafora della vita, è lunga quanto una lunga vita ... Da questo simulacro della vecchiaia si passa ancora al crogiuolo dei colori, dalle tinte pastello, all'allegoria della voglia di vivere che si evince dall'espressione sorniona, dalla soddisfazione di quel sorriso che è però per dimensione e per l'esplosione dei colori stessi passata quasi in second'ordine. Il compiacimento gratificato del vecchio sta nel colore ed anche nella presa del pennello con cui ha portato a termine la sua opera, testimonianza di quella mai sopita creatività della terza età.

Vincenzo D'Agostino e Alberto Cester



Evidenze e buon senso

(Sintesi della relazione tenuta dal più giovane relatore, allievo del Prof. Salvioli, al Golden Symposium del Congresso SIGG: In media sette farmaci: che fare? NdR)

Il paziente anziano è senza dubbio il maggior fruitore dei farmaci, che costituiscono politerapie in media composte da sette o più principi attivi; secondo recenti studi la possibilità di interazioni farmacologiche cresce pressoché esponenzialmente all'aumentare del numero di farmaci assunti: in una politerapia di 8 farmaci è presente almeno 1 interazione farmacologica calcolata e che effettivamente si realizza [1]. Le ampie differenze individuali in ambito farmacocinetico che la percentuale di soggetti anziani che assume farmaci a rischio di *Adverse Drug Reaction* sia del 7% [2].

Gli strumenti attualmente a disposizione del medico possono ridurre drasticamente l'incidenza di interazioni farmacologiche e ADR; uno di questi è Heart failure Model^{®*} (HFM) per Pocket Pc, software realizzato dall'Università di Modena e Reggio Emilia per il management dello scompenso cardiaco e per il corretto uso dei farmaci nella politerapia dell'anziano.

HFM[®] è un applicativo che sfrutta il sistema operativo più diffuso in ambito PDA: Windows Mobile 5.0.

Il software è composto da una maschera principale (strutturata in più cartelle) alla quale si accede automaticamente all'avvio del programma e di numerose sottomaschere selezionabili dall'operatore con un click. I dati immessi sono facilmente esportabili come file di testo delimitati da un separatore di elenco; così facendo è possibile importare l'intero database con una sola operazione di esportazione direttamente all'interno di un database aziendale che raccolga una casistica di pazienti affetti da SC con due differenti scopi: migliorare la qualità delle cure riducendo il numero di riospedalizzazioni ed i costi, trattare i dati di una vasta casistica ai fini di ricerca.

HFM permette la valutazione del paziente sotto i più importanti punti di vista, con oltre 250 variabili selezionabili, attraverso un layout grafico semplice ed immediato; la caratteristica peculiare di HFM è la presenza di una "sezione passiva" ed una "sezione attiva" del software, di seguito elencate.

"Sezione Passiva"

Questa parte richiede l'immissione di dati numerici (e non) da parte dell'operatore e consta di maschera anagrafica, esame obiettivo, sintomatologia, valutazione elettrocardiografica, esami biumorali, esami radiografici, valutazione multidimensionale, comorbilità e terapia. L'utente potrà usufruire di librerie interne complete di tutti i codici ATC e ICD-9-CM, test multidimensionali quali Indice di Barthel, Comorbidity Index Rating Scale, RPE Borg Scale, Tinetti Test, Mini Nutritional Assessment, Mini Mental State Examination e Geriatric Depression Scale, Scala di Stress del Caregiver, tutti presenti all'interno del software sotto forma di selezione multipla (velocizzando così l'immissione dei dati); è presente inoltre una sezione follow up che permette la valutazione di parametri quali frequenza cardiaca, respiratoria, peso, saturazione % di ossigeno, frazione di eiezione e numero di farmaci assunti fino a 5 volte.

"Sezione Attiva"

Questa sezione consta di calcoli aritmetici, trend, medie, messaggi di testo che vengono automaticamente creati dal software durante l'immissione dei dati; ad esempio viene calcolato direttamente clearance della creatinina (tramite formula Cockcroft-Gault) e rapporto urea/creatinina, avvertendo l'utente con un messaggio sonoro e visivo della possibile insufficienza renale e disidratazione del paziente; viene segnalata la variazione ed il trend di peso, parametri vitali, frazione di eiezione e numero di farmaci assunti rispetto al precedente follow up indicando quindi un iniziale



scompenso emodinamico; la mancata valutazione dei parametri suddetti genera un messaggio di testo contenente l'avviso dell'omissione.

“Report e interazioni farmacologiche”

Al termine della valutazione è possibile richiamare automaticamente un report delle condizioni cliniche del paziente ed il piano terapeutico attualmente in atto. Tramite link diretto presente nel software sarà possibile accedere ad un programma di interazioni farmacologiche (ePocrates[®]): inserendo i farmaci facenti parte della politerapia effettuata dal paziente verranno visualizzate le interazioni farmacologiche “drug to drug” e compariranno messaggi di avviso nei quali è spiegato il rischio dell'interazione, suddivisi in 3 livelli di gravità.

