



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 V

numero 7 - luglio 2008

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Buone vacanze	pag	2
Gli eventi formativi SIGG	“	3
53° Congresso Nazionale SIGG – programma preliminare	“	4
Campus in geriatria 2008	“	15
Incontro SIGG-SIGOs	“	17
Master Universitario di II livello	“	18
Bollettino Nursing	“	19
Notizie dalle sezioni regionali	“	30
Congressi e Convegni	“	31



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

***BUONE
VACANZE
A TUTTI***

Roberto Bernabei



Gli eventi formativi SIGG

Prima della pausa estiva si avverte spesso la necessità di fare un bilancio di ciò che si è fatto, di programmare le attività future, di presentare nuove idee o linee di programma da sviluppare nei mesi successivi. Non è il caso per la SIGG di fare un resoconto del lavoro scientifico, formativo, assistenziale, politico che viene quotidianamente svolto, ci siamo sempre impegnati per divulgare i risultati di queste attività multidisciplinari attraverso le pagine del Bollettino, spesso su alcuni argomenti “caldi”, prevalentemente di interesse universitario, c’è stato uno scambio di mail vivace e costruttivo tra i diretti interessati, a testimoniare che intorno alla nostra Società c’è un fermento culturale e formativo che serve per accrescere l’attenzione e l’interesse verso la nostra disciplina. In quest’ambito a volte non si riesce a dedicare il tempo necessario alla valutazione di un evento svolto e si volta pagina presentando nuove iniziative in un continuo desiderio di innovazione e ricerca di novità.

Il Presidente, unitamente al past President, al Presidente eletto, alla Giunta ed al Consiglio Direttivo, che lo hanno sempre sostenuto ed indirizzato, in questi anni si è impegnato per migliorare la qualità ed aumentare il numero degli eventi formativi che si svolgono durante l’anno. Presentiamo in questo numero il programma preliminare del prossimo Congresso SIGG. La novità dell’edizione di quest’anno è la conclusione al sabato pomeriggio, eliminando la domenica, in modo da dare la possibilità, come richiesto da molti, di rientrare a casa il sabato sera. Il programma è in fase avanzata, ma c’è la possibilità di modificare o inserire nuovi argomenti, se compatibili con la struttura generale del Congresso, su indicazione dei Soci. Sono stati organizzati simposi in collaborazione sia con le Società Scientifiche “vicine” alla SIGG, come la Società dei Geriatri Ospedalieri e l’Associazione dei Geriatri Extraospedalieri, che con altre con la quale la SIGG condivide interessi scientifici e culturali da tempo, come la Società di Nutrizione Parenterale, quella di Malattie Respiratorie, oltre che la Società di Medicina Interna e la Federazione dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, già presenti da alcuni anni ai nostri Congressi. Ritengo estremamente costruttivo per motivi politici e di opportunità che la SIGG stringa sempre di più le alleanze in primis con le Società costituite da Geriatri, con cui condivide la maggior parte degli interessi e degli obiettivi, in proposito presentiamo nelle pagine successive la sintesi di un recente incontro tra i vertici SIGG e SIGOS in cui sono state poste le basi per futuri obiettivi su cui lavorare insieme in difesa della geriatria ospedaliera e delle divisioni di geriatria, che in qualche realtà si tenta di abolire o ridimensionare. Anche con l’Associazione dei Geriatri Extraospedalieri, che raccolgono i colleghi che lavorano nel territorio, nell’assistenza domiciliare e nelle RSA, il discorso è aperto alla massima collaborazione, per la prima volta viene organizzato un simposio congiunto, seguiremo gli sviluppi per il futuro. Vi ricordo infine che durante il Congresso ci saranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo per cui è necessario, a norma di statuto, presentare le candidature nei tempi previsti per formare l’elenco degli aspiranti da votare per le singole sezioni della SIGG (*dead line 28 ottobre 2008*).

Anche quest’anno si terrà il “Campus in Geriatria 2008” dedicato agli specializzandi del terzo anno. La formula attuale prevede la massima interattività e la discussione di casi clinici, oltre che il lavoro di gruppo su temi specifici, per favorire il coinvolgimento e la partecipazione in prima persona degli allievi. I Direttori delle Scuole interessati dovranno inviare l’elenco degli aspiranti nel mese di settembre.

Infine il Bollettino Nursing anche in questo numero è pieno di articoli e notizie interessanti. Speriamo di ricevere sempre maggiori contributi in modo da dar vita in futuro ad un Bollettino dedicato. Buone vacanze a tutti.

Vincenzo Canonico



53° Congresso Nazionale SIGG
“L'ITALIA? NON E' UN PAESE PER VECCHI...”
Firenze, 26 – 29 novembre 2008

PROGRAMMA PRELIMINARE

Mercoledì 26 novembre

INAUGURAZIONE

AUDITORIUM

16.30

R. Bernabei

Apertura del Congresso

Saluto dei Presidenti delle Società Scientifiche

17.45

Consegna del Premio “Enrico Greppi” a Luigi Ferrucci e Marco Pahor

18.00

Lettura magistrale

INVECCHIAMENTO: LO SCIOPERO DELLA RETE OMEOSTATICA

L. Ferrucci (Baltimore)

18,30

Lettura magistrale

IL SALTO DELLA RANA: DALLA SCIENZA ALLA PRATICA

M. Pahor (Gainesville)

19.00

Ricordando Francesco M. Antonini

N. Marchionni (Firenze)



Giovedì 27 novembre

AUDITORIUM

8.30-9.00

Lettura

I BISOGNI ED I DIRITTI DEL CITTADINO ANZIANO CON PATOLOGIA PSICO-GERIATRICA

A. Guaita (Abbiategrasso)

AUDITORIUM

9.00-10,30

Golden Symposium*

FARMACI E ANZIANI: AMICI O NEMICI?

Moderatori: **R. Bernabei** (Roma), **S. Dompé** (Roma)

- L'anziano fragile nei trial clinici: cosa sta cambiando e cosa deve ancora cambiare
S. Del Signore (London)
- Linee guida nell'anziano con polipatologia: utili o dannose?
S. Volpato (Ferrara)
- Reazioni avverse: come prevederle e prevenirle?
G. Onder (Roma)
- Anziani: una categoria a rischio di errori farmacologici
G. Velo (Verona)
- Compliance, aderenza e continuità terapeutica nell'anziano
A. Caputi (Messina)

*Contributo non condizionato di Farminindustria

AUDITORIUM

10.30-11.00

Lettura

DISTURBI DELL'ANSIA NELL'ANZIANO

C. Vampini (Verona)

Presiede: **N. Marchionni** (Firenze)

AUDITORIUM

11.00-11.30

Lettura

L'ANZIANO CON FRATTURA DI FEMORE: DETERMINANTI DELLA SOPRAVVIVENZA E DELLO STATO FUNZIONALE

S. Maggi (Padova)



segue **Giovedì 27 novembre**

AUDITORIUM

11.30-13.00

Simposio

LA DEMENZA DI ALZHEIMER TRA PRESENTE E FUTURO

Moderatori: **M. Trabucchi** (Brescia)

- Lo scenario futuro: l'opinione dei geriatri italiani
A. Bianchetti (Brescia)
- La ricerca: cosa ci possiamo aspettare
M. Tabaton (Genova)
- I trattamenti: dagli inibitori delle colinesterasi al vaccino
A. Cagnin (Noale)
- Le implicazioni: quale futuro per i caregivers?
P.A. Bonati (Reggio Emilia)

SALA VERDE

11.30-13.00

ABBRACCIARE LA COMPLESSITÀ: I DIECI ANNI DEL PROGETTO INCHIANTI

Moderatori: S. Bandinelli (Firenze), A. Di Iorio (Chieti)

- Introduzione
S. Bandinelli (Firenze)
- L'acido urico: un nuovo fattore proinfiammatorio?
C. Ruggiero (Perugia)
- Personal Mastery e funzionalità fisica
Y. Milaneschi (Firenze)
- Markers metabolici predittivi della disabilità
A.M. Abbatecola (Napoli)
- Sarcopenia ed obesità: una combinazione letale? Risultati dallo studio InCHIANTI
M. Cesari (Roma)
- La genetica delle vitamine
T. Tanaka (Baltimore)
- Conclusioni
A. Cherubini (Perugia)

SALA ONICE – PALAZZO AFFARI

11.30-13.00 sessioni parallele

Simposi Monotematici



segue **Giovedì 27 novembre**

AUDITORIUM

14.00-15.30

Simposio SINPE -SIGG

PROBLEMATICHE DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE NELL'ANZIANO

Moderatori: R. Bernabei (Presidente SIGG), M. Muscaritoli (Presidente SINPE)

- La valutazione dello stato nutrizionale nella VMD dell'anziano fragile
F. Landi (Roma)
- La supplementazione orale nella prevenzione e nel trattamento della malnutrizione
A. Laviano (Roma)
- Problematiche etiche e cliniche
- La nutrizione artificiale domiciliare nell'anziano
P. Orlandoni (Ancona)

SALA VERDE

14.30-16.00

Simposio

EUROPEAN RESEARCH PROJECTS ON HEALTH SYSTEMS AND LONG TERM CARE OF THE ELDERLY

- The INTERLINKS project
K. Leichsenring (Wien)
- The ANCIEN project
E. Mot (Den Haag)
- The SHELTER project
G. Onder (Roma)

SALA ONICE

11.30-13.00

Riunione SIGOs-SIGG

PER LA DIFESA DELLE GERIATRIE OSPEDALIERE

L. Grezzana (Verona), *M. Trabucchi* (Brescia)

PALAZZO AFFARI

14.30-16.00 sessioni parallele

Simposi Monotematici

LIMONAIA

15.00-16.00

Poster con discussione



segue **Giovedì 27 novembre**

AUDITORIUM

15.30-16.00

Lettura

MANAGEMENT GERIATRICO DELLE MALATTIE ACIDO-CORRELATE

A. Pilotto (San Giovanni Rotondo)

AUDITORIUM

16.00-16.30

Lettura

G. Mancia (Milano)

SALA VERDE

16.00-16.45

Lettura

LA COMPLESSITA' E LA VMD. GERIATRIA E SSN

F. Forino

AUDITORIUM

16.30-18.00

Simposio congiunto SIMREG- SIGG

BPCO NELL'ANZIANO: TRA DUBBI (MOLTI) E CERTEZZE (POCHE)

- Epidemiologia: tra malattia misconosciuta e malattia disabilitante
F. Forastiere (Roma)
- Criteri diagnostici: validità, limiti e potenziali alternative nell'anziano fragile
R. Antonelli Incalzi (Roma)
- Fisiopatologia: oltre l'ostruzione e il VEMS
V. Bellia (Palermo)
- Linee guida: esistono per la popolazione geriatrica?
G. Romanelli (Brescia)
- La riabilitazione: efficace a qualunque età
A. Spanevello (Cassano Murge)

AUDITORIUM

18.00-19.30

ASSEMBLEA DEI SOCI SIGG

Venerdì 28 novembre

AUDITORIUM

8.30-9.00

Lettura

TEMPERATURA, FRAGILITA' E LA SECONDA LEGGE DELLA TERMODINAMICA"

P.U. Carbonin (Roma)



segue **Venerdì 28 novembre**

AUDITORIUM

9.00-11.00

Simposio

MODULAZIONE DEI RECETTORI BETA ADRENERGICI: DAL LABORATORIO AL LETTO DEL MALATO

Moderatori: **N. Marchionni** (Firenze), **F. Rengo** (Napoli)

- Modificazioni età-correlate del signaling β -adrenergico e le basi molecolari dell'utilizzo dei β -bloccanti
D. Leosco (Napoli)
- Agonismo e antagonismo beta adrenergico: ruolo dei beta bloccanti di nuova generazione
G. Vescovo (Vicenza)
- La modulazione dei recettori beta adrenergici nell'ipertensione e nello scompenso
L. Dei Cas (Brescia)
- La terapia con bloccanti nel cardiopatico anziano
N. Ferrara (Campobasso)

AUDITORIUM

11.00-11.30

Lettura

COX 2 INHIBITORS

A. Ungar (Firenze)

AUDITORIUM

11.30-13.00

Simposio

PROGETTO CARE: Cura e tutela del paziente anziano nelle residenze sanitarie assistenziali

Moderatori: **M. Barbagallo** (Palermo), **F. Landi** (Roma)

- L'atipia di presentazione delle malattie nell'anziano
P. Odetti (Genova)
- Quando e perché la profilassi e la terapia del tromboembolismo venoso
R. Landolfi (Roma)
- La terapia medica come cardine del corretto management dell'osteoporosi nell'anziano
L. Di Matteo (Pescara)
- Polmoniti nel paziente anziano: prevenzione e terapia
M. Bassetti (Genova)



segue **Venerdì 28 novembre**

SALA VERDE - SALA ONICE - PALAZZO AFFARI

11.30-13.00 sessioni parallele

Simposi Monotematici

AUDITORIUM

14.00-15.30

Tavola Rotonda del Gruppo di Studio *LA CURA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA*

LA COMUNICAZIONE NELLA TERMINALITÀ

Moderatori: **M. Petrini** (Roma), **F. Romagnoni** (Ferrara)

Presentazione del tema e introduzione

M. Petrini (Roma)

La realtà professionale in Italia

- La comunicazione della terminalità nella medicina di famiglia
A. Marsilio (Dolo)
- La comunicazione della diagnosi di Alzheimer nell'istituzione geriatrica
E. Bianchi (Vicenza)
- Comunicazione e terminalità in Terapia Intensiva
L. Boncinelli (Firenze)
- La comunicazione continua nel rapporto paziente geriatrico-infermiere
M. Marini (Pistoia)

La realtà professionale internazionale

- La comunicazione della terminalità nella letteratura medica internazionale
F. Caretta (Roma)

L'esperienza personale

- Racconti di medici e pazienti nella letteratura e nella cinematografia
I. Orlando (Borgonovo V.T.)

* sostenuto da un contributo non condizionato della Fondazione Alitti

PALAZZO DEGLI AFFARI

14.00-18.00

Simposio Satellite

PUNTO UNICO INTEGRATO DI ACCESSO E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE E VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELL'ANZIANO

Moderatori: A. Cherubini (Perugia), P. Putzu (Cagliari)

- Il Punto Unico di Accesso come modello di gestione del contatto con il cittadino e la presa in carico nella rete dei servizi
M. Bellentani (Roma)
- Un modello di Punto Unico di Accesso: primi dati di un modello organizzativo innovativo
G. Frau (Cagliari)
- I sistemi validati per lo screening a livello di PUA e la Valutazione Multidimensionale
G. Gambassi (Roma)



segue **Venerdì 28 novembre**

- L'applicazione del Contact Assessment per la continuità di cura primi dati della sperimentazione
M. Zega (Roma)
- La Valutazione Multidimensionale con gli strumenti della SUITE InterRAI in RSA
F. Landi (Roma)
- Dal progetto Mattone 12 i sistemi di classificazione
E. Brizioli (Ancona)
- L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. Uno studio sui carichi di lavoro per classe RUG all'Italian Hospital Group di Guidonia (Roma)
M. Bellomo (Roma), **C. Cafariello** (Roma)
- L'applicazione dei RUG III e l'assorbimento di risorsa. Uno studio condotto da Laziosanità ASP sulle classi RUG
A. Mastromattei (Roma)
- Il sistema Informativo e Informatico per il governo del territorio e per le Strutture Residenziali
F. Vidotto (Santa Lucia di Piave/Tv)

Discussione

SALA VERDE

14.30-16.00

Simposio

LA RICERCA TRANSLAZIONALE IN GERIATRIA

Moderatori: **P. Odetti** (Genova), **M. Provinciali** (Ancona)

Variabilità genetica e apporto nutrizionale nell'anziano

M. Malavolta, R. Giacconi (Ancona)

Biomarcatori di rischio cardiovascolare

F. Olivieri, F. Marchegiani (Ancona)

Instabilità genetica, tumori e invecchiamento

M. Cardelli (Ancona)

La ricerca translazionale sul diabetico anziano

A. Bonfigli (Ancona)

Plasticità neuronale e malattie neurodegenerative

M. Balietti (Ancona)

Le cellule staminali: prospettive di utilizzo nell'anziano

R. Moresi (Ancona)

SALA ONICE – PALAZZO AFFARI

14.30-16.00 sessioni parallele

Simposi Monotematici



LIMONAIA

15.00-16.00

Poster con discussione

AUDITORIUM

15.30-16.00

Lettura Fondazione Socialità e Ricerche

LA RIABILITAZIONE E L'ANZIANO FRAGILE

G. Bellelli (Cremona)

AUDITORIUM

16.00-17.00

Mini Simposio

DIAGNOSI E TERAPIA NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER E DEMENZA A CORPI DI LEWY: CASI CLINICI

- Importanza clinica di una diagnosi accurata e precoce
O. Zanetti (Brescia)
- Supporto del neuroimaging con DaTSCAN
S. Sestini (Prato)

AUDITORIUM

17.00-19.00

Simposio SIGG-SIMI-FADOI

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE ANZIANO

Moderatori: **R. Bernabei** (SIGG), **G. Licata** (SIMI), **A. Mazzone** (FADOI)

- La Evidence Based Medicine e la Evidence Biased Medicine: dai trials clinici al mondo reale
G. Gambassi (Roma)
- Risk management e complessità dei pazienti: adverse event, adverse drug event, adverse drug reaction
R. Nardi (Bologna)

segue **Venerdì 28 novembre**

- Il decalogo della prescrizione farmacologica nell'anziano in politerapia
R. Rozzini (Brescia)
- Gli eventi avversi in politerapia: fattori farmacogenetici e interazioni farmacologiche
G. Vescovi
- Insufficienza renale in apparente nei pazienti anziani: correlazioni nell'impiego dei farmaci
G. Parrinello

Giornata elettorale
Seggio aperto dalle 10.30 alle 17.30



Sabato 29 novembre

AUDITORIUM

8.30-9.30

COMUNICAZIONI ORALI PREMIATE

AUDITORIUM

9.30-10.00

Lettura AIP/SIGG

PSICOGERIATRIA E MEDICINA

M. Trabucchi (Brescia)

Presiede: *N. Marchionni* (Firenze)

AUDITORIUM

10.00-10.30

Lettura

SINTOMI NON MOTORI NEL PARKINSON

A. Antonini (Milano)

Presiede: *V. Canonico* (Napoli)

AUDITORIUM

10.30-11.00

Lettura

GLI INIBITORI DELLA DPP-4: UNA SVOLTA TERAPEUTICA NEL DIABETE MELLITO TIPO 2?

E. Mannucci (Firenze)

Presiede: *G. Paolisso* (Napoli)

AUDITORIUM

11.00-11.30

Lettura Fondazione Alitti

AUDITORIUM

11.30-13.00

Simposio SIGG-AGE

EDEMI E DISPNEA: VERSO LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'ANZIANO SCOMPENSATO DI CUORE

Moderatori: *R. Bernabei* (Roma), *S. Putignano* (Napoli)

- *N. Marchionni* (Firenze)
- Lo scompenso cardiaco in RSA
M. Chirico
- Lo scompenso cardiaco in ADI
P. Gareri (Catanzaro)
- Conclusioni
M. Trabucchi (Brescia)



segue **Sabato 29 novembre**

SALA VERDE

11.30-13.00

Simposio*

L'ORTOGERIATRIA - MODALITÀ DI ATTUAZIONE E RISULTATI

Moderatori: *G. Salvioli* (Modena), *R. Antonelli-Incalzi* (Roma)

- Descrizione di esperienze in varie sedi
G. Lancellotti (Modena), *A. Ferrari* (Reggio Emilia), *M.L. Lunardelli* (Bologna), *G. Annoni* (Milano), *A. Barone* (Genova)
- Protocollo di trattamento perioperatorio dell'anziano con frattura del femore
E. Palummeri (Genova)
- Protocollo per la prevenzione delle cadute e delle fratture dell'anziano
C. Mussi (Modena)
- Protocollo per il follow-up dell'anziano operato per frattura del femore
F. Anzivino (Ferrara)

*Contributo non condizionato del Fondo Mario Gasparini Casari

SALA ONICE – PALAZZO AFFARI

11.30-13.00 sessioni parallele

Simposi Monotematici

AUDITORIUM

14.00-16.00

COMUNICAZIONI ORALI PREMIATE

LIMONAIA

15.00-16.00

Poster con discussione

16.00-16.30

Lettura

DOMICILIO, CANCRO E QUANT'ALTRO: IL NUOVO CHE AVANZA

F. Lattanzio (Ancona)

16.30-17.00

Lettura

BIOMARKERS DI INVECCHIAMENTO

C. Leeuwenburgh (Gainesville)

17.00-17.30

PREMIAZIONI E CHIUSURA DEL CONGRESSO



CAMPUS IN GERIATRIA 2008

24-25 OTTOBRE – SANTA PALOMBA

“DOLORE, DOLORE, DOLORE...ALTRO CHE QUINTO SEGNO VITALE!”

Riservato agli specializzandi in geriatria del 3° anno

VENERDI' 24 OTTOBRE

13,30-13,50

INTRODUZIONE AI LAVORI

13,50-14,30

C. Patrono – "VALUTAZIONE DEI RISCHI GASTROINTESTINALI E CARDIOVASCOLARI DEGLI INIBITORI DELLA COX-2 NELL'ANZIANO"

14,30-15,10

C. Ripamonti – OPPIOIDI. QUALI? ORALI O TRANSDERMICI? BASE O RESCUE? SWITCH O ASSOCIAZIONI?

15,10-15,50

G. Gambassi – CURE PALLIATIVE: LA CURA DEL DOLORE NELLA SUA COMPLESSITA'

15,50-16,15 Coffee Break

16,15-18,30

LAVORI DI GRUPPO SUI CASI CLINICI

6 GRUPPI AFFRONTANO 3 DIVERSI CASI CLINICI:

1° caso "Osteo-artrosi degenerativa con riacutizzazioni periodiche"

Tutor: **G. Gambassi**

2° caso "Deformazioni, collassi vertebrali ed esiti di frattura femore"

Tutor: **R. Bernabei**

3° caso "Neoplasia con metastasi ossee"

Tutor: **C. Ripamonti**



SABATO 25 OTTOBRE

9,00-11,15

PRESENTAZIONE DEI LAVORI DI GRUPPO

Moderatore: ***R. Bernabei***

Discussant: ***G. Gambassi e C. Ripamonti***

11,15-11,45 Coffee Break

11,45-12,45

DISCUSSIONE DEI LAVORI DI GRUPPO

Moderatore: ***R. Bernabei***

Discussant: ***G. Gambassi e C. Ripamonti***

12,45-13,00

CONCLUSIONI

13.00-13.30

Verifica dell'apprendimento

INCONTRO. In città i vertici di Sigg e Sigos, le due società italiane che raggruppano gli specialisti della terza età

Geriatria, Verona capitale

Si parla sempre più spesso dell'invecchiamento della popolazione e dei relativi problemi di cura e assistenza agli anziani, problemi che richiedono grande attenzione non solo sotto il profilo dell'assistenza medica ma anche di una moderna visione e gestione delle strutture ospedaliere riservate a pazienti che, troppo spesso, come lamentano i geriatri, vengono considerati come «vuoti a perdere».

Il geriatra è il medico che, gra-

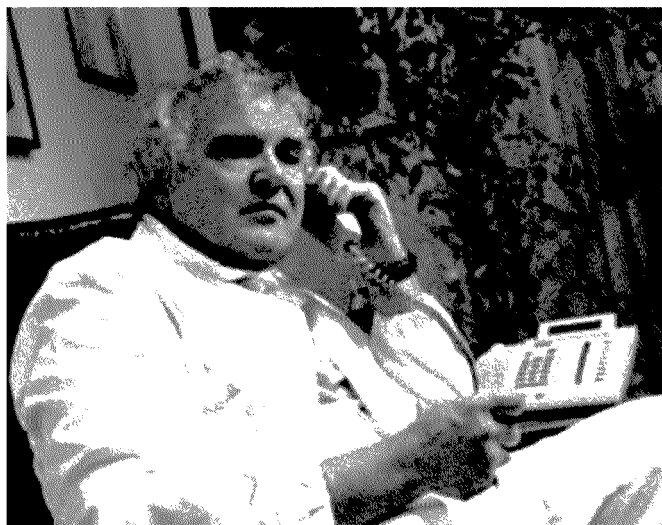
zie a una visione multidimensionale, ricerca, promuove e stabilizza l'equilibrio dello stato fisico e mentale del paziente. Un importante incontro per fare il punto della situazione italiana della geriatria si è svolto all'Azienda Ospedaliera. Vi hanno partecipato i vertici delle due società scientifiche di geriatria più importanti in Italia per numero di iscritti, la Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria) e la Sigos (Società italiana geriatri

ospedalieri).

La prima era rappresentata dal past president, Marco Trabucchi, dal presidente Roberto Bernabei e dal presidente eletto dal prossimo gennaio Nicolò Marchionni, mentre per la seconda erano presenti il presidente Luigi Grezzana, il past president Stefano Maria Zuccaro, il vicepresidente Luigi Di Cioccio e il segretario Massimo Fini.

Scopo della riunione l'individuazione di punti sui quali promuovere ma soprattutto difen-

dere la cultura geriatrica, le cui moderne metodologie sempre più raffinate devono poter contare su un personale medico e infermieristico che oltre a una specifica preparazione deve avere nel proprio bagaglio delle sensibilità che non vengono richieste per altre branche della medicina. Al termine dell'incontro è stato affidato ai professori Grezzana e Trabucchi l'incarico di monitorare la qualità e difendere dal pericolo di chiusura le unità geriatriche esistenti nella sanità pubblica nazionale. ♦



Il professor Luigi Grezzana





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
Master universitario di II livello

Responsabile Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari di Residenza Sanitaria per Anziani (RSA)

Il Master Universitario ha lo scopo di permettere ai Laureati in Medicina e Chirurgia ed ai Laureati di Laurea Magistrale Specialistica in Infermieristica Ostetrica l'acquisizione di competenze manageriali specifiche nell'area della programmazione e direzione dei processi aziendali finalizzati al governo delle strutture socio-sanitarie ed ha l'obiettivo di sviluppare la conoscenza approfondita della disciplina che regola l'assetto istituzionale delle materie della sanità e dell'assistenza pubblica o dei servizi sociali. La realtà del progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento degli anziani fragili e disabili richiedono sempre più strutture adeguate a sostenere tali situazioni, gestite da persone esperte in management sanitari. Questi devono essere idonei a conoscere la regolamentazione e sapere applicare l'ordinamento giuridico della materia sanitaria e sociale e possedere gli elementi fondamentali della loro gestione sul territorio, forti quindi sia di una conoscenza giuridico-amministrativa che di natura manageriale, attinente alle tematiche proprie della gestione aziendale, della programmazione e del finanziamento dei servizi sanitari e sociali, ivi compresi gli aspetti relativi alla gestione del personale, allo sviluppo organizzativo ed ai profili patrimoniali. Il Master risponde alla domanda di formazione proveniente da operatori e soprattutto da responsabili degli enti del Settore Socio-Sanitario, ove è importante avere personale preparato sia dal punto di vista normativo-economico che dal punto di vista della ideazione e gestione delle strutture, del personale e dei progetti assistenziali e sociosanitari di conforto. Il Master si rivolge perciò a laureati in Medicina e Chirurgia del previgente che del nuovo ordinamento ed ai laureati della Laurea Magistrale Specialistica in Infermieristica Ostetrica, interessati ad operare a vario titolo nel terzo settore, sia a chi già lavora nelle strutture dedicate ai servizi alla persona ed alle strutture residenziali.

Sbocchi professionali

La figura professionale formata nel Master può trovare sbocco nel **terzo settore socio sanitario come Responsabile Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari di Residenza Sanitaria per Anziani (RSA)**. Il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle strutture assistenziali per anziani richiedono un numero sempre maggiore di personale di assistenza qualificato e di coordinatori esperti. L'elevata necessità di personale qualificato nel settore ed il rilevante incremento della domanda previste nel futuro, consentono di ritenere certo lo sbocco professionale di questa figura, nei prossimi anni.

Art. 7 - Requisiti di ammissione

Il Master Universitario è rivolto ai laureati in Medicina e Chirurgia del nuovo e previgente ordinamento ed ai laureati nella classe della Laurea Specialistica in Infermieristica Ostetrica (SNT_SPEC/1).

Il numero massimo degli iscritti è previsto in 25 unità di cui fino a 5 riservati ai laureati della classe di laurea SNT_SPEC/1

Informazioni: Prof. Giovanni Ricevuti Pavia 0382381234

e-mail <giovanni.ricevuti@unipv.it> <giovanni_ricevuti@asppavia.it>

<http://www.unipv.eu/on-line/Home/Didattica/Post-laurea/Master/articolo653.html>



BOLLETTINO NURSING

Un'analisi del profilo dell'Operatore Socio Sanitario della Regione Lombardia

L'ultimo decennio per la professione infermieristica è stato caratterizzato da grandi innovazioni e grandi conquiste culturali e normative sia nell'ambito della formazione che dell'esercizio professionale. La formazione universitaria, la valorizzazione della specificità ed il riconoscimento dell'autonomia infermieristica comportano una maggiore consapevolezza degli infermieri in merito alla propria identità professionale.

Il Decreto Ministeriale n. 739/1994 individua l'infermiere come l'operatore sanitario "responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'infermiere quindi è responsabile di tutto il processo decisionale che sta all'origine dell'atto assistenziale, il quale inizia con l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e prosegue con la pianificazione degli obiettivi e degli interventi e termina con la valutazione dei risultati. Nella realizzazione degli interventi assistenziali, l'infermiere si avvale, ove necessario, degli operatori di supporto. L'attribuzione di attività assistenziali agli operatori di supporto, tra cui gli operatori socio sanitari (OSS), dovrebbe consentire, attraverso una previa valutazione qualitativa dell'organizzazione ed un'analisi delle attività assistenziali, di sollevare gli infermieri da attività improprie e ad elevata standardizzazione e, di conseguenza, dovrebbe assicurare un'ottimizzazione dei tempi ed un miglioramento della qualità del proprio operato. In tale ottica, gli infermieri hanno la possibilità di realizzare maggiormente il giudizio clinico volto al riconoscimento di bisogni e problemi delle persone assistite, una più accurata pianificazione degli obiettivi e degli interventi, sia da attuare direttamente sia quelli da affidare agli operatori di supporto, una valutazione degli esiti ed una migliore documentazione.

In questo particolare contesto l'operatore socio sanitario (OSS) può e deve essere considerato una risorsa che consente di valorizzare le funzioni degli infermieri alla luce dell'evoluzione culturale e professionale di questi ultimi anni.

In realtà, si può affermare, così come si evince da una revisione della letteratura sull'argomento, che l'istituzione di questa figura ha avuto origine non tanto come risposta ad un bisogno "qualitativo", quanto piuttosto ad un bisogno "quantitativo" delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie di arginare la carenza "ciclica" di personale infermieristico. Il settore che risente maggiormente della carenza degli infermieri è rappresentato dalle strutture residenziali per anziani, essendo considerate poco attraenti dagli infermieri come luogo di lavoro d'elezione.

A tal fine nel 2005 è stata condotta un'indagine descrittiva¹ nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), con l'obiettivo di conoscere, sulla base della normativa vigente e alla luce dell'evoluzione culturale e professionale dell'infermiere, se l'OSS nelle RSA è considerato una risorsa che consente di valorizzare le funzioni degli infermieri oppure risponde ad un bisogno "quantitativo" dell'organizzazione di colmare la carenza di infermieri. Più specificatamente si volevano conoscere le modalità di inserimento dell'OSS nell'equipe assistenziale (attività di informazione e di formazione), gli strumenti utilizzati per l'integrazione professionale e la definizione delle attività (protocolli, procedure), eventuali cambiamenti organizzativi riguardanti l'attività infermieristica in seguito all'inserimento di tale figura.

L'indagine è stata condotta in 11 residenze sanitarie assistenziali accreditate di Milano (di cui 9 dell'ASL Città di Milano e 2 della Provincia) che, al momento della conduzione della ricerca,

¹ Giavazzi Giuseppina, *L'integrazione dell'operatore socio sanitario (OSS) nell'equipe assistenziale: un'indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di Milano, tesi di Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento (a.a. 2004/2005)*



includevano nel loro organico gli OSS inquadrati contrattualmente e che già svolgevano le funzioni previste dal relativo profilo. Sono stati pertanto intervistati i coordinatori infermieristici delle suddette RSA, attraverso un questionario strutturato.

Dai risultati dell'indagine è possibile affermare che l'OSS è stato inserito nell'equipe assistenziale delle RSA, tenendo scarsamente in considerazione i presupposti culturali ed organizzativi descritti dalla letteratura, presupposti considerati fondamentali per un inserimento efficace ed efficiente di tale figura.

Sebbene siano stati effettuati degli incontri informativi e siano stati elaborati dei documenti per facilitare l'integrazione dell'OSS nelle equipe assistenziali, non è possibile affermare che l'inserimento dell'OSS sia avvenuto sulla base di un progetto ad hoc. Inoltre, nonostante solo quattro RSA abbiano affermato di aver inserito l'OSS in sostituzione di un infermiere, all'OSS, nella maggior parte delle strutture, sono state affidate attività che prima dell'inserimento erano di esclusiva competenza degli infermieri (es: clisma, rilevazioni parametri, semplici medicazioni, aiuto assunzione terapia orale...).

Due sono le problematiche maggiori emerse dai risultati:

- ❖ l'OSS è impiegato per attività di cui non si fa cenno nel relativo profilo regionale (es. rilevazione parametri clinici, preparazione e somministrazione terapia orale).
- ❖ l'OSS è in alcuni casi il "responsabile" dell'assistenza diretta e del piano di assistenza individuale (PAI) degli ospiti delle RSA.

L'OSS diventa quindi una figura centrale in RSA occupandosi sia di assistenza diretta sia di prestazioni sanitarie di varia natura, mentre gli infermieri si occupano prevalentemente delle procedure diagnostiche – terapeutiche.

L'OSS quindi non è stato inserito nell'equipe assistenziale con l'intento di migliorare la qualità dell'assistenza ma "sgravare" gli infermieri da attività ritenute non fondamentali (sia dalla direzione delle strutture che dagli stessi infermieri) che, in realtà, rappresentano lo specifico infermieristico come la pianificazione assistenziale, di cui comunque sono chiamati a rispondere.

La costruzione dell'indagine era basata sulla normativa che regolava l'esercizio dell'operatore socio sanitario in Lombardia (Delibera della Giunta Regionale del 6 luglio 2001 – n.7/5428) mettendo quindi in evidenza le criticità sopra elencate rispetto a quanto previsto dal relativo profilo.

Nel luglio del 2007 si è giunti all'emanazione di una nuova delibera regionale che regola sia la formazione sia l'esercizio di tale operatore (DGR 18 luglio 2007 n. 8/5101), revocando la precedente DGR del 2001.

La nuova delibera chiarisce per alcuni aspetti quanto prima era poco chiaro (es. rilevazione dei parametri vitali) e sottolinea aspetti importanti nel percorso formativo ma presenta, allo stesso tempo, delle criticità soprattutto rispetto al ruolo dell'infermiere nello stesso percorso formativo nonostante sia esplicitata la collaborazione prevalente con il personale infermieristico in ambito sanitario.

Innanzitutto viene definito un percorso formativo di 1000 ore ed un unico percorso di riqualifica OSS di 400 ore per i soggetti in possesso dell'attestato di ausiliario socio assistenziale (ASA) o di operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA).

Per accedere al corso occorre avere compiuto 18 anni di età alla data di iscrizione al corso o in alternativa essere in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: qualifica professionale ai sensi della LR 95/80, diploma di scuola secondaria di secondo grado o una qualifica di durata almeno triennale oppure la qualifica di ASA o OTA. Se lo scopo di tale normativa era quello di definire dei requisiti di accesso al profilo che garantiscano più elevati standard formativi di base si sarebbe dovuto definire un unico requisito di accesso congruente con l'età di ammissione al corso evitando così una discrepanza nel livello di preparazione degli aspiranti OSS.

Positiva invece è la valutazione dell'idoneità al lavoro rilasciata dal Medico competente prima della frequenza al corso in modo tale da evitare di scoprire situazioni di inidoneità al momento dell'inserimento in tirocinio dello studente, a corso già iniziato.



Per gli stranieri diventa anche obbligatoria la valutazione delle capacità di espressione orale e scritta e del grado di conoscenza e comprensione della lingua italiana che deve essere valutata attraverso un test d'ingresso da conservare agli atti presso l'Ente di formazione. Tale valutazione però è lasciata completamente in gestione agli enti di formazione.

La nuova DGR sottolinea inoltre l'importanza del tirocinio nel percorso formativo ponendo il positivo superamento dello stesso come vincolo per l'ammissione alle prove finali.

Il tirocinio deve essere effettuato almeno in una residenza sanitaria assistenziale accreditata dalla regione e in una struttura di ricovero e cura accreditata con il SSR, secondo un tempo che consenta il reale apprendimento delle competenze dell'OSS negli ambiti identificati. Viene individuata la figura del *tutor aziendale* che segue il tirocinante durante tale periodo, senza però definirne il profilo di appartenenza, che sempre di più dovrebbe essere identificato nell'infermiere essendo esplicitata la collaborazione prevalente con il personale infermieristico.

Inoltre è stata snellita la commissione d'esame composta da soli tre membri esterni e dal coordinatore del corso (rispetto agli 8 membri identificati nella precedente DGR), tra cui "un commissario esperto in tematiche sanitarie individuato e nominato dalle province o dalla Regione secondo le rispettive competenze, in ordine ai corsi attivati, tra il personale infermieristico in servizio nelle aziende sanitarie regionali, anche in collaborazione con le ASL".

Viene quindi formalizzata la presenza dell'infermiere in commissione d'esame rispetto invece alla precedente normativa di cui non si faceva minimamente cenno. Il coordinatore del corso è identificato come il *Professionista con diploma di laurea in professioni sanitarie o in area sociale o sociopsicopedagogica; è auspicabile che tale funzione sia svolta da un infermiere data la prevalenza della collaborazione dell'OSS con l'infermiere stesso.*

Per quanto riguarda le attività di competenze dell'OSS poco si è modificato rispetto alla precedente Delibera.

Viene mantenuto il campo di attività (sia ambito sanitario sia ambito sociale) e rimangono invariati i criteri che definiscono e vincolano l'attribuzione di attività a tali operatori da parte degli infermieri, o altro personale preposto, ovvero il criterio della bassa discrezionalità e della alta riproducibilità. Vengono inoltre individuati i piani di lavoro ed i protocolli operativi, predisposti dal personale sanitario e sociale preposto, responsabili del processo assistenziale, come documenti fondamentali che devono guidare l'agire quotidiano dell'OSS, così come era definito anche nella precedente DGR del 2001.

Vengono inoltre declinati più nello specifico i termini di "opera in quanto agisce in autonomia rispetto a precisi e circoscritti interventi" e "coopera in quanto svolge solo parte dell'attività alle quali concorre con altri professionisti (infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, dietologi, educatori professionali, ...)".



<i>DGR 6 luglio 2001 – n.7/5428</i>	<i>DGR 18 luglio 2007 n. 8/5101</i>
Collabora nell'attività del personale infermieristico che garantisce la corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche, anche attraverso l'uso di apparecchiature medicali di semplice uso	Opera nella verifica dei parametri vitali e nell'uso del refllettometro per la determinazione dei livelli di glicemia
Collabora alla somministrazione delle terapie: farmaci per via enterale (supposte, clisma fleet)	Collabora alla somministrazione delle terapie per via enterale (comprese supposte, microclisma che non implicano l'utilizzo di sonde
-----	Collabora nell'utilizzo delle apparecchiature BLSD

Tabella 1: Alcune competenze degli OSS: confronto delle delibere del 2001 e del 2007

Nella tabella 1 sono riportate le modifiche di alcune attività dell'OSS nella delibera regionale della Lombardia del 2007, rispetto alla precedente DGR del 2001.

C'è da osservare che alcune delle attività rappresentate erano comunque già affidate a tale operatore come hanno evidenziato anche i risultati della suddetta indagine.

Rimane aperto il problema relativo alla collaborazione della somministrazione della terapia per via enterale. Sicuramente la nuova DGR ha voluto chiarire in parte cosa intendesse **per via enterale** lasciando aperti ancora alcuni dubbi in merito a tale attività, anche se il profilo nazionale dell'OSS con formazione complementare (2003) può chiarire il ruolo di entrambe le figure ovvero l'OSS con formazione complementare può "somministrare, **per via naturale**, la terapia prescritta conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione...".

Dall'analisi quindi della nuova normativa regionale che regola l'esercizio dell'OSS è evidente come l'obiettivo fondamentale sia stato quello di riordinare la formazione di base in termini di requisiti di accesso e semplificazione del percorso formativo (es. commissione d'esame, unico corso di riqualifica ...) non andando quindi a modificare sostanzialmente il ruolo e le competenze di tale operatore in ambito sociale e sanitario.

A differenza però della precedente normativa viene esplicitata la collaborazione prevalente con il personale infermieristico in ambito sanitario. Tale collaborazione, che a tutt'oggi è evidente nella maggior parte dei setting operativi, deve però trovare ancora riscontro con un ruolo formalizzato dell'infermiere proprio nel percorso formativo di base. Oggi, viste le indicazioni fornite da tale delibera e la crescita in termini di professionalità, l'infermiere può e deve occuparsi della formazione degli operatori di supporto al fine di presidiare e monitorare l'inserimento di tali figure nelle equipe assistenziali evitando situazioni emerse nell'indagine sopraccitata. Le RSA diventano quindi un luogo da presidiare da un punto di vista infermieristico dato l'aumento dei bisogni della persona anziana sia per numero che per complessità, così come rilevano anche i dati ISTAT. Gli infermieri in RSA devono quindi rivestire un ruolo fondamentale nella presa in carico dell'ospite, attraverso la formulazione di un piano di assistenza infermieristico individualizzato orientato alla risoluzione dei molteplici e complessi bisogni dell'anziano fragile, avvalendosi delle figure di supporto.



Bibliografia e riferimenti legislativi

- Aletto Laura, Brivio Elisabetta, Fanari Francesco, Magri Miriam, Muttillio Giovanni, Neri Maurizio, 2000, “Proposta del Collegio IPASVI di Milano-Lodi sulla questione OSS”, *Io Infermiere*, n. 4, ottobre – dicembre 2000, pp. 20-44.
- Autori vari, “*Progettare e Organizzare l’Assistenza con gli Operatori di Supporto*”, Atti del convegno promosso ed organizzato da Lauri Edizioni, Milano, 14 novembre 2003.
- Benci Luca, 2001, “L’OSS: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica”, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, n. 4, ottobre – dicembre 2001, pp. 219-234.
- Bianchi P., Cavaliere B., 2003, “Un possibile quadro organizzativo per l’integrazione delle figure di supporto all’assistenza”, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre – dicembre 2003, pp. 11-16.
- Calamandrei Carlo, 2001, “L’inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto”, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre – dicembre 2001, pp. 16-23.
- De Nicola Caterina, 2005, “Identità dell’operatore socio sanitario nelle case di riposo”, *I luoghi di cura*, n. 2, giugno 2005, pp. 7-10.
- Giavazzi Giuseppina, L’integrazione dell’operatore socio sanitario (OSS) nell’equipe assistenziale: un’indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) di Milano, tesi di Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento (a.a. 2004/2005)
- Gullotta Domenico, Morici Monica, Bertelli Federica, David Rossana, Dametto Errico, Rabottini Massimo, Lizarbe Sonia, De Salazar Katia Vivano, Bizzarro Elena, Castiglioni Francesca, Marsico Anna, Meloni Rita, Plebani Luciana, Rallo Daniela, Tonet Luana, Zignani Laura, Trecate Fabio, 2001, “L’inserimento degli OSS all’interno di una RSA: la proposta del Centro Girola”, *Nursing oggi Geriatria*, n. 3, luglio – settembre 2001, pp. 18-24.
- Le figure di supporto all’assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l’integrazione nel processo assistenziale. Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia, Milano, 2001.
- Monzecchi Susanna, D’Addio Laura, 2003, “L’inserimento delle figure di supporto nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA)”, *Management Infermieristico*, n. 4, ottobre – dicembre 2003, pp. 17-29.
- Muttillio Giovanni, 2002, “Governare la figura di supporto per la valorizzazione della professione infermieristica”, *Io Infermiere*, n. 1, gennaio – marzo 2001, pp. 3-7.
- Negrisolo Adriana, Burattini Brunetta, Stiranello Lucia, Gattolin Francesca, 2004, “Le figure di supporto all’assistenza infermieristica: linee guida per l’integrazione nel processo assistenziale”, *In & Out*, supplemento novembre 2004.
- Orlandi Carlo, 2000, “Una nuova figura a supporto degli infermieri: l’operatore socio-assistenziale. Risorsa o problema organizzativo?”, *Io Infermiere*, n.2, aprile – giugno 2000, pp. 19-26.
- Snaidero Diego, 2003, “Dall’ausiliario all’Operatore Socio-Sanitario (OSS): analisi storico-giuridica delle figure di
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, *Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere*.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001, *Individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’operatore socio-sanitario e per la definizione dell’ordinamento didattico dei corsi di formazione*.
- Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 6 luglio 2001, n. 7/5428, *Individuazione della figura e del profilo professionale dell’Operatore Socio Sanitario (OSS)*.
- Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 18 Luglio 2007, n. 8/5101, *Regolamentazione dei percorsi OSS (operatore socio sanitario)*.



- Conferenza Stato-Regione – Seduta 16 gennaio 2003: Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro per la Solidarietà Sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'Operatore Socio-Sanitario di cui all'articolo 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito con modificazione, dalla legge 8 gennaio 2001, n. 1.

Giuseppina Giavazzi
Coordinatore infermieristico
Riabilitazione Piccolo Cottolengo
di Don Orione di Milano



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
Master universitario di I livello Infermiere Specialista di Area Geriatrica

La realtà del progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento degli anziani fragili e disabili richiedono sempre più strutture adeguate a sostenere tali situazioni, gestite da persone esperte in management sanitari, ed anche sempre più personale sanitario adeguatamente preparato a realizzare un'assistenza infermieristica centrata sui problemi/bisogni di salute delle persone anziane, pianificare, gestire e valutare i processi assistenziali nei pazienti anziani ed anche attivare processi assistenziali multidimensionali correlati alle situazioni caratterizzate dai problemi di salute a maggiore incidenza sanitaria e sociale nelle persone anziane e dai problemi dei servizi deputati ad una risposta efficace ed efficiente a quanto richiesto in termini assistenziali.

Il Master Universitario di I livello proposto ha lo scopo di permettere l'acquisizione di competenze cliniche, scientifiche e manageriali specifiche nell'area della programmazione e direzione dei processi aziendali finalizzati alla gestione ed alla clinical governance dei servizi delle strutture geriatriche e socio-sanitarie, ed all'assistenza di pazienti anziani ricoverati in strutture geriatriche per acuti e cronici, socio-sanitarie o residenze per anziani (RSA) o Aziende Servizi alla Persona (ASP), ovvero residenti al proprio domicilio e supportati dai servizi socio-sanitari ed ha l'obiettivo di sviluppare la conoscenza approfondita della disciplina che regola l'assetto istituzionale delle materie della sanità e dell'assistenza pubblica o dei servizi sociali e geriatrici. Inoltre si tende a fornire all'infermiere una formazione specifica che gli permetta di essere in grado di progettare e realizzare, in modo adeguato, interventi assistenziali relativi alla persona anziana sia in ambito clinico che a domicilio secondo evidenze scientifiche condivise e con le risorse disponibili, e lavorando in equipe con altri professionisti. L'infermiere Specialista di Area Geriatrica dovrà gestire inoltre l'assistenza nel campo della promozione della salute, della prevenzione, della cura, della riabilitazione, della palliazione e dell'accompagnamento alla morte.

Il Master si rivolge a laureati della Classe delle Lauree nelle professioni sanitarie, infermieristiche e nella professione ostetrica, interessati ad operare a vario titolo nelle strutture Geriatriche, sia ospedaliere per acuti che per pazienti cronici, e nel terzo settore, sia a chi già lavora nelle strutture dedicate ai servizi alla persona ed alle strutture residenziali.

Sbocchi professionali

La figura professionale formata nel Master può trovare sbocco nel terzo settore socio sanitario come **"Infermiere Specialista di Area Geriatrica"**. Il progressivo invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento delle strutture assistenziali per anziani richiedono un numero sempre maggiore di personale di assistenza qualificato e di coordinatori esperti. L'elevata necessità di personale qualificato nel settore ed il rilevante incremento della domanda previste nel futuro, consentono di ritenere certo lo sbocco professionale di questa figura, nei prossimi anni.

Art. 7 - Requisiti di ammissione

Il Master Universitario è rivolto agli infermieri in possesso di:

- diploma di laurea triennale ai sensi del D.M. n. 509/1999 nella classe SNT/1 delle lauree delle professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica
- diploma universitario delle professioni infermieristiche o diplomi ad esso equipollente, ai sensi della vigente legislazione, ritenuti validi per l'ammissione ai Master di I livello, purchè congiunti al possesso di diploma di istruzione secondaria di secondo grado

Informazioni: Prof. Giovanni Ricevuti Pavia tel. 0382381234

e-mail: <giovanni.ricevuti@unipv.it> <giovanni_ricevuti@asppavia.it>

<http://www.unipv.eu/on-line/Home/Didattica/Post-laurea/Master/articolo653.html>



L'ICTUS CEREBRALE: IL PUNTO DI VISTA DELLO PSICOLOGO
Relazione presentata al Convegno:
“Il lavoro di gruppo nelle più frequenti patologie dell’anziano fragile”
Roma 19-20 giugno 2008

Attraverso l’analisi di due casi clinici si illustreranno le possibili modalità di intervento relazionale ed ambientale nella gestione dell’anziano post ischemico.

Sono state analizzate, nel corso della presa in carico, le principali cause di peggioramento del quadro psico-fisico dei pazienti, pure opportunamente curati e riabilitati e le buone pratiche atte al mantenimento di una discreta qualità di vita, sia in caso di TIA che di episodi ischemici gravi.

Particolare attenzione è stata posta alla correlazione fra struttura di personalità e risorse ambientali del paziente e capacità di adattamento e conservazione dell’autonomia e/o il senso di sé.

LORENZO, quando lo incontro la prima volta è un anziano di 76 anni, reduce da un grave attacco ischemico, di cui si intravedono ancora i segni per la rigidità della parte dx del corpo e la difficoltà nell’eloquio. L’immagine che ho davanti è quella del grande Eduardo De Filippo nell’atto IV di Natale in casa Cupiello: pallido ed emaciato, seduto sul letto e avvolto da una mantellina di lana, stenta a parlare. Lorenzo è stato segnalato dai Servizi Sociali territoriali per chiederne l’inserimento nella residenza per anziani che l’IPAB ha aperto sul territorio, dato che ha un’ingiunzione di sfratto che grava sulla sua condizione abitativa e rifiuta con decisione il trasferimento in una casa di riposo o in una residenza sanitaria.

Viene attuato l’inserimento nella struttura, una sorta di condominio protetto dove gli anziani vivono in autonomia in appartamenti bicamere, pagando una piccola quota di rimborso spese mensile che permette loro di vivere in maniera dignitosa pur con una pensione minima. E’ istituito anche un servizio di custodia e portierato che permette il monitoraggio costante dei bisogni degli anziani ospiti, a cui si tenta di dare pronta risposta di concerto con i servizi territoriali.

Lorenzo è vedovo e senza figli, ma è seguito dall’assistenza domiciliare e usufruisce di un servizio di pasti a domicilio fornito dall’ISMA agli anziani soli.

Sorridente e cordiale, amato da tutti gli operatori che lo supportano, riacquista in breve tempo una discreta autonomia. Vive in compagnia dei suoi gatti, che ha portato nella nuova casa, circondato dai suoi vestiti, che segnano i periodi importanti della sua vita, dai suoi dischi e dalla foto di famiglia, che ama spesso sfogliare. La sua porta è sempre aperta e quando la stagione è buona, scende nel cortile della struttura o nelle sale comuni, dove si riuniscono anche gli anziani del quartiere per attività di socializzazione.

Narra della sua vita in termini positivi, con calma e serenità, senza rimpianti, ma con la gioia delle piccole cose e degli affetti che ancora gli restano.

Lorenzo muore tre anni dopo, a 79 anni, per un nuovo attacco ischemico, per il quale rifiuta in un primo tempo il ricovero. L’ultima volta che l’ho visto era sulla porta di casa, ancora sorridente nonostante le difficoltà dei giorni precedenti, mentre fuma una sigaretta nonostante le mie raccomandazioni di non trascurare il suo stato di salute.

ANNA ha 77 anni. Vedova con due figli, lontani per motivi di lavoro, vive in un piccolo paesino dell’appennino campano. E’ stata colpita 14 anni fa da un TIA, dal quale si è prontamente ripresa. Ha intrapreso una terapia farmacologica efficace ed è stata nel corso di questi anni sottoposta a costanti controlli medici specialistici.

Anna è gentile, socievole ma, anche a causa della sua bassa scolarità, ha pochi interessi strutturati.

Legata ad una cultura femminile di dipendenza e di servizio, è sempre disponibile ad accorrere alle richieste dei figli, dei familiari e dei vicini, a volte anche al di sopra delle sue forze. Pavida e



ansiosa, vive negli ultimi anni lunghi momenti di solitudine e di angoscia, nella sua grande casa ormai vuota, non chiedendo mai aiuto, non esternando mai i suoi bisogni e le sue difficoltà.

Circa due anni fa, a seguito di un riacutizzarsi dell'artrosi e di una caduta che le procura un grave danno ai legamenti delle braccia, Anna si trascura, alimentandosi in maniera non corretta e sufficiente, ma continua, nonostante il profondo vissuto di solitudine e paura, a non chiedere aiuto ai figli, trovandosi nel giro di pochi mesi in uno stato di profonda prostrazione fisica.

Uno dei figli, informato dai familiari che l'anziana donna presenta dei problemi, la ospita presso di lui in città nel corso dell'inverno, accompagnandola a visita geriatria specialistica. Ne emerge un quadro critico: la donna è denutrita e disidratata, la sua autonomia motoria è notevolmente diminuita, i disturbi della memoria e dell'orientamento spazio-temporale si sono accentuati, la terapia farmacologica, pur valida, è stata assunta in maniera confusa e discontinua.

Grazie alle indicazioni del geriatra e dello psicologo che segue il caso, vengono nel giro di qualche mese attivate tutte le risorse necessarie per affrontare il progressivo e rapido peggioramento delle condizioni dell'anziana (presidi per la deambulazione ed il riposo, la presenza costante di un'assistente familiare, una corretta e variata alimentazione, un clima familiare sereno e rassicurante, periodici controlli sanitari).

Oggi Anna vive in una condizione di completa dipendenza: ormai costretta per la maggior parte del tempo su una poltrona, si muove solo con l'aiuto di un deambulatore o di una carrozzina, deve essere imboccata o, nei momenti migliori, guidata nei movimenti, viene completamente gestita nella cura della persona ed assistita quando, sempre più frequentemente, perde completamente il senso della realtà, evidenziando una marcata agnosia nei confronti delle persone che la circondano e un notevole disorientamento spazio-temporale. Tutte le angosce e le paure che hanno segnato la sua vita prendono violentemente il sopravvento, soprattutto durante i risvegli notturni, in cui torna ad essere la bambina smarrita di una volta. La conoscenza della sua storia di vita e del suo precedente modo di essere, il costante sostegno psicologico che questa famiglia riceve, permettono a chi l'assiste di starle vicino in maniera adeguata nonostante la fatica e l'impegno delle cure, con il calore e la tranquillità che richiede una simile situazione. Ben diversa appare la situazione per l'altro figlio che, lontano e raramente in contatto con la madre, mette ancora in atto potenti processi di negazione, minimizzando le condizioni materne e rifiutando dialogo e contatto con il personale di cura.

I due casi brevemente descritti ci mostrano quanta attenzione vada prestata alla storia di vita del paziente ed alla sua struttura di personalità per consentire, di concerto con i sanitari, l'impostazione di un adeguato programma individuale di intervento.

Particolare cura va posta nell'individuazione dei meccanismi di negazione e di sottovalutazione del problema in atto da parte dei familiari, ma spesso, anche dei sanitari di base.

Una fragilità non riconosciuta può facilmente evolvere in un quadro dagli esiti anche gravi.

Patrizia Di Carlo
Responsabile AREA MINORI E ANZIANI
ISMA – Istituti di Santa Maria in Aquiro
Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza ROMA
mail areaminorieanziani@isma.roma.it



**CORPO, LINGUAGGIO, ESPERIENZA:
LA RIABILITAZIONE DEL MALATO EMIPLEGICO**

**Relazione presentata al Convegno:
“ Il lavoro di gruppo nelle più frequenti patologie dell’anziano fragile”
Roma 19-20 giugno 2008**

Tutti noi sappiamo bene quale grande incidenza l’ictus abbia sulla popolazione adulta in tutto il mondo occidentale, e sicuramente ognuno di noi ha già avuto molteplici esperienze di trattamento di questi malati, ma forse, proprio per questo, in un’epoca in cui la medicina corre sempre più verso la “standardizzazione” degli interventi (vedi EBM, scale di valutazione, protocolli, etc...), anche noi, come riabilitatori, possiamo correre il rischio di scadere nella “ripetitività”, nella standardizzazione...

Penso quindi che la cosa più utile per noi oggi sia quella di riflettere e di ripensare proprio sulle nostre modalità di approccio, non alla patologia dell’ictus cerebrale, ma al malato emiplegico.

Fin dagli anni 70 il variegato mondo della riabilitazione si è occupato di questa materia, proponendo una molteplicità di proposte terapeutiche, a partire da tecniche di “rinforzo” di componenti motorie assenti (o deficitarie), alle cosiddette metodiche neuromotorie (Bobath, Kabat...), che (sulla base delle conoscenze neurofisiologiche del tempo) proponevano l’evocazione o la inibizione dell’attività riflessa come base per il recupero del movimento volontario, fino alle più coerenti teorie neurocognitive, e in particolare quella di Perfetti e coll., la quale interpreta il “**movimento come conoscenza**” (nel senso che il SNC dell’uomo programma il comportamento motorio per relazionarsi con l’ambiente e conoscerlo).

Tale teoria, facendo riferimento ai contributi della ricerca neurofisiologica degli ultimi decenni riguardo ai processi di organizzazione del SNC che portano alla conoscenza, ed ai processi di riorganizzazione dopo lesione, propone quindi di considerare il recupero come “un apprendimento in condizioni patologiche”.

L’**esercizio terapeutico** è concepito come un problema conoscitivo, costruito dal terapeuta sulla base degli elementi desunti dall’osservazione e dagli obiettivi stabiliti, che il malato deve risolvere modificando il corpo (attuando una strategia motoria), al fine di entrare in rapporto con l’oggetto (il sussidio) e, da questa interazione, acquisire informazioni (necessarie a risolvere il compito).

L’OSSERVAZIONE NEUROCOGNITIVA: UN DOPPIO PUNTO DI VISTA

Questo modo di interpretare la riabilitazione impone che, nella valutazione del paziente, non ci si limiti alla “quantificazione” del danno motorio, magari in termini “funzionali” (vedi varie scale per le autonomie, quali FIM, Barthel, o la più nuova ICF).

Il riabilitatore neurocognitivo ha necessità di acquisire una propria “modalità” di osservazione, che innanzitutto permetta una raccolta di dati oggettivi su base “qualitativa”, ma anche l’interpretazione degli stessi al fine di meglio comprendere il comportamento del malato e le alterazioni di funzione indotte dalla patologia, ed essere utili alla costruzione dell’esercizio.

1 - Il livello fenomenico: il **PROFILO** del malato, che rappresenta una accurata indagine del comportamento motorio, inteso come il prodotto della organizzazione dei processi cognitivi (sensibilità, attenzione, memoria, rappresentazione, linguaggio, coscienza...). “*La proposta (...) è quella di studiare il movimento, non solo dalla parte dell’osservatore, ma soprattutto, dalla parte del cervello che lo produce*” (C. Perfetti, “uomini e macchine”, 1986)

2 - Il livello fenomenologico: raccolta/interpretazione di dati “in prima persona” (le descrizioni del malato), relativi a:

Il vissuto del proprio corpo, all’inizio drammatico (...*improvvisamente assente...non c’è più...non ha senso...non capisco...*), poi, durante il percorso riabilitativo, quando il corpo comincia a “ricomparire”, confuso e incompleto (“*senso ma non capisco...corpo vuoto...*”) esperienza dei cambiamenti dovuti alla patologia (compensi, frammentabilità, variabilità, alterazioni del sé corporeo)



esperienza dei cambiamenti che si/non si verificano nel corso degli esercizi consapevolezza dei processi attivati per risolvere i problemi cognitivi posti dall'esercizio

IL PROBLEMA DEL DOLORE NELLE LESIONI DEL SNC

La lesione del SNC è talvolta caratterizzata non soltanto dalla presenza di complesse alterazioni cognitive e motorie, ma anche dalla manifestazione del dolore, che insorge anche in assenza di stimolazioni nocicettive.

Il dolore neuropatico è stato definito da molti autori come una esperienza emozionale, che determina il coinvolgimento simultaneo di ampie regioni corticali e limbiche: una disfunzione del sistema della Neuromatrix (Melzack, 2001). Tale sistema (che si configura come la rappresentazione della coscienza), attraverso l'integrazione delle diverse strutture consente la consapevolezza del sé corporeo come unità emozionale e sensoriale.

Nel paziente cerebroleso i processi mentali che permettono la costruzione delle informazioni sono variabilmente compromessi a causa della lesione. Ciò porta ad una più grave alterazione del sé corporeo, e alla necessità, attraverso l'esercizio, di guidare il malato al recupero della capacità di progettare ed elaborare le informazioni, condizione necessaria all'equilibrio del sistema.

In un recentissimo studio sul linguaggio del paziente con dolore (Briganti e coll, 2007) la estrema variabilità delle modalità espressive dei malati è stata messa in relazione con la sede ds - sn di lesione, tenendo conto della differenziazione e specializzazione degli emisferi cerebrali.

Secondo alcuni autori, in alcune regioni dell'emisfero ds è spesso segnalata una specifica attivazione correlata al dolore (Coghill 2001 – Symonds 2006).

Sappiamo inoltre che l'emisfero ds è maggiormente implicato nella elaborazione della percezione del sé corporeo come unità emozionale e percettiva (vedi neglect - eminenza).

Si ipotizza quindi un diverso coinvolgimento delle strutture della Painmatrix, e una diversa processazione del dolore, legata alla lateralità della lesione: una lesione nell'emisfero di ds potrebbe avere conseguenze di maggiore gravità in relazione ad una maggiore deprivazione informativa della neuromatrix. In questo caso la disfunzione si manifesterebbe non solo con il dolore, ma anche con la perdita del "senso di appartenenza" della parte sinistra del corpo (come si può constatare in alcune lesioni dell'emisfero destro ed anche in alcune lesioni periferiche).

In considerazione di ciò, dovrà essere effettuata una diversa scelta delle modalità informative previste dagli esercizi:

nelle lesioni emisferiche **destre** si dovranno privilegiare dapprima i processi che sottostanno alla costruzione della consapevolezza del Sé, attraverso la progressiva ricerca delle informazioni somestetiche e visive dalla parte sinistra del corpo e la loro integrazione, al fine di ricostruire l'unità della rappresentazione.

nelle lesioni emisferiche **sinistre** si guiderà il paziente a percepire, sia in ambito visivo che somestatico, le differenze e i ruoli delle diverse articolazioni che compongono il corpo (ampiezze, direzioni, relazioni tra elementi).

"la coerenza tra le diverse fonti informative è un principio basilare per garantire il funzionamento del Sé corporeo, per cui sarà indispensabile guidare il malato a percepire il corpo attraverso l'utilizzo dei diversi canali informativi coerenti per ottenere il superamento del dolore" (Perfetti, 2007).

Laura Alessi



NOTIZIE DALLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Puglia-Basilicata

Si è svolto presso la *Residenza Sanitaria Assistenziale “Madonna della Pace”* ad Andria, il 20 e 21 giugno scorso, il Convegno Nazionale dal titolo “**Nutrizione e malnutrizione dell’anziano**”.

L’evento patrocinato tra gli altri anche da ACSA, ha visto la presenza di oltre 120 persone, tra medici di base e specialisti. Alla presenza di tutte le figure istituzionali, Assessore Regionale alle politiche della salute, Preside della facoltà di Medicina di Bari, Direttore Generale ASL BAT, si sono svolti gli interventi dei relatori che hanno tracciato il profilo del soggetto malnutrito. Dalle relazioni è emerso che la malnutrizione del soggetto anziano rappresenta una condizione assai diffusa e spesso sottostimata. Certo, l’invecchiamento di per se è associato a una riduzione dell’appetito e degli apporti nutrizionali, ma alcuni studi epidemiologici mostrano che il rischio di malnutrizione è piuttosto basso (0-6%) negli anziani autosufficienti, diviene elevato (10-30%) tra i pazienti istituzionalizzati e tra i pazienti che ricevono assistenza domiciliare (fino al 50%), e raggiunge proporzioni epidemiche negli individui affetti da patologie acute. L’indagine sullo stato nutrizionale nelle RSA fa parte dell’assessment geriatrico multidimensionale ed indaga il soggetto entro una settimana dal ricovero; pertanto, la prevalenza della malnutrizione nelle strutture residenziali, riflette una realtà ospedaliera e domiciliare che deve essere considerata con attenzione al fine di ottimizzare gli interventi terapeutici anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

E’ stato inoltre sottolineato che la prevenzione ed il trattamento della malnutrizione sono obiettivi primari della medicina Geriatrica perché le conseguenze cliniche di tale condizione hanno un impatto notevole sulla qualità della vita con elevati costi sociali. Tra gli strumenti utili il Mini Nutritional Assessment (MNA) si è dimostrato il più affidabile e quello più preciso nell’individuare i pazienti a rischio di malnutrizione. L’evento, accreditato presso il **Ministero della Salute** nel programma di **Educazione Continua in Medicina (ECM)**, è risultato un appuntamento importante per l’aggiornamento professionale e lo scambio di strategie assistenziali per il soggetto geriatrico e da tutti i partecipanti è venuto l’invito a replicare tali iniziative al fine di diffondere e consolidare la cultura dell’assistenza geriatrica extraospedaliera.

Franco Mastroianni



CONGRESSI E CONVEGNI

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

Copenhagen 3-6 Settembre 2008

e-mail: info@eugms2008.org - www.eugms2008.org

Sotto l'egida della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria "PROGETTO CARE: CURA E TUTELA DEL PAZIENTE ANZIANO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI"

Viterbo, 19-20 settembre 2008

Stresa, 26-27 settembre 2008

Salerno, 3-4 ottobre 2008

Segreteria organizzativa: Discovery Italy srl

Tel. 0277013783 Fax 0277013775 - e-mail: maria.vello@discovery-italy.it

IRCCS CENTRO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAPELLI – OSPEDALE S.ORSOLA FATEBENEFRAPELLI LA MALATTIA DI ALZHEIMER NOVITÀ DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Brescia 25 settembre 2008

Segreteria Scientifica: Orazio Zanetti, Giovanni B. Frisoni

Tel.: 030 35011 Fax.: 030 348255 e-mail: centro.sangiovanni.di.dio@fatebenefratelli.it

Segreteria organizzativa: Ornella Bonometti

Tel.: 030 3501345 Fax.: 030 348255 E-mail: obonometti@fatebenefratelli.it

ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI V CONGRESSO NAZIONALE

Copanello (Cz) 2-5 Ottobre 2008

Segreteria organizzativa: Concerto srl Napoli

Tel. 081-19569195- Fax 081-2140448

info@concertosrl.net

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO CATTEDRA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA LE PATOLOGIE PREVALENTI DELL'ANZIANO

Milano, 18 ottobre 2008

Segreteria Scientifica: Carlo Vergani, Luigi Bergamaschini

Tel. 02-55035410 – Fax 02-50320712 e-mail carlo.vergani@unimi.it

Segreteria Organizzativa: AIM Congress S.r.l. - Via Ripamonti 129, Milano

Ilaria Cereda Tel. 02-56601348 – Fax 02-56609045 e-mail i.cereda@aimgroup.it

TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO QUARTO CONVEGNO NAZIONALE SUL DOLORE

Pisa 23-24 ottobre 2008

www.cittadinanzattivatoscana.it



**FONDAZIONE CARLO ERBA
E L'ANZIANO INCONTRÒ IL CANE...**

Milano 18 novembre 2008

Segreteria Scientifica Donatella Santarato Tel/Fax 02/76281032
Segreteria Organizzativa Axenso Milano Tel 02/89151797 02/89190003
www.axenso.com - info@axenso.com

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

53° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

“L'ITALIA? NON E' UN PAESE PER VECCHI...”

Firenze, 26-29 novembre 2008

9° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

Firenze, 27 novembre – 29 novembre 2008

7° CORSO DI RIABILITAZIONE

Firenze, 27-28 novembre 2008

4° CORSO PER PSICOLOGI

Firenze, 27 novembre – 28 novembre 2008

3° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI

Firenze, 29-28 novembre 2007

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it
Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma
Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: sigg2008@zeroseicongressi.it