

Rassegna Stampa

SIGOT

Marzo – Luglio 2020



Studio Comunicazione DIESSECOM



Studio Comunicazione DIESSECOM

AGENZIE NAZIONALI

ASKANEWS – WEB	9 MARZO 2020
9 COLONNE – WEB	9 MARZO 2020
SIR	10 MARZO 2020
AGENPRESS	10 MARZO 2020
DIRE NEWSLETTER	11 MARZO 2020
IL REDATTORE SOCIALE	3 APRILE 2020
AGIR	3 APRILE 2020
ANSA	1 LUGLIO 2020
ADNKRONOS – WEB	1 LUGLIO 2020
ASKANEWS	1 LUGLIO 2020
IL REDATTORE SOCIALE	1 LUGLIO 2020
AGENSIR	21 LUGLIO 2020
ANSA	21 LUGLIO 2020

RADIO E TV

RADIO24 – OBIETTIVO SALUTE – INT. FIMOGNARI	17 MARZO 2020
RADIO INBLU – INT. FIMOGNARI	3 APRILE 2020
RAI TRE – FUORI TG – INT. FIMOGNARI	10 APRILE 2020
RADIO 1 – RADIO ANCH’IO – INT. PILOTTO	16 APRILE 2020
TG3 LIGURIA – INT. PILOTTO	17 APRILE 2020
GR PARLAMENTO RAI – L’ITALIA CHE VA – INT. PILOTTO	20 APRILE 2020
SUPERSIX – SEI IN SALUTE – INT. PILOTTO E FIMOGNARI	27 APRILE 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

SUPERSIX – SEI IN SALUTE FOCUS – INT. PILOTTO	27 APRILE 2020
MEDICAL EXCELLENCE TV – INT. PILOTTO	14 MAGGIO 2020
TG5 – INT. FIMOIGNARI	21 MAGGIO 2020
GR PARLAMENTO RAI – L’ITALIA CHE VA – INT. FIMOIGNARI	10 GIUGNO 2020
TG5 h 20	1 LUGLIO 2020
RADIO CUSANO CAMPUS – INT. VETTA	27 LUGLIO 2020
MEDICAL EXCELLENCE TV – INT. VETTA	29 LUGLIO 2020

WEB TV / CANALI YOUTUBE

MED24	9 APRILE 2020
MED24 – INT. FIMOIGNARI	23 APRILE 2020
SENTI CHI PARLA – PENSIERO SCIENTIFICO - INT. PILOTTO	22 APRILE 2020

STAMPA NAZIONALE E REGIONALE CARTACEA

LA GAZZETTA DI PARMA	10 MARZO 2020
IL SECOLO XIX	15 MARZO 2020
IL TIRRENO	8 APRILE 2020
AVVENIRE	16 APRILE 2020
IL SECOLO XIX	17 APRILE 2020
IL RESTO DEL CARLINO/NAZIONE/GIORNO	17 APRILE 2020
QUOTIDIANO DEL SUD – ED. COSENZA	23 APRILE 2020
CORRIERE TORINO	21 MAGGIO 2020
IL NUOVO CORRIERE DI ROMA E DEL LAZIO – INT. PALLESCHI	21 MAGGIO 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

RESIDENZE SANITARIE – ART. PILOTTO, PRETE VERONESE	MAGGIO-GIUGNO 2020
IL GIORNALE	2 LUGLIO 2020
LA REPUBBLICA – ED. ROMA	2 LUGLIO 2020
AVVENIRE	5 LUGLIO 2020
MILANO FINANZA	10 LUGLIO 2020
IL GIORNO – ED. MILANO	11 LUGLIO 2020
CORRIERE DELLA SERA – ED. BRESCIA	22 LUGLIO 2020
L'ECO DI BERGAMO	26 LUGLIO 2020

STAMPA NAZIONALE E REGIONALE WEB

IL TIRRENO	8 APRILE 2020
IL GIORNALE	9 MARZO 2020
LA GAZZETTA DEL SUD	9 MARZO 2020
IL FATTO QUOTIDIANO	10 MARZO 2020
SENTI CHI PARLA – PENSIERO SCIENTIFICO - INT. PILOTTO	22 APRILE 2020
RAINEWS	2 LUGLIO 2020
IL GIORNALE	2 LUGLIO 2020
ALTO ADIGE	22 LUGLIO 2020

WEB

QUOTIDIANO SANITA'	9 MARZO 2020
REGIONE VALLE D'AOSTA	9 MARZO 2020
YAHOO NOTIZIE	9 MARZO 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

OMCEO	9 MARZO 2020
DOCTOR33	10 MARZO 2020
SANITA' E INFORMAZIONE	10 MARZO 2020
PANORAMA DELLA SANITA'	10 MARZO 2020
METEOWEB	10 MARZO 2020
NOVE DA FIRENZE	10 MARZO 2020
MEDICAL EXCELLENCE	10 MARZO 2020
INFERMIERISTICAMENTE	10 MARZO 2020
POLITICAMENTE CORRETTO	10 MARZO 2020
ZMEDIA	10 MARZO 2020
MAIMONE COMMUNICATION	10 MARZO 2020
VIRGILIO PORTALE	10 MARZO 2020
RETE PIU' ITALIA TV	10 MARZO 2020
AGENPET	10 MARZO 2020
BENESSERE & SALUTE	11 MARZO 2020
RIVERFLASH	11 MARZO 2020
INDIES	11 MARZO 2020
MILANO POST	12 MARZO 2020
DICA33 – INT. FIMOGNARI	29 MARZO 2020
PANORAMA SANITA'	3 APRILE 2020
ITALICOM	3 APRILE 2020
POLITICAMENTE CORRETTO	3 APRILE 2020
INSALUTENEWS	3 APRILE 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

THE POST INTERNAZIONALE	3 APRILE 2020
ITALIA NEWS	3 APRILE 2020
METEOWEB	3 APRILE 2020
MEDICAL EXCELLENCE	3 APRILE 2020
SPRAYNEWS	3 APRILE 2020
CANCELLO ED ARNONE NEWS	3 APRILE 2020
ZAZOOM	3 APRILE 2020
TUTTOSANITA'	4 APRILE 2020
IL FARO IN RETE	4 APRILE 2020
INDIES	4 APRILE 2020
IL MIRINO	4 APRILE 2020
CRONACA DIRETTA	5 APRILE 2020
VIVIROMA	6 APRILE 2020
SANITA' E INFORMAZIONE	8 APRILE 2020
QUOTIDIANO SANITA'	9 APRILE 2020
IL FARMACISTA ONLINE	9 APRILE 2020
ALTRA ETA'	9 APRILE 2020
DOCTOR33	10 APRILE 2020
SPRAYNEWS	19 APRILE 2020
SANITA' E INFORMAZIONE	1 LUGLIO 2020
IN SALUTE NEWS	1 LUGLIO 2020
MEDICAL EXCELLENCE	1 LUGLIO 2020
YAHOO NOTIZIE	1 LUGLIO 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

INFODENT	1 LUGLIO 2020
NEW PHARMA	1 LUGLIO 2020
REGIONE VALLE D'AOSTA	1 LUGLIO 2020
ABRUZZO LIVE	1 LUGLIO 2020
RADIO VERONICA ONE	1 LUGLIO 2020
TELECAPRINEWS	1 LUGLIO 2020
DOTTNET	2 LUGLIO 2020
DAGOSPIA	2 LUGLIO 2020
PER SEMPRE NAPOLI	2 LUGLIO 2020
PHARMASTAR	2 LUGLIO 2020
TUTTOSANITA'	2 LUGLIO 2020
CRONACHE DI SCIENZA	2 LUGLIO 2020
PANORAMA SANITA'	2 LUGLIO 2020
IL SUSSIDIARIO	2 LUGLIO 2020
METEOWEB	2 LUGLIO 2020
METROPOLIS	2 LUGLIO 2020
HEAD TOPICS	2 LUGLIO 2020
LIBERO PORTALE	2 LUGLIO 2020
LE ULTIME NOTIZIE	2 LUGLIO 2020
WEB24 NEWS	2 LUGLIO 2020
IL METEO	3 LUGLIO 2020
QUI BRESCIA	3 LUGLIO 2020
DOCTOR33	6 LUGLIO 2020

Studio Comunicazione DIESSECOM

METEOWEB	20 LUGLIO 2020
IN SALUTE NEWS	21 LUGLIO 2020
QUOTIDIANO SANITA'	21 LUGLIO 2020
EDIZIONI SCRIPTA MANENT	21 LUGLIO 2020
SANITA' E INFORMAZIONE	21 LUGLIO 2020
MEDICAL EXCELLENCE	21 LUGLIO 2020
POLITICAMENTE CORRETTO	21 LUGLIO 2020
GAZZETTA DI MILANO	21 LUGLIO 2020
FARMACIA.IT	21 LUGLIO 2020
MILANO H24	22 LUGLIO 2020
PANORAMA DELLA SANITA'	22 LUGLIO 2020
INDIES	22 LUGLIO 2020
TUTTOSANITA'	22 LUGLIO 2020
INFONURSE	22 LUGLIO 2020
MONDO MEDICINA	22 LUGLIO 2020
GIORNALE KLEOS	22 LUGLIO 2020
CRONACHE DI SCIENZA	23 LUGLIO 2020
ANGELI PRESS	23 LUGLIO 2020
DOCTOR33	23 LUGLIO 2020

Agenzie nazionali

CORONAVIRUS Lunedì 9 marzo 2020 - 14:14

Coronavirus, Geriatri: no a Rupe Tarpea. Non sacrificare anziani

Non è questa la soluzione

Roma, 9 mar. (askanews) – “Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

“L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Antonelli Incalzi e Fimognari – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio “first come, first served”, ma neppure meramente sul criterio anagrafico.

“E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione” precisano i due esperti.

“Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”. Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché pur sempre dolorosa”.

Studio Comunicazione DIESSECOM

GERIATRI: NO RUPE TARPEA PER I MALATI PIU' ANZIANI

- "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e Filippo Fimognari, presidente Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di covid-19 da trattare in terapia intensiva. "L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano -. Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19". Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi. "Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa". (red)

(© 9Colonne - citare la fonte)

EMERGENZA SANITARIA

Coronavirus Covid-19: Sigg e Sigot, "soluzione non è sacrificare anziani"

10 marzo 2020 @ 11:45



La Società italiana di geriatria e gerontologia (Sigg) e la Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot) intervengono sul documento degli anestesisti sui criteri di ammissione alle terapie intensive. "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino", hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente della Sigg, e Filippo Fimognari, presidente della Sigot, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva, per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi -. Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina interna, di Malattie infettive e Malattie respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "È la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione", precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, "piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

(GA)

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

10 Marzo 2020

21

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

Agenpress. "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT**, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - **affermano Fimognari e Antonelli Incalzi** - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Covid-19, geriatri su documento Siaarti: Soluzione non e' sacrificare anziani

Roma, 11 mar. - "Non ci puo' essere una 'Rupe Tarpea', dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Commentano cosi' Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Societa' Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive- proseguono- cosi' da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti. Ecco perche' ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalita' e' essenziale ed e' una nuova sfida per l'universalita' del servizio sanitario nazionale". Per questo, secondo Antonelli Incalzi e Fimognari, il primo obiettivo "dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il gia' diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero cosi' dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorita' nelle cure intensive "non potra' certo basarsi sul criterio 'first come, first served'- aggiungono- ma neppure meramente sul criterio anagrafico. E' la presenza di piu' patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiche' questo significa mediamente vecchiaia, e' ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere piu' anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilita' di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, e' evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorita' nelle cure intensive puo' basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione".

Anche in questo caso, resta "centrale il medico con il suo bagaglio di professionalita', esperienza e umanita' che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilita' del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente".

Pertanto, concludono Fimognari e Antonelli Incalzi, piuttosto che "richiamare criteri stringenti e' bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessita', nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permettera' al medico di fare la scelta piu' appropriata ed equilibrata, ancorche' pur sempre dolorosa".

(Red/ Dire)



3 aprile 2020 ore: 12:25
SALUTE

RS

Coronavirus, Sigot: anziani più colpiti, fattore di rischio è la fragilità

f     

I dati dell'Iss in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'Oms. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata...

RS

Studio Comunicazione DIESSECOM



SIGOT- Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

Claudio Barnini - 3 Aprile 2020

0

"SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e...

**"Virus non è cambiato, uguale in Brasile come a Mondragone"**

15:56 - 01/07/2020

Stampa

(ANSA) - ROMA, 01 LUG - "Affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo dicono in una nota congiunta i presidenti delle società scientifiche degli infettivologi (Simit), degli anestesisti (Siaarti), di Medicina generale (Simg), di diabetologia (Sid) e di geriatria (Sigot).

La Simit sottolinea la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione e le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta. Un documento in cui viene spiegato che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. E ancora: "Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri".

Inoltre - aggiungono - dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. "Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi". È verosimile - si legge ancora nella lettera - che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, Palmi, Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. (ANSA).

Appello società scientifiche: "Rischio epidemico non è finito"

SANITÀ

119 place 119

Condividi

Twitter

Share



[Fotogramma]

Publicato il: 01/07/2020 12:40

"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo sottolineano congiuntamente i presidenti di Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). Gli infettivologi della Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali) e i colleghi delle altre società scientifiche illustrano le proprie argomentazioni in una lettera aperta che risponde al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno.

Le prime firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit), Massimo Andreoni (direttore scientifico Simit), Giovanni Di Perri (consigliere Simit), Massimo Galli (past president Simit), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente Simit) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera hanno aderito alla posizione della Simit le altre società scientifiche. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che "è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica". Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno aggressivo, secondo gli esperti, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. E' inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.

"Affermare che il rischio epidemico sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea Tavio - Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante, perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta a una eventuale seconda ondata epidemica; **seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione**, individuale e collettiva".

Studio Comunicazione DIESSECOM

"La Simg condivide il Manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima", evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale.

"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. **Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento** del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva", commenta Filippo Fimognari, presidente Sigot.

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche e utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi", dice Francesco Purrello, presidente Sid. "Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale", conclude Flavia Petrini, presidente Siaarti.

Roma, 1 lug. (askanews) - "Affermare che il "rischio epidemico" abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e pu essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". E' l'allarme delle societ scientifiche SIMIT, SIAARTI, SIMG, SID, SIGOT. Medici di famiglia, Geriatri ospedalieri, microbiologi, intensivisti, diabetologi che hanno deciso di rispondere con una lettera aperta al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Societ Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non il virus ad essere pi o meno 'aggressivo', ma il singolo ospite umano pi o meno in grado di difendersi.

(Segue)

Roma, 1 lug. (askanews) - inoltre verosimile - affermano gli esperti - che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, in grado di causare casi di estrema gravit come all'inizio dell'epidemia.

"Affermare che il "rischio epidemico" abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e pu essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT, Marcello Tavio - Il fatto che altre societ scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili importante perch permette di costituire un fronte pi ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che tanto pi probabile quanto pi abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale. "Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. (Segue)



1 luglio 2020 ore: 12:17
SALUTE

RS

Covid-19, le società scientifiche: "Resta pericoloso"

f     

La risposta di Simit-Simg-Sigot-Sid-Siaarti al "Manifesto" dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. "I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante e' attivo e contagiante"

RS

FASE 3

Anziani: i geriatri chiedono di potenziare l'assistenza. "Più reparti per acuti in ospedale, valorizzare nostro ruolo in Rsa e assistenza domiciliare"

21 luglio 2020 @ 19:19



L'emergenza Covid-19 ha reso drammaticamente evidente la carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie. Ora occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. A lanciare l'appello ai vertici della Regione Lombardia – il governatore Attilio Fontana, l'assessore al Welfare Giulio Gallera e il direttore generale al Welfare Marco Trivelli – e alle istituzioni nazionali sono oggi la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg), la Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot) e l'Associazione geriatri extraospedalieri (Age).

La carenza di posti letto in Unità operative di geriatria, affermano, "è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza". "Da una recentissima ricognizione Sigg-Sigot emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto", hanno sottolineato Filippo Fimognari, presidente Sigot, e Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Sigg, per i quali occorre avvicinarsi agli standard del Veneto, ossia "arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni". Occorre inoltre valorizzare il ruolo dei geriatri nelle Rsa e nell'assistenza domiciliare: "Un ottantenne – spiegano – non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Fase 3: restituire un ruolo a chi studia l'invecchiamento

In Lombardia solo 202 posti in geriatria, ispirarsi al Veneto

ROMA

(ANSA) - ROMA, 22 LUG - "La pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica a tutti i livelli di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie". Questo l'allarme che arriva da dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE).

In Lombardia, ad esempio, ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0,02 posti letto per 1000 abitanti. Troppo pochi soprattutto in vista di una possibile seconda ondata di Covid-19, che colpisce con sintomi più gravi gli anziani. Ma la Lombardia non è l'unica regione ad avere problemi. E' necessario, scrivono gli esperti in una nota, "un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto, ovvero arrivare a una cifra di 0,18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni".

"Manca - scrivono i presidenti delle tre società scientifiche Raffaele Antonelli Incalzi, Filippo Fimognari e Pietro Gareri - un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. (ANSA).

YQX-MAR/
S04 QBKN

Radio e TV

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com



INTERVISTA AL PRESIDENTE FIMOGNARI IL 17 MARZO SU RADIO24 NELLA
TRASMISSIONE OBIETTIVO SALUTE

🕒 Da Lunedì a Venerdì, ore 6:15

Obiettivo Salute - Risveglio



Con **Nicoletta Carbone**

INFO ▼

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com



INTERVISTA AL PROF. FIMOGNARI SU RADIO INBLU IL 3 APRILE

https://www.radioinblu.it/streaming/?vid=0_cdnhl1i

Network Tv2000 > Radio InBlu > Streaming

**Buongiorno InBlu 08:36 del
03/04/2020**

BUONGIORNO INBLU 08:36 DEL 03/04/2020



Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com



**INTERVISTA AL PROF. FIMOGNARI VENERDI 10 APRILE NELLA RUBRICA DEL TG3
FUORI TG**

<http://www.tg3.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-4d0dd041-c640-45d1-ba48-e89932881cb4-tg3.html#p=>

TG3 Fuori TG del 10/04/2020

Durata:00:20:03 | Andato in onda:10/04/2020 | Visualizzazioni:91

Mi piace 3 | Condividi | Tweet | Commenti 0



TG3 Fuori TG del 10/04/2020

Fuori Tg

Filippo Fimognari
PRES. SOCIETÀ ITALIANA DI GERIATRIA OSPEDALE E TERRITORIO

OLTRE LA PORTA: "PER NON LASCIARLI SOLI"

15:06 | 20:03

Studio Comunicazione DIESSECOM



Studio Comunicazione DIESSECOM

Radio anch'io

INTERVISTA AL PRESIDENTE ELETTO ALBERTO PILOTTO IL 16 APRILE SU RADIO 1
NELLA TRASMISSIONE RADIO ANCH'IO

<https://www.raiplayradio.it/audio/2020/04/RADIO-ANCHaposIO-30008e15-617b-4cfc-aa3e-4ce292d73d49.html>

Radio anch'io

Bonus e liquidità alle imprese. Fase 2 in Europa. Rsa, Covid e case popolari



Ascolta l'audio

16/04/2020



Vai al programma



Aggiungi a Playlist



Condividi

I giorni del bonus e dei crediti alle imprese. Come sta andando? E poi la fase 2, in Italia e soprattutto all'estero: che stanno facendo gli altri Paesi? E infine la vicenda delle Rsa, e delle inchieste che sono state aperte, con un ultimo focus sulla vita nelle abitazioni molto piccole.

Tra gli ospiti:

Pier Paolo Baretta, sottosegretario al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Pd)

Paolo Zabeo, coordinatore Ufficio studi della Cgia

Mariano Bella, responsabile del Centro Studi Concommercio

Lando Maria Sileoni, segretario generale della FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani)

Steven Forti, Storia Contemporanea all'università di Catalogna

Cornelius Bartels, medico tedesco esperto di malattie infettive

Jean Paul Fitoussi, economista, Institut d'Etudes Politiques di Parigi e Luiss School of Government

Gerhard Mümelther, giornalista del quotidiano Der Standard e collaboratore di Internazionale

Martina D'Orazio, medico a Stoccolma

Anna Milan, inviata della cronaca del Gr a Milano

Generale Adelmo Lusi, comandante del Nas dei Carabinieri

Alberto Pilotto, presidente eletto SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio)

Stefano Chiappelli, segretario generale Sunia



Rai Radio 1
Bonus e liquidità alle imprese. Fase 2 in Europa. Rsa, Covid e
case popolari
Radio anch'io



Studio Comunicazione DIESSECOM

INTERVISTA AL PROF. PILOTTO AL TG3 LIGURIA DEL 17 APRILE EDIZIONE DELLE 14
MIN. 11.15-11.49

<https://www.rainews.it/tgr/liguria/notiziari/index.html?/tgr/video/2020/04/ContentItem-8f3c9a15-02d6-4172-98e1-bef9d06495d5.html>





Studio Comunicazione DIESSECOM

Rai GrParlamento

**INTERVISTA AL PRESIDENTE ELETTO ALBERTO PILOTTO IN ONDA SU GRP RAI NELLA
TRASMISSIONE "L'ITALIA CHE VA..." IL 20 APRILE**

<http://www.grp.rai.it/dl/portaleRadio/media/ContentItem-dbedd1a8-5b53-4b5e-8486-bccbd36f3309.html>

<https://vimeo.com/409228937>



Studio Comunicazione DIESSECOM



NETWORK DI 34 CANALI DIFFUSI IN 14 REGIONI



INTERVISTA AL PROF. PILOTTO E AL PROF. FIMOGNARI NELLA RUBRICA “SEI IN SALUTE” IL 27 APRILE

<https://www.youtube.com/watch?v=Ju-vTEFteU8&feature=youtu.be>



SEI IN SALUTE del 27 aprile

Studio Comunicazione DIESSECOM



SEI IN SALUTE del 27 aprile



BOBBIESE NEW MEDIA PRODUZIONI TV
8140 iscritti

ISCRIVITI

In questa puntata parliamo di problematiche legate agli anziani con il Prof. Alberto Pilotto e con il Prof. Filippo Fimognari, entrambi Presidenti di SIGOT. Parleremo poi di malattie reumatologiche con la Dottorssa Silvia Tonolo Presidente dell'associazione ANMAR Onlus e concludiamo la puntata con il Dottor Valerio Rosso per qualche consiglio in merito alle tante settimane di isolamento e agli effetti con paure, angosce...

Studio Comunicazione DIESSECOM

<https://www.youtube.com/watch?v=y5rMf3Muz1w>



SEI IN SALUTE Focus con...



BOBBIESE NEW MEDIA PRODUZIONI TV
8160 iscritti

Professor Alberto Pilotto - Presidente di SIGOT

INTERVISTA AL PROF. FIMOIGNARI SU MEDICAL EXCELLENCE TV IL 14 MAGGIO

<https://www.medicaexcellencetv.it/coronavirus-e-anziani-lallarme-dei-geriatri/>

https://www.youtube.com/watch?time_continue=8&v=PVj43uplrpl&feature=emb_logo



MedicalExcellence TV
4550 iscritti

ISCRIVITI

#Coronavirus e #anziani. L'allarme dei geriatri: "Non solo l'elevatissima mortalità, il vero rischio è la fragilità".

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) evidenzia alcune delle complicazioni legate all'emergenza Covid-19. In questa puntata parleremo dei rischi nelle case di riposo, delle conseguenze psicologiche e sociali e il problema della "fragilità".

Ospite della puntata Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT, professore ordinario di geriatria presso l'università di Bari e Direttore Dipartimento Cure Geriatriche, OrtoGeriatria e Riabilitazione Ente.Ospedaliero. Ospedali Galliera, Genova.

Studio Comunicazione DIESSECOM



INTERVISTA AL PROF. FIMOGNARI AL TG5 DELLE 13 DEL 21 MAGGIO MIN. 10.50-11.24

https://www.mediasetplay.mediaset.it/video/tg5/edizione-ore-1300-del-21-maggio_F310153701056601



Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com



**INTERVISTA AL PRESIDENTE FIMOGNARI IN ONDA SU GRP RAI NELLA
TRASMISSIONE "L'ITALIA CHE VA..." IL 10 GIUGNO MIN. 34.25-38.50**

<http://www.grp.rai.it/dl/portaleRadio/media/ContentItem-dbedd1a8-5b53-4b5e-8486-bccbd36f3309.html>

L'ITALIA CHE VA - Tutti i podcast

Visualizzazioni: 24601

 commenti |  correlati |  mail to



Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394 studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

**SERVIZIO AL TG5 DELLE 20 DEL MIN. 17.40-19.40 SERVIZIO SU ADESIONE SIGOT E
ALTRE SOCIETA' SCIENTIFICHE ALLA LETTERA SIMIT CON INTERVISTA AL
PRESIDENTE SIMIT TAVIO**

https://www.mediasetplay.mediaset.it/video/tg5/edizione-ore-2000-dell1-luglio_F310153701073101



Studio Comunicazione DIESSECOM

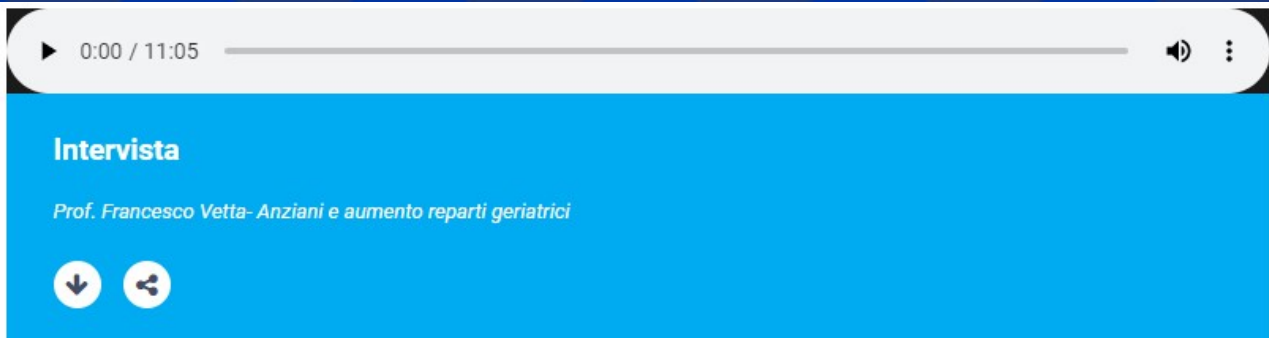


INTERVISTA AL PROF. VETTA NELLA TRASMISSIONE “GENETICA OGGI” SU RADIO CUSANO CAMPUS LUNEDI 27 LUGLIO ALLE 12.45

<https://www.tag24.it/podcast/prof-francesco-vetta-anziani-aumento-reparti-geriatrici/>

GENETICA OGGI PUNTATA DEL 27 LUGLIO 2020

PROF. FRANCESCO VETTA- ANZIANI E AUMENTO REPARTI...