Grazie alla versatilità del computer palmare e dei software ad esso dedicati sarà dunque possibile modificare la terapia del paziente in ogni setting assistenziale, riducendo sensibilmente l'incidenza di interazioni farmacologiche e ADR.

1. Delafuente JC. Crit Rev Oncol Hematol 2003;48:133-143
2. Goulding et al. Arch Intern Med 2004;164:305-312

*Copyright 2007 Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.
http://www.geriatria.unimo.it/Heart_Failure_Model.pdf. Tutti i diritti riservati.

Andrea Zanasi



Verbale Riunione della **ACCADEMIA NAZIONALE DI GERIATRIA**
Firenze 30.11.2007 Palazzo dei Congressi

All'incontro siamo stati presenti soltanto in 15; il problema fondamentale è definire l'attività futura della ANG dopo aver preso atto non solo dello scarso numero di iscritti, ma anche della scarsa partecipazione culturale a realizzare gli obiettivi didattici descritti nello statuto.

I punti della discussione sono stati:

1. le cause della scarsa partecipazione culturale dei potenziali soci e del modestissimo numero di iscritti
2. i problemi della disciplina Geriatria e Gerontologia: sono veri oppure si tratta di artefatti?
3. pur mancando l'autonomia accademica, l'identità della Geriatria e Gerontologia è precisa e visibile?
4. i contenuti culturali della Geriatria sono lentamente, ma sempre di più, trasferiti ad altre discipline che li fanno propri (quindi sono validi).

La discussione si è protratta per circa una ora; il punto 1 non ha avuto risposte da riferire; i punti 2 e 3 richiedono attenzione perché altri settori SSD MED/09 ritengono di svolgere già attività qualificata nella cura dei vecchi; ciò si giustifica con il punto 4.

Si dovrà pertanto contribuire con maggior forza alla affermazione della metodologia geriatria; ciò richiede uno sforzo innovativo a livello didattico cercando di realizzare, anche nella pratica tutoriale, i principi della medicina geriatria che si basano sulla continuità assistenziale.

Si invitano i Colleghi che ricevono questo messaggio ad aderire alla ANG; nel 2008 si svolgerà un Convegno ANG sulla "identità della Geriatria" discutendo del problema con i Colleghi della Medicina Interna, Medicina Generale e Medicina Urgenza e Pronto soccorso (SSD MED/09).

Nella riunione è stato approvato anche il bilancio definitivo 2006 ed il preventivo 2007.

Gianfranco Salvioli



Premio Bruno Finzi

L'Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti, con i contributi offerti dalla famiglia Finzi bandisce un concorso ad un premio di € 3.000 (tremila) intitolato al ricordo del prof. Bruno Finzi (1918—1998), Primario Medico Geriatra negli Ospedali di Venezia, per una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia su ricerche in ambito geriatrico ivi comprese ricerche in ambito riabilitativo dell'anziano.

Il concorso è riservato a laureati in Medicina e Chirurgia che non abbiano compiuto i 30 anni di età alla data di scadenza del presente bando.

Le domande per la partecipazione al concorso, in carta semplice, dovranno essere spedite a mezzo raccomandata a.r. alla Presidenza dell'Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti (Campo S. Stefano, 2945 - 30124 Venezia) entro l'11 gennaio 2008.

Esse saranno corredate dai seguenti documenti pure in carta semplice:

- a) curriculum vitae et studiorum;
- b) certificato di laurea con i voti degli esami sostenuti;
- c) copia della tesi di laurea in lingua italiana;
- d) copia di eventuali pubblicazioni scientifiche attinenti al tema del concorso.

Sarà considerato ulteriore titolo l'eventuale presentazione da parte del candidato di un programma di ricerca in ambito geriatrico che egli intendesse svolgere negli anni futuri. L'assegnazione del premio sarà decisa da un'apposita Commissione di tre membri nominata dall'Istituto Veneto. Il giudizio della Commissione è insindacabile.

Il premio sarà conferito al vincitore in occasione dell'adunanza solenne di chiusura dell'anno accademico nel maggio 2008.

Il Presidente
Leopoldo Mazzarolli



CONGRESSI E CONVEGNI

2ND INTERNATIONAL CONGRESS ON GAIT AND MENTAL FUNCTION

Amsterdam 1-3 febbraio 2008

Tel: +972 3 972 75 90 Fax: +972 3 972 75 55

Email: gait@kenes.com

www.kenes.com/gait

SEMINARI MULTIPROFESSIONALI ANCHISE IDENTITÀ, DISIDENTITÀ E IDENTITÀ MOLTEPLICI NELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER

Milano Febbraio-Novembre 2008

(Destinati a Medici, Psicologi, Operatori professionali)

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli

info@gruppoanchise.it ; www.gruppoanchise.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