



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Estratto della relazione del Presidente alla chiusura del bilancio del 31/12/2006
 • di D. Scopelliti

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 4** La sindrome metabolica
 • di F. Tiratterra, F. Lanti
- 8** La geriatria, oggi
 • di S.M. Zuccaro, F. Castelli

AGENDA DELLA SCUOLA

- 12** ECM: corsi proposti per settembre-dicembre 2007

AVVISO

SI INVITANO I SOCI
 DOCENTI A PRESENTARE
 ENTRO IL 10 OTTOBRE LE
 DOMANDE DI DOCENZA
 PER I CORSI SEMESTRALI
 A/A 2007-2008

ESTRATTO DELLA RELAZIONE DEL PRESIDENTE ALLA CHIUSURA DEL BILANCIO DEL 31/12/2006

■ di Domenico Scopelliti
Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Signori Associati,
 a nome del Consiglio Direttivo porto a conoscenza dei Soci docenti e di tutti coloro che della Scuola sono parte attiva i risultati conseguiti nel corso del 2006.

Il 2006 è stato l'anno delle elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Scuola, il che certo ha richiesto un dispendio di energie, ma non ha impedito di perseguire e, peraltro, raggiungere importanti risultati.

Grazie infatti all'impegno dei Consiglieri, nonché ad un'attenta gestione amministrativa, nel corso dell'anno è stato possibile conseguire una buona parte degli scopi prefissati, ponendo le basi per altri obiettivi che ci proponiamo di realizzare nell'immediato futuro, come ad esempio quello di ottenere il consolidamento e l'accrescimento della visibilità della nostra istituzione che, negli ultimi tempi, ha risentito dello stato di confusione e di criticità dell'attuale situazione nel campo della formazione e dell'aggiornamento.

Sono state quindi adottate alcune iniziative per rilanciare la Scuola sia dal punto di vista politico, che da quello della promozione dell'immagine, attraverso l'incremento di nuovi apporti collaborativi con altre Istituzioni, senza trascurare il nostro

obiettivo prioritario che è quello di riuscire a fornire una concreta, nonché qualificata, offerta didattica e formativa.

1) DIDATTICA

Per quanto riguarda l'attività formativa sono stati attivati i tradizionali corsi semestrali, a carattere prevalentemente pratico e teorico-pratico, ed i corsi biennali, ritenendo che possano continuare ad interessare una fascia di operatori non strettamente dipendenti dai crediti formativi.

L'attività tradizionale della Scuola nell'anno 2006 si può così sintetizzare: 37 corsi semestrali attivati presso 22 presidi ospedalieri con circa 300 iscritti; 3 corsi biennali: 2 per gli anni accademici 2004-2005/2005-2006 con 34 iscritti, 1 per gli anni accademici 2005-2006/2006-2007 con 7 iscritti, per un totale di 41 iscritti.

Nel 2006 è inoltre iniziata la quinta edizione del Master biennale in Economia e Management Sanitario, che è ormai diventato un appuntamento tradizionale della Scuola, registrando 28 iscritti all'intero corso.

2) E.C.M.

Per quanto riguarda il programma per l'Educazione Continua in

Medicina promosso dal Ministero della Salute, la Scuola Medica Ospedaliera, riconosciuta come ente erogatore di eventi, nel corso del 2006 ha attivato 41 corsi ECM con un totale di circa 834 iscritti.

Purtroppo altri nove corsi proposti, nonostante i numerosi crediti assegnati dal Ministero sono stati annullati, nella gran parte dei casi per insufficienza di iscritti. Tale fenomeno ha reso necessario fare uno studio di tutta l'attività didattica della Scuola Medica Ospedaliera, adottando dei requisiti che ne permettano una pianificazione. In particolare per tutti i corsi, ma soprattutto per i corsi ECM, è stata evidenziata la necessità di seguire un metodo nella gestione economica del corso, con una previsione il più possibile analitica delle spese nonché delle entrate e fissando un piano finanziario da parte del direttore. È emersa, quindi, la necessità di evitare corsi che siano troppo dispendiosi per la Scuola in termini organizzativi. Inoltre è risultato necessario confermare l'adozione di un numero minimo di iscritti a corso ed una quota minima di iscrizione.

Tra i corsi ECM svolti nel 2006, un rilievo particolare merita il Corso sulle malformazioni Cranio-Facciali, svolto dal 20 al 24 novembre, che è stato commissionato alla Scuola dalla Onlus Operation Smile Italia, con la partecipazione del Ministero degli Affari Esteri, e che rientra nell'ambito del progetto umanitario "Sorrisi in Iraq" a favore di bambini iracheni, affetti da malformazioni del volto ed esiti di ustioni.

3) ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DELLE COMMISSIONI

Come già anticipato, il 12 giugno 2006 si sono tenute le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo

della Scuola, mentre il 12 luglio, il Consiglio neoeletto ha proceduto alla nomina delle seguenti cariche sociali: Presidente, Domenico Scopelliti; Vice Presidenti, Benedetto Condorelli e Carlo Parascani; Tesoriere, Ettore Accivile; Consiglieri elettivi, Maurizio Baraglia, Fabrizio Castelli, Pierfrancesco Dauri, Giorgio De Simone, Manlio Moretti, Roberto Picardi, Umberto Recine, Renato Riccarducci, Vincenzo Scotto di Palombo; Consiglieri di diritto, Lelio Benedettelli, Dario Feliciati, Pietro Grasso, Marino Luminari, Alessandro Perrone, Giuseppe Visco.

Come prima iniziativa il Direttivo ha voluto riordinare l'attività didattica, affidandone il coordinamento al dott. Fabrizio Castelli e, al fine di poter migliorare la qualità dell'offerta formativa, ha stabilito di distinguere le varie aree specialistiche di formazione, assegnando ad ognuna un proprio responsabile.

È stato stilato un regolamento sulle funzioni del responsabile di area specialistica che comprende, essenzialmente, il coordinamento dell'attività didattica nella propria area di specialità con la proposta di nuove iniziative formative, l'esame delle proposte pervenute al fine di verificarne la validità e la ricerca di eventuali sponsor per le iniziative didattiche della Scuola.

Il Consiglio Direttivo ha poi nominato un gruppo di lavoro, di supporto alla commissione didattica, composto dai Consiglieri Condorelli e Recine che, in base alle nuove esigenze di natura organizzativa ed economica, hanno redatto un apposito documento sui requisiti dell'attività didattica della Scuola Medica Ospedaliera. Tra i principali requisiti, come già anticipato, il numero minimo di

iscritti richiesti per attivare un corso, la quota minima individuale di iscrizione che varia in base alla durata del corso, la percentuale di budget a disposizione del responsabile del corso.

Come altra iniziativa, il Consiglio Direttivo ha affidato al Consigliere De Simone il mandato fiduciario di Responsabile dei Rapporti tra la Scuola e le Istituzioni e, in tale ottica, gli è stato richiesto di seguire la nomina dei rappresentanti istituzionali che ancora non sono stati designati in seno al Direttivo (Ministero della Salute e Regione). Per quanto riguarda il programma dell'ECM, che resterà a pieno titolo anche dopo il termine prefissato di giugno 2007, e per il quale entro l'autunno saranno varate le regole definitive che lo porteranno a regime, il Consigliere De Simone seguirà la pratica dell'accREDITAMENTO regionale della SMO.

A tal proposito, quest'ultimo ha in programma di realizzare un'iniziativa didattica da presentare alla Regione, consistente in un corso rivolto ai Capi Dipartimento su questioni di rilievo nella gestione del loro mandato, con la probabile partecipazione dell'Arma dei Carabinieri, dei Nas e della Finanza.

Per quanto riguarda l'attività editoriale, nel corso del 2006 sono stati pubblicati due numeri del Bollettino della Scuola Medica Ospedaliera, i numeri 26 e 27, poi l'attività ha subito un'inevitabile battuta d'arresto in seguito al rinnovo del Consiglio Direttivo. È stato necessario procedere alla nomina del nuovo direttore responsabile, rappresentato dal neo Presidente della Scuola, e del Comitato di redazione composto dai Consiglieri Accivile, Benedettelli, Castelli, Moretti Recine, Riccarducci, Scotto Di

Palumbo. È stato confermato come direttore scientifico, il prof. Giuseppe Visco.

4) RINNOVAMENTO STATUTARIO

Un'importante iniziativa del nuovo Direttivo è quella del rinnovamento statutario, non solo per rendere l'attività della Scuola più snella ed operativa in modo da poter prevedere, accanto all'attività di formazione tradizionale, anche la possibilità di un'attività di ricerca e di cooperazione con altre Istituzioni pubbliche o private, accreditate in ambito sanitario, anche a scopi umanitari, ma anche in funzione di poter accedere alle nuove normative in tema di assegnazioni di fondi, come ad es. quelli della Comunità Economica Europea.

Il nuovo statuto dovrà anche regolamentare, in base alle nuove esigenze, l'attività dei soci docenti che sino ad oggi, in funzione del carattere non commerciale della Scuola, hanno prestato la loro opera a titolo esclusivamente volontaristico, prevedendo eventualmente un loro compenso, anche in funzione del maggiore impegno richiesto per i corsi ECM.

La questione è stata affidata ad un legale, esperto in materia societaria.

Tra i desiderata dal Direttivo per il futuro statuto: 1) mantenere la denominazione di Scuola Medica Ospedaliera, in funzione dell'antica tradizione e per assicurarne la continuità; 2) confermare l'identità della Scuola quale istituzione a carattere ospedaliero, non precludendo però la possibilità per gli universitari di dare il loro contributo scientifico alle varie iniziative, come esperti invitati, pur non godendo delle specifiche pre-

rogative dei soci; 3) ribadire come oggetto sociale quello della formazione, estendendolo anche alla ricerca scientifica e alla cooperazione con altre istituzioni; 4) identificare la Scuola quale organismo di tipo regionale anche in funzione delle attuali delibere della Regione Lazio; 5) confermare la presenza dei rappresentanti delle Istituzioni in seno al Direttivo.

5) STATO DELLE CONVENZIONI

Le convenzioni che sono state stipulate tra la Scuola e le Aziende ospedaliere, su iniziativa dei precedenti Direttivi, in realtà non hanno dato i risultati attesi e sono sostanzialmente risultate di scarsa utilità nonché operatività. Anche di fronte al grosso problema ereditato di trovare una sede idonea dove poter svolgere i corsi della Scuola, poiché a seguito delle nuove politiche delle aziende ospedaliere è diventato sempre più problematico svolgere i corsi all'interno delle strutture sanitarie come è la tradizione della Scuola, le convenzioni esistenti non hanno offerto alcuna soluzione al riguardo. Pertanto, il nuovo Direttivo ha stabilito di inviare alle Aziende Ospedaliere una lettera di disdetta delle convenzioni in essere, comunicando la disponibilità della Scuola Medica a valutare insieme una nuova forma di convenzione. Un'unica eccezione è stata prevista per la convenzione con la ASL RM E, in funzione delle trattative che sono già state avviate e dei nuovi accordi operativi che devono essere presi.

Stessa decisione di disdetta è stata presa per la convenzione con l'ANISAP (Associazione Nazionale Studi Ambulatoriali Privati) che, oltre ad un corso sui prelievi

capillari venosi per biologi, commissionato appositamente alla Scuola, non ha avuto nessuna applicazione pratica.

Un discorso a parte merita la convenzione firmata tra la Scuola Medica ed Asclepion, di durata annuale a decorrere dal 1° giugno 2005, avente ad oggetto i corsi ECM accreditati dalla Scuola sino al mese di giugno 2006 insieme ad Asclepion come co-provider. Alla naturale scadenza, tale convenzione non è stata rinnovata per problemi istituzionali di Asclepion, ma alla Scuola sono state date tutte le rassicurazioni in merito al conguaglio che gli sarà dovuto in base al numero dei crediti assegnati e degli operatori formati con tali corsi.

6) ATTIVITÀ PROMOZIONALI

Come attività promozionale, volta a reperire fondi, il Direttivo ha affidato ad una società di marketing, esperta nel settore, l'incarico di stipulare contratti con aziende che partecipino all'attività della Scuola in qualità di sponsor.

Il Direttivo inoltre ha dato mandato di procedere con il rinnovo del sito della Scuola che, attraverso una veste più moderna e tecnologica, preveda la possibilità di inserire corsi e pubblicazioni online.

Come tradizione, anche per l'anno 2006, è stato organizzato il convegno di chiusura dell'anno accademico 2005/2006 che ha avuto come tema "L'Endoscopia nell'ospedale del terzo millennio" e che si è tenuto presso la Regione Lazio il 3 e 4 maggio.

È stata confermata dalla RINA anche per l'anno 2006 la certificazione di Qualità del nostro sistema di gestione aziendale, secondo la normativa ISO 9001:2000. ■

LA SINDROME METABOLICA

■ di Fabrizio Tiratterra¹ e Fabiana Lanti²

¹ U.O.C. Medicina Interna Ospedale S. Spirito ASL RME

² U.O.C. Medicina Interna Ospedale Nuovo Regina Margherita ASL RMA

La sindrome metabolica (SM) è caratterizzata dalla contemporanea presenza di obesità (specialmente obesità centrale), dislipidemia (specialmente alti livelli di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL), iperglicemia ed ipertensione. È da molto tempo ritenuto che l'insulino-resistenza possa essere l'elemento patofisiologico centrale della sindrome, ma su tale affermazione il consenso non è ancora unanime (1, 2, 3).

Molte organizzazioni internazionali hanno cercato di formulare criteri univoci per la diagnosi di sindrome metabolica nel corso degli anni. La definizione di SM prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1988 richiedeva l'evidenza di insulino-resistenza come criterio essenziale della diagnosi (4) (Tab. 1). Nel 2001 il National Cholesterol

Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III) ha proposto una nuova definizione basata su semplici criteri clinici che non richiede più la diagnosi di insulino-resistenza (5) (Tab. 2). Successivamente l'American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) e l'International Diabetes Federation (IDF) hanno proposto altri criteri per la diagnosi di SM.

Al momento attuale i criteri di riferimento più utilizzati nella letteratura internazionale per la diagnosi di SM sono quelli dell'ATP III.

L'identificazione clinica della SM è molto semplice ed è basata sulla misura dell'obesità addominale e sull'esistenza di dislipidemia, ipertensione arteriosa e/o intolleranza al glucosio. La presenza di tre dei seguenti criteri identifica i soggetti con sindrome metabolica: pressio-

ne arteriosa aumentata (> 130/85 mm Hg), bassa concentrazione di HDL colesterolo (< 40 mg/dl nell'uomo, < 50 mg/dl nella donna), elevata concentrazione di trigliceridi nel sangue (> 150 mg/dl), glicemia a digiuno > 110 mg/dl, obesità addominale (circonferenza vita > 102 cm nell'uomo, > 88 cm nella donna).

Tutti i criteri necessari per valutare l'eventuale presenza di SM sono facilmente rilevabili dai medici di medicina generale in quanto si tratta di misurare semplici parametri clinici (pressione arteriosa, circonferenza vita) e richiedere routinari esami ematochimici (HDL colesterolo, trigliceridi, glicemia).

La prevalenza della SM nella popolazione adulta dei paesi industrializzati è 22-39% e varia in funzione della definizione utilizzata e dell'etnia.

TAB. 1 - DIAGNOSI DI SINDROME METABOLICA SECONDO LA DEFINIZIONE WHO (1988): INSULINO RESISTENZA + 2 CRITERI

Criterio	
Obesità	Rapporto circonferenza vita/fianchi >0.90 nell'uomo e >0.85 nella donna o BMI >30 Kg/m ²
Dislipidemia	TGC >150 mg/dL e/o HDL <35 mg/dL nell'uomo e <39 nella donna
Ipertensione arteriosa	>140/90 mmHg
Glicemia	IGT, IFG, T2DM
Insulino resistenza	IGT, IFG, T2DM o insulino sensibilità nel quartile più basso della popolazione (clamp insulinico)
Altri	Microalbuminuria

IGT indica alterata tolleranza al carico orale di glucosio
IFG indica alterata glicemia a digiuno

Molti studi hanno evidenziato che la presenza di SM è associata ad un aumentato rischio di sviluppare diabete mellito tipo 2 e future malattie cardiovascolari (6, 7).

Il concetto di SM è un modo pratico ed utile di identificare pazienti con multipli fattori che condizionano un elevato rischio di sviluppare diabete mellito tipo 2 e malattie cardiovascolari. L'obiettivo principale di diagnosticare la presenza di sindrome metabolica è quello di prevenire la morbilità e la mortalità dovute al diabete mellito ed alle malattie cardiovascolari.

È noto che relativamente modeste modificazioni dello stile di vita

possono sostanzialmente ridurre il rischio di sviluppare diabete mellito tipo 2 in soggetti moderatamente iperglicemici (8). È stato infatti documentato che è importante anche una relativamente modesta riduzione del peso corporeo, quale quella pari al 5% del peso iniziale, per condurre ad una riduzione significativa del rischio di sviluppare diabete mellito tipo 2, come anche efficace rispetto allo stesso obiettivo è risultata una strategia di modesta attività fisica pari a quattro ore di esercizio per settimana, includendo ogni tipo di attività fisica come sport, lavoro manuale, giardinaggio (8, 9).

CONCLUSIONI

La SM è un insieme di fattori di rischio cardiovascolare la cui presenza aumenta la possibilità di sviluppare negli anni successivi diabete mellito tipo 2 e malattie cardiovascolari.

È molto diffusa nella popolazione del mondo industrializzato.

È facilmente diagnosticabile con l'esame clinico e semplici esami emato-chimici.

Modificazioni nello stile di vita orientate a stimolare l'attività fisica e ridurre il peso corporeo si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'incidenza di diabete mellito tipo 2 in questa popolazione. ■

TAB. 2 - CRITERI PER LA DIAGNOSI DI SINDROME METABOLICA SECONDO ATP III (2001): 3 CRITERI

Critério	
Obesità	Circonferenza vita >102 nell'uomo e >88 nella donna
Dislipidemia	TGC >150 mg/dL oppure HDL < 40 mg/dL nell'uomo e <50 mg/dL nella donna
Ipertensione arteriosa	>130/85 mmHg
Glicemia	>110 mg/dL

BIBLIOGRAFIA



1. Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-607.
2. Ferrannini E, Natali A, Bell P, Cavallo-Perin P, Lalic N, Mingrone G. Insulin resistance and hypersecretion in obesity. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *J Clin Invest* 1997; 100: 1166-73.
3. Meigs JB. Invited commentary: insulin resistance syndrome? Syndrome X? Multiple metabolic syndrome? A syndrome at all? Factor analysis reveals patterns in the fabric of correlated metabolic risk factors. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 908-11.
4. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet. Med.* 1998; 15: 539-43.
5. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143
6. Hanson RL, Imperatore G, Bennett PH, Knowler WC. Components of the "metabolic syndrome" and incidence of type 2 diabetes. *Diabetes* 2002; 51: 3120-7.
7. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709-16.
8. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001; 344: 1343-50.
9. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Eng J Med* 2002; 346: 393-403.

LA GERIATRIA, OGGI

■ di Stefano Maria Zuccaro¹ e Fabrizio Castelli²

¹ Direttore U.O.C. di Geriatria, Ospedale Israelitico - Roma

² Dirigente Medico di I liv. U.O.C. di Cardiologia, Ospedale Nuovo Regina Margherita - Roma;
Responsabile Area di formazione della SMO

Ancora oggi, la Geriatria è disciplina poco nota nella sua specificità. Il termine fu introdotto da Jgnatz Leo Nascher, in un articolo sul New York Medical Journal del 21 agosto 1909 al quale, qualche anno dopo, fece seguito il suo libro Geriatria (8) (del quale è stata poi pubblicata una 2^a edizione nel 1916 ed una 3^a curata dal suo allievo Malford Thewlis, nel 1927. L'opera di Nascher è stata, fino al secondo dopoguerra, l'unico vero trattato di medicina geriatrica disponibile. Nel 1935, la Dott. Marjory Warren trasformò il suo reparto per cronici in uno di Geriatria. Cosa era successo? Cosa aveva indotto un'internista a diventare Geriatra?

La risposta è che nella Dott. Warren era avvenuto un cambiamento di atteggiamento mentale: aveva realizzato il fatto che le condizioni degli anziani che le erano stati affidati erano – quanto meno – migliorabili. Per far ciò, ella iniziò con l'applicare un nuovo metodo di diagnosi e di intervento che – per la prima volta in ambito internistico – prendeva in considerazione, accanto ai quadri patologici, anche le variabili individuali relative allo stato cognitivo, all'autosufficienza e alla condizione sociale.

La medicina geriatrica moderna nasce agli inizi degli anni '40 in Gran Bretagna, quando alcuni medici – tra i quali la Dott.

Warren – veri “padri fondatori” della geriatria inglese, dimostrano nelle loro pubblicazioni (6)(15), che anche i malati più anziani e compromessi avevano buone possibilità di recupero e di ritorno ad un'esistenza indipendente, se sottoposti sia ad adeguate terapie mediche che a particolari strategie assistenziali. Seguendo questi esempi, molti ospedali inglesi aprirono reparti di Geriatria, con risultati a dir poco clamorosi.

Da allora molto cammino è stato compiuto in questa disciplina, che però resta tuttora poco compresa nella sua specificità.

In realtà, tutti sanno di quanto sia aumentata l'attesa di vita (raggiunti i 77,4 anni per gli uomini e 83,3 per le donne, secondo i dati ISTAT del 2005) e quanto – nella popolazione – siano divenuti numerosi gli anziani. Per tale motivo ci si preoccupa dei molti problemi sociali – in primo luogo delle pensioni – conseguenti a questo fenomeno. Meno note sono, invece, le conseguenze verificatesi in campo sanitario che spesso – e a torto – vengono viste come un aumentato bisogno di strutture di lungodegenza.

È stato invece dimostrato, con dati inequivocabili, che il malato anziano – già nella fase dell'emergenza o dell'acuzie – va curato ed assistito in modo del tutto peculiare e che solo così si potrà impedire sia la cronicizza-

zione della forma morbosa che l'incremento della degenza media, delle riammissioni ospedaliere e delle istituzionalizzazioni.

Il ruolo svolto dalle Unità Operative di Geriatria è provato vuoi dall'esperienza – e dai risultati – di chi opera quotidianamente nel settore (10)(16), vuoi dall'analisi critica di studi riguardanti gli interventi geriatrici multi-direzionali applicati fin dall'inizio del ricovero ospedaliero.

Dopo la storica pubblicazione di Rubinstein (11), si sono avuti numerosi contributi (1, 5, 13) che documentano il ruolo insostituibile delle Divisioni di Geriatria negli Ospedali Generali.

I vantaggi di una impostazione geriatrica nella gestione dell'anziano, (ospedalizzato in fase acuta di malattia), consistono, infatti:

- In una minore letalità (2, 12, 14)
- In una minor frequenza di riospedalizzazioni (2, 14)
- In un miglior profilo funzionale del paziente, alla dimissione (3, 4, 7, 12)
- In una minore necessità di istituzionalizzazione, alla dimissione (1, 2, 4, 7).

Per comprendere in qual modo la metodologia geriatrica possa ridurre e migliorare la ospedalizzazione e, più in generale, spiegare un'azione anti-invalidante

nei riguardi degli anziani funzionalmente compromessi, sarà opportuno ricordare brevemente alcune delle attività proprie della prassi geriatrica ospedaliera (9):

1. Valutazione della capacità di mantenimento della posizione assisa, di quella ortostatica e della possibilità di deambulazio-

ne. Tali momenti valutativi si traducono, nell'ambito clinico-assistenziale, rispettivamente: *a)* in una riduzione della prescrizione del riposo a letto, *b)* nella programmazione: degli esercizi di recupero o *c)* di mantenimento dell'ortostatismo o *d)* di deambulazione assistita.

2. Valutazione della capacità di contenzione urinaria con riduzione del ricorso al catetere vescicale (quest'ultimo da utilizzare quasi esclusivamente in caso di ritenzione acuta).

3. Valutazione dei disturbi comportamentali, con riduzione della contenzione. ■

BIBLIOGRAFIA



1. Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, et al. Geriatric – based versus general wards for older acute medical patients; a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J. Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1381-1388.
2. Barrick C, Karuza J, Levitt J: Impacting quality: assessment of a hospital-based geriatric acute care unit. *Am J Med Qual* 1999; 14: 133-137.
3. Cohen H.J, Feussner J.R, Weinberger M, Carnes M, Hamdy R.C, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles K.W, May C, Mcmurtry C, Pennypacher L, Smith D.M, Ainslie N, Hornick T, Brodtkin K, Lavori P. A controlled trial of inpatient and outpatient Geriatric Evaluation and Management. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346: 905-912.
4. Counsell S.R., Holder C.M., Liebenauer L.L., Palmer R.M., Fortinsky R.H., Kresevic D.M. et al.: Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomised controlled trial of acute care for elder (ACE) in a community hospital. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000; 48: 1572-1581.
5. Hendriksen C., Lund E., Stromgard E., Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984; 289: 1522.
6. Howell T.: *Old age*. Staples Press, London, 1944.
7. Landefeld C.S., Palmer R.M., Kresevic D.M., Fortinsky R.H., Kowal J.: A randomised trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332: 1338-1344.
8. Nascher J.L.: "Geriatry" - Blakiston's Co., Philadelphia, 1914.
9. Palleschi M.: La gestione del paziente nelle Unità Operative di Geriatria in Palleschi M., Zuccaro S.M.: Linee Guida nel trattamento e nella gestione delle malattie geriatriche. CESI, Roma, IV Edizione, in Press 2007.
10. Palleschi M., Zuccaro S.M.: Document on the indispensability of geriatric department in general hospitals. International Conference, Rome 17-20 April 2002, CESI, Rome.
11. Rubenstein L.Z., Josephson K.R., Wieland D., English P, Sayre J., Kane R.L.: Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomised clinical trial. *N. Engl. J. Med.* 1984; 311: 1664-1670.
12. Saltvedt L., Mo Es, Payers P, Kaasa S., Sletvold D.: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomised trial. *JAGS* 2002; 50: 792-798.
13. Stuck A.E., Siu A.L., Wieland D., Adams J., Rubenstein L.Z.: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
14. Trentini M., Semeraro S., Motta M.: Effectiveness of geriatric evaluation and care. One-year results of a multicenter randomised clinical trial. *Aging Clin. Exp. Res.* 2001; 13: 1-11.
15. Warren M.: Care of the chronic sick. A case for treating the chronic sick in blocks in a general Hospital. *B.M.J.* 2, 282, 1943.
16. Zuccaro S.M., Masotti G.: Documento congiunto SIGOs-SIGG. Il modello di assistenza continuativa per l'anziano; L'unità geriatrica per acuti nella rete dei servizi. *Geriatrics* 2003; 15: 55-60.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA CORSI PROPOSTI PER SETTEMBRE-DICEMBRE 2007

GESTIONE DELLA MALATTIA ALLERGICA RESPIRATORIA

Responsabile: Riccarducci - ASL RM E
Per 40 MED e BIO
Durata: 15 ore dal 21/09/2007 al 22/09/2007
Crediti: 12

IL MALATO CRITICO E IL LAVORO DI EQUIPE: GESTIONE DELLE RISORSE E LAVORO DI SQUADRA NELLE PATOLOGIE CRITICHE NON TRAUMATICHE

Responsabile: Zulli - Ospedale S. Filippo Neri
Per 12 MED
Durata: 10 ore il 27/09/2007
Crediti: 12

L'INTERNISTA E "LA MEDICINA DI CONFINE"

Responsabile: Di Lascio - Ospedale S. Camillo
Per 20 MED
Durata: 20 ore dal 2/10/2007 al 6/11/2007
Crediti: 18

CARCINOMA DELLA MAMMELLA NELLE PAZIENTI GIOVANI: DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICHE E STRATEGIE TERAPEUTICHE

Responsabile: Caramanica - Policlinico Militare di Roma - Celio
Per 15 MED
Durata: 20 ore dal 9/10/2007 al 30/10/2007
Crediti: 20

ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI IN ETÀ PEDIATRICA

Responsabile: Volterrani - Ospedale Regina Margherita
Per 15 MED
Durata: 20 ore dall'11/10/2007 al 13/12/2007
Crediti: 20

LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA INTEGRATA: LE BASI E IL METODO

Responsabile: Lago - IRPPI - Istituto Romano di psicoterapia psicomotricità integrata
Per 10 MED e 15 PSI
Durata: 10 ore dal 12/10/2007 al 9/11/2007
Crediti: 7 PSI - 7 MED

PARADONTOLOGIA: INDICAZIONI E LIMITI DELLE TECNICHE CHIRURGICHE E CONSERVATIVE. TEORIA E PRATICA

Responsabile: Capitani - ASL RM B Via Cartagine, 85
Per 10 MED e 10 ODO
Durata: 30 ore dal 12/10/2007 al 14/12/2007
Crediti: 29 MED

QUALITÀ GESTIONALE ISO 9001:2000 E SICUREZZA ALIMENTARE (H.A.C.C.P.) IN FARMACIA

Responsabile: Miceli - Polo didattico
P.zza O. da Pordenone, 3
Per 40 FAR e CTF
Durata: 20 ore dal 13/10/2007 al 20/10/2007
Crediti: 15

ARGOMENTI DI MEDICINA INTERNA

Responsabile: Pica, Rocchi, Santantonio
Osp. Civitavecchia
Per 50 INF
Durata: 40 ore dal 15/10/2007 al 17/12/2007
Crediti: 33

PSICODINAMICA DELLA SCHIZOFRENIA

Responsabile: Poliseno - ASL RM E - Comunità terapeutica riabilitativa
Per 10 MED e 15 PSI
Durata: 10 ore il 15/10/2007
Crediti: 9 PSI

SINUS LIFTING

Responsabile: Corbi - Osp. S. Camillo
Per 10 ODO e Medici spec. in ODO
Durata: 30 ore dal 16/10/2007 al 20/11/2007
Crediti: 28

APPROCCIO ECOGRAFICO DI BASE NELLE URGENZE

Responsabile: Castrucci - Osp. San Filippo Neri
Per 10 MED
Durata: 10 ore dal 23/10/2007 al 25/10/2007
Crediti: 9

I DISORDINI DELL'ERITROPOIESI

Responsabile: Recine - Osp. S. Spirito
Per 30 MED e BIO
Durata: 30 ore dal 25/10/2007 al 12/12/2007
Crediti: 27

LE MASSE SURRENALICHE: DEFINIZIONE E DIMENSIONE DEL PROBLEMA

Responsabile: Appetecchia - Ist. Regina Elena
Per 15 MED
Durata: 15 ore dal 26/10/2007 al 27/10/2007
Crediti: *

LA DIMENSIONE GRUPPALE IN PSICOTERAPIA

Responsabile: Dionisi - ASL RM D Via Giovagnoli, 29
Per 10 MED e 30 PSI
Durata: 16 ore dal 29/10/2007 al 19/11/2007
Crediti: 13 Psi

LEADERSHIP E POTERE DIRETTIVO IN SANITÀ. COMUNICAZIONE IN MEDICINA

Responsabile: Di Biagi - ASL RM E Piccola Spezieria
Per 30 MED
Durata: 8 ore il 5 Novembre 2007
Crediti: *

CHIRURGIA E MEDICINA ESTETICA DELL'INVECCHIAMENTO FACIALE

Responsabile: Eleuteri - Osp. Israelitico
Per 10 MED
Durata: 28 ore dal 06/11/2007 al 06/12/2007
Crediti: *

GASTROENTEROLOGIA E NUTRIZIONE PEDIATRICA

Responsabile: Castro, Rivosecchi - Ospedale Bambino Gesù
Per 25 MED
Durata: 30 ore dal 10/11/2007 al 1/12/2007
Crediti: *

INVITO ALLA MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA E AL GOVERNO CLINICO - 1° CORSO TEORICO PRATICO PER CLINICI

Responsabile: Maritati, Baglio - Basilica di Santa Maria in Trastevere
Per 20 MED
Durata: 11 ore dal 16/11/2007 al 30/11/2007
Crediti: *

OFTALMOLOGIA AMBULATORIALE: LA CHIRURGIA

Responsabile: Fuschini - Ospedale Oftalmico
Per 15 MED
Durata: 20 ore dal 19/11/2007 al 23/11/2007
Crediti: 16

CORSO TEORICO-PRATICO SULLA RINITE ALLERGICA E PATOLOGIE ASSOCIATE

Responsabile: Di Rienzo Businco - Osp. S. Eugenio
Per 10 MED e 10 INF
Durata: 16 ore dal 22/11/2007 al 23/11/2007
Crediti: *

MALFORMAZIONI DELLA MANO

Responsabile: Ortensi - ASL RM E Piccola Spezieria
Per 20 MED
Durata: 11 ore dal 23/11/2007 al 30/11/2007
Crediti: *

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MAMMELLA

Responsabile: De Vita, Pozzi - Istituto per lo Studio e la cura dei tumori "Regina Elena"
Per 10 MED
Durata: 20 ore dal 29/11/2007 al 30/11/2007
Crediti: *

1° CORSO AVANZATO TEORICO-PRATICO: ULTRASUONI IN ANESTESIA LOCOREGIONALE

Responsabile: Dauri, Fondi - CTO
Per 40 MED
Durata: 20 ore dal 30/11/2007 al 1/12/2007
Crediti: *

LEADERSHIP E POTERE DIRETTIVO IN SANITÀ. COMUNICAZIONE IN MEDICINA

Responsabile: Di Biagi - ASL RM E Piccola Spezieria
Per 30 MED
Durata: 8 ore 3/12/2007
Crediti: *

ELEMENTI DI CEFALOMETRIA CLINICA

Responsabile: Calabrese - Ospedale S. Pertini
Per 10 MED e 10 ODO
Durata: 16 ore il 3/12/2007 e il 10/12/2007
Crediti: *

CORSO DI FORMAZIONE IN ANGIOLOGIA

Responsabile: Riccioni - ASL RM E Piccola Spezieria
Per 20 MED
Durata: 19 ore dal 12/12/2007 al 18/12/2007
Crediti: *

* Corso registrato presso il Ministero in attesa di crediti

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: D. Scopelliti
- Vice-Presidenti: B. Condorelli, C. Parascani
- Tesoriere: E. Accivile
- Consiglieri Elettivi: M. Baraglia, F. Castelli, P. Dauri, G. De Simone, M. Moretti, R. Picardi, U. Recine, R. Riccarducci, V. Scotto di Palumbo
- Consiglieri di Diritto: L. Benedettelli, D. Feliciati, P. Grasso, G. M. Iadarola, M. Luminari, E. Parisi, A. Perrone, G. Visco
- Revisori dei Conti: P. Colombo, G. Vassallo, F. De Santis
- Consulente Amministrativo: S. Rijli

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: D. Scopelliti
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: E. Accivile, L. Benedettelli, F. Castelli, M. Moretti, U. Recine, R. Riccarducci, V. Scotto di Palumbo, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta
- Stampa: Nuova Editrice Grafica S.r.l. - neg@negeditrice.it

(Finito di stampare bel mese di settembre 2007)