Studio Comunicazione DIESSECOM

INTERVISTA AL PROF. VETTA SU MEDICAL EXCELLENCE TV MERCOLEDI 29 LUGLIO

<https://www.medicaexcellencetv.it/anziani-i-geriatri-chiedono-di-potenziare-lassistenza/>



Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

Anziani: i geriatri chiedono di potenziare l'assistenza

29 Luglio 2020 / 1 min read



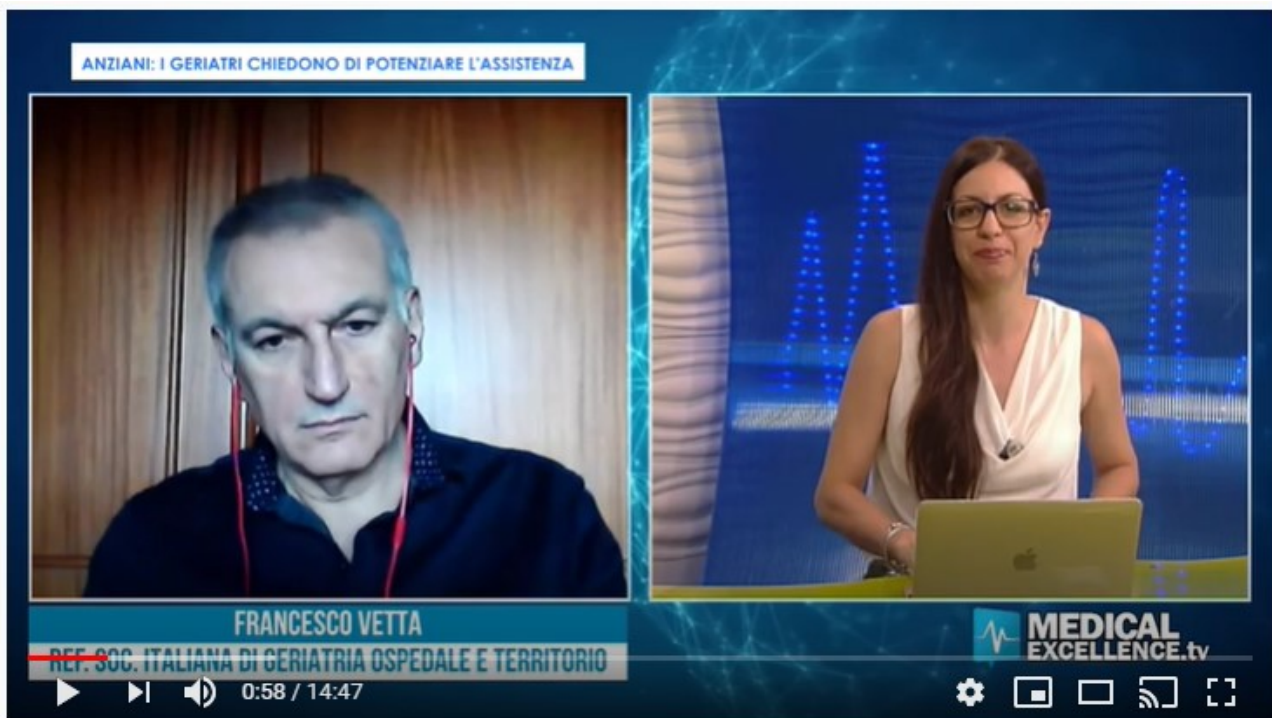
Negli scorsi mesi gli operatori sanitari si sono battuti contro il coronavirus e l'esperienza lombarda, ma non solo, ha evidenziato la carenza di assistenza geriatrica.

Ecco perchè **SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, S.I.G.G. - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria** e **Associazione Geriatri Extraospedalieri** lanciano un appello ai vertici della **Regione Lombardia** e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale.

In collegamento da #Roma il Dottor **Francesco Vetta**, referente #SIGOT.

AGE - ASSOCIAZIONE GERIATRI EXTRAOSPEDALIERI / ANZIANI / ASSISTENZA SANITARIA / FRANCESCO VETTA / GERIATRIA / LOMBARDIA / OPERATORI SANITARI / PRIMA PAGINA SALUTE / ROMA / SIGOT

<https://www.youtube.com/watch?v=h0TF4BWRROY>



#Roma #SIGOT

Anziani: i geriatri chiedono di potenziare l'assistenza



MedicalExcellence TV
4730 iscritti

ISCRIVITI

Negli scorsi mesi gli operatori sanitari si sono battuti contro il coronavirus e l'esperienza lombarda, ma non solo, ha evidenziato la carenza di assistenza geriatrica. Ecco perchè SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, S.I.G.G. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e Associazione Geriatri Extraospedalieri lanciano un appello ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale. In collegamento da #Roma il dottor Francesco Vetta, referente #SIGOT.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394 studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

Web TV / Canali Youtube

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com



LETTURA DEL COMUNICATO STAMPA NEL NOTIZIARIO DEL 9 APRILE

<https://www.youtube.com/watch?v=n-G-1H5funQ>



Med24 Channel
543 iscritti

ISCRITTO

In questa edizione siamo andati al Gaslini di Genova dove un team multidisciplinare ha elaborato un protocollo interno per la gestione dei pazienti pediatrici affetti da Covid-19 in età perinatale, pediatrica e negli adolescenti. E poi parleremo di equivalenza terapeutica e di incontinenza femminile. Inoltre, **focus su pazienti anziani, fragilità ed emergenza Coronavirus.** Ma faremo il punto anche su come arginare il fenomeno delle fake news in ambito sanitario. In chiusura, la nostra rubrica "Salute E'...". Il quesito di oggi è: quanto è importante l'aspetto nutrizionale nel paziente oncologico? Scopriamolo insieme.
Buona visione!

Studio Comunicazione DIESSECOM

**VIDEO MESSAGGIO DEL PRESIDENTE FIMOGNARI NEL NOTIZIARIO DEL 23 APRILE**

<https://www.youtube.com/watch?v=FIdm307Qwhc>



TG Med24 Channel - 23/4/2020



Med24 Channel
551 iscritti

ISCRITTO

In apertura la scomparsa del dottor Manuel Efrain Perez, medico volontario bolognese strappato alla vita dal Covid-19 perchè ha continuato a fare il proprio dovere fino all'ultimo. E poi ancora emergenza Coronavirus: i medici di medicina generale chiedono di non abbassare la guardia in merito alle vaccinazioni e alle fragilità di anziani e più deboli. Inoltre, focus sulla lotta all'Epatite C con particolare riferimento alla popolazione carceraria. Vi anticiperemo anche i temi del prossimo congresso nazionale di Medicina e chirurgia estetica. Infine, cosa accadrà alle piccole e medie imprese sanitarie a pandemia terminata? In chiusura, la nostra rubrica "Salute E...". Il quesito di oggi è: che cos'è l'eubiosia? Scopriamolo insieme.
Buona visione!

Studio Comunicazione DIESSECOM

<https://www.youtube.com/watch?v=nYtcVGdWz0k>



Covid-19: "Rivedere il rapporto di fiducia tra cittadini e SSN"



Med24 Channel
551 iscritti

ISCRITTO

Per il presidente della Società italiana di geriatria ospedale e territorio, Filippo Fimognari, questa drammatica pagina di storia sanitaria dovrà servirci a rivedere il rapporto di fiducia tra cittadini e Sistema sanitario nazionale.

Studio Comunicazione DIESSECOM



Il Pensiero Scientifico Editore
869 iscritti

Senti chi parla

INTERVISTA AL PROF. PILOTTO PER LA TESTATA “SENTI CHI PARLA” DEL GRUPPO EDITORIALE PENSIERO SCIENTIFICO

<https://sentichiparla.it/salute/covid-19-fragilita-anziani-pilotto-sigot/>

https://www.youtube.com/watch?v=EtHtyoahRGI&feature=emb_logo



Covid-19 e anziani: il rischio della fragilità



Il Pensiero Scientifico Editore
869 iscritti

ISCRIVITI

L'infezione da Covid-19 ha messo a nudo la situazione della fragilità dell'anziano. Tra gli obiettivi primari vi è quello di concentrare gli interventi di prevenzione e cura su questa fascia della popolazione. Ne abbiamo parlato con Alberto Pilotto, presidente eletto di SIGOT (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio).

Studio Comunicazione DIESSECOM

Stampa nazionale e regionale cartacea

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

Rianimazione Il Nord vicino al tilt E il Mezzogiorno teme di non farcela

Gli oncologi: «Rinviamo le chemio meno urgenti». I geriatri: «Curare anche gli anziani. No alla Rupe Tarpea»

MANUELA CORRERA

■ ROMA E' ormai una lotta contro il tempo. I reparti di Terapia intensiva al Nord, soprattutto in Lombardia, sono al collasso e per recuperare posti preziosi si sta procedendo, in queste ore, a trasferire ove possibile i pazienti ricoverati non affetti da Covid-19 in altre strutture anche fuori dalla Regione. I contagi, e di conseguenza anche i casi più gravi che necessitano di essere intubati nelle Rianimazioni - pari a circa il 10% del totale - aumentano infatti di giorno in giorno ed il sistema, avvertono i medici, non potrà reggere ancora a lungo.

LA GRANDE PAURA DEL SUD

Se il Settentrione è allo stremo, con qualche eccezione, il Sud Italia si prepara invece ad affrontare un prevedibile e sostenuto aumento dei contagi. Con un monito: «Il Meridione non reggerebbe al trend attuale dei casi con necessità di ricovero in Terapia intensiva».

LOMBARDIA IN AFFANNO

La situazione più grave è in Lombardia, che registra il maggior numero di contagi e decessi. Al momento, nella Regione sono 497 i posti in Terapia intensiva per i pazienti con Covid-19 ma «stiamo provando a recuperarne altri», afferma l'assessore al Welfare

Giulio Gallera. I posti nelle Rianimazioni occupati da questi pazienti, il 28 febbraio «erano 57, adesso sono 399, il 700% in più e cosa succederà fra dieci giorni?», si chiede l'assessore. Parla di «situazione saturata» anche il presidente dell'Ordine dei medici di Lodi, Massimo Vajani. Ed una denuncia forte arriva dal suo omologo di Bergamo, Guido Marinoni: «Qui la situazione è drammatica. Le terapie intensive - racconta - sono piene; si riesce ancora a ricoverare i pazienti più gravi con insufficienza respiratoria, ma molti con polmonite bilaterale vengono rinviiati al domicilio per essere seguiti dai medici di base e al momento sono circa 2mila. Su vari di questi pazienti non si riesce però a eseguire il tampone, che viene destinato in primis ai ricoverati, nonostante possano essere potenzialmente positivi. E la cosa grave è che i medici di base che devono curarli spesso non hanno ancora a disposizione i dispositivi di protezione». Attualmente, «nella bergamasca ci sono 4 medici ricoverati e 40 in quarantena».

PAZIENTI TRASFERITI

Intanto si cerca, laddove possibile, di mantenere liberi i posti in Rianimazione: pazienti dell'ospedale di Cremona sono stati portati con l'elicottero militare in terapia intensiva a

Sondalo, in Valtellina. Altri 4 pazienti sono in trasferimento in queste ore dai reparti della Lombardia e l'altro ieri ne sono stati trasferiti altri 13. Migliore è invece la situazione del Veneto: «Abbiamo ancora una tenuta ragionevole per la terapia intensiva», ha detto il presidente Luca Zaia.

IL MEZZOGIORNO

Il Paese, attualmente, appare diviso in due ed in questi giorni il Sud - dove i contagi sono in minor numero - si prepara facendo tesoro dell'esperienza del Nord, pur consapevole che l'ondata d'urto di uno «tsunami» di nuovi casi sarebbe difficilmente sostenibile. «Stiamo preparando i nuovi posti letto di terapia intensiva, nelle ultime 36 ore abbiamo già attrezzato 50 posti aggiuntivi», ha annunciato il presidente della Campania Vincenzo De Luca. E i timori sono anche per le migliaia di arrivi da Milano dopo l'annuncio della «chiusura» della Lombardia: sono circa 2mila quelli stimati solo in Puglia. Ormai, afferma il presidente dell'Ordine dei medici di Bari e presidente della Federazione degli Ordini dei medici Filippo Anelli, «il danno è stato fatto ma chi è fuggito al Sud deve essere consapevole che può mettere a rischio chi gli sta vicino e deve segnalarsi». In Puglia ci sono 240 posti di Terapia intensiva a

fronte di 37 contagi: «Ci stiamo preparando, ma si teme l'emergenza», afferma Anelli. Un grido d'allarme arriva principalmente dalla Calabria: «Nessuna iniziativa organica è stata ancora assunta - afferma il presidente dell'Ordine dei medici di Cosenza, Eugenio Corcioni, in una lettera al ministro della Salute - per dotare tutti gli operatori sanitari dei necessari dispositivi di protezione e nessuna iniziativa è stata assunta per riorganizzare le strutture e l'accesso alle stesse per evitare assembramenti e contatti tra pazienti».

PAZIENTI ONCOLOGICI

L'emergenza sta pesando pure sui malati oncologici: è «meglio rinviare i trattamenti di chemioterapia in ospedale e le visite di controllo, se non per casi urgenti», è l'allerta della Associazione di Oncologia Medica (Aiom), mentre i presidenti dei geriatri delle società Sigg e Sigot chiedono di estendere anche ai reparti di geriatria l'impiego della ventilazione non invasiva, perché «non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino».

IL SECOLO XIX

IL SECOLO XIX

15-MAR-2020

da pag. 9

foglio 1 / 2

Superficie: 65 %

www.datastamp.it

Tiratura: 47446 - Diffusione: 35138 - Lettori: 357000: da enti certificatori o autocertificati

Dir. Resp.: Luca Ubaldeschi

Il 90% delle vittime in Italia è oltre i 70 anni, la metà con 3 patologie
Il geriatra Palummeri: «Non si smette di curare in base all'età»

Gli anziani e il virus, cresce l'allerta La Liguria si attrezza per l'emergenza

Studio Comunicazione DIESSECOM

Per evitare di fare scelte dolorose la Regione allestisce nuovi posti letto

IL REPORTAGE

Marco Grasso / GENOVA

Il dato crudo di queste prime settimane di coronavirus è contenuto in un rapporto dell'Istituto superiore di sanità: il 90% delle vittime in Italia ha più di 70 anni. La metà di questo campione statistico aveva 3 patologie pregresse, cosa non così infrequente con l'avanzare dell'età. La popolazione anziana, insomma, è la più esposta all'epidemia. Specie se il sistema sanitario affronta la cosiddetta "onda alta": troppi casi complicati in uno stesso momento, che rischiano di saturare i posti letto in terapia intensiva. E può portare a dover scegliere su che pazienti puntare, su quali hanno più possibilità di sopravvivere. Una situazione che, nel caso della Liguria, potrebbe rivelarsi devastante.

LIGURIA: IL CASO NEL CASO

Posizionata nelle immediate retrovie di una guerra di trincea, la Liguria osserva con preoccupazione l'emergenza che sta sconvolgendo la Lombardia. In alcune province, come Bergamo e Brescia, i pazienti sopra i 75 anni hanno una bassissima probabilità di essere "candidabili" ai reparti di terapia intensiva. Scarseggiano i respiratori e ormai anche i posti letto. È di ieri l'allarme di-

sperato dell'assessore lombardo Giulio Gallera: «Ci sono rimasti 15-20 posti liberi nelle terapie intensive, siamo vicini al punto di non ritorno». È l'impietosa legge del triage, nato appunto nel contesto della medicina di guerra. Un principio assodato che, nei giorni scorsi, ha fatto litigare anche la comunità scientifica. A un documento della Società italiana degli anestesisti hanno risposto i geriatri: «Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani vengono abbandonati al loro destino», attaccano Raffaele Antonelli Incalzi e Filippo Fimognari, presidenti delle associazioni Sigg e Sigot.

Se la Lombardia è stata letteralmente travolta, con il tasso di over 65 sia del 22%, ecco spiegato perché la Liguria sta affrontando il tema con massima attenzione: il 28,5% dei residenti (400mila persone) ha più di 65 anni, oltre la metà di questi ha più di 75 anni. «Siamo la regione più anziana d'Europa» - spiega il geriatra Ernesto Palummeri, consulente di Alisa, cabina di regia regionale della sanità ligure - «Questo fattore è legato anche a stili di vita virtuosi e non avrebbe alcun senso dissipare questa ricchezza. Rigetto del tutto l'idea che si smetta di curare sulla base della carta d'identità. La considerazione da fare, semmai, è quella di evitare accanimento terapeutico; ma non è detto dipenda dall'età anagrafica. Del resto, che senso avrebbe in una regione in cui un cittadino su tre è "anziano", da un punto di vista stati-

stico? Per evitare di trovarsi in questa situazione, la Regione Liguria ha avviato da tempo un piano di aumento dei posti letto».

IL PIANO PER PREPARARSI AL PICCO

Gli epidemiologi prevedono un aumento costante dei positivi in Liguria almeno durante l'arco dei prossimi dieci giorni. Per questo Alisa ha previsto il passaggio alla cosiddetta fase 2bis: 88 nuovi letti in terapia intensiva e 253 posti per pazienti di media intensità. A Genova gli ospedali Evangelico di Voltri e Antero Micone di Scetri sono in corso di riconversione e accoglieranno solo casi di coronavirus. Mentre l'ospedale San Martino sta trasformando un padiglione in un reparto "buffer", per creare un'ulteriore camera di compensazione per ospitare pazienti non gravi.

C'è chi ha spiegato questo modo di procedere con la metafora dei castelli medioevali: più si scavano fossati, più si rende difficile al nemico sfondare le mura e penetrare nel cuore della fortezza. C'è un dato allo studio, fra i tanti, che rende l'Italia un'anomalia: l'ultimo bollettino di ieri è di 21.157 casi positivi, e di 1.141 morti. Questo significa che l'indice di letalità della malattia è del 6,8%. Un numero che contrasta con la media mondiale del 2%. Matteo Bassetti, direttore della Clinica di malattie infettive San Martino, ha espresso in più occasioni la sua teoria a riguardo: «Esistono molti casi positivi asintomatici che non sono stati intercettati. Il

IL SECOLO XIX

15-MAR-2020

da pag. 9

foglio 2 / 2

Dir. Resp.: Luca Ubaldeschi

www.datastamp.it

Tiratura: 47446 - Diffusione: 35138 - Lettori: 357000: da enti certificatori o autocertificati

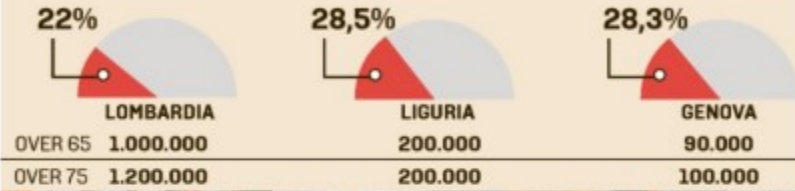
Superficie: 65 %

numero di contagiati in Italia potrebbe essere dieci volte superiore».

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Ci sono altri due fattori che potrebbero contribuire a spiegare quei numeri, secondo l'Iss: l'Italia ha una popolazione mediamente più anziana e che ha interazioni sociali più intense che in altre società. E, da questo punto di vista, la Liguria è un caso nel caso: «Gli anziani sono una popolazione più fragile, e per questo vanno protetti – dice ancora Palumneri – L'emergenza attuale ha varie conseguenze ad esempio la chiusura dei centri diurni. Siamo per ultimare un piano che ci consentirà di riconvertire il personale di quelle strutture a un'assistenza domiciliare. Un percorso simile riguarda anche i disabili». Va in questa direzione anche il progetto della Croce Bianca genovese, che nei quartieri genovesi della Foce, Albato, Caiugnano e Centro, porterà la spesa a casa agli over 65. L'obiettivo è sempre lo stesso: ostacolare l'avanzamento del virus, rallentarlo. E tutelare soprattutto i più fragili, gli anziani, quella popolazione che in Liguria è più alta della media nazionale. —

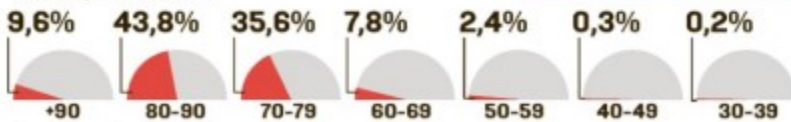
Nella provincia di Lodi, in piena crisi coronavirus, la percentuale considerata da un punto di vista medico-statistico anziana (over 65) è del 22%. Questa percentuale è molto superiore in Liguria



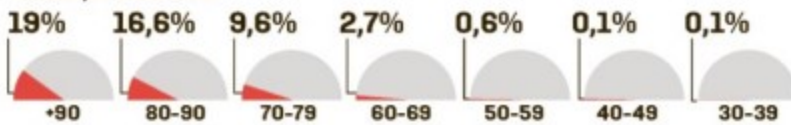
IN ITALIA (Dati Issm, aggiornati al 13 marzo)

1.016 Decessi per coronavirus

Decessi per fascia d'età



Letalità per fascia di età



IL TIRRENO

IL TIRRENO
MASSA-CARRARA

Dir. Resp.: Fabrizio Brancoli

08-APR-2020

da pag. 6

foglio 1

Superficie: 13 %

www.datastampa.it

Tiratura: 0 - Diffusione: 3036 - Lettori: 33000: da enti certificatori o autocertificati

SOCIETÀ ITALIANA DI GERIATRIA (SIGOT)

«Fondamentale proteggere le persone più vulnerabili»

MASSA-CARRARA

Sono quasi 17mila i deceduti in Italia per Covid-19. Il terribile dato, che ogni giorno tende purtroppo a salire, porta alla luce una realtà drammatica, dove a perdere la vita sono soprattutto le persone anziane. Anche i soggetti adulti con particolare profilo di rischio, possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta.

«L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive soprattutto in età geriatrica, così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - afferma **Filippo Fimognari** presidente nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) -, ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie In-

tensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19. Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico».

Un documento dell'EuGms (European Geriatric Medicine Society) riporta che i tassi di mortalità sono circa del 15% nei soggetti di età superiore a 80 anni, mentre è inferiore allo 0,5% nelle persone di età inferiore ai 50 anni. Fondamentale per prevenire l'infezione quindi rimanere a casa ed evitare contatti. «Faccio miei i consigli che sono benissimo esposti in un documento della Sigot - dichiara il consigliere Sigot della Toscana **Bernardo Salani** - oltre all'accurato lavaggio di mani e ambienti, è doveroso che tutte le persone a contatto con una persona anziana indossino mascherina anche chirurgica per evitare al massimo il droplet. Inoltre, se possibile non uscire di casa (come da Decreto) ma utilizzare i servizi come spesa domiciliare, farmaci domiciliari. È importantissimo unire gli sforzi per proteggere le persone più vulnerabili e fragili».

SARA LAVORINI

Studio Comunicazione DIESSECOM

«PERCORSI» DA PROTEGGERE

La paura delle persone in dialisi Già 147 i morti per il Covid-19

Mazzoli

a pagina 10

Pazienti in dialisi, la grande paura

Sono più di 40mila in tutta Italia, costretti a recarsi tre volte alla settimana in ospedale per le cure. Già 147 di loro sono morti per Covid-19. «Dai pulmini alle protezioni, la filiera non è proletta»

Il presidente dell'associazione emodializzati, Vanacore: «Un fatto grave rimandare a casa i positivi». La denuncia di una donna di Pesaro: «Mia madre, vittima di troppi errori»

ROBERTO MAZZOLI
Pesaro

«**R**estate a casa». Un imperativo che purtroppo non vale per tutti. C'è infatti chi, più di ogni altro, avrebbe diritto a proteggere la propria salute al riparo delle mura domestiche ma proprio non può farlo. Si tratta dei pazienti in dialisi. Malati costretti a recarsi tre volte alla settimana sul fronte di guerra degli ospedali. In Italia la popolazione dialitica conta più di 40mila persone di cui solo 4mila assistite a domicilio. In questa emergenza sono i più fragili perché spesso anziani e con pluripatologie. A dare voce a questo popolo di invisibili è l'avvocato Giuseppe Vanacore, presidente di Aned, l'associazione nazionale emodializzati, dialisi e trapianto. «Abbiamo visto come spesso il contagio sia entrato prepotentemente nelle dialisi - dice - tanto che ad oggi sono già decedute 147 persone per Covid e quasi tutte si recavano negli ospedali». I numeri parlano di un decesso ogni quattro contagiati, percen-

tuali simili alle case di riposo delle province del Nord. «Nonostante il grande valore di medici e infermieri - spiega Vanacore - i nefrologi non sono sempre stati messi in condizione di lavorare bene, e loro stessi hanno corso il rischio di venire contagiati. Altro grave errore è stato poi quello di rimandare a casa i dializzati Covid positivi che in questo modo hanno esteso il contagio. Va infine considerato che la terapia di un dializzato non si riduce alle "sole" quattro ore in cui viene attaccato al macchinario, ma esiste una filiera che deve essere protetta. Anche il trasporto sui pulmini è materia sanitaria e fa parte della terapia e dei Lea». E proprio su questi pulmini potrebbe aver viaggiato anche il coronavirus, come a Pesaro, il capoluogo di provincia con il focolaio più esteso di tutto il centro Italia. Qui il pronto soccorso risultava già pieno a fine febbraio e degli oltre 700 decessi delle Marche, più della metà si concentra nel Pesarese.

In questo contesto a farne le spese è stata anche la fragile popolazione dei dializzati, come racconta Marina Bartolucci, odontoiatra di Pesaro, che mette in evidenza una vicenda emblematica. «Mia madre Anna di 81 anni ha subito tanti errori - dice - ma quello sul pulmino della dialisi l'ha condannata a morte perché hanno fatto salire con lei una persona con febbre e tosse». Ad inizio marzo viene rimandata col tampone positivo a casa dove contagia anche l'anziano marito, la figlia ed altre persone che poi moriranno. «Per la sua morte non accusiamo i medici - dice oggi

la famiglia Bartolucci - perché hanno sempre avuto grande cura di mia madre, ma vorremmo risposte dai vertici dell'ospedale per evitare che si ripetano errori». Contattata più volte da *Avvenire*, la dottoressa Maria Capalbo, direttore generale dell'azienda ospedaliera Marche Nord non ha accettato di rispondere ad alcuna domanda, ritenendole non di sua competenza. Nadia Storti, direttore generale di Asur Marche, ha chiarito che «ogni direzione ha competenza sulla propria azienda ospedaliera».

A tutt'oggi emergono poi altri casi di contagi e quarantene tra i dializzati dell'ospedale di Pesaro e di altri centri del nord. «Era necessario prevedere un piano di emergenza in tutte le realtà territoriali - conclude il presidente Vanacore -. Per questo abbiamo scritto anche al ministro della Salute e a tutte le Regioni comprese le Marche, ma non abbiamo mai ricevuto una risposta. Trovo vergognoso lo scaricabarile e il palleggiamento di responsabilità».

Nel frattempo anche nelle Marche, come in Lombardia, la magistratura ha avviato indagini per far luce sulle numerose morti avvenute nelle strutture per anziani. Tre le Procure in azione: Ancona, Macerata e Pesaro. Più di sessanta i decessi tra i novemila anziani marchigiani delle Rsa, residenze protette e case di riposo per autosufficienti. Qui continua a salire il numero dei positivi al contagio anche tra il personale addetto. C'è poi da aggiungere che la maggior parte delle strutture riferisce di essere ancora in attesa dei tamponi per i propri ospiti. E nei giorni scorsi han-

Studio Comunicazione DIESSECOM

no fatto scalpare le parole del governatore delle Marche Luca Ceriscioli. «Alcuni focolai nelle case di riposo sono stati segnalati in forte ritardo e ciò ha consentito la propagazione del virus e quando abbiamo cercato di intervenire era ormai troppo tardi. Difficile fermare l'*escalation* quando, già nella prima fase dell'emergenza, alcune strutture hanno addirittura organizzato feste di carnevale. Ci sono stati errori di valutazione».

Quei malati dimenticati in corsia e nelle case

10%

Le persone in dialisi nel nostro Paese che vengono assistite a domicilio: si tratta di 4mila malati su 40mila complessivi

9mila

Gli anziani della Regione Marche ospitati nelle residenze per anziani: più di 60 i decessi registrati

12.828

Il numero delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie presenti sul territorio nazionale che ospitano anziani

300mila

Gli anziani assistiti presso i presidi residenziali in Italia, secondo le cifre della Società italiana di Geriatria ospedale e territorio (Sigot)

143

Le morti sospette registrate al momento nella struttura milanese del Pio Albergo Trivulzio

1.822

I decessi da coronavirus nelle case di riposo della Lombardia, secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità

IL SECOLO XIX

**IL SECOLO XIX
GENOVA**

Dir. Resp.: Luca Ubaldeschi

17-APR-2020

da pag. 21

foglio 1 / 2

www.datastampa.it

Tiratura: 0 - Diffusione: 28927 - Lettori: 196000: da enti certificatori o autocertificati

Superficie: 41 %



Hanno sconfitto il virus, ma con le Rsa in difficoltà i posti letto scarseggiano
Un sindacato degli anestesisti: «Un polo per le malattie infettive a Erzelli»

Anziani non autonomi «Mancano strutture per il dopo-dimissioni»

Studio Comunicazione **DIESSECOM**

IL CASO

Licia Casali

Euna sorta di limbo, quello in cui si trovano gli anziani che hanno sconfitto il coronavirus in ospedale. Stanno bene, quindi potrebbero essere dimessi, ma spesso risultano ancora positivi e non autosufficienti, così non possono essere accolti nelle strutture residenziali.

MISSIONI PROTETTE

«Chi può torna a casa, ma sono una minoranza – spiega Giuliano Lo Pinto, direttore sanitario del Galliera – Gli altri una volta venivano dirottati nelle residenze sanitarie, che però oggi vivono un momento di difficoltà: alcune hanno casi sospetti e non possiamo inviare l'anziano dove c'è un focolaio, quelle rimaste indenni dai contagi richiedono il doppio tampone negativo che spesso non c'è ancora».

Alisa mette a disposizione dei pazienti non autosufficienti la sala "Sereni Orizzonti" a Sestri, mentre la nave ospedale accoglie solo persone autosufficienti. Per venire incontro alle crescenti esigenze sono stati modificati i criteri di accesso agli appartamenti di viale Cembrano che prima ospitavano solo pazienti autonomi. «È un problema crescente - aggiunge il professor Alberto Pilotto, direttore di Geriatria del Galliera - Molti anziani prima venivano assistiti a casa ma oggi, col rischio di nuovi contagi, si ha timore di ricorrere alle badanti». Allo studio la creazione di un'area riservata proprio agli anziani che non trovano una collocazione adeguata, magari con la riattivazione del reparto a conduzione infermieristica. «Stiamo anche studiando un modo per seguire chi torna a casa - precisa Pilotto - Attivando un percorso di riabilitazione a distanza sul tablet». «Stiamo valutando diverse soluzioni con Alisa - precisa il direttore sanitario - Decideremo insieme».

GALLIERA CAPOFILA

Il Galliera del resto è l'ospedale che più risente di questo problema: al San Martino, dove i posti letto sono più numerosi, la possibilità di ricoveri prolungati è maggiore. E anche al Villa Scassi quella della dimissione di anziani non autosufficienti non appare una problematica emergente. Gli anziani sono la categoria più a rischio per il Covid: nei primi giorni di aprile il 96,4 per cento dei morti a Genova avevano più di 65 anni. Normalmente la percentuale si aggira intorno al 91, facile imputare la differenza al coronavirus. Ma a preoccupare non è solo la mortalità, ma anche gli strascichi della malattia. Un problema particolarmente sentito in Liguria dove la percentuale di anziani è tra le più alte al mondo: non a caso parte proprio dal Galliera uno studio europeo che analizza la correlazione tra Covid e fragilità. «Vogliamo analizzare i ricoveri - precisa Pilotto che è anche presidente del Sigot, società italiana di Geriatria - con un indice che com-

prende diversi aspetti e vedere se è più accurato nel predire chi riuscirà a superare l'infezione. Per l'anziano è molto più difficile tornare alle condizioni precedenti la malattia».

LA RICHIESTA SUGLI ERZELLI

Un ospedale agli Erzelli interamente dedicato alle Malattie Infettive: è la proposta del sindacato dei medici di Anestesia e Rianimazione. «Perché non usare i soldi che arriveranno anche dall'Europa per creare un ospedale all'avanguardia? – si chiede Stefano Fazzari del coordinamento ligure Aaroi Emac – In questo modo gli ospedali potrebbero tornare alla loro attività ordinaria, ma Genova sarebbe preparata all'eventualità di un nuovo picco o all'arrivo di un altro virus. Vicino c'è l'Iit, si potrebbe ipotizzare una collaborazione».

LA SITUAZIONE NEGLI OSPEDALI

Continua lentamente a migliorare la situazione negli ospedali genovesi, dove ieri si sono registrati 10 decessi: 5 al Galliera, 33 al San Martino e 2 allo Scassi. Al San Martino è stato attivato un reparto per il trattamento di pazienti onco-ematologici positivi al Covid e provenienti da tutta la Liguria. Nei 20 posti letto saranno ricoverati pazienti asintomatici che necessitano di un trattamento di chemioterapia "salvavita". —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Covid e fragilità:
via a uno studio
europeo con capofila
l'ospedale Galliera**



La nave ospedale non può accogliere i non autosufficienti


FOTO BALOSTRO E FORNETTI

A sinistra un paziente in arrivo all'ospedale Galliera, a destra un operatore esce dalla tenda del pre-triage al San Martino

Ecco perché tanti nuovi casi «È boom di infezioni in famiglia»

Impossibile l'isolamento dei malati a casa, così i positivi con sintomi lievi contagiano quelli con cui vivono. E i virologi insistono: «La soluzione è spostarsi in albergo per la quarantena, più sicuro ed efficace»

QUESTIONE DI SICUREZZA

I prefetti autorizzati da un decreto legge: possono trasformare le strutture ricettive in sanitarie

di **Alessandro Farruggia**
ROMA

Perché i casi scendono molto, troppo lentamente? Uno dei motivi è la scelta di utilizzare l'isolamento domiciliare per i malati asintomatici o con pochi sintomi. Il rischio è che molti di loro infettino i familiari. Cosa purtroppo accaduta spesso. Tra i primi a sollevare il problema è stato il professor Massimo Galli dell'ospedale Sacco di Milano, past president della Simit. «La catena dei contagi - ha denunciato - si estende ancora all'interno delle famiglie. Tra le mura domestiche si sta creando il problema di ulteriori infezioni perché in tanti positivi non hanno tenuto a distanza i familiari». «I focolai che resistono - ha detto il commissario per l'emergenza in Emilia-Romagna, Sergio Venturi - sono Rsa e i contagi familiari. In casa si può stare in quarantena solo se è possibile stare in isolamento, altrimenti è preferibile l'albergo o strutture simili: meglio due settimane in albergo che passare il contagio ai propri cari». Già.

«L'idea del Covid hotel - osserva il presidente della Simg, Società italiana medicina generale, Claudio Cricelli - è un'ecce-

lente idea per chi non ha un ambiente domestico in grado di ospitare un positivo al Covid-19, che è cosa certo fattibile, ma complessa. Basta un piccolo errore per contagiare i parenti. Diciamolo chiaramente: per quanti sforzi si facciano, tenere un positivo a casa comporta sempre un pericolo. Meglio un albergo, che diventa una struttura sanitaria e garantisce l'isolamento».

«Il non perfetto funzionamento dell'isolamento domiciliare - spiega Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe - è un problema. I casi in isolamento domiciliare non dovrebbero avere alcun contatto con le persone conviventi. Ma al di là della buona volontà, questo è possibile solo quando poche persone vivono in un alloggio molto grande. Purtroppo la scelta dell'isolamento in alberghi requisiti dalle Regioni è stata più l'eccezione che la regola».

Lo stesso Istituto superiore di sanità, pur suggerendo l'isolamento a casa, ritiene l'isolamento degli asintomatici in albergo la soluzione ideale. «È possibile organizzare una quarantena domiciliare in ragionevole sicurezza - osserva il dottor Paolo D'Ancona del reparto di epidemiologia delle malattie infettive dell'Iss - se si interviene sin dal momento del sospetto, e non della riscontrata positività, con misure di distanziamento e di prevenzione, seguendo le indicazioni dell'Iss». «Questo premesso - aggiunge D'Ancona -

in una situazione ideale il soggetto positivo potrebbe essere isolato in una struttura ad hoc, ad esempio in un albergo, una soluzione che dà il grande vantaggio di evitare l'esposizione dei familiari. In questo senso c'è un decreto legge che permette ai prefetti di requisire alberghi per trasformarli in alberghi sanitari laddove l'isolamento non possa essere attuato in sicurezza presso il domicilio della persona interessata». «Gli alberghi - osserva il professor Filippo Fimognari, presidente della società di Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio - sono la soluzione ideale perché garantiscono la totale sicurezza dei familiari, la quarantena domiciliare va bene solo in condizioni ottimali: quando si può garantire adeguato spazio esclusivo al malato».

Ma non tutti sono d'accordo. «L'albergo - osserva il professor Giovanni Maga, infettivologo del Cnr - sarebbe una soluzione ottimale, ma va gestita con grande attenzione, per evitare che a sua volta diventi un hot spot. Non è facile farlo ed è forse per questo che si è scelta la soluzione più immediata dell'isolamento domiciliare che, a patto che le prescrizioni siano rispettate, è forse la migliore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA A CURA DI DIESSECOM

COVID-19 > L'OMS HA DEFINITO LA SANIFICAZIONE CON L'OZONO COME UNO DEGLI STRUMENTI PIÙ EFFICACI A DISPOSIZIONE CONTRO IL VIRUS PER ELIMINARE GLI AGENTI PATOGENI CHE FAVORISCONO LE INFEZIONI. UNO STRUMENTO DI TUTELA DELLA SALUTE SIA PER I PAZIENTI SIA PER I MEDICI DI FAMIGLIA. "MOLTIPLICARE I PRESIDII SANITARI PERMETTE DI EVITARE UN SOVRACCARICO ANCHE DEGLI OSPEDALI" SOTTOLINEA IL GERIATRA FILIPPO FIMOGNARI, AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA

SIMG - Partito anche a Rende il progetto "Safe Zone" per sanificare gli studi medici. Una sicurezza in più per specialisti e pazienti

Approda anche in Calabria, in provincia di Cosenza, il Progetto "Safe Zone", che prevede la sanificazione anche in questa regione di 12 tra gli oltre 150 ambulatori totali in 100 giorni, nato su iniziativa della SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie e interamente realizzato grazie al supporto di GlaxoSmithKline SpA. Safe Zone. L'emergenza Covid-19 non è affatto terminata ed è necessario prendere adeguate misure che evitino una ripresa dei contagi e consentano un graduale ritorno alla normalità. "Tra gli aspetti critici che interessano i Medici di Medicina Generale emerge non solo la necessità di dispositivi di protezione individuale, quali mascherine, tute, guanti, ma anche un intervento che renda frequentabili gli stessi studi - sottolinea il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Senza un'adeguata sanificazione degli ambienti, non è possibile esercitare la nostra funzione e siamo costretti a limitare l'accesso solo ai casi più gravi, senza peraltro che vengano azzerati i rischi di contagio in un contesto così delicato. Non si tratta infatti solo di un problema di pulizia e di igiene, ma è un punto fonamen-

tale per la sicurezza degli operatori sanitari, dei loro collaboratori e dei pazienti stessi". Il progetto "Safe Zone" permetterà di fornire a tutti gli studi medici coinvolti tre strumenti fondamentali: due processi di sanificazione che riguarderanno sia i locali dell'ambulatorio che la sala di attesa tramite generatori di ozono per la sanificazione professionale certificati EuOTA (European Ozone Trade Association); un kit informativo sulle norme igieniche e di sicurezza da utilizzare per evitare la diffusione di virus e sulla prevenzione di infezioni. Infine, l'erogazione di un corso di formazione a distanza per tutte le Professioni Sanitarie su pazienti con patologie respiratorie croniche e sintomi da COVID-19. Le aree interessate sino a giugno saranno la Lombardia (province di Bergamo e Lodi), l'Emilia-Romagna (Piacenza e Parma), il Veneto (Padova, Venezia, Verona), il Piemonte (Asti), la Liguria (Savona), l'area di Roma, la Puglia (Foggia), e la Calabria (Rende). Ma è solo l'inizio del progetto, che avrà poi entro la primavera una seconda fase con interessate numerose altre province. La sanificazione mediante l'ozono elimina gli agenti patogeni causa di

malattie e infezioni (virus e batteri, poi acari, muffe, protozoi e ogni altra particella potenzialmente nociva) e rigenera l'aria dell'ambulatorio medico. Secondo l'OMS l'ozono è il gas disinfettante più efficace contro tutti i tipi di microrganismi. "L'ozono è la sostanza che più di ogni altra può garantire una sanificazione completa e ridurre i rischi di un contagio - sottolinea il Dott. Marco Borderi, Dirigente Medico dell'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi. - Gli studi pubblicati in queste settimane attestano che il virus può resistere sulle superfici per diverse ore, durante le quali può continuare ad essere contagioso. Gli effetti della sanificazione con ozono durano circa 20 giorni, un lasso di tempo utile a fornire buone garanzie di protezione". "Questa iniziativa è molto importante, poiché garantisce maggiore sicurezza sia ai pazienti che ai medici, che hanno pagato un elevato contributo alla lotta contro il Covid-19 - evidenzia il Dott. Filippo Fimognari, Direttore della UOC di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza. - Moltiplicare i presidi sanitari permette di evitare un

sovraccarico anche degli ospedali e in particolare delle terapie intensive come si è verificato nelle settimane più difficili. L'assenza di questi strumenti di tutela ha portato all'elevato numero di decessi e al propagarsi dei contagi, colpendo soprattutto la popolazione più anziana". "Una grande azienda come la nostra - spiega Cristiano Costanzo, VP Primary Care di GSK - ha vari compiti oltre a studiare e mettere a disposizione della classe medica e dei pazienti farmaci sempre più innovativi. Sostenere e dare il proprio contributo per il benessere della comunità è una delle priorità di GSK, che si declina in diverse progettualità, a prescindere dalle emergenze come l'attuale. Da sempre abbiamo quest'attenzione e ci è quindi sembrato doveroso rispondere alla proposta di SIMG. E' importante avere un ambulatorio medico sanificato, dove afferiscono persone fragili, che avrebbero bisogno di essere salvaguardate sempre e comunque. I medici di famiglia sono i nostri compagni di viaggio, gli amici che frequentiamo nel quotidiano, grazie ai quali curiamo le persone. Con questo progetto facciamo la nostra parte di prenderci cura di migliaia di individui".



CRISTIANO COSTANZO, VP PRIMARY CARE DI GSK

Studio Comunicazione DIESSECOM



IN ALTO CLAUDIO CRICELLI, PRESIDENTE SIGOT. SOTTO FILIPPO FIMOGNARI, DIRETTORE UOC DI GERIATRIA AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

Lo studio

Anaste-Sigot

Nelle Rsa 2.711 ospiti ancora malati di coronavirus

Strutture in difficoltàAumentano i posti liberi
che rendono gravosa
la gestione: rette ferme
e costi lievitati

Una tragedia infinita. Nelle Rsa del Piemonte, ci sono ancora 2.711 ospiti con covid19, «numero arrotondato per difetto». Lo precisa Michele Assandri, il presidente dell'Anaste Piemonte, l'associazione che riunisce alcune delle residenze per anziani della regione. Nei giorni scorsi, l'ente ha condotto uno studio con la Sigot, la Società italiana di geriatria, a cui hanno risposto strutture per un totale di 12 mila posti letto di cui circa 10 mila occupati. E qui, al 15 maggio, si segnalavano 1.027 positivi. Un anziano su dieci, insomma, è malato. E a Torino e provincia la quota è ancora più alta: il 14 per cento degli ospiti si è infettato, tradotto 367 su 2.517. Ma Anaste e Sigot hanno fatto una proiezione del dato sul totale dei 24.650 posti letto occupati oggi nelle nostre Rsa. Da cui è emerso il dato stimato dei 2.711 contagi ancora in atto. «Tutto mentre solo questa settimana dovrebbe concludersi il primo ciclo di tamponi nelle strutture — ricorda Assandri — e io spero che ce ne sia anche un secondo, a tutela di tutti». Non solo i pazienti. Sono numerosi, infatti, i

fascicoli aperti nelle Procure piemontesi sui fatti avvenuti nelle Rsa. Dove, intanto, c'è una media del 15 per cento di posti letto liberi. Che comporta anche una difficoltà economica. «L'elevato numero dei posti non occupati non permette di garantire l'equilibrio tra ricavi e costi di gestione, che solitamente si raggiunge con un livello di occupazione del 95 per cento. E si deve considerare che, in questo periodo, i costi sono cresciuti del 15 per cento per l'aumento delle misure di prevenzione e la gestione del contagio. E ancora, dal 2013 gli importi delle rette sono stati bloccati, negando l'adeguamento all'inflazione mentre il costo del lavoro lievitava del 14 per cento». Lo evidenzia sempre lo studio. Per dare una mano alle strutture, l'assessore Icardi, ha chiesto al ministro Speranza, di poter retribuire non tanto la loro «rendicontazione delle attività» bensì la «rendicontazione dei costi». Richiesta che le strutture rilanciano ai parlamentari piemontesi.

L. Cas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Studio Comunicazione DIESSECOM

L'INTERVISTA

Parla il dr. Lorenzo Palleschi, responsabile della UOC di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata

Così prendiamo in carico gli anziani "fragili"

Obiettivo principale del reparto è quello di risolvere l'acuzie e di evitare il declino funzionale dei pazienti. Disturbi cognitivi e demenze tra le patologie più frequentemente trattate. La strategia: limitare al massimo la durata del ricovero ospedaliero

 di **Elena Padovan**

Il dott. Lorenzo Palleschi, dopo una prima esperienza lavorativa al Policlinico Caecgi di Firenze, dal 1999 presta servizio presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata. Per quasi 10 anni ha lavorato nella Medicina d'Urgenza del Dipartimento di Emergenza Accettazione dell'Ospedale San Giovanni e dal 2010 è responsabile della UOC di Geriatria.

Questa Unità Operativa si occupa della presa in carico, della diagnosi, della cura e dell'assistenza dei pazienti anziani "fragili" che accedono in ospedale per una patologia acuta o cronica in fase di riacutizzazione. L'obiettivo principale della UOC è quello di risolvere l'acuzie e di evitare il declino funzionale.

«Il nostro modello bio-psico-sociale di lavoro - spiega il dr. Palleschi - mette al centro la persona anziana e si basa sulla valutazione globale del suo stato di salute che comprende le componenti fisiche, funzionali e gli aspetti cognitivo-comportamentali, affettivi e sociali». Per arrivare a delineare un quadro preciso del paziente serve una valutazione multidimensionale e la collaborazione multiprofessionale dell'intero team di Geriatria. «In questo processo - continua il dr. Palleschi - sono coinvolte molte figure, quali il medico, il case manager, l'infermiere, l'operatore sociosanitario, l'assistente sociale, il neuropsicologo, i consu-

lenti di altre specialità, e i terapisti della riabilitazione». Inoltre, viene coinvolta la famiglia o chi si occupa da vicino della persona anziana per aiutare il paziente a mantenere o recuperare, per quanto possibile, la propria autonomia personale.

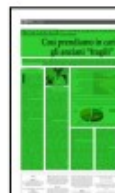
La UOC di Geriatria è composta da due diverse realtà. «Innanzitutto - dice Palleschi - abbiamo un reparto di degenza ordinaria con 20 posti letto per malati acuti che necessitano di cure intensive e contiamo più di 800 ricoveri l'anno. Questo reparto è dedicato a pazienti di età molto avanzata e affetti da pluripatologia. È presente anche un day hospital con 2 posti letto e un ambulatorio geriatrico dedicato a pazienti stabilizzati che necessitano di cure di media-bassa intensità».

Essendo la UOC di Geriatria del San Giovanni uno dei centri esperti accreditati dalla Regione Lazio, i disturbi cognitivi e le demenze rappresentano una delle patologie più frequentemente trattate. Tra le attività del day hospital vi è anche la Scuola del Passo che, in collaborazione con la UOC di Fisiatria, è dedicata a tutti gli anziani che hanno avuto episodi di caduta a terra o che sono stati valutati a rischio di caduta. «L'attività - spiega - si compone di un ciclo di sedute bisettimanali di riattivazione motoria di gruppo di 6-8 persone con l'ausilio di un fisioterapista e ha come obiettivo il miglioramento della performance motoria, attraverso l'incremento della forza, della coordinazione e dell'equilibrio».

L'ambulatorio si occupa anche delle visite di controllo post-dimissione, delle valutazioni multidimensionali geriatriche per l'accertamento della non autosufficienza e dello sportello argento. Quest'ultimo è un'attività di ascolto, di orientamento e di sostegno rivolta ai parenti e di care giver di anziani fragili.

Lo staff di Geriatria ha organizzato il lavoro per cercare di limitare al massimo la durata del ricovero ospedaliero. «Da anni abbiamo ottenuto una degenza media molto contenuta e nel 2019 è stata di 8,67 giorni». Questa mission nasce dalla consapevolezza che l'ospedale spesso risulta pericoloso per le persone in età avanzata e lo è ancor di più per coloro che presentavano già prima del ricovero problemi di autonomia personale nella gestione della vita quotidiana. Il primario aggiunge: «nei casi in cui siano necessari un prolungamento assistenziale e di controlli clinici in ambito ospedaliero, ottenuta la stabilizzazione clinica, il paziente viene preso in carico presso il day hospital o l'ambulatorio. Qui vengono garantiti, in regime diurno, dei percorsi diagnostico-terapeutici multipli e complessi».

La popolazione geriatrica è stata



quella più colpita dal Covid-19 in termini di morbilità e di mortalità. «Oltre a quelli che conosciamo, - prosegue - purtroppo vi sono anche effetti indiretti della pandemia che non sono ancora ben quantificabili. Si tratta di conseguenze dovute al distanziamento, all'isolamento sociale, e alla riduzione dell'attività motoria. Queste problematiche - continua - dovranno essere affrontate senza indugi e con decisioni qualificate per il bene dei soggetti anziani». La Fase 2 è vissuta mantenendo alta l'attenzione verso la popolazione geriatrica, che rimane quella più esposta al Covid-19. Anche in questa fase i comporta-

menti individuali continueranno ad avere un ruolo fondamentale nell'andamento della curva epidemiologica. Doveroso pertanto continuare a rispettare il distanziamento sociale, l'utilizzo dei DPI e privilegiare il ricorso alle cure domiciliari o "a distanza". Da tempo l'UOC di Geriatria collabora con l'UO di Telemedicina aziendale per l'attività di telemonitoraggio di alcune patologie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, l'ipertensione e il diabete. Dall'inizio della

pandemia questa collaborazione è stata intensificata ed è stata intrapresa un'attività di teleconsulto multidisciplinare per i pazienti in assistenza domiciliare con la ASL Roma2. «Stiamo inoltre iniziando - prosegue il dr - un'attività ambulatoriale "online" attraverso dei questionari pre-compilati e l'invio di analisi cliniche. Ciò permetterà di individuare quali pazienti effettivamente necessitano di un controllo in ospedale e quali invece possano essere assistiti "a distanza". Infine - conclude il dr. Palleschi - abbiamo pensato di spostare temporaneamente l'attività dello sportello argento su una linea telefonica dedicata per continuare ad assistere e a sostenere anche i familiari dei pazienti».


Dr. Lorenzo Palleschi

**ARTICOLO A FIRMA DEL PROF. ALBERTO PILOTTO, DELLA DOTT.SSA
CAMILLA PRETE, DEL DOTT. NICOLA VERONESE SUL NUMERO DI
MAGGIO-GIUGNO DELLA RIVISTA RESIDENZE SANITARIE**

COVID-19, la prevenzione in RSA

**SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio – ci offre in questo
approfondimento un’analisi puntuale dell’impatto della pandemia da COVID-19 sulla
popolazione anziana e fragile in RSA, evidenziando le difficoltà della gestione dell’infezione
e fornendo preziose indicazioni per il loro superamento**

Studio Comunicazione DIESSECOM

**Nicola Veronese**

Azienda ULSS 3 Serenissima,
Dipartimento di Cure Primarie,
Distretto 3, Venezia

Camilla Prete

Dipartimento di Cure Geriatriche,
Ortogeriatrica e Riabilitazione E.O.
Ospedali Galliera, Genova

Alberto Pilotto

Dipartimento di Cure Geriatriche,
Ortogeriatrica e Riabilitazione E.O.
Ospedali Galliera, Genova
e Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina, Università degli Studi
"Aldo Moro", Bari

1. Introduzione

Nel marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la malattia da coronavirus del 2019 (COVID-19) una "pandemia".

Al 10 maggio 2020, nel mondo sono stati identificati oltre 3.884.000 casi in 130 paesi con oltre 272.000 morti. In Europa i casi riportati sono 1.684.177 di cui 154.275 deceduti; in Italia i casi diagnosticati sono 218.268 di cui 30.395 sono deceduti [1].

I dati epidemiologici disponibili hanno evidenziato che la severità della malattia è maggiore nei soggetti anziani. In Italia l'età media dei soggetti deceduti è intorno agli 82 anni, mentre l'età media dei soggetti che risultano colpiti da COVID-19 è di circa 61 anni [2]. Ciò dimostra che la COVID-19 può essere considerata una malattia di interesse geriatrico [3]. Recentemente, particolare rilievo è stato dato alla presenza di COVID-19 nelle residenze sanitarie anziani (RSA) [4]. Sebbene con profonde differenze, le RSA italiane ospitano ge-

neralmente persone particolarmente fragili o caratterizzate da importanti disabilità e/o con problemi sociali rilevanti e/o impossibilità a vivere da soli nella propria abitazione.

Recentemente, alcuni dati preliminari dell'OMS [5], hanno riportato che nel mondo circa il 50% dei decessi nella popolazione anziana sembra avvenire nelle RSA. Ciò ha portato a una certa preoccupazione suggerendo l'opportunità di approfondire eventuali limiti gestionali o sanitari che la pandemia potrebbe avere accentuato.

2. Prevenzione dell'infezione del COVID-19 presso le RSA

Le misure preventive per il COVID-19 presso le RSA sono rivolte sia agli operatori sia agli ospiti e riguardano gli interventi per limitare l'entrata e la diffusione di tale malattia in struttura.

2.1 Norme igienico-sanitarie e formazione

I recenti documenti dell'OMS [5] e dell'Istitu-

to Superiore della Sanità (ISS) [6] in tema di prevenzione suggeriscono le seguenti misure generali:

1. formare il personale sanitario e di assistenza con corsi di formazione sulla prevenzione dell'infezione preferibilmente online (ad esempio webinar) ma anche mediante la diffusione di materiale informativo agli operatori e agli ospiti;
2. informare gli ospiti residenti sulle prassi igienico-sanitarie come lavarsi spesso le mani (con acqua e sapone o con soluzione idro-alcolica) e il mantenimento del distanziamento sociale;
3. incoraggiare gli operatori sanitari a lavarsi frequentemente le mani e a mantenere le distanze sociali, per quanto possibile, anche durante i momenti di socialità (i pranzi) e di assistenza diretta;
4. vietare l'ingresso dei familiari e/o visitatori e in ogni caso limitare le visite solo per casi selezionati (come i casi di terminalità), assicurando che i visitatori indossino i dispositivi di protezione individuale (DPI).

Molto si è discusso riguardo i DPI per gli operatori sanitari nelle RSA. Inizialmente, l'ISS aveva proposto che i DPI fossero indossati solo dagli ospiti e non dagli operatori [6]. In assenza di letteratura scientifica specifica sull'argomento, in molte strutture tuttavia è prevalso il principio di prudenza sia per gli ospiti sia per gli operatori. Tale scelta, pur essendo stata criticata in quanto non in linea con le raccomandazioni istituzionali, nel corso delle settimane si è dimostrata appropriata evidenziando come l'impiego dei DPI da parte di tutti gli operatori sanitari era ampiamente giustificato dall'esperienza clinica ed epidemiologica all'interno delle RSA. Infatti un recente lavoro condotto in RSA americane [4] ha riportato che l'infezione da SARS-CoV-2 è particolarmente subdola, soprattutto agli stadi iniziali, in quanto molte forme risultano asintomatiche sia tra gli ospiti che tra gli operatori. Ciò comporta la necessità di identificare il più precocemente possibile l'infezione, al fine di mettere in atto tutte le procedure igienico-comportamentali necessarie a contenere la diffusione dell'inf-

zione. Per questo procedure di screening sono state avviate in molte Regioni italiane, anche se con una certa disparità tra le diverse Regioni per tempistiche e metodi.

2.2 Procedure di screening in RSA

Gli screening presso le RSA attualmente, vengono effettuati attraverso due sistemi: il tampone naso-faringeo e i test sierologici. Il tampone naso-faringeo individua la presenza dell'acido nucleico RNA del SARS-CoV-2 all'interno di naso e/o faringe, ma non se tale infezione è diffusa ad altre parti del corpo (ad esempio i polmoni). Il test del tampone naso-faringeo presenta una specificità pari quasi al 100% e non è un esame particolarmente invasivo. Lo screening attraverso i tamponi, identificando i soggetti portatori di SARS-CoV-2, permette di strutturare aree di isolamento degli ospiti colpiti dall'infezione e quindi aumentare la sicurezza sia degli ospiti che dei lavoratori all'interno della RSA. Va segnalato, tuttavia, che il test del tampone naso-faringeo può presentare dei falsi negativi; in questo caso, il paziente, pur avendo l'infezione da SARS-CoV-2, non viene identificato dal test. Ciò sembra principalmente collegato alla scarsa tecnica usata per eseguire il tampone stesso [7]. Altro limite del test può essere il tempo di refertazione che in alcuni casi si è dimostrato decisamente prolungato per cause legate al grande numero di test eseguiti e/o alla non disponibilità immediata di reagenti. Inoltre, il costo relativamente elevato (circa 80-90 euro per test, escludendo il lavoro degli operatori che eseguono l'esame) può essere considerato un aspetto negativo ai fini della sua ampia diffusione. Infine, basandoci sulla nostra esperienza personale, anche se il tampone naso-faringeo è relativamente semplice e veloce ad eseguirsi,

Lo screening attraverso i tamponi, identificando i soggetti portatori di SARS-CoV-2, permette di strutturare aree di isolamento degli ospiti colpiti dall'infezione e quindi aumentare la sicurezza



richiede una certa collaborazione da parte del soggetto e pertanto può talvolta risultare difficoltoso da eseguirsi in persone affette da demenza con disturbi del comportamento richiedendo attenzione e notevoli capacità da parte di diversi operatori sanitari.

I test sierologici identificano la presenza di anticorpi (immunoglobuline-Ig) che si formano in risposta alla presenza del virus nell'organismo. I più comuni tests forniscono la positività alle IgM (fase precoce) e alle IgG (fase tardiva). Aspetti positivi di questa metodica sono la rapidità di risposta e la facilità di esecuzione (è sufficiente un prelievo di sangue). Tra i fattori negativi, va segnalato che a tutt'oggi non sono noti i valori di sensibilità e specificità del test, il fatto che spesso le Ig possono risultare positive anche dopo infezioni con altri coronavirus (ad esempio il coronavirus che causa il banale raffreddore) e che ci possono essere dei periodi di tempo (solitamente nei primi cinque giorni dell'infezione e il momento del passaggio da IgM and IgG) in cui il test sierologico è negativo, nonostante l'infezione sia presente. Infine, la risposta immunitaria nell'anziano, solitamente ridotta, può creare non raramente difficoltà di interpretazione del test sierologico. Nella nostra esperienza, un problema relativamente frequente che stiamo osservando è che alcune persone pur riportando positività al test sierologico, anche delle IgM, risultano negative al tampone naso-faringeo; viceversa, anche il riscontro di positività al tampone naso-faringeo associato a negatività delle IgG o IgM non sembra essere così raro. In tali casi, risulta veramente difficile la gestione del paziente sia in termini clinici (ad esempio, vanno richiesti ulteriori accertamenti o si inizia una terapia anche nel caso di un paziente asintomatico?) che di gestione all'interno della struttura (ad esempio come imporre l'isolamento del paziente e per quanto tempo). È chiaro che ulteriori studi sono necessari per capire meglio il significato clinico di questi test al fine di sfruttare al meglio le informazioni da un punto di vista operativo; ciò appare particolarmente importante nell'anziano ospite in RSA [8].

3. Gestione del coronavirus in RSA



3.1 Isolamento/quarantena in RSA

Innanzitutto le RSA, in particolare quelle costruite in anni precedenti, possono presentare limitazioni di natura strutturale per garantire l'isolamento degli ospiti. Le camere possono essere attrezzate per due, talvolta tre ospiti, e le stanze singole sono spesso limitate in termini di disponibilità. Inoltre, le RSA hanno spazi in comune dove prima di questa pandemia gli ospiti condividevano i momenti sociali, come le attività educative e ludiche, il pranzo e la cena, gli interventi terapeutici di gruppo (musicoterapia, danzoterapia, terapia occupazionale, attività fisica, ecc.). Ciò contrasta con le disposizioni igienico-sanitarie necessarie per l'isolamento nella evenienza di casi di positività al COVID-19 di uno o più ospiti. Inoltre, le RSA ospitano soggetti anziani affetti da deficit cognitivi con disturbi del comportamento, caratterizzati anche da forme di cammino itinerante ("wandering") per i quali limitare l'accesso agli spazi della struttura può risultare complicato e non accettato da parte dell'ospite per scarsa comprensione. Dall'altro canto, la paura che un ospite possa essere vettore dell'infezione è veramente concreta. In base alla nostra esperienza, facili soluzioni non ci sono. Possiamo solo suggerire, se possibile, di lasciare camminare l'ospite in spazi vuoti sorvegliato a distanza dagli operatori sanitari; aggiustare la terapia farmacologica per migliorare i distur-



bi del comportamento spesso presenti come l'aggressività. Si potrebbe anche tentare di fare indossare i DPI all'ospite, ma anche tale opzione non sempre è percorribile in quanto richiede comprensione e collaborazione che non tutti gli ospiti possono offrire. Un altro aspetto importante è la disponibilità di DPI appropriati per gli operatori (sanitari e non) che si avvicinano all'ospite in RSA. Le disposizioni dell'ISS, infatti, non sempre sono attuabili nel contesto delle RSA, in cui i pazienti spesso producono involontariamente aerosol (ad esempio con la tosse, starnuti o sputi), motivo per cui dispositivi di alta efficacia (mascherine appropriate, copri-camici, copri-calzari e copricapi) sembrano decisamente appropriati, soprattutto per chi svolge attività assistenziali che richiedono stretto contatto con l'ospite quali la pulizia personale o il cambio degli effetti lettercci per le persone allettate.

3.2 Gestione clinica del paziente COVID-19 in RSA

Altro argomento sensibile riguarda la gestione clinica e terapeutica dei pazienti affetti da COVID-19 in RSA. Innanzitutto, il decorso della malattia è subdola con aggravamenti respiratori repentini e quindi vi è la necessità di interventi urgenti che sono difficili da attuare in RSA. Inoltre, è stato dimostrato che la prognosi della malattia COVID-19 migliora con

l'ossigeno-terapia fornita ad alti flussi attraverso aerosol e/o mascherine; naturalmente tali metodiche comportano la diffusione nell'ambiente di notevoli quantità di aerosol potenzialmente infettanti la cui gestione non sempre è agevole in RSA [9].

Il rapporto con l'ospedale è un altro tema importante. A causa dell'elevato grado di complessità e fragilità, la multi-morbilità e una presunta scarsa probabilità di sopravvivenza gli ospiti provenienti da una RSA vengono talvolta considerati come inviati impropri all'ospedale. In realtà, la corretta valutazione prognostica degli ospiti presso le RSA è essenziale per poter identificare quale anziano potrà trarre vantaggio dal ricovero ospedaliero e chi invece non potrà trarre beneficio dal ricovero in ospedale, in termini di durata e/o qualità di vita. In questo senso la prognosi può essere utile nel facilitare le decisioni cliniche da parte dei sanitari, decisioni che naturalmente vanno discusse e condivise con il paziente (laddove possibile), i caregivers, ed i suoi familiari [10]. Nell'anziano la prognosi dipende fondamentalmente dal suo grado di fragilità, condizione multidimensionale dovuta alla interazione delle diverse dimensioni (stato funzionale, stato cognitivo, stato nutrizionale, abilità motorie, le malattie concomitanti, la politerapia, ecc.) che nel singolo individuo anziano determinano la capacità di risposta nei confronti di un evento stressante, come appunto è l'infezione da COVID-19 [11]. In tale contesto, un indice prognostico, come il *Multidimensional Prognostic Index (MPI)*, può essere utile per classificare i pazienti anche in funzione dell'invio o meno presso le strutture ospedaliere. L'MPI può essere facilmente ottenuto dalle valutazioni periodiche fatte agli ospiti dai vari professionisti che operano nelle RSA in quanto viene calcolato dai diversi domini della valutazione multidimensionale (VMD) come la disabilità, l'aspetto nutrizionale, l'aspetto cognitivo, la presenza di malattie ed il numero di farmaci, il rischio di lesioni da decubito, l'aspetto sociale. Con tale indice è possibile calcolare il rischio di mortalità a breve e lungo termine del soggetto anziano che viene espresso mediante un parametro numerico facilmente interpretabile (da 0 ad 1). Numerose esperienze nel mondo hanno confermato che l'MPI è utile nell'indi-



rizzare le scelte diagnostiche e terapeutiche secondo un concetto di appropriatezza evitare sia il sottotrattamento (cioè il non prestare un intervento acuto solamente per l'età avanzata del paziente) sia l'accanimento diagnostico o terapeutico [12]. Secondo la nostra esperienza, l'MPI favorisce un miglior rapporto tra colleghi sanitari che operano in RSA ed in ospedale, ma anche tra sanitari e paziente, caregiver e familiari. In questo senso la valutazione della prognosi del paziente potrebbe evitare invii impropri in ospedale, ma anche suggerire opzioni terapeutiche alternative come le cure palliative che sono in generale sotto-utilizzate in RSA. In questo contesto, la SIGOT (Società Italiana di Geriatria in Ospedale e Territorio) ha di recente promosso uno studio prospettico sulla valutazione dell'impiego dell'MPI in pazienti anziani affetti da COVID-19 al fine di valutare il ruolo della fragilità nelle scelte diagnostiche e terapeutiche [13].

4. Conclusioni

La recente pandemia di COVID-19 ha messo in luce alcune fragilità delle RSA. Gli standard strutturali e di personale sanitario probabilmente devono essere aggiornati. Nonostante l'importanza epidemiologica e clinica del tema del COVID-19 in RSA, l'attività di ricerca in queste istituzioni è veramente ancora molto scarsa: è pertanto utile attuare strategie che incentivino lo sviluppo di competenze e professionalità nell'ambito della ricerca clinica e gestionale. Riteniamo infine che le competenze geriatriche debbano essere considerate fondamentali all'interno delle RSA sia per le conoscenze cliniche che il geriatra può fornire agli ospiti, molti dei quali fragili, sia per incentivare la metodologia e l'approccio clinico multidimensionale che, a fronte di oltre 30 anni di esperienze positive in tutto il mondo [14], trova ancora oggi una certa difficoltà a divenire un diffuso strumento clinico di riferimento per la appropriata gestione dei pazienti anziani delle RSA. ●

Bibliografia

1. www.salute.gov.it (accesso 10.05.2020).
2. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; Mar 23. doi: 10.1001/jama.2020.4683.

3. Polidori M.C., Maggi S., Mattace-Raso F., Pilotto A. The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care* 2020 Mar 31; 6:8989.
4. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New Engl J Med* 2020 Mar 27; NEJMoa2005412.
5. WHO (World Health Organization). Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance. 2020; March 21.
6. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rapporto N. 2/2020. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Aggiornato al 28 marzo 2020.
7. Marty FM, Chen K, Verrill KA. How to Obtain a Nasopharyngeal Swab Specimen. *New Engl J Med* 2020 Apr 17. Doi: 10.1056/NEJMcem2010260.
8. Lithander FE, Neumann S, Tenison E et al. COVID-19 in Older People: a rapid clinical review. *Age Ageing* 2020; May 6; afaa093. Doi: 10.1093/ageing/afaa093.
9. Namendys-Silva SA. Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *Lancet Resp Med* 2020; 8(4): e18.
10. Gill TM. The central role of prognosis in clinical decision making. *JAMA* 2012; 307:199-200.
11. Pilotto A, Custodero C, Maggi S, et al. A multidimensional approach to frailty in older people. *Ageing Res Rev* 2020; 60:101047.
12. Cruz-Jentoft AJ, Daragjati J, Fratiglioni L et al. Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: results and final recommendations from the MPL_AGE European Project. *Aging Clin Exp Res* 2020;32 (5): 861-862.
13. Custodero C, Cella A, Veronese N, et al. The Multidimensional Prognostic Index (MPI) for the prognostic stratification of hospitalized older patients with COVID-19: a prospective multicenter observational cohort study. Objectives, study design and expected outcomes (MPI_COVID-19). *Geriatric Care* 2020; 6:9038. doi: 10.4081/gc.2020.9038.
14. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18: 192:e191-192.

Virologi contro Zangrillo

«Troppa euforia sui dati È in atto un nuovo ciclo»

*La lettera delle società scientifiche frena
«il manifesto dell'ottimismo» sui contagi*

APPELLO ALLA CAUTELA

«Nessuna evidenza
su un cambiamento
nella natura del virus»

LA POLEMICA

di **Maria Sorbi**

Le società scientifiche tirano il freno a mano e cercano di ristabilire la verità sulla pandemia. Ben consapevoli che i ricercatori non possano più continuare con il botta-e-risposta su una questione così delicata. Sperano tuttavia che la loro diventi la posizione prevalente rispetto a quella sostenuta dal «manifesto dell'ottimismo» promosso dall'anestesista del San Raffaele Alberto Zangrillo e sottoscritto da Giuseppe Remuzzi, Giorgio Palù, Luciano Gattinoni e altri scienziati. Altro che ottimismo, sostengono le associazioni scientifiche capitanate da Massimo Galli, Marcello Tavio, Massimo Andreoni, Giovanni Di Perri, Claudio Maria Mastrotanni e Carlo Federico Perno. «Affermare che il rischio pandemico abbia cessato di esistere non ha nessuna

base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute» insorgono.

Il documento è firmato da Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). «È solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica» scrivono. Come a dire: non facciamoci abbindolare da false illusioni, il virus è solo sotto traccia ma c'è. Non esistono diverse tipologie del virus, sostengono gli infettivologi. Il ceppo virale, implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico, è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti in Italia. «I numeri fanno pensare a una conclusione della pande-

mia. In realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima» evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. «Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi» commenta Filippo Fimognari, presidente Sigot.

Zangrillo si indigna e ribadisce la sua posizione: «Sono previsioni senza senso che disegnano uno scenario apocalittico, molte persone sono spaventate a casa. Tutti gli indicatori stanno volgendo al bello. Per adattarsi all'ospite, il virus in qualche modo si è modificato e ha perso la sua capacità di replicarsi come qualche mese fa. I tamponi che noi stiamo osservando ci fanno vedere che la carica non è in grado di produrre la patologia».

La posizione del direttore di Anestesia al San Raffaele non trova d'accordo nemmeno il

virologo Andrea Crisanti, responsabile della Microbiologia all'università di Padova. Che, anzi, lo bacchetta in tv: «Troppa euforia, ho grandissima stima di Zangrillo ma spero che tra due mesi non debba pentirsi di aver indotto atteggiamenti poco coerenti». Massimo Clementi gli risponde con una stoccata: «Crisanti si è sempre occupato di malaria». I numeri di ottobre e novembre diranno chi ha ragione.

BOTTA E RISPOSTA

SPECIALE SALUTE IL RISCHIO EPIDEMICO NON È CESSATO. NON ESISTE ALCUNA BASE SCIENTIFICA IN MERITO. AFFERMARE IL CONTRARIO PUÒ CAUSARE DISORIENTAMENTO NELLA POPOLAZIONE E INDURRE COMPORTAMENTI ERRATI. RISPETTIAMO LE INDICAZIONI DI CONTENIMENTO COME SOTTOLINEANO CONGIUNTAMENTE I PRESIDENTI DI SIMIT, SIAARTI, SID, SIMG E SIGOT

Covid-19: un network di società scientifiche raccoglie l'appello della SIMIT contro il virus. Medici di famiglia, geriatri ospedalieri, microbiologi, intensivisti, diabetologi



MARCELLO TAVIO, PRESIDENTE SIMIT



CLAUDIO CRICELLI, PRESIDENTE SIMG



FILIPPO FIMOGNARI, PRESIDENTE SIGOT

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown sia stato Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, hanno aderito alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI. La presa di posizione segue le dichiarazioni del webinar della SIMIT del 23 giugno "Covid 19Updates", organizzato da Aristeia con il contributo non condizionato di Gilead Sciences, a cui hanno partecipato decine di specialisti. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown sia stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo

rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano che è più o meno in grado di difendersi. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso. Quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. "Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha alcuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio - Il fatto che altre società scientifiche abbiano condiviso la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

LE ADESIONI DELLA COMUNITÀ SCIENTIFICA - "La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. Non si sta verificando una

più bassa infettività del virus, ma una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale.

"La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché ha come missione la cura degli anziani fragili. Nei recenti focolai, in presenza di anziani fragili abbiamo visto che il virus colpisce ancora con potenza, determinando anche decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

"Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi diverse al grande pubblico, attraverso i media, crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT" sottolinea il Prof. Francesco Purrello, Presidente SID - Società Italiana di diabetologia.

"Fra i vari ruoli della SIAARTI, vi è quello di promuovere l'alleanza tra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni. L'esperienza vissuta potrebbe non essere ricordata come devastante e opprimente, solo se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure" conclude la Prof. ssa Flavia Petrini, Presidente SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Covid-19: un network di società scientifiche raccoglie l'appello della SIMIT contro il virus. Medici di famiglia, geriatri ospedalieri, microbiologi, intensivisti, diabetologi

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto del 10 colleghi dello scorso 29 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastriani (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown sia stato Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, hanno aderito alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI. La presa di posizione segue le dichiarazioni del webinar della SIMIT del 23 giugno "Covid 19 Updates", organizzato da Arctica con il contributo non condizionato di Gilead Sciences, a cui hanno partecipato decine di specialisti. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown sia stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quan-



MARCELLO TAVIO, PRESIDENTE SIMIT



CLAUDIO CRICELLI, PRESIDENTE SIMG



FILIPPO FINOGNARI, PRESIDENTE SIGOT

to in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuali e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno "aggressivo", ma è il singolo ospite umano che è più o meno in grado di difendersi. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia

dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso. Quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. "Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha alcuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio - il fatto che altre società scientifiche abbiano condiviso la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento

disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica, seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".
LE ADESIONI DELLA COMUNITÀ SCIENTIFICA - "La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. Non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale.
"La SIGOT aderisce all'appello degli

infettivologi SIMIT perché ha come missione la cura degli anziani fragili. Nei recenti focolai, in presenza di anziani fragili abbiamo visto che il virus colpisce ancora con potenza, determinando anche decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. Filippo Finognari, Presidente SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.
"Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi diverse al grande pubblico, attraverso i media, crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il

contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT" sottolinea il Prof. Francesco Puzello, Presidente SID - Società Italiana di Diabetologia.
"Tra i vari ruoli della SIAARTI, vi è quello di promuovere l'alleanza tra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni. L'esperienza vissuta potrebbe non essere ricordata come devotamente e opprimente, solo se lotteremo insieme guardando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure" conclude la Prof.ssa Flavia Petrucci, Presidente SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Covid-19: network di società scientifiche raccoglie l'appello SIMIT "contro il virus"

Secondo gli esperti infettivologi bisogna mantenere le misure di prevenzione

La Covid-19 esiste e resta una minaccia pericolosa visti gli ultimi focolai a livello nazionale. Molte società scientifiche si sono messe al fianco degli infettivologi della SIMIT per un appello comune a mantenere alta la guardia sui rischi e sull'importanza delle misure di sicurezza ancora più in questi mesi estivi. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. «Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il presidente SIMIT Marcello Tavio - Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale secon-

da ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva». Alla posizione della SIMIT hanno aderito altre importanti società scientifiche: i medici di medicina generale della SIMG, i geriatri della SIGOT, i diabetologi della SID e gli anestesisti e rianimatori della SIAARTI. «Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT» sottolinea il professor Francesco Purrello, Presidente SID. «La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto», evidenzia il professor Claudio Cricelli, presidente SIMG.

FABRIZIA MASELLI

MF FOCUSHealthcare & Wellness
Covid-19, appello SIMIT
«Tenere alta la guardia»di **Fabrizia Maselli**

Ferma posizione degli infettivologi della Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione dal Coronavirus. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (direttore scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (past president SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente SIMIT, Roma

La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera hanno aderito alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI. «Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT», ha sottolineato il professor Francesco Purrello, presidente della Società Italiana di Diabetologia (Sid).

Studio Comunicazione DIESSECOM



SIGOT

IL GIORNO

**IL GIORNO
MILANO**

Dir. Resp.: Sandro Neri

www.datastampa.it

Tiratura: 0 - Diffusione: 13775 - Lettori: 115000: da enti certificatori o autocertificati

11-LUG-2020

da pag. 12

foglio 1

Superficie: 6 %

L'APPELLO

I geriatri chiedono un cambio di rotta

Lettera all'assessorato
«Più investimenti
e posti letto negli ospedali»

MILANO

«**Chiediamo** con forza che si investa in posti letto di geriatria per acuti, nella gestione dell'anziano al domicilio e in tutte le strutture territoriali residenziali ai vari livelli, dalle intermedie alle Rsa». È l'appello che le sezioni lombarde delle associazioni di medici geriatri Sigot, Sigg e Age rivolgono alla Regione, chiedendo un cambio di rotta sulla cura degli anziani, flagellati dalla pandemia. «In Lombardia ci sono meno di 300 posti letto di geriatria - scrivono - e pochi geriatri negli ospedali per acuti. Manca un riconoscimento della specificità della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente diverso da prima».

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394 studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

Il bilancio

Rallenta il contagio A Brescia sette casi I geriatri: ora più letti

Se nei prossimi giorni si conferma questo trend, allora il calo dei nuovi contagi sarà più significativo: ieri, infatti, la provincia di Brescia ha fatto registrare «solo» sette tamponi positivi, l'altro ieri erano cinque, domenica sei. È vero che in Lombardia sono stati effettuati meno tamponi del solito (5.973), ma il trend sembra tale in tutta la regione: ieri sei casi a Bergamo, nove a Milano, due a Cremona, zero a Lecco e Como. Restano meno di 20 persone ricoverate

in tutte le terapie intensive della Regione, segno che la bassa carica virale, l' distanziamento sociale e la stagione calda han-

no aiutato a ridurre i contagi. Il problema dell'epidemia non è certo archiviato, bisogna ricordarlo. Soprattutto per i mesi a venire. Intanto, al momento, restano 277 cittadini bresciani ancora in isolamento obbligatorio a domicilio, segno che il virus gira ed è ancora diffuso. I guariti in provincia sono aumentati leggermente (+8), mentre in regione solo ieri sono 164 i pazienti che hanno il doppio tampone negativo. Nel bresciano non si sono registrati altri decessi, pertanto dall'inizio dell'epidemia la conta dei decessi è

ferma a 2.730 persone. Una lista infinita che «ha decimato una generazione di anziani» per dirla con le parole del professor Francesco Castelli degli Spedali Civili.

E mentre ormai da mesi gli ospedali hanno ripreso a gestire tutti i malati, i geriatri ieri hanno lanciato un'appello ai vertici della Sanità: bisogna aumentare i posti letto per gli anziani nei reparti per acuti degli ospedali e riconoscere il ruolo dei geriatri. «La carenza di posti letto in Geriatria è

emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte) - premettono gli esperti - nonostante

Tamponi

ieri in Lombardia
34 casi positivi,
i test molecolari
sono stati 5.973

l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza». A sollecitare una riflessione in tal senso sono la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg), la Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot) e l'Associazione geriatri extraospedalieri (Age).

M.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ECO DI BERGAMO

L'ECO DI BERGAMO

26-LUG-2020

da pag. 35

foglio 1

Superficie: 15 %

Dir. Resp.: Alberto Ceresoli

www.datastampa.it

Tiratura: 40051 - Diffusione: 38784 - Lettori: 402000: da enti certificatori o autocertificati

«Geriatrics, negli ospedali mancano posti letto per acuti»

L'appello

Le società scientifiche della disciplina hanno scritto una lettera ai vertici della Regione Lombardia

— In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19 e diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) e l'Associazione Geriatri Extraospedaliere (Age) si sono così rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il governatore Attilio Fontana, l'assessore al Welfare Giulio Gallera, e il direttore generale al Welfare Marco Trivelli.

La carenza di posti letto in Unità operative di geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

«Da una recentissima ricogni-

zione Sigg-Sigot emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0,02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0,059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che può essere desunto dal modello Veneto - hanno sottolineato Filippo Fimognari, presidente Sigot e Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Sigg-. Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0,18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, sia all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego ageometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno».

Studio Comunicazione DIESSECOM

Stampa nazionale e regionale web

Studio Comunicazione DIESSECOM

Davide Volterra 373 7500990 diessecom@gmail.com Francesco Salvatore Cagnazzo 392 1105394
studiodiessecom@gmail.com Daniele Toscano 333 3757361 studiodiessecomdue@gmail.com

IL TIRRENO

SARA LAVORINI

08 APRILE 2020



«Fondamentale proteggere le persone più vulnerabili»

Massa-Carrara

Sono quasi 17mila i deceduti in Italia per Covid-19. Il terribile dato, che ogni giorno tende purtroppo a salire, porta alla luce una realtà drammatica, dove a perdere la vita sono soprattutto le persone anziane. Anche i soggetti adulti con particolare profilo di rischio, possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta.

«L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive soprattutto in età geriatrica, così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – afferma **Filippo Fimognari** presidente nazionale Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) -, ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19. Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico».

Studio Comunicazione DIESSECOM

Un documento dell' EuGms (European Geriatric Medicine Society) riporta che i tassi di mortalità sono circa del 15% nei soggetti di età superiore a 80 anni, mentre è inferiore allo 0,5% nelle persone di età inferiore ai 50 anni. Fondamentale per prevenire l'infezione quindi rimanere a casa ed evitare contatti. «Faccio miei i consigli che sono benissimo esposti in un documento della Sigot - dichiara il consigliere Sigot della Toscana **Bernardo Salani** - oltre all'accurato lavaggio di mani e ambienti, è doveroso che tutte le persone a contatto con una persona anziana indossino mascherina anche chirurgica per evitare al massimo il droplet. Inoltre, se possibile non uscire di casa (come da Decreto) ma utilizzare i servizi come spesa domiciliare, farmaci domiciliari. È importantissimo unire gli sforzi per proteggere le persone più vulnerabili e fragili». **Sara Lavorini**

Virus, l'appello dei geriatri: "Non si possono lasciare gli anziani al loro destino"

Per i presidenti delle Società di geriatria, bisogna valutare i trattamenti in base allo stato di salute, non solo all'età: "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino"

Francesca Bernasconi - Lun, 09/03/2020 - 15:20



commenta

Mi piace 27

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli **anziani** saranno lasciati al loro destino". È questo il commento dei presidenti delle Società italiane di Geriatria, a proposito delle **raccomandazioni etiche** rese note dalla Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e **terapia intensiva** (Siaarti) per la gestione dei casi da Covid-19.

Tre giorni fa, infatti, era stato pubblicato un documento in cui si specificavano alcuni criteri da tener presente in caso la situazione negli ospedali diventasse difficile. Le previsioni sull'epidemia, infatti, stimano un aumento dei casi di contagio da coronavirus, che in alcuni casi potrebbe dare luogo a "casi di insufficienza respiratoria acuta, con necessità di ricovero in Terapia intensiva". Per questo, spiegava il documento, "potrebbero essere necessari **criteri di accesso** alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate". Tra le raccomandazioni, veniva anche messa in conto la possibilità di "un limite di età all'ingresso in Terapia intensiva". Le risorse, che potrebbero scarseggiare, infatti, potrebbero essere riservate "a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata".

Secondo Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Sigg (Società italiana di gerontologia e geriatria) e Filippo Fimognari, presidente Sigot (Società italiana di geriatria ospedale e territorio), gli anziani non devono essere "lasciati al proprio destino". I due presidenti spiegano come l'epidemia comporti "un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti". Per questo, diventa essenziale "ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità" e, per farlo, "il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di **Geriatría** e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile". In questi modo, verrebbe alleviato "il carico sulle Terapie Intensive, che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Ma, in caso questa soluzione non fosse applicabile, "la scelta dell'ordine di **priorità** nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul **criterio anagrafico**". Infatti, spiegano Antonelli Incalzi e Fimognari, "è la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta". Per questo, "la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive" deve basarsi su una valutazione che tiene conto di diverse dimensioni, quali lo "**stato di salute** funzionale e cognitivo precedente l'infezione".

Nell'eventualità di una scelta "resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità", che dovrà svolgere un'accurata analisi del singolo caso. Poi, in base anche ai fattori prognostici, il medico potrà "fare la **scelta** più appropriata ed equilibrata, ancorché pur sempre dolorosa".

Coronavirus, Rianimazioni al collasso al Nord: si teme per le regioni del Sud

09 Marzo 2020

È ormai una lotta contro il tempo. **I reparti di Terapia intensiva al Nord, soprattutto in Lombardia, sono al collasso** e per recuperare posti preziosi si sta procedendo, in queste ore, a trasferire ove possibile i pazienti ricoverati non affetti da Coronavirus in altre strutture anche fuori dalla Regione.

I contagi, e di conseguenza anche i casi più gravi che necessitano di essere intubati nelle Rianimazioni - pari a circa il 10% del totale - aumentano infatti di giorno in giorno ed **il sistema, avvertono i medici, non potrà reggere ancora a lungo**. Se il Settentrione è allo stremo, con qualche eccezione, **il Sud Italia si prepara** invece ad affrontare un prevedibile e sostenuto aumento dei contagi.

Con un monito: "Il Meridione non reggerebbe al trend attuale dei casi con necessità di ricovero in Terapia intensiva". La situazione più grave è in Lombardia, che registra il maggior numero di contagi e decessi. Al momento, nella Regione sono 497 i posti in Terapia intensiva per i pazienti con Covid-19 ma "stiamo provando a recuperarne altri", afferma l'assessore al Welfare Giulio Gallera.

I posti nelle Rianimazioni occupati da questi pazienti, il 28 febbraio "erano 57, adesso sono 399, **il 700% in più** e cosa succederà fra dieci giorni?", si chiede l'assessore. Parla di "situazione satura" anche il presidente dell'Ordine dei medici di Lodi, Massimo Vajani.

Ed una denuncia forte arriva dal suo omologo di Bergamo, Guido Marinoni: "Qui la situazione è drammatica. Le terapie intensive - racconta - sono piene; si riesce ancora a ricoverare i pazienti più gravi con insufficienza respiratoria, ma molti **con polmonite bilaterale vengono rinviiati al domicilio** per essere seguiti dai medici di base e al momento sono circa duemila. Su vari di questi pazienti non si riesce però a eseguire il tampone, che viene destinato in primis ai ricoverati, nonostante possano essere potenzialmente positivi. E la cosa grave è che i medici di base che devono curarli spesso non hanno ancora a disposizione i dispositivi di protezione".

Attualmente, "nella bergamasca ci sono 4 medici ricoverati e 40 in quarantena". Intanto si cerca, laddove possibile, di mantenere liberi i posti in Rianimazione: pazienti dell'ospedale di Cremona sono stati portati con l'elicottero militare in terapia intensiva a Sondalo, in Valtellina.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Altri 4 pazienti sono in trasferimento in queste ore dai reparti della Lombardia e ieri ne sono stati trasferiti altri 13. Migliore è invece la situazione del Veneto: "Abbiamo ancora una tenuta ragionevole per la terapia intensiva", ha detto il presidente Luca Zaia.

Il Paese, attualmente, appare diviso in due ed in questi giorni il Sud - dove i contagi sono in minor numero - si prepara facendo tesoro dell'esperienza del Nord, pur consapevole che l'onda d'urto di uno 'tsunami' di nuovi casi sarebbe difficilmente sostenibile.

"Stiamo preparando i nuovi posti letto di terapia intensiva, nelle ultime 36 ore abbiamo già attrezzato 50 posti aggiuntivi", ha annunciato il presidente della Campania Vincenzo De Luca. E i timori sono anche per le migliaia di arrivi da Milano dopo l'annuncio della 'chiusura' della Lombardia: sono circa 2mila quelli stimati solo in Puglia.

Ormai, afferma il presidente dell'Ordine dei medici di Bari e presidente della Federazione degli Ordini dei medici Filippo Anelli, "il danno è stato fatto ma **chi è fuggito al Sud deve essere consapevole che può mettere a rischio chi gli sta vicino e deve segnalarsi**".

In Puglia ci sono 240 posti di Terapia intensiva a fronte di 37 contagi: "Ci stiamo preparando, ma si teme l'emergenza", afferma Anelli.

Un **grido d'allarme arriva principalmente dalla Calabria**: "Nessuna iniziativa organica è stata ancora assunta - afferma il presidente dell'Ordine dei medici di Cosenza, Eugenio Corcioni, in una lettera al ministro della Salute - per dotare tutti gli operatori sanitari dei necessari dispositivi di protezione e nessuna iniziativa è stata assunta per riorganizzare le strutture e l'accesso alle stesse per evitare assembramenti e contatti tra pazienti".

L'emergenza sta pesando pure sui malati oncologici: è "meglio rinviare i trattamenti di chemioterapia in ospedale e le visite di controllo, se non per casi urgenti", è l'allerta della Associazione di Oncologia Medica (Aiom), mentre i presidenti dei geriatri delle società Sigg e Sigot chiedono di estendere anche ai reparti di geriatria l'impiego della ventilazione non invasiva, perché "non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino".

Coronavirus, la diretta – Superati i diecimila contagi, i morti sono 631. In terapia intensiva 877 persone. Ryanair ed Easyjet sospendono i voli

Primo giorno di estensione delle misure previste già domenica per la gran parte del Nord Italia: 529 nuovi contagiati (ma mancano alcuni dati della Lombardia), i guariti sono 1.004, in terapia intensiva 877. Decine di denunce dalla Brianza a Porto Empedocle per inosservanza dei provvedimenti, mentre le Regioni più colpite (e le opposizioni) chiedono regole ancora più severe. La Spagna cancella il traffico aereo, mentre Austria e Slovenia chiudono le frontiere - CRONACA ORA PER ORA

di F. Q. | 10 MARZO 2020



10:57 – Geriatri: “No rupe tarpea per gli anziani”

“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo dicono Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note dalla **Società Italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva** per la gestione dei casi di Covid-19. “L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti. Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale”. Il primo obiettivo “dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie”. Qualora “questa misura **non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile**”, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive “non potrà certo basarsi sul criterio “first come, first served”, ma **neppure meramente sul criterio anagrafico**”. “E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta”. In ogni caso “resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità”.

Studio Comunicazione DIESSECOM



Il Pensiero Scientifico Editore
869 iscritti

Senti chi parla

SALUTE

Covid-19: dare attenzione alla fragilità degli anziani

DI GIADA SAVINI

Apr. 22, 2020

“L’infezione da Covid-19 ha messo a nudo la situazione della fragilità dell’anziano”, afferma **Alberto Pilotto, presidente eletto della Sigot (Società Italiana Geriatria Ospedale e Territorio)**. In un’intervista con **Senti Chi Parla**, il medico ha voluto portare alla luce le difficoltà che in questo momento gli anziani con fragilità devono affrontare **nella lotta alla Covid-19**.

Ma procediamo con ordine, “quando parliamo di anziani ci riferiamo ad una popolazione molto eterogenea. Esiste l’anziano che è autonomamente performante, che va in palestra due o tre volte alla settimana, che ha una densa vita sociale, arricchita anche dalla presenza e dall’affetto dei nipoti”, spiega l’esperto in geriatria e gerontologia dell’Ospedale Galliera di Genova. “Esiste poi l’anziano fragile”, e a questa fragilità contribuiscono molti fattori. “Esiste la fragilità funzionale, cognitiva, psico-sociale, infine quella di natura clinica ed economica. Ebbene, queste diverse dimensioni vanno ad interagire assieme nei momenti di maggiore difficoltà”. L’infezione da Covid-19 rientra in queste difficoltà, è un evento stressante, spiega Pilotto, che comporta la necessità di dover reagire. “**L’anziano non fragile reagisce in maniera ottimale, con resilienza. L’anziano fragile soccombe**”.

Durante le cure ospedaliere, che il medico ligure evidenzia come “intensive e impegnative” nonché di lunga durata, il paziente fragile si trova a dover combattere anche con “l’isolamento e l’impossibilità da parte di familiari e conoscenti di avere dei contatti con la persona ricoverata”. **E ciò aggrava la situazione di disagio e malessere, fino ad arrivare alla depressione**. A questo si associa anche la paura per l’esito del trattamento, la preoccupazione per i familiari lontani e la preoccupazione in parte legata all’aspetto esteriore degli operatori sanitari (con mascherine, protezione per gli occhi, camici, cuffie) che comporta accentuazione dello stato di ansia.

Presso l’Ospedale Galliera di Genova, “nell’esteso dipartimento di cure geriatriche (suddiviso per intensità di cura) abbiamo allestito un percorso per il paziente che supera la fase acuta dell’infezione, in cui si interviene per tentare un recupero”. Un recupero che, sottolinea Pilotto, **non deve essere solamente clinico ma deve tener conto anche di altri aspetti come quello funzionale, con un recupero motorio tramite l’intervento di fisioterapisti, un recupero cognitivo con un percorso di ripristino** (riorientamento della persona nello spazio e nel tempo e di coordinazione degli aspetti di depressione che rallentano la fase di recupero e preoccupano molto i geriatri). La depressione nell’anziano è spesso associata anche a uno stato di anoressia, e di conseguenza anche l’introduzione di liquidi è ridotta, come conseguenza del ricovero intenso. “L’anziano si vede in difficoltà e si alimenta meno o non si alimenta affatto e ciò comporta un rallentamento nel percorso di recupero”.

L’anziano non fragile reagisce in maniera ottimale, con resilienza. L’anziano fragile soccombe.



Studio Comunicazione DIESSECOM

Il recupero

Dopo aver superato la fase acuta ed essere risultato negativo ai test (per due volte a distanza di 24) si procede con il reinserimento presso il domicilio, o nella situazione di comunità. L'opportunità in queste situazioni, quando ben gestite, è grandissima, secondo l'esperto, poiché all'interno di queste comunità "con adeguata e appropriata gestione in termini di riabilitazione e riattivazione fisica, cognitiva e sociale si può rallentare la condizione di fragilità". Per esempio, **in Europa (in particolare Finlandia, Svezia, Germania, Danimarca) una persona di 65 anni ha davanti a sé 15-16 anni di vita in salute, diversamente da quanto succede in Italia, dove questo numero scende a 9-10.** "Ciò dimostra che attivando dei percorsi di prevenzione della fragilità è possibile allungare questo periodo".

"In Italia", afferma Pilotto, **"la percentuale di persone anziane è veramente elevata** (l'indice di invecchiamento, secondo gli ultimi dati Istat, è maggiore rispetto alla media europea). Fortunatamente, la maggior parte di questi anziani non sono fragili e in qualche modo sono più resilienti, resistono, riescono a superare questa situazione di stress. **Tale situazione però comporta per chi è a rischio di diventare fragile, per chi già lo è di soccombere davanti all'infezione.** Se qualcosa dobbiamo imparare da questo disastro è che la fragilità non è solo legata alla malattia o alle comorbilità".

Non tutti gli anziani vivono in una situazione familiare soddisfacente, "la solitudine di per sé è un fattore di rischio molto elevato. Ecco che allora, ripeto, se dobbiamo imparare qualcosa, **iniziamo intanto a capire quanti sono gli anziani fragili, quanti e dove sono quelli a rischio fragilità e concentriamo gli interventi di prevenzione e cura su questa fascia della popolazione.** L'infezione da Covid-19 ce lo sta insegnando. Deve diventare un nostro obiettivo, non solo sanitario (coordinato da medici e geriatri) ma anche sociale. Una società che perde la generazione degli anziani, non perde solo esperienza e cultura, ma anche forti punti di riferimento per il ruolo che l'anziano ha e deve avere nell'ambito familiare e sociale. Dobbiamo dare valore a questo concetto e **ci sarà sicuramente una società migliore se diamo attenzione alla fragilità così come l'abbiamo definita: multidimensionale**".

"Seconda ondata tanto più probabile quanto più abbassiamo livello di attenzione" ad  

Coronavirus, infettivologi: "Rischi epidemici presenti, grave affermare il contrario"

Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione



02 luglio 2020

"Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità

- » **Coronavirus, negli Usa più di 50 mila casi rilevati in un giorno**
- » **Coronavirus, il virologo Silvestri: "Una seconda ondata? E' possibile"**
- » **Coronavirus. Speranza: "Quarantena per arrivi extra Schengen"**
- » **Coronavirus, 12 contagi da bistrot Fiumicino: anche un cliente**

come all'inizio dell'epidemia".

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti.

Studio Comunicazione DIESSECOM

"Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio - Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica", evidenzia Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale. "Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva", commenta Filippo Fimognari, Presidente SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

Virologi contro Zangrillo. "Troppa euforia sui dati. È in atto un nuovo ciclo"

La lettera delle società scientifiche frena "il manifesto dell'ottimismo" sui contagi

Maria Sorbi - Gio, 02/07/2020 - 17:00



commenta

👍 Mi piace 1

Le società scientifiche tirano il freno a mano e cercano di ristabilire la verità sulla pandemia. Ben consapevoli che i ricercatori non possano più continuare con il botta-e-risposta su una questione così delicata.

Sperano tuttavia che la loro diventi la posizione prevalente rispetto a quella sostenuta dal «manifesto dell'ottimismo» promosso dall'anestesista del San Raffaele Alberto Zangrillo e sottoscritto da Giuseppe Remuzzi, Giorgio Palù, Luciano Gattinoni e altri scienziati. Altro che ottimismo, sostengono le associazioni scientifiche capitanate da Massimo Galli, Marcello Tavio, Massimo Andreoni, Giovanni Di Perri, Claudio Maria Mastroianni e Carlo Federico Perno. «Affermare che il rischio pandemico abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute» insorgono.

Il documento è firmato da Simit (infettivologi), Siaiarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). «È solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica» scrivono. Come a dire: non facciamoci abbindolare da false illusioni, il virus è solo sotto traccia ma c'è. Non esistono diverse tipologie del virus, sostengono gli infettivologi. Il ceppo virale, implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico, è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti in Italia. «I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia. In realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima» evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. «Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi» commenta Filippo Fimognari, presidente Sigot.

Zangrillo si indigna e ribadisce la sua posizione: «Sono previsioni senza senso che disegnano uno scenario apocalittico, molte persone sono spaventate a casa. Tutti gli indicatori stanno volgendo al bello. Per adattarsi all'ospite, il virus in qualche modo si è modificato e ha perso la sua capacità di replicarsi come qualche mese fa. I tamponi che noi stiamo osservando ci fanno vedere che la carica non è in grado di produrre la patologia».

La posizione del direttore di Anestesia al San Raffaele non trova d'accordo nemmeno il virologo Andrea Crisanti, responsabile della Microbiologia all'università di Padova. Che, anzi, lo bacchetta in tv: «Troppa euforia, ho grandissima stima di Zangrillo ma spero che tra due mesi non debba pentirsi di aver indotto atteggiamenti poco coerenti». Massimo Clementi gli risponde con una stoccata: «Crisanti si è sempre occupato di malaria». I numeri di ottobre e novembre diranno chi ha ragione.

ALTO ADIGE

Fase 3: restituire un ruolo a chi studia l'invecchiamento

22 luglio 2020 | A- | A+ |   

(ANSA) - ROMA, 22 LUG - "La pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica a tutti i livelli di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie". Questo l'allarme che arriva da dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE). In Lombardia, ad esempio, ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0,02 posti letto per 1000 abitanti. Troppo pochi soprattutto in vista di una possibile seconda ondata di Covid-19, che colpisce con sintomi più gravi gli anziani. Ma la Lombardia non è l'unica regione ad avere problemi. E' necessario, scrivono gli esperti in una nota, "un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto, ovvero arrivare a una cifra di 0,18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni". "Manca - scrivono i presidenti delle tre società scientifiche Raffaele Antonelli Incalzi, Filippo Fimognari e Pietro Gareri - un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento". Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. (ANSA).

Web

Coronavirus. Geriatri: “No a Rupe Tarpea, la soluzione non è sacrificare gli anziani”

Per i geriatri della Sigg e dalla Sigot occorre estendere l'impiego della ventilazione non invasiva nei reparti di geriatria, medicina interna, malattie infettive e respiratorie. Ma anche valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età: “La dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale. Resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità”

09 MAR - “Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Sigg e Filippo Fimognari, presidente Sigot commentano così le [linee guida deontologiche rese note da Sigaarti](#) per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva e indicano un percorso da seguire.

Per i geriatri occorre espandere l'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove è peraltro il già diffuso ricorso alle ventilazioni non invasive.

E se questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile e ci si trovasse nelle condizioni di dover scegliere? La dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione, sottolineano i geriatri E in questo caso “resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”

“L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Antonelli Incalzi e Fimognari – ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio “first come, first served”, ma neppure meramente sul criterio anagrafico. “E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione” precisano Fimognari e Incalzi.

“Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”. Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene “rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché pur sempre dolorosa”.

09 marzo 2020
© Riproduzione riservata



Coronavirus: geriatri, non sacrificare gli anziani



Sigg e Sigot, coinvolgere altri reparti per i trattamenti

17:08 - 09/03/2020

Stampa

(ANSA) - ROMA, 9 MAR - Estendere ai reparti di geriatria, medicina interna, malattie infettive e malattie respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva per i malati di Covid-19, perché "non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino" e perché non può essere usato un mero criterio anagrafico (che preferisce i più giovani sugli anziani per l'accesso alle cure) ma un approccio sulle condizioni complete del paziente. A dirlo sono Raffaele Antonelli Incalzi, presidente della Sigg (la Società italiana di geriatria e gerontologia) e Filippo Fimognari, presidente della

Sigot (la Società italiana di geriatria ospedale e territorio), commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Antonelli Incalzi e Fimognari - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Sigg e Sigot dicono come "la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served" ma neppure meramente sul criterio anagrafico". "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione", precisano Fimognari e Antonelli Incalzi. (ANSA).

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, Geriatrici: no a Rupe Tarpea. Non sacrificare anziani

[askanews](#) Mpd

Askanews 9 marzo 2020

Roma, 9 mar. (askanews) - "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Antonelli Incalzi e Fimognari - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico.

"E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano i due esperti.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorchè pur sempre dolorosa".

Covid-19, geriatri su documento Siaarti: "Soluzione non e' sacrificare anziani"

Creato: 09 Marzo 2020



Roma, 9 mar. - "Non ci puo' essere una 'Rupe Tarpea', dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Commentano cosi' Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Societa' Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive- proseguono- cosi' da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti. Ecco perche' ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalita' e' essenziale ed e' una nuova sfida per l'universalita' del servizio sanitario nazionale".

Per questo, secondo Antonelli Incalzi e Fimognari, il primo obiettivo "dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria e Medicina Interna, di Malattie infettive di Malattie Respiratorie, dove il gia' diffuso ricorso alla ventilazioni non invasive rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero cosi' dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorita' nelle cure intensive "non potra' certo basarsi sul criterio 'first come, first served'- aggiungono- ma neppure meramente sul criterio anagrafico. E' la presenza di piu' patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiche' questo significa mediamente vecchiaia, e' ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere piu' anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilita' di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, e' evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorita' nelle cure intensive puo' basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione".

Anche in questo caso, resta "centrale il medico con il suo bagaglio di professionalita', esperienza e umanita' che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilita' del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente".

Pertanto, concludono Fimognari e Antonelli Incalzi, piuttosto che "richiamare criteri stringenti e' bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessita', nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permettera' al medico di fare la scelta piu' appropriata ed equilibrata, ancorche' pur sempre dolorosa".

(Red)

mar
10
2020

Covid-19, i geriatri agli anestesisti, la soluzione non è sacrificare gli anziani

TAGS: ANZIANO, CORONAVIRUS, ANESTESIA, SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE, GERIATRIA, ANESTETICI, CORONAVIRUS, INFEZIONI DA CORONAVIRUS, ANZIANI, CORONAVIRUS 2019-NCOV, COVID-19



ARTICOLI CORRELATI

12-03-2020 | Il virus accelera in Usa ed Europa. L'Oms dichiara la pandemia

11-03-2020 | Coronavirus, terapia intensiva al collasso e si teme per il Sud

11-03-2020 | Coronavirus, il 12% dei positivi è personale sanitario. Servono maggiori tutele

«Non ci può essere una *rupe Tarpea*, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino». Questa la risposta di **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente Sigg, e **Filippo Fimognari**, presidente Sigot, al documento diffuso dalla Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) dal titolo: "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili".

Nel testo, per far fronte epidemia di nuovo Coronavirus, si dichiara che potrebbe «rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in Ti e non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone». Ma gli esperti della Sigg e Sigot non ci stanno e propongono di estendere nei reparti di Geriatria, Medicina interna, Malattie

infettive e Malattie respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età.

«L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi -. Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina interna, di Malattie infettive e Malattie respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19». Qualora questa misura non fosse sufficiente e rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio «first come, first served», come si legge nel documento Siaarti, neppure meramente sul criterio anagrafico.

A condizionare negativamente la prognosi è «la presenza di più patologie e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione», precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

«Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente». Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata, sostengono gli esperti.

LAVORO | 10 Marzo 2020

Coronavirus, i geriatri: «La soluzione non è sacrificare gli anziani»

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive

*di Redazione*

«Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino». Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT**, commentando le linee guida deontologiche rese note da **Siaarti**, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di **Covid-19** da trattare in Terapia intensiva.

«L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – **affermano Fimognari e Antonelli Incalzi** –. Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla **ventilazione** non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19».

«Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio **"first come, first served"**, ma neppure meramente sul criterio anagrafico» si legge nella nota SIGG-SIGOT. «E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più **anziani**. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa **selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive** può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione» precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

«Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare **un piano di azione** tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente. Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del **singolo caso**, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa» concludono i presidenti **SIGG e SIGOT**.

Studio Comunicazione DIESSECOM

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

10/03/2020 in Professioni

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Sigg) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive.

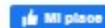
"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Sigg, e Filippo Fimognari, presidente Sigot, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva. "L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19". Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi. "Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT

A cura di Antonella Petris 10 Marzo 2020 16:28



“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

“L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio “first come, first served”, ma neppure meramente sul criterio anagrafico. “E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione” precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

*“Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”.
Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l’accurata analisi dell’insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa”.*

Cronaca, martedì 10 marzo 2020 ore 16:13

Coronavirus, i geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

La SIGG e la SIGOT intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive. E propongono di estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente SIGG, e **Filippo Fimognari**, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio *"first come, first served"*, ma neppure meramente sul criterio anagrafico. *"E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione"* precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

10 Marzo, 2020 / 3 min read

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) intervengono sul documento degli anestesisti (SIAARTI) sui criteri di ammissione alle Terapie Intensive.

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età.

10 Marzo 2020

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi**, Presidente SIGG, e **Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da SIAARTI, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia Intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in Terapia Intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del Servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie Infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. *"E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione"* precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente. Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

di
La Redazione
Pubblicato il: 10/03/2020

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

*"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente SIGG, e **Filippo Fimognari**, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siae, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.*

*"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano **Fimognari e Antonelli Incalzi** - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".*

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Coronavirus, l'appello dei geriatri: “Non si possono lasciare gli anziani al loro destino”

Coronavirus, geriatri: "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino"

A cura di Filomena Fotia | 10 Marzo 2020 10:39

MI piace


“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente SIGG, e **Filippo Fimognari**, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

“L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio *“first come, first served”*, ma neppure meramente sul criterio anagrafico. *“E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione”* precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

*“Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”.
Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l’accurata analisi dell’insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa”.*

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive

10 Marzo, 2020  33  0

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Coronavirus, Geriatri: La Soluzione Non È Sacrificare Gli Anziani

Publicato in Altre News 10 Marzo 2020

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

By agenpress - 10 Marzo 2020  17

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

Agenpress. "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT**, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – **affermano Fimognari e Antonelli Incalzi** – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

VIRGILIO



Firenze

SCOPRI ALTRE CITTÀ ▾

Cerca in città

ROMA MILANO NAPOLI PALERMO TORINO G

HOME AZIENDE **NOTIZIE** EVENTI CINEMA FARMACIE MAGAZINE

ULTIMA ORA **CRONACA** POLITICA ECONOMIA SPETTACOLO SPORT TECNOLOGIA

Coronavirus, i geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani



Condividi con gli amici



Invia agli amici



Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT,...

[Leggi tutta la notizia](#)

Nove da Firenze | 10-03-2020 16:44

RETE PIÙ ITALIA TV

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

Redazione 10 Marzo, 2020

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente SIGG, e **Filippo Fimognari**, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.


"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. *"E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione"* precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

Di Agenpress - 10 Marzo 2020  59

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età

Agenpress. "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto **Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT**, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - **affermano Fimognari e Antonelli Incalzi** - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, anziani: l'opinione dei geriatri sull'emergenza Covid-19

Di Alessandra | 11 Marzo 2020 | [Salute](#) | 0 Commenti

*“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli **anziani** saranno lasciati al loro destino”.* Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di **Covid-19** da trattare in **Terapia intensiva**.

*“L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti – affermano Fimognari e Antonelli Incalzi – Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del **servizio sanitario nazionale**. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di **strumenti per la ventilazione non invasiva** anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.*

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio “first come, first served”, ma neppure meramente sul criterio anagrafico. *“E' la **presenza di più patologie** che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'**insufficienza respiratoria acuta**. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione”* precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

“Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente”. Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa”.

RIVER FLASH

11 Mar 2020

SIGG - CORONAVIRUS, GERIATRI: LA SOLUZIONE NON E' SACRIFICARE GLI ANZIANI



AG.RF.(redazione).11.03.2020

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive

“riverflash” - Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l’impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all’età

“Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino”. Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

“L’emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l’impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l’universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l’espansione dell’offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19”.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".



Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

BY: IN DIES / ON: 11 MARZO 2020 / IN: LIFESTYLE, NEWS, SALUTE / TAGGED: ANZIANI, CORONAVIRUS, GERIATRI

"Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva.

"L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi.

"Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

CS SIGOT – Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

Notizie In Evidenza

📅 12 Marzo 2020 👤 Milano Post 💬 Leave A Comment

La Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) intervengono sul documento degli anestesisti (Siaarti) sui criteri di ammissione alle terapie intensive Coronavirus, geriatri: la soluzione non è sacrificare gli anziani

Estendere nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive e Malattie Respiratorie l'impiego della ventilazione non invasiva e valutare i trattamenti in base allo stato di salute e non solo all'età. "Non ci può essere una Rupe Tarpea, dove gli anziani saranno lasciati al loro destino". Lo hanno detto Raffaele Antonelli Incalzi, presidente SIGG, e Filippo Fimognari, presidente SIGOT, commentando le linee guida deontologiche rese note da Siaarti, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva per la gestione dei casi di Covid-19 da trattare in Terapia intensiva. "L'emergenza Covid-19 comporta un crescente ricorso a cure intensive così da far prevedere che a breve i posti letto in terapia intensiva non saranno sufficienti per curare tutti - affermano Fimognari e Antonelli Incalzi - Ecco perché ottimizzare l'impiego delle risorse in condizioni di eccezionalità è essenziale ed è una nuova sfida per l'universalità del servizio sanitario nazionale. Per questo il primo obiettivo dovrebbe essere l'espansione dell'offerta di strumenti per la ventilazione non invasiva anche nei reparti di Geriatria, Medicina Interna, di Malattie infettive e Malattie Respiratorie, dove il già diffuso ricorso alla ventilazione non invasiva rende questa soluzione certamente applicabile. Questa misura allevierebbe il carico sulle Terapie Intensive che potrebbero così dedicarsi anche a casi con particolari problematiche gestionali, non solo pazienti Covid-19".

Qualora questa misura non fosse sufficiente e/o rapidamente applicabile, la scelta dell'ordine di priorità nelle cure intensive non potrà certo basarsi sul criterio "first come, first served", ma neppure meramente sul criterio anagrafico. "E' la presenza di più patologie che condiziona negativamente la prognosi e poiché questo significa mediamente vecchiaia, è ovvio che i pazienti con prognosi peggiori siano in genere più anziani. Ma anche soggetti adulti con particolare profilo di rischio possono avere poche possibilità di recupero da un'insufficienza respiratoria acuta. Pertanto, è evidente che la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale, che tenga conto dello stato di salute funzionale e cognitivo precedente l'infezione" precisano Fimognari e Antonelli Incalzi. "Anche in questo caso resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità che, insieme, gli permetteranno di formulare un piano di azione tarato sulle esigenze e possibilità del singolo caso, coinvolgendo sempre i parenti del paziente". Pertanto, piuttosto che richiamare criteri stringenti è bene rimettersi alla valutazione multidimensionale del singolo caso, ed eventualmente multidisciplinare in situazioni ad alta complessità, nella certezza che l'accurata analisi dell'insieme dei fattori prognostici permetterà al medico di fare la scelta più appropriata ed equilibrata, ancorché sempre dolorosa".

Malattie infettive

Terza età

Interviste

#coronavirus, più colpiti gli anziani. Intervista al geriatra Filippo Fimognari

L'epidemia di Covid-19 sta causando gravi complicanze e decessi soprattutto nelle persone anziane. Dica33 ha intervistato **Filippo Fimognari, Direttore UOC Geriatria presso l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, e Presidente della SIGOT, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.**

Questo virus, inizialmente sconosciuto, si è rivelato molto più pericoloso rispetto al virus dell'influenza stagionale. Per quale ragione?

Questo nuovo coronavirus, definito SARS-CoV-2, a differenza del virus influenzale, aggredisce non solo l'albero respiratorio centrale interessando quindi trachea e bronchi, ma l'interstizio polmonare, ossia quel tessuto che circonda e sorregge gli alveoli polmonari, che sono le unità dove avviene il processo di ossigenazione del sangue. Questo determina una grave insufficienza respiratoria a causa di una polmonite interstiziale bilaterale che, a differenza di quanto avviene di solito nelle polmoniti batteriche, non interessa solo regioni localizzate di un polmone, ma ampie regioni di entrambi i polmoni, soprattutto nei lobi inferiori. COVID-19 è la malattia causata dal SARS-CoV-2.

Perché gli anziani sono più a rischio di gravi complicanze?

Le conseguenze respiratorie gravi si verificano soprattutto nelle persone anziane, più vulnerabili sia per l'età, sia per le altre patologie coesistenti. In generale, gli anziani sono più esposti agli stress esterni e, anche a causa di alterazioni del sistema immunitario, hanno una minore capacità di superare queste forme e ridotta resistenza nell'affrontare i fattori destabilizzanti, di qualunque tipo siano; basti pensare solo ai decessi che si verificano in estate a causa del caldo eccessivo.

Quindi una persona anziana, anche se sana, è a maggior rischio di complicanze gravi?

Molti studi hanno indagato se l'età possa essere un fattore predittivo di esito negativo nell'insufficienza respiratoria, a prescindere dalla presenza di altre malattie. In genere, l'età avanzata porta con sé alterazioni non visibili, con danni non clinicamente evidenti. Ma il concetto di comorbidità, ossia la presenza di più patologie, spesso non spiega la vulnerabilità degli anziani e può interessare anche pazienti più giovani. Per gli anziani è molto importante il concetto di fragilità, con rischio di disabilità, riduzione della massa muscolare e dell'attività motoria, o addirittura disabilità conclamata. Comorbidità e fragilità spesso coesistono, ma non sempre.

Quanto pesano le patologie coesistenti?

Certamente contribuiscono a configurare un quadro di maggiore vulnerabilità e fragilità. Pensiamo per esempio alle malattie cardiovascolari e respiratorie o al diabete, che determina una compromissione della risposta immunitaria. Ma possono esserci pazienti fragili con un quadro di comorbidità trascurabile, e viceversa.

Nei casi gravi è necessario il ricovero in terapia intensiva. Ma quali sono le terapie per una polmonite?

Quella del COVID-19 è una polmonite grave, come se ne verificano anche per altre cause. In questi casi gli step sono ossigenoterapia e trattamento ventilatorio non invasivo, per mezzo di casco o maschera, oppure ossigenoterapia ad alti flussi umidificati. Se il paziente non ottiene sufficiente ossigenazione, si passa all'intubazione e alla ventilazione invasiva nelle unità di terapia intensiva, procedura che in sé non è esente da rischi. Se un paziente di per sé ha una cattiva prognosi, il trattamento ventilatorio invasivo può risultare in alcuni casi sproporzionato. Tutti i pazienti comunque dovrebbero ricevere un trattamento ventilatorio non invasivo, che può essere molto efficace. La pratica della ventilazione non invasiva è ormai molto diffusa in reparti non intensivi, come le Geriatriche, le Medicine e le Pneumologie.

L'enorme e imprevisto numero di casi gravi, superiore alla capacità di ricezione delle terapie intensive impone o potrebbe imporre una selezione di pazienti...

Il mancato accesso alla terapia intensiva, o un ritardo nell'utilizzo di metodiche di ventilazione non invasiva o invasiva, possono costituire un fattore prognostico negativo. Ma il ricovero di un paziente fragile in terapia intensiva è sempre il risultato di una scelta ponderata in base alle prospettive di sopravvivenza e alle condizioni generali, non solo all'età. Ma certamente la nuova malattia COVID-19 produce situazioni di questo tipo con un ordine di grandezza imprevedibile, per cui l'unica risposta è un aumento del numero di letti destinati alla terapia intensiva e sub-intensiva.

Cosa consigliate agli anziani in questo momento?

Ribadisco l'assoluta necessità di evitare le uscite e di ridurre al minimo i contatti sociali, avvalendosi di tutti gli aiuti possibili per svolgere commissioni come la spesa, l'acquisto dei medicinali ecc. I care-givers che assistono chi necessita di assistenza domiciliare dovrebbero essere dotati di mascherina, perché ognuno di noi può essere un veicolo di contagio, anche in assenza di sintomi.

Fondamentale, inoltre, è continuare le terapie per le malattie croniche eventualmente in corso, come per esempio ipertensione, diabete, asma, bronchite cronica, scompenso cardiaco. Interruzioni non prescritte dal medico possono causare danni gravi, a prescindere dall'infezione.

Stefania Cifani

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Anziani e Covid-19, Sigot: il rischio è la fragilità

03/04/2020 in Professioni

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia in uno studio alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso". «La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura» sottolinea il presidente Pilotto.

«Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega Alberto Pilotto, Presidente eletto Sigot, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus».

LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali. Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. «Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, Sigot ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione».

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. «Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma Pilotto. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. Sigot insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate».

Studio Comunicazione DIESSECOM

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. «Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea Pilotto. – «Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione».

Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

Da **Redazione Centrale** -

60



Il Prof. Alberto Pilotto

MILANO - I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano - spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. - Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

CHI È L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT - La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e

quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età - evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. - Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

Studio Comunicazione DIESSECOM

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

(I-TALICOM)

politicamentecorretto.com

direttore responsabile Salvatore Viglia

Anziani e Coronavirus.

Aprile 3, 2020 14 0

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso"

SIGOT – Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

"SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura" sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT

ANZIANI E FRAGILITA' – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età - evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. - Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO - Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio - afferma il Prof. Alberto Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità. Le conseguenze psicosociali e il problema del 'sommerso'

DI INSALUTENEWS.IT - 3 APRILE 2020

Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio: "SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura"



Roma, 3 aprile 2020 – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata.

"Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

Chi è l'anziano fragile? Lo studio SIGOT

La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire.

Studio Comunicazione DIESSECOM

"Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il prof. Alberto Pilotto – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano".



Prof. Alberto Pilotto

"Sulla base di questo principio – prosegue Pilotto – SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

La situazione nelle case di riposo

Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia.

"Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il prof. Alberto Pilotto – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performance motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate".

Anziani, problemi sociali e tecnologia

Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psicosociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo.

Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente.

Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

"Questo comportamento rischia di creare un 'sommerso' sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare e aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo e attivo, e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi", sottolinea il prof. Alberto Pilotto.

"Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia: *"Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana"*. Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione", conclude il prof. Pilotto.



Morire di Coronavirus nelle case di riposo: così gli anziani più fragili diventano vittime del contagio

Il 90 per cento dei defunti a causa della pandemia aveva più di 70 anni. La polemica politica sulla gestione delle RSA e le indicazioni degli esperti di SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio)

Di Lorenzo Zacchetti

Pubblicato il 3 Apr. 2020 alle 17:38

Quasi **il 90 per cento dei defunti** finora registrati a causa del **Coronavirus** aveva più di 70 anni. Benché le statistiche ufficiali vadano prese con le **opportune cautele**, il dato di fondo è chiarissimo e implacabile, come confermato a livello globale anche dall'OMS. Oltre agli ospedali, dove il numero di anziani ricoverati è molto elevato, il problema riguarda in particolare le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Se già la convivenza in regime di comunità rappresenta un elevato rischio di contagio (come ad esempio nel caso del **carcere**) le persone che si trovano in casa di riposo hanno in più il problema della fragilità.

Definire questa condizione non è scontato come potrebbe sembrare. Il Prof. **Alberto Pilotto**, presidente eletto di SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) spiega: "Parliamo di 'anziano fragile' con riferimento a quel soggetto che, di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali". "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età", evidenzia il Prof. Pilotto.

"Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da Coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

Studio Comunicazione DIESSECOM

Il problema è particolarmente sentito laddove il Coronavirus si è manifestato con maggior virulenza, ovvero in Lombardia. Nei giorni scorsi, il Forum del Terzo Settore ha parlato di “**strage degli innocenti**”, ma il bilancio in seguito si è ulteriormente aggravato per via di numerosi decessi: nel solo mese di marzo ce ne sono stati ben 79, nelle sole due residenze comunali del Quartiere Corvetto a Milano. Ciò ha spinto il Consigliere di Municipio 4 Giacomo Perego a richiedere al Presidente di Regione Lombardia **Attilio Fontana** di “prendere in mano subito le situazioni di propria responsabilità, come la gestione dell'emergenza sanitaria nelle case di riposo”. Una richiesta che, spiega l'esponente del PD, “non ha a che fare con la polemica politica. Non possiamo permettere che l'inerzia a proteggere le persone più fragili vada oltre! Dove sono i protocolli della Regione Lombardia? Come si difende la vita umana anche dentro queste strutture? Mi sembrano domande di umanità, prima che di politica. La vita di un anziano malato ha uguale valore e dignità da preservare”.

Inevitabilmente, lo scontro politico fa da sottofondo a una vicenda che vede proprio in Regione Lombardia il suo fulcro. Il Vicepresidente dell'Assemblea, **Carlo Borghetti** del PD, durante l'ultima seduta del Consiglio ha perso le staffe per via del rifiuto da parte della maggioranza di discutere le proposte avanzate dal centrosinistra per contenere il contagio, respingendo la richiesta di un consiglio straordinario dedicato alla sanità. Il dibattito quindi si è spostato fuori dall'aula e Borghetti ha invitato la Regione a rivedere la propria strategia, facendo in modo che nelle RSA non vengano alloggiati pazienti positivi al test COVID: “In Lombardia, secondo l'ISS tra febbraio e marzo la mortalità nelle RSA è del 19,2%, in Veneto è del 6,2%: il Veneto ha adottato la strategia opposta della Lombardia, anche sui tamponi agli operatori sociosanitari”.

L'europarlamentare **Pierfrancesco Majorino**, già assessore alle Politiche Sociali del Comune di Milano, invoca addirittura l'intervento della Prefettura: “La situazione nelle case di riposo della Lombardia è drammatica. La Regione sta facendo di tutto per mettere a tacere, come polvere da nascondere sotto il tappeto, un contesto terribile che si è determinato in queste settimane, laddove non si dava alcuna importanza agli aspetti riguardanti la gestione del Coronavirus all'esterno delle strutture ospedaliere”. “Possiamo affermare che le RSA, sia nel territorio metropolitano che all'esterno di esso, pur con numeri diversi e magari a fronte di tentativi recenti messi in atto dai gestori, sono bisognose di investimenti a tappeto, anche a prescindere dalla natura giuridica dei singoli istituti. A fronte di tale scenario, credo si renda indispensabile l'intervento delle Prefetture. In particolare nell'ambito territoriale dell'area metropolitana milanese credo che l'intervento diretto del Prefetto attraverso l'istituzione di un Comitato ad hoc potrebbe svolgere quella funzione di controllo mirato e di coordinamento degli interventi che, evidentemente, altri non riescono a garantire”.

Sul tema, anche il centrodestra esprime delle critiche. **Stefano Bolognini**, assessore alle Politiche Sociali della Regione Lombardia, nei giorni scorsi ha criticato il Governo nazionale per la mancanza nel Decreto Cura Italia di “fondi per le persone con disabilità gravi e gravissime e per i ‘caregivers’ che con grande amore si prendono quotidianamente cura di loro”. L'esponente leghista si è quindi augurato che nel decreto previsto per il mese di aprile “vengano stanziati soldi per il potenziamento del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, FNA. Un fondo istituito proprio al fine di sostenere economicamente le persone con disabilità gravi e gravissime che necessitano di assistenza domiciliare continua”.

SIGOT – Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

Di Redazione 3 Aprile 2020 Nessun commento

Anziani e Coronavirus. La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso"

"SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura" sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT

ANZIANI E FRAGILITA' – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. *"Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".*

Studio Comunicazione DIESSECOM

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di “anziano fragile” fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. *“Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione”.*

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. *“Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.”*

Studio Comunicazione DIESSECOM

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la **fragilità psico-sociale** che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. *“Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domestiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – “Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. “Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana”. Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è*

cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

Anziani e Coronavirus, SIGOT sottolinea i rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del “sommerso”

“SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità”

A cura di Beatrice Raso | 3 Aprile 2020 17:26

👍 Mi piace 0

*“SIGOT ha promosso uno studio negli **anziani** con infezione da **Covid-19** che misura il ruolo della **fragilità** nel determinare l'accesso alle **terapie invasive** e il rischio di **mortalità**. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura” sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT*

ANZIANI E FRAGILITA' – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. *“Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus”.*

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di “anziano fragile” fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. *“Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto.*

– Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la **fragilità psico-sociale** che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

Anziani e Covid-19, SIGOT: il rischio è la fragilità

Aprile 3, 2020 / 5 min read

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso"

3 Aprile 2020

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. *"Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano - spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. - Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".*

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT

La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. *"Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età - evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. - Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".*

Studio Comunicazione DIESSECOM

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO

Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. *"Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio - afferma il Prof. **Alberto Pilotto**. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."*

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA

Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. *"Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi - sottolinea il Prof. **Alberto Pilotto**. - "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo".* Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. *"Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana".* Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.



 spraynews2018 · 21 ore fa · Tempo di lettura: 4 min

Anziani e Coronavirus, il rischio è la fragilità

Uno studio della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso" I geriatri ospedalieri hanno promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura.

di Daniel Della Seta

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Studio Comunicazione DIESSECOM


Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA - Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domestiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. - "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

Cancelled ArnoneNews

SIGOT – Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

 PUBLISHED APRILE 3, 2020  COMMENTS 0

Anziani e Coronavirus. La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il "SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura" sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT

ANZIANI E FRAGILITÀ – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il **Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT** – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – *Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus*".

CHI È L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate".

Studio Comunicazione DIESSECOM

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la **fragilità psico-sociale** che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. *“Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domestiche e robotiche che permettano il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotta. – “Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. “Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana”. Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.*



Morire di Coronavirus nelle case di riposo | così gli anziani più fragili diventano

Quasi il 90 per cento dei defunti finora registrati a causa del Coronavirus aveva più di 70 anni. ...

Segnalato da : **tpi**

[Commenta](#)

Morire di Coronavirus nelle case di riposo: così gli anziani più fragili diventano vittime del contagio (Di venerdì 3 aprile 2020) Quasi il 90 per cento dei defunti finora registrati a causa del **Coronavirus** aveva più di 70 anni. Benché le statistiche ufficiali vadano prese con le opportune cautele, il dato di fondo è chiarissimo e implacabile, come confermato a livello globale anche dall'OMS. Oltre agli ospedali, dove il numero di **anziani** ricoverati è molto elevato, il problema riguarda in particolare le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Se già la convivenza in regime di comunità rappresenta un elevato rischio di contagio (come ad esempio nel caso del carcere) le persone che si trovano in casa di **riposo** hanno in più il problema della **fragilità**. Definire questa condizione non è scontato come potrebbe sembrare. Il Prof. Alberto Pilotto, presidente eletto di SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio) spiega: ...

[Leggi su tpi](#)



Coronavirus, la fragilità della terza età

4 Aprile 2020 Di LA REDAZIONE

“Sigot ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l’accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità”.



Alberto Pilotto

Anziani e fragilità– I dati dell’Istituto superiore di sanità, in merito all’epidemia da Covid-19 in Italia, mostrano che le fasce d’età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall’Oms. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. “Pur colpendo tutte le età, l’infezione ha i suoi effetti più severi sull’anziano – spiega il professor Alberto Pilotto, presidente eletto Sigot (Società italiana di geriatria ospedale e territorio) – le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l’anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l’anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l’infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all’analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus”.

Chi è l’anziano fragile? Lo studio Sigot– La definizione di “anziano fragile” fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell’anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il Sistema sanitario come quello di queste settimane. C’è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. “Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all’età del paziente, anche se presa singolarmente l’età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il professor Alberto Pilotto – per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall’assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell’individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell’approccio clinico all’anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell’anziano. Sulla base di questo principio, Sigot ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell’accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione”.

Studio Comunicazione DIESSECOM

La situazione nelle case di riposo– Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. “Gli anziani che si trovano all’interno di una Rsa sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma Pilotto – inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. Sigot insieme ad altre Società scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle Rsa promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le Rsa maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.”

Anziani, problemi sociali e tecnologia– Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell’anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell’individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l’esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. “Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l’impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l’anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il professore – il mondo dell’anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l’emergenza coronavirus in Italia. “Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana”. Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

SIGOT – Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

📅 4 Aprile 2020 📍 Il Faro 💬 0 Commenti

"SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità. La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura" sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT

ANZIANI E FRAGILITÀ – I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. *"Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".*

CHI È L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. *"Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".*

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. *“Gli anziani che si trovano all’interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. –*

Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.”

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell’anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell’individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l’esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. *“Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l’impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l’anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – “Il mondo dell’anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l’emergenza coronavirus in Italia. “Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana”. Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.*



Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

BY: IN DIES / ON: APRILE 4, 2020 / IN: BENESSERE, SALUTE / TAGGED: ANZIANI, CORONAVIRUS, COVID-19



foto Flickr

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che **le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni**, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano - spiega il Prof. **Alberto Pilotto**, Presidente eletto SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. - Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è **soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale** che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT - La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un **evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19**, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età - evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. - Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO - Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, **la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani**, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio - afferma il Prof. Alberto Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI E TECNOLOGIA - Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: **la solitudine dell'anziano**, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la **fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale**, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi - sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. - "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per il più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Gli anziani e il COVID-19: fragilità fisica e psico-sociale

4 aprile 2020 – by [ugo perugini](#)

0 

di U.P.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS.

*"Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale", dice il **Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT** – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.*

Il SIGOT sta elaborando uno studio che misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così sarà possibile capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione.

parte il grave problema degli anziani che si trovano all'interno di una RSA che sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio, non va nemmeno dimenticato l'aspetto psico-sociale di questa pandemia che colpisce gli anziani in genere.

Parliamo della solitudine che ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

*“Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l’impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l’anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il **Prof. Alberto Pilotto**. – “Il mondo dell’anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo.*

Il **Presidente Sergio Mattarella**, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. *“Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana”.* Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.



SIGOT: anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione

di Federico Marconi

ROMA - I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano - spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. - Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente. L'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

LO STUDIO SIGOT - La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un

spesso difficile in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire.

LA VALUTAZIONE - «Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età - evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. - Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione».

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO - Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. «Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio - afferma il Prof. Alberto Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate».

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI, TECNOLOGIA - Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. «Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domestiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi» sottolinea il Prof. Alberto Pilotto.

PRESERVARE E CURARE - Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. «Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana». Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

SIGOT – Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità



By VIVIROMA – 6 Aprile 2020  Nessun commento

“SIGOT ha promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l’accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità.

La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell’infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura” sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT

ANZIANI E FRAGILITA’ – I dati dell’Istituto Superiore di Sanità in merito all’epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d’età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall’OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. “Pur colpendo tutte le età, l’infezione ha i suoi effetti più severi sull’anziano – spiega il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l’anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l’anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l’infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all’analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus”.

CHI E’ L’ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di “anziano fragile” fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell’anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane.

C’è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. “Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all’età del paziente, anche se presa singolarmente l’età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall’assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell’individuo.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19.

Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il Prof. Alberto Pilotto. –

Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA – Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo.

Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente.

Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti.

Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – sottolinea il Prof. Alberto Pilotto. – "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo.

Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo scorso ha così descritto l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante: preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

SALUTE | 8 Aprile 2020

Anziani e Coronavirus. Conversano (HappyAgeing): «Meno fragili con vaccino contro pneumococco, influenza e herpes zoster»

di Isabella Faggiano

«Vaccinarsi contro lo pneumococco: sarà questa la prima cosa da fare appena usciremo dalla fase 1 dell'emergenza». È il consiglio che **Michele Conversano**, presidente di HappyAgeing, direttore del dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, Past President della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva (SItI), rivolge a tutti gli anziani d'Italia. O per lo meno a tutti coloro che non l'hanno già fatto in passato: «Il vaccino antipneumococcico, infatti - aggiunge lo specialista -, si effettua una sola volta nella vita. Subito dopo, già a metà settembre - in anticipo rispetto al solito -, sarà necessario **provvedere al vaccino antinfluenzale**, per poi tutelarsi anche contro l'herpes zoster».

Non solo perché **la prevenzione** vaccinale è uno dei pilastri, riconosciuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per un **invecchiamento attivo**, «ma anche perché - aggiunge Conversano - è **probabile che in autunno ci troveremo a dover fronteggiare una nuova emergenza Coronavirus**. E non possiamo farci trovare impreparati. Due su tre delle vaccinazioni consigliate ai più anziani servono a prevenire malattie respiratorie: l'influenza e la polmonite da pneumococco. Evitare di essere suscettibili a queste patologie - spiega il presidente di HappyAgeing - ci permette di avere un sistema immunitario capace di rispondere meglio alla circolazione del Coronavirus. Lo abbiamo visto anche in questo periodo: chi ha affrontato il Covid-19 dopo aver contratto **una malattia acuta respiratoria**, come una seria influenza, ha avuto meno possibilità di reagire al contagio da Coronavirus».

Da quando è cominciata l'emergenza Coronavirus Michele Conversano è "virtualmente" accanto a tutti gli anziani d'Italia attraverso **"l'Esperto risponde"**, **un servizio online gratuito, lanciato e curato da HappyAgeing**, per una corretta informazione e buone pratiche. (Per inviare le domande è sufficiente **compilare il modulo di richiesta**).

A rispondere alle domande degli utenti, pubblicate in forma anonima, saranno due medici: il dottore **Michele Conversano** e il professore **Claudio Pedone**, membro del direttivo di HappyAgeing in rappresentanza della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e professore associato di Medicina interna, Università Campus Bio-Medico di Roma.

Un supporto necessario se si considera che le fasce d'età più colpite da mortalità durante l'epidemia da Covid-19 in Italia, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Ma non è tutto. **Le conseguenze sugli anziani non si limitano purtroppo all'elevatissimo tasso di decessi** (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni): la pandemia da Covid-19, secondo uno studio promosso dalla **Sigot**, la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio, ha fatto emergere il rischio per l'anziano fragile di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale, che renderanno difficile il ritorno alla condizione precedente l'infezione.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus e anziani. L'allarme dei geriatri: "Non solo l'elevatissima mortalità, il vero rischio è la fragilità"

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso". Promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità

09 APR - "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano. Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

A puntare i riflettori sulla parte più debole della pandemia è **Alberto Pilotto**, Presidente eletto della Sigot, la **Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio** che ha promosso uno studio per misurare il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'Oms. Questo aspetto per la Sigot merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata.

La definizione di "anziano fragile", evidenzia la Sigot, fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali: "Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane".

C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia Pilotto – per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano".

Sulla base di questo principio, Sigot ha promosso lo studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus: "Solo così – sottolinea il presidente – riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. “Gli anziani che si trovano all’interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. Sigot insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.”

Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell’anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell’individuo. Bisogna tenere presente, prosegue la Sigot, che la fragilità si previene e si cura attraverso l’esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

“Questo comportamento – prosegue Pilotto – rischia di creare un ‘sommerso’ sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l’impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l’anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi”.

Insomma, il mondo dell’anziano è a rischio: “Questo va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo”. E il messaggio del Presidente Sergio Mattarella è importante, conclude la Sigot: “Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione”.

09 aprile 2020
© Riproduzione riservata

Coronavirus e anziani. L'allarme dei geriatri: "Non solo l'elevatissima mortalità, il vero rischio è la fragilità"

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) evidenzia alcune delle complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo, le conseguenze psicologiche e sociali e il problema del "sommerso". Promosso uno studio negli anziani con infezione da Covid-19 che misura il ruolo della fragilità nel determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità



09 APR - "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano. Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da Covid-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

A puntare i riflettori sulla parte più debole della pandemia è **Alberto Pilotto**, Presidente eletto della Sigot, la **Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio** che ha promosso uno studio per misurare il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'Oms. Questo aspetto per la Sigot merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata.

La definizione di "anziano fragile", evidenzia la Sigot, fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali: "Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane".

C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. "Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenza Pilotto – per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano".

Sulla base di questo principio, Sigot ha promosso lo studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus: "Solo così – sottolinea il presidente – riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione".

Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. "Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. Sigot insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate."

Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente, prosegue la Sigot, che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

"Questo comportamento – prosegue Pilotto – rischia di creare un 'sommerso' sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi".

Insomma, il mondo dell'anziano è a rischio: "Questo va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo". E il messaggio del Presidente Sergio Mattarella è importante, conclude la Sigot: "Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione".

09 aprile 2020
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anziani e Covid-19, il rischio è la fragilità

9 Aprile 2020

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. Ne abbiamo parlato con il **Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.**

“Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – spiega – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni). Tuttavia la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus”.

CHI È L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT

La definizione di “anziano fragile” fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. “Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il **Prof. Alberto Pilotto.** – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo”.

Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione.

Studio Comunicazione DIESSECOM

LA SITUAZIONE NELLE CASE DI RIPOSO

Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia.

“Gli anziani che si trovano all’interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – afferma il **Prof. Alberto Pilotto**. – Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.”

ANZIANI, PROBLEMI SOCIALI e TECNOLOGIA

Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la **fragilità psico-sociale** che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell’anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell’individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l’esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità.

“Questo comportamento rischia di creare un “sommerso” sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l’impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l’anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attiva” conclude **Pilotto**.

apr
10
2020

Anziani al tempo del coronavirus, fragilità e solitudine i problemi principali

TAGS: ANZIANO (OLTRE 80 ANNI), CORONAVIRUS, ANZIANO FRAGILE, CORONAVIRUS 2019-NCOV, COVID-19, SARS-COV-2

ARTICOLI CORRELATI

10-04-2020 | Autismo e Covid-19. Linee guida Iss per una gestione adeguata

09-04-2020 | COVID-19, come gestire le malattie infiammatorie intestinali

07-04-2020 | ACE-inibitori/sartani e rischio COVID-19, solo ipotesi: le terapie non vanno modificate

Gli anziani sono la popolazione che più da vicino sta vivendo il dramma del coronavirus, e le Società mediche del nostro paese si impegnano a studiare e valutare la loro situazione in maniera continua. La Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot) ha pubblicato un documento in cui evidenzia i problemi dell'anziano fragile, ovvero della persona che, nell'affrontare una situazione particolare come quella attuale, non riesce a rispondere in maniera adeguata, ed è sottoposta a maggiore rischio di morte, disabilità e peggioramento della propria salute. Questa caratterizzazione di fragilità ha un grande peso quando

si parla di ricovero ospedaliero nell'emergenza. «Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se, presa singolarmente, l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto. Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbilità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo» spiega **Alberto Pilotto**, presidente Sigot. Il problema però non si ferma all'ambito ospedaliero; in Italia, infatti, oltre 300.000 anziani vivono in residenze socio-assistenziali (Rsa). «Gli anziani che si trovano all'interno di una Rsa sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio. Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida» prosegue **Pilotto**. Un altro aspetto da non sottovalutare è quello della solitudine dell'anziano, che in questo periodo purtroppo diventa estrema. In un altro documento, la Società italiana di ortopedia e traumatologia (Siot)

ricorda che gli anziani, oltre ad essere i più vulnerabili alla malattia, sono la popolazione che più paga i problemi derivanti dalla limitazione delle uscite di casa dal punto di vista fisico. Secondo gli esperti è molto importante che queste persone continuino comunque a conservare il proprio benessere fisico, praticando forme di movimento mirate al coordinamento e il movimento armonico, per prevenire osteoporosi e sarcopenia.



 spraynews2018 / · 14 ore fa · Tempo di lettura: 5 min

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio: I rischi nelle case di riposo e RSA.

Anziani e Coronavirus. **La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio** evidenzia le complicazioni legate all'infezione. I rischi nelle case di riposo e RSA.

Ecco lo studio italiano: anziani e Covid-19. Anche Mattarella e Papa Francesco in difesa della tutela degli anziani. Per i geriatri di SIGOT il rischio è la fragilità.

di Daniel Della Seta

Tutte le prime pagine dei quotidiani di oggi sono dedicate al dramma degli anziani e alla strage silenziosa nelle RSA in Italia. Come determinare l'accesso alle terapie invasive e il rischio di mortalità? La fragilità ha un peso rilevante per le conseguenze dell'infezione e va combattuta con la prevenzione e la cura" sottolinea il Prof. Alberto Pilotto, Presidente eletto SIGOT la società di Geriatria Ospedaliera autrice dello studio adottato anche a livello europeo.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità in merito all'epidemia da Covid-19 in Italia mostrano che le fasce d'età più colpite da mortalità sono quelle tra i 70 e i 90 anni, un dato confermato anche a livello globale dall'OMS. Questo aspetto merita una riflessione approfondita per capirne la reale portata. "Pur colpendo tutte le età, l'infezione ha i suoi effetti più severi sull'anziano – chiarisce il Prof. Alberto Pilotto - Direttore del Dipartimento di cure geriatriche all'ospedale Galliera di Genova. – Le conseguenze sugli anziani infatti non si limitano alla elevatissima mortalità (quasi il 90% dei deceduti da COVID-19 ha più di 70 anni); ma la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere il concetto che è soprattutto l'anziano fragile ad essere ad alto rischio di disabilità funzionale, cognitiva e psico-sociale che rendono per l'anziano difficile un ritorno alla condizione precedente l'infezione: questa è la chiave di lettura da applicare all'analisi del rapporto tra anziano e infezione da coronavirus".

CHI E' L'ANZIANO FRAGILE? LO STUDIO SIGOT – La definizione di "anziano fragile" fa riferimento a quel soggetto che di fronte a un evento di stress, quale è la pandemia da Covid-19, non è in grado di rispondere in maniera adeguata e quindi soccombe, con un aumentato rischio di eventi negativi: mortalità, disabilità e aggravamento delle proprie condizioni generali.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Lo studio della fragilità nell'anziano costituisce pertanto un fattore cruciale nella valutazione delle decisioni cliniche da prendere, spesso difficili in un momento di pressione per il sistema sanitario come quello di queste settimane. C'è un alto numero di ricoveri ospedalieri e di interventi sanitari che non sono semplici da gestire. «Le priorità spesso vengono stabilite prevalentemente in base all'età del paziente, anche se presa singolarmente l'età non può fornire indicazioni precise sulla prognosi del soggetto, basti considerare la grande eterogeneità funzionale e clinica che presentano anziani della stessa età – evidenzia il Prof. Alberto Pilotto. – Per questo è necessario valutare il grado di fragilità del paziente, che è dato dalle comorbidità e dall'assetto funzionale, cognitivo e psicosociale dell'individuo. Questa valutazione multidimensionale è molto importante nell'approccio clinico all'anziano, tanto che negli ultimi decenni la disciplina Geriatria ha promosso la metodologia della valutazione multidimensionale come strumento cruciale per la prevenzione e la cura dell'anziano. Sulla base di questo principio, SIGOT ha promosso uno studio che coinvolgerà anche alcuni paesi Europei sulla valutazione multidimensionale degli anziani con infezione da Covid-19. Lo studio misurerà il ruolo della fragilità nell'accesso alle terapie invasive e sulla mortalità nei pazienti anziani affetti da coronavirus. Solo così riusciremo a capire il peso della fragilità nel determinare le conseguenze di questa infezione».

IL DRAMMA DELLE CASE DI RIPOSO – Se negli ospedali il numero di ricoveri degli anziani è elevatissimo, la situazione è preoccupante anche nelle case di riposo e nei centri per anziani, come diverse vicende di cronaca hanno testimoniato. Queste realtà appartengono a un insieme molto eterogeneo, sia a livello nazionale che locale. Tuttavia, è possibile affermare che siano oltre 300mila gli anziani assistiti presso i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia. «Gli anziani che si trovano all'interno di una RSA sono per lo più soggetti fragili e costituiscono una popolazione ad altissimo rischio – conclude il Prof. Alberto Pilotto. - Inoltre, vivono in una condizione di comunità, nella quale un virus può avere una diffusione molto rapida. SIGOT insieme ad altre Società Scientifiche sta lavorando per fornire strumenti utili al personale che assiste gli anziani nelle RSA promuovendo la prevenzione e la cura della fragilità mediante percorsi di attività fisica e stimolazione cognitiva a distanza finalizzate al mantenimento delle performances motorie e cognitive residue: naturalmente le RSA maggiormente attrezzate da un punto di vista informatico e tecnologico sono avvantaggiate.»

ANZIANI e TECNOLOGIA - Un altro aspetto emerso in merito alla popolazione anziana è la fragilità psico-sociale che viene aggravata da questa pandemia: la solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Bisogna tenere presente che la fragilità si previene e si cura attraverso l'esercizio fisico e la vita sociale, non praticabili in questo momento di chiusura totale delle case e dei punti di aggregazione: la condizione di fragilità si accentua così ulteriormente. Infine, gli anziani in solitudine e costretti nelle proprie abitazioni potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. "Questo comportamento rischia di creare un "sommerso" sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi e che può emergere solo attivando efficaci strumenti alternativi di contatto medico-paziente sfruttando le metodologie della telemedicina e l'impiego di tecnologie innovative domotiche e robotiche che permettono il monitoraggio e la cura a distanza dei pazienti. Gli anziani non sono oggi preparati a sfruttare pienamente le tecnologie: in questo ambito importante è il ruolo dei caregiver e dei familiari che possono accompagnare ed aiutare l'anziano ad accostarsi alla tecnologia in modo costruttivo ed attivo e non passivo come attualmente per lo più viene proposto dai media televisivi – precisa il clinico- "Il mondo dell'anziano è a rischio: ciò va sottolineato al fine di avviare dei percorsi di diagnosi e cura per chi è fragile o rischia di diventarlo. Il Presidente Sergio Mattarella, in una lettera del 22 marzo e Papa Francesco ieri pubblicamente durante la Messa a Santa Marta hanno posto l'accento da anziani autorevolissimi sul tema sociale. E nelle loro parole così è descritta l'emergenza coronavirus in Italia. "Qui, in numerosi territori con tante vittime, viene decimata la generazione più anziana, composta da persone che costituiscono per i più giovani punto di riferimento non soltanto negli affetti ma anche nella vita quotidiana". Questa frase ci comunica un messaggio molto importante- ha sottolineato dai microfoni di Fuori Tg3 Oltre la Porta il Presidente SIGOT Filippo Fimognari - Preservare e curare al meglio gli anziani è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione.

SALUTE | 1 Luglio 2020

L'appello delle Società scientifiche: «Rischio cessato? Non ci sono basi scientifiche. Mantenere misure»

Un network di società scientifiche raccoglie l'appello della Simit contro il virus: «Non è virus più o meno aggressivo, è risposta singolo umano più o meno efficace»

*di Redazione*

Il confronto nella comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della **Simit** (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali), i quali sostengono la necessità di continuare a **mantenere le misure di prevenzione**. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere SIMIT, Torino), **Massimo Galli** (Past President SIMIT, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, hanno aderito alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sud e Siaarti.

LA LETTERA DELLA SIMIT

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile **arrestare la progressione dell'ondata epidemica**. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico, è stato sostanzialmente lo stesso. Con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso **non emergono differenze significative nei ceppi virali** presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia.

In altre parole, **non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo'**, ma è il **singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi**. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso. Quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare **casi di estrema gravità come all'inizio** dell'epidemia.

Studio Comunicazione DIESSECOM

«Affermare che il “rischio epidemico” sia cessato **non ha nessuna base scientifica** e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il **Presidente Simit, Marcello Tavio** -. Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva».

LE ADESIONI DELLA COMUNITA' SCIENTIFICA

«La **Simg** condivide il manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è **in atto un secondo ciclo endemico**, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica» evidenzia il **Prof. Claudio Cricelli, Presidente Simg** (Società Italiana di Medicina Generale).

«Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La **Sigot** aderisce all'appello degli infettivologi Simit perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che **quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza** determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva» commenta il **Prof. Filippo Fimognari, Presidente Sigot** (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio).

«Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, e utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, **diffondere ipotesi** al grande pubblico attraverso i media **crea disorientamento** e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della Simit» sottolinea il **Prof. Francesco Purrello, Presidente Sid** (Società Italiana di diabetologia).

«Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a **continuare nella sorveglianza**, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35 mila vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come Siaarti promuovono **l'alleanza fra professionisti della salute** per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure» aggiunge la **Prof.ssa Flavia Petrini, Presidente Siaarti** (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva).

in salute news

Covid-19, mantenere alta la guardia su rischi e misure di sicurezza. Network di Società scientifiche raccoglie l'appello SIMIT

DI INSALUTENEWS.IT - 1 LUGLIO 2020

"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute" sottolineano congiuntamente i Presidenti di SIMIT, SIAARTI, SIMG, SID, SIGOT



Roma, 1 luglio 2020 – Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT – Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno.

Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.

La lettera della SIMIT

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi.

È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.

"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".



Prof. Marcello Tavio



Prof. Claudio Cricelli

Le adesioni della comunità scientifica

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma

piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale.

"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva", commenta il prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.



Prof. Filippo Fimognari



Prof.ssa Flavia Petrini

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, e utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT", sottolinea il prof. Francesco Purrello, Presidente SID

– Società Italiana di diabetologia.

"Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure", aggiunge la prof.ssa Flavia Petrini, Presidente SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Covid-19, necessario mantenere le misure di prevenzione. Le Società Scientifiche raccolgono l'appello della SIMIT contro il virus

1 Luglio 2020 / 6 min read

La Covid-19 esiste e resta una minaccia pericolosa visti gli ultimi focolai a livello nazionale. Molte le adesioni delle società scientifiche al fianco degli infettivologi della SIMIT per un appello comune a mantenere alta la guardia sui rischi e sull'importanza delle misure di sicurezza ancora più in questi mesi estivi.

1 Luglio 2020

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della **SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali**, i quali sostengono la **necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione**. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere SIMIT, Torino), **Massimo Galli** (Past President SIMIT, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della **SIMIT** altre importanti Società Scientifiche: **SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI**.

LA LETTERA DELLA SIMIT

Nella lettera, gli **infettivologi** sottolineano che è solo **grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica**. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, **non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi**. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al **San Raffaele Pisana** di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. *"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio - Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva"*.

Studio Comunicazione **DIESSECOM**

LE ADESIONI DELLA COMUNITA' SCIENTIFICA

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Prof. **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale.



Claudio Cricelli



Filippo Fimognari

"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. **Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT" sottolinea il Prof. **Francesco Purrello**, Presidente SID – Società Italiana di Diabetologia.



Flavia Petri

"Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure" aggiunge la Prof.ssa **Flavia Petri**, Presidente SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Studio Comunicazione DIESSECOM

Covid, network societ scientifiche: rischio epidemico non cessato

askanews Cro-Mpd
Askanews 1 luglio 2020



Roma, 1 lug. (askanews) - "Affermare che il "rischio epidemico" abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e pu essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". E' l'allarme delle societ scientifiche SIMIT, SIAARTI, SIMG, SID, SIGOT. Medici di famiglia, Geriatri ospedalieri, microbiologi, intensivisti, diabetologi che hanno deciso di rispondere con una lettera aperta al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Societ Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non il virus ad essere pi o meno 'aggressivo', ma il singolo ospite umano pi o meno in grado di difendersi.

(Segue)

Covid, network societ scientifiche: rischio epidemico non cessato -2-

[askanews](#) Cro-Mpd

Askanews 1 luglio 2020

Roma, 1 lug. (askanews) - inoltre verosimile - affermano gli esperti - che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.

"Affermare che il "rischio epidemico" abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT, Marcello Tavio - Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG - Società Italiana di Medicina Generale. "Non vi alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non ancora passato, necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT - Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. (Segue)

Appello società scientifiche: "Rischio epidemico non è finito"



"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo sottolineano congiuntamente i presidenti di Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). Gli infettivologi della Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali) e i colleghi delle altre società scientifiche illustrano le proprie argomentazioni in una lettera aperta che risponde al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno.

Le prime firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit), Massimo Andreoni (direttore scientifico Simit), Giovanni Di Perri (consigliere Simit), Massimo Galli (past president Simit), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente Simit) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera hanno aderito alla posizione della Simit le altre società scientifiche. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che "è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica". Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.



Appello società scientifiche: “Rischio epidemico non è finito”

“Affermare che il ‘rischio epidemico’ sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute”. Lo sottolineano congiuntamente i presidenti di Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). Gli infettivologi della Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali) e i colleghi delle altre società scientifiche illustrano le proprie argomentazioni in una lettera aperta che risponde al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno.

Le prime firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit), Massimo Andreoni (direttore scientifico Simit), Giovanni Di Perri (consigliere Simit), Massimo Galli (past president Simit), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente Simit) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera hanno aderito alla posizione della Simit le altre società scientifiche. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che “è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell’onda epidemica”. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l’elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno aggressivo, secondo gli esperti, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. E’ inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all’inizio dell’epidemia.

"Affermare che il rischio epidemico sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante, perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta a una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La Simg condivide il Manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima", evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. "Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva", commenta Filippo Fimognari, presidente Sigot.

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche e utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi", dice Francesco Purrello, presidente Sid. "Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale", conclude Flavia Petri, presidente Siaarti.



Homepage ► Notizie del giorno ► Notizia

Fase 3: infettivologi, rischio epidemia non è finito



"Virus non è cambiato, uguale in Brasile come a Mondragone"

15:56 - 01/07/2020

Stampa

(ANSA) - ROMA, 01 LUG - "Affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo dicono in una nota congiunta i presidenti delle società scientifiche degli infettivologi (Simit), degli anestesisti (Siaarti), di Medicina generale (Simg), di diabetologia (Sid) e di geriatria (Sigot).

La Simit sottolinea la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione e le argomentazioni sono state espone in una lettera aperta. Un documento in cui viene spiegato che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. E ancora: "Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri".

Inoltre - aggiungono - dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. "Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi". È verosimile - si legge ancora nella lettera - che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, Palmi, Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. (ANSA).

Studio Comunicazione DIESSECOM

ABRUZZO LIVE

“Il rischio epidemia non è finito”, l’allarme di 3 società di infettivologi

Di **Francesca Salvati** — Il 1 Luglio, 2020

ATTUALITÀ L'AQUILA



Roma. “Affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute”. **Lo dicono in una nota congiunta i presidenti delle società scientifiche degli infettivologi (Simit), degli anestesisti (Siaarti), di Medicina generale (Simg), di diabetologia (Sid) e di geriatria (Sigot).** La Simit sottolinea la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione e

le argomentazioni sono state espone in una lettera aperta. Un documento in

cui viene spiegato che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell’ ondata epidemica.

E ancora: “Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri”.

“Inoltre – aggiungono – dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l’elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno ‘aggressivo’, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi”.

“È verosimile – si legge ancora nella lettera – che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, Palmi, Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all’inizio dell’epidemia”

Studio Comunicazione DIESSECOM

Radio Veronica One

APPELLO SOCIETÀ SCIENTIFICHE: "RISCHIO EPIDEMICO NON È FINITO"

Publicato il: 01/07/2020 12:40

"Affermare che il 'rischio epidemico' sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo sottolineano congiuntamente i presidenti di Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). Gli infettivologi della Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali) e i colleghi delle altre società scientifiche illustrano le proprie argomentazioni in una lettera aperta che risponde al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno.

Le prime firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit), Massimo Andreoni (direttore scientifico Simit), Giovanni Di Perri (consigliere Simit), Massimo Galli (past president Simit), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente Simit) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera hanno aderito alla posizione della Simit le altre società scientifiche. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che "è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica". Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno aggressivo, secondo gli esperti, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. E' inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Affermare che il rischio epidemico sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante, perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta a una eventuale seconda ondata epidemica; **seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione**, individuale e collettiva”.

“La Simg condivide il Manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima”, evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. “Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all’ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. **Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento** del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva”, commenta Filippo Fimognari, presidente Sigot.

“Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche e utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all’ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi”, dice Francesco Purrello, presidente Sid. “Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell’atteggiamento prudentiale”, conclude Flavia Petrini, presidente Siaarti.



Coronavirus, allarme delle società scientifiche: “Il rischio epidemico non è cessato. Affermarlo non alcuna base scientifica e induce disorientamento”

“Affermare che il “rischio epidemico” abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute”. E’ l’allarme delle società scientifiche SIMIT, SIAARTI, SIMG, SID, SIGOT. Medici di famiglia, Geriatri ospedalieri, microbiologi, intensivisti, diabetologi che hanno deciso di rispondere con una lettera aperta al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere SIMIT, Torino), Massimo Galli (Past President SIMIT, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell’ ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l’ elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno “aggressivo”, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi.

È inoltre verosimile – affermano gli esperti – che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all’ inizio dell’ epidemia. “Affermare che il “rischio epidemico” abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente SIMIT, Marcello Tavio – il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva”. “La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica” evidenzia il Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale. “Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all’ ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all’ appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva” commenta il Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all’ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT” sottolinea il Prof. Francesco Purrello, Presidente SID – Società Italiana di diabetologia. “Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell’atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l’esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l’alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall’esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all’umanizzazione ed all’etica delle cure” aggiunge la Prof.ssa Flavia Petri, Presidente SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

DottNet

Infettivologi, rischio epidemia non è finito



INFETTIVOLOGIA | REDAZIONE DOTNET | 02/07/2020 18:43

"Il virus non è cambiato, è uguale in Brasile come a Mondragone"

"Affermare che il rischio **epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica**, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Lo dicono in una nota congiunta i presidenti delle società **scientifiche degli infettivologi (Simit), degli anestesisti (Siaarti), di Medicina generale (Simg), di diabetologia (Sid) e di geriatria (Sigot)**. La Simit sottolinea la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione e le

argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta.

Un documento in cui viene spiegato **che è solo grazie alle misure di contenimento adottate** con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. E ancora: "Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza **di un ceppo rispetto agli altri**".

Inoltre - aggiungono - **dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative** nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. "Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. **In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi**". È verosimile - si legge ancora nella lettera - che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, Palmi, Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono **essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma**, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.



"TROPPIA EUIFORIA SUI DATI" - LA COMUNITÀ SCIENTIFICA NON RIESCE A TROVARE UN DATO SU CUI ESSERE D'ACCORDO - LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DICHIARANO GUERRA ALL'ANESTESISTA DEL SAN RAFFAELE, ALBERTO ZANGRILLO, COLPEVOLE DI AVER SPRUZZATO NELL'ARIA UN'ONDATA DI OTTIMISMO. "NON C'È BASE SCIENTIFICA PER AFFERMARE CHE IL RISCHIO PANDEMICO SIA CONCLUSO. IN REALTÀ È IN ATTO UN SECONDO CICLO..."

02.07.2020 13:56



Le società scientifiche tirano il freno a mano e cercano di ristabilire la verità sulla pandemia. Ben consapevoli che i ricercatori non possano più continuare con il botta-e-risposta su una questione così delicata.

Sperano tuttavia che la loro diventi la posizione prevalente rispetto a quella sostenuta dal «manifesto dell'ottimismo» promosso dall'anestesista del San Raffaele Alberto Zangrillo e sottoscritto da Giuseppe Remuzzi, Giorgio Palù, Luciano Gattinoni e altri scienziati. Altro che ottimismo, sostengono le associazioni scientifiche capitanate da Massimo Gali, Marcello Tavo, Massimo Andreoni, Giovanni Di Peri, Claudio Maria Mastroianni e Carlo Federico Perno.

«Affermare che il rischio pandemico abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute» insorgono. Il documento è firmato da Simit (infettivologi), Siaart (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri). «È solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica» scrivono.

Come a dire: non facciamoci abbindolare da false illusioni, il virus è solo sotto traccia ma c'è. Non esistono diverse tipologie del virus, sostengono gli infettivologi. Il ceppo virale, implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico, è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti in Italia.

«I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia. In realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima» evidenzia Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. «Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus».

Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi» commenta Filippo Finognari, presidente Sigot. Zangrillo si indigna e ribadisce la sua posizione. «Sono previsioni senza senso che disegnano uno scenario apocalittico, molte persone sono spaventate a casa».

Tutti gli indicatori stanno volgendo al bello. Per adattarsi all'ospite, il virus in qualche modo si è modificato e ha perso la sua capacità di replicarsi come qualche mese fa. I tamponi che noi stiamo osservando ci fanno vedere che la carica non è in grado di produrre la patologia». La posizione del direttore di Anestesia al San Raffaele non trova d'accordo nemmeno il virologo Andrea Crisanti, responsabile della Microbiologia all'università di Padova.

Che, anzi, lo bacchetta in tv. «Troppa euforia, ho grandissima stima di Zangrillo ma spero che tra due mesi non debba pentirsi di aver indotto atteggiamenti poco coerenti». Massimo Clementi gli risponde con una stoccafisso: «Crisanti si è sempre occupato di malaria». I numeri di ottobre e novembre diranno chi ha ragione.

Coronavirus, infettivologi: “Rischi epidemici presenti, grave affermare il contrario”

Di **Rosario Caracciolo** — Pubblicato il **2 luglio, 2020**

“Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia”.

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti.

“Affermare che il “rischio epidemico” sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva”.

“La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica”, evidenzia Claudio Cricelli, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale. “Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all’ ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all’appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva”, commenta Filippo Fimognari, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

fonte MSN notizie

Covid-19, bisogna mantenere alta la guardia. L'appello di un network di società scientifiche

🕒 Giovedì 2 Luglio 2020 ✍️ Redazione

COVID-19

*Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT - Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere SIMIT, Torino), **Massimo Galli** (Past President SIMIT, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (INMI Spallanzani). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.*

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT – Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere SIMIT, Torino), **Massimo Galli** (Past President SIMIT, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (INMI Spallanzani). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.

LA LETTERA DELLA SIMIT

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Affermare che il “rischio epidemico” sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva”.

LE ADESIONI DELLA COMUNITA' SCIENTIFICA

“La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica” evidenzia il Prof. **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale.

“Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all' ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva” commenta il Prof. **Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

“Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT” sottolinea il Prof. **Francesco Purrello**, Presidente SID – Società Italiana di diabetologia.

“Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell’atteggiamento prudentiale.

La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l’esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia.

Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l’alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall’esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all’umanizzazione ed all’etica delle cure” aggiunge la Prof.ssa **Flavia Petrini**, Presidente SIAARTI - Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.



Un network di società scientifiche contro il Covid-19

2 Luglio 2020 Di LA REDAZIONE

Affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica e può indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento.

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Simit – Società italiana malattie infettive e tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (direttore scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (past president Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (vice presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti.

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno aggressivo, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. "Affermare che il rischio epidemico sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il presidente Simit Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La Simg condivide il manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il professor Claudio Cricelli, presidente Simg – Società italiana di medicina generale.

Studio Comunicazione DIESSECOM

"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La Sigot aderisce all'appello degli infettivologi Simit perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il professor Filippo Fimognari, presidente Sigot – Società italiana di geriatria ospedale e territorio.

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della Simit" sottolinea il professor Francesco Purrello, presidente Sid – Società italiana di diabetologia.

"Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli anestesisti rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società scientifiche che come Siaarti promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure" aggiunge la professoressa Flavia Petri, presidente Siaarti – Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva.

Cronache di Scienza

Le notizie più interessanti di scienza, salute, astronomia e tanto altro.

Covid, "affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica "

BY: REDAZIONE / ON: 2 LUGLIO 2020 / IN: MEDICINA / TAGGED: CORONAVIRUS

Un network di società scientifiche raccoglie l'appello della SIMIT contro il virus.

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della SIMIT – Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (Presidente SIMIT, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico SIMIT, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere SIMIT, Torino), **Massimo Galli** (Past President SIMIT, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente SIMIT, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della SIMIT altre importanti Società Scientifiche: SIMG, SIGOT, SID, SIAARTI.

LA LETTERA DELLA SIMIT

Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. *"Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il **Presidente SIMIT Marcello Tavio** – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".*

LE ADESIONI DELLA COMUNITA' SCIENTIFICA

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il **Prof. Claudio Cricelli, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale.**

"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il **Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.**

"Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della SIMIT" sottolinea il **Prof. Francesco Purrello, Presidente SID – Società Italiana di diabetologia.**

"Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure" aggiunge la **Prof.ssa Flavia Petrini, Presidente SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.**

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Covid-19: un network di società scientifiche raccoglie l'appello della Simit contro il virus

02/07/2020 in News

Covid-19 esiste e resta una minaccia pericolosa visti gli ultimi focolai a livello nazionale. Molte le adesioni delle società scientifiche al fianco degli infettivologi della Simit per un appello comune a mantenere alta la guardia sui rischi e sull'importanza delle misure di sicurezza ancora più in questi mesi estivi.

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Simit, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha "risposto" al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente Simiat, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagioso; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. «Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente Simit Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata

Studio Comunicazione DIESSECOM

che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva». «La Simg condivide il manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica» evidenzia Claudio Cricelli, Presidente Simg, Società Italiana di Medicina Generale. «Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La Sigot aderisce all'appello degli infettivologi Simit perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva» commenta Filippo Fimognari, Presidente Sigot, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. «Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della Simit» sottolinea Francesco Purrello, Presidente Sid, Società Italiana di diabetologia. «Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come Siaarti promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure» aggiunge Flavia Petrini, Presidente Siaarti, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

“Seconda ondata Covid già in atto”/ Tutti contro Zangrillo: “Pandemia non è finita”

Publicazione: 02.07.2020 - Silvana Palazzo

Coronavirus, scontro tra scienziati su seconda ondata: tutti contro Zangrillo. “Già in atto, pandemia non è finita”. E sul ceppo virale...

Continua lo scontro all'interno della comunità scientifica italiana sul **coronavirus**, ora sulla seconda ondata Covid. Al “manifesto dell'ottimismo” si contrappone il gruppo di associazioni scientifiche secondo cui c'è troppa euforia sui dati. «Affermare che il rischio pandemico abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica», scrivono in un documento **infettivologi** (Simit), **anestesisti rianimatori** (Siaarti), **medici di famiglia** (Simg), **dialettologi** (Sid) e **geriatri** (Sigot). Inoltre, affermando ciò, si può creare «disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute». Le associazioni capitanate da Massimo Galli, Marcello Tavio, Massimo Andreoni, Giovanni Di Perri, Carlo Federico Perno e Claudio Maria Mastroianni sottolineano che «solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica». Come a dire che **Alberto Zangrillo**, Giuseppe Remuzzi, Giorgio Palù, Luciano Gattinoni e altri scienziati abbiano diffuso false illusioni.

SCONTO TRA SCIENZIATI SU SECONDA ONDATA CORONAVIRUS

Per gli **infettivologi** non ci sono diversi tipi di **coronavirus**: il ceppo virale è lo stesso, con variazioni del genoma normali in un virus a Rna ma non tali da giustificare una diversa virulenza di un ceppo rispetto ad un altro. Inoltre, dagli studi non sono emerse differenze significative nei ceppi virali presenti in Italia. Se i numeri fanno pensare ad una conclusione della pandemia, in realtà siamo in un'altra fase, alla seconda ondata Covid. Per **Claudio Cricelli**, presidente della Società italiana di medicina generale, «è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima». Per **Filippo Fimognari**, presidente Sigot, c'è una «minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi». Prudente è anche il virologo **Andrea Crisanti**, responsabile della Microbiologia all'università di Padova: «Troppa euforia, ho grandissima stima di Zangrillo ma spero che tra due mesi non debba pentirsi di aver indotto atteggiamenti poco coerenti». Non manca una stiletta di **Massimo Clementi**, virologo del San Raffaele di Milano: «Crisanti si è sempre occupato di malaria».

Studio Comunicazione DIESSECOM

Coronavirus, gli esperti di malattie infettive avvisano: “Rischio ancora presente, grave dire il contrario”

Gli infettivologi della Simit sono convinti che sia necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione nella lotta al Coronavirus

A cura di Monia Sangermano | 2 Luglio 2020 12:25

 Mi piace 20

Il dibattito all'interno della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della **Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit)**, secondo i quali è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di **Marcello Tavio** (presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), **Massimo Andreoni** (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), **Giovanni Di Perri** (Consigliere Simit, Torino), **Massimo Galli** (Past President Simit, Sacco Milano), **Claudio Maria Mastroianni** (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e **Carlo Federico Perno** (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia.

Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi. È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e



contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. *"Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente Simit **Marcello Tavio** – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".*

"La SIMG condivide il manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica", evidenzia **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale.

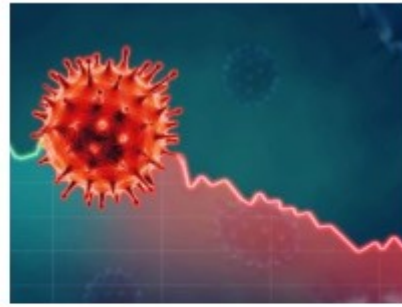
"Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi Simit perché abbiamo notato dai recenti focolai, come



quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora

passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva", commenta **Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio.

“Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all’ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della Simit”, sottolinea



Francesco Purrello, Presidente SID – Società Italiana di diabetologia. *“Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell’atteggiamento prudentiale. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l’esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come SIAARTI promuovono l’alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall’esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all’umanizzazione ed all’etica delle cure”, aggiunge*

Flavia Petrini, Presidente SIAARTI – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

Metropolis

Infettivologi: il rischio epidemia non è finito. “Il virus non è cambiato, uguale in Brasile come a Mondragone”

Redazione

“Affermare che il rischio epidemico sia cessato non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute”. Lo dicono in una nota congiunta i presidenti delle società scientifiche degli infettivologi (Simit), degli anestesisti (Siaarti), di Medicina generale (Simg), di diabetologia (Sid) e di geriatria (Sigot). La Simit sottolinea la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione e le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta. Un documento in cui viene spiegato che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. E ancora: “Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri”. Inoltre – aggiungono – dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. “Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno ‘aggressivo’, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi”. È verosimile – si legge ancora nella lettera – che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro Paese. I recenti focolai a Roma, Palmi, Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia

Coronavirus, infettivologi: 'Rischi epidemici presenti, grave affermare il contrario'

Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione

Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione

Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha 'risposto' al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti.



Il campione di poker Matteo Mutti è morto per il coronavirus: aveva 29 anni



3/9 luglio 2020



Inter, dov'è finito Esposito? Compie 18 anni, ma non gioca e il rinnovo non decolla

"Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - sottolinea il Presidente SIMIT Marcello Tavio - Il fatto che altre società

scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

Coronavirus, infettivologi: "Rischi epidemici presenti, grave affermare il contrario"

Rainews |  1 |  Crea Alert | 6 ore fa

Scienza e Tecnologia - Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali, Simit, secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il ...

[Leggi la notizia](#)

Persone: coronavirus presidente

Organizzazioni: simit sigot

Luoghi: roma geriatria ospedale

Tags: infettivologi presenti



Coronavirus, infettivologi: "Rischi epidemici presenti, grave affermare il contrario"

[Home](#) > [Rai News](#) > [Notizie del giorno](#)

Ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), secondo cui è necessario continuare a mantenere le misure di prevenzione

Coronavirus, negli Usa più di 50 mila casi rilevati in un giorno Coronavirus, il virologo Silvestri: "Una seconda ondata? E' possibile" Coronavirus. Speranza: "Quarantena per arrivi extra Schengen" Coronavirus, 12 contagi da bistrot Fiumicino: anche un cliente Condividi 02 luglio 2020 "Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia..."

la provenienza: [Rai News](#)

“Epidemic risks present, serious to say otherwise”

July 2, 2020

© Provided by Rai News

The world and the Covid-19 coronavirus pandemic (LaPresse)

“All currently available scientific evidence indicates in the individual immune response the determining factor in conditioning the course of the disease. In other words, it is not the virus that is more or less ‘aggressive’, but it is the individual human host more or less in It is also likely that the virus responsible for the disastrous epidemic in progress in Brazil is the same that spread in our country. Recent outbreaks in Rome, Palmi, Mondragone and Emilia show that the virus currently circulating is active and contagious; when it encounters contexts in which the elderly or patients at risk may be involved, as happened at San Raffaele Pisana in Rome, it is capable of causing extremely serious cases such as the beginning of the epidemic”.

The comparison within the scientific community has produced the firm position of the infectious disease specialists of the Italian Society of Infectious and Tropical Diseases (Simit), who support the need to continue to maintain prevention measures. The arguments were set out in an open letter that ‘responded’ to the Manifesto of the 10 colleagues of 20 June last. The signatures are by Marcello Tavio (president of Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Scientific Director of Simit, Rome Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Director of Simit, Turin), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice President of Simit, Rome La Sapienza) and Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). After the publication of this letter on 29 June, other important Scientific Societies join the position of Simit: Simg, Sigot, Sid, Siaarti.

“To affirm that the” epidemic risk “has ceased to exist has no scientific basis and can be a cause of disorientation and induce a part of the population not to respect the indications of containment which must instead be kept – underlines the President of SIMIT Marcello Tavio – The the fact that other scientific societies share the same interpretation of the data available up to now is important because it allows to constitute a wider response front to a possible second epidemic wave; second wave which is more probable the more we lower our level of attention and protection, individual and collective”.

“SIMG shares the SIMIT manifesto and endorses all the key concepts expressed in the letter. The numbers suggest a conclusion to the pandemic: in reality, a second endemic cycle is underway, characterized by different modes of manifestation than before. This phenomenon, consisting of various outbreaks that are quickly identified and isolated, was widely expected: therefore there is no lower infectivity of the virus, but rather a different phase, however expected in the scientific community”, highlights Claudio Cricelli, President of SIMG – Italian Company of General Medicine. “There is no scientific evidence that there has been a change in the nature of the virus. Today we see a lower incidence of infections and a lower number of people so serious that they resort to hospital thanks to all the measures taken in these months. SIGOT adheres to the appeal of SIMIT infectious disease specialists because we have noticed from recent outbreaks, such as that of San Raffaele Pisana of Rome, that when there are frail elderly people the virus still strikes with great power, also causing serious cases and deaths. The danger has not yet passed, it is necessary to continue to keep the contagion containment measures, especially in anticipation of greater summer mobility”, comments Filippo Fimognari, President of SIGOT – Italian Society of Hospital and Territory Geriatrics.

CORONAVIRUS: TUTTI contro ZANGRILLO! Ecco cosa hanno detto i VIROLOGI sulla SECONDA ONDATA di CONTAGI



Articolo del 3/07/2020
ore 11:00
di Team ilMeteo.it Meteorologi e Tecnici

Alberto Zangrillo, del *San Raffaele di Milano*, continua ad essere **al centro di una vera e propria tempesta**. Quando si parla di **coronavirus**, l'anestesista di Milano è pronto a far prevalere le sue idee, tesi e studi. **Le società scientifiche tirano il freno mano** e cercano di ristabilire la verità sulla pandemia. **Zangrillo** è stato definito **troppo ottimista** e si sono scagliati **tutti contro**. *"Altro che ottimismo"*, sostengono le associazioni scientifiche capitanate da **Massimo Galli, Marcello Tavio, Massimo Andreoni, Giovanni Di Perri, Claudio Maria Mastroianni e Carlo Federico Perno**.

"Affermare che il rischio pandemico abbia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica, può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute". Il documento è firmato da Simit (infettivologi), Siaarti (anestesisti rianimatori), Simg (medici di famiglia), Sid (diabetologi) e Sigot (geriatri).

"È solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica" scrivono. "Come a dire: non facciamoci abbindolare da false illusioni, il virus è solo sotto traccia ma c'è. Non esistono diverse tipologie del virus, sostengono gli infettivologi. Il ceppo virale, implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico, è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti in Italia". I numeri, insomma, non farebbero pensare a una conclusione veloce della pandemia.




"In realtà è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima" ha evidenziato Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. "Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi" ha ulteriormente commentato Filippo Fimognari, presidente Sigot.

Insomma, **ancora una volta Zangrillo rema contro a 2/3 del mondo scientifico!** Vedremo cosa accadrà nei prossimi mesi e soprattutto capiremo **chi avrà avuto ragione, virus a parte.**

Coronavirus, Ats Brescia rassicura: “In provincia non ci sono focolai”

I nuovi casi che emergono sono relegati alle famiglie. Esperti continuano a chiedere di predicare prudenza.

di Redazione - 03 Luglio 2020 - 9:17

 Commenta  Stampa  Invia notizia  1 min

(red.) Il numero dei decessi, per fortuna, si è decisamente ridotto rispetto al periodo dell'emergenza sanitaria, tanto da registrare anche giornate senza lutti. Ma in **provincia di Brescia** non si è ancora arrivati al tasso di contagio pari a zero. Nel senso che, seppur in numero ridotto, nel nostro territorio ogni giorno le Ats di Brescia e della Valcamonica, così come a livello regionale da parte della Lombardia, si segnalano sempre dei nuovi casi di positività al Covid. Un elemento di tranquillità, però, arriva proprio dall'**Ats di Brescia** dopo che sono emersi una serie di nuovi focolai, per fortuna tutti sotto controllo, in varie parti d'Italia.

L'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia, come riporta il *Giornale di Brescia*, sottolinea che **in provincia non ci sono focolai epidemici**, ma sono invece pochi casi relegati alle famiglie. In pratica, dopo che il nostro territorio è stato tra i più colpiti a marzo e aprile, attualmente non ci sono casi in grado di innescare nuove situazioni di epidemia. Su questo fronte e a livello generale la Simit (infettivologi), la Siaarti (anestesisti), Simg (medicina generale), Sid (diabetologia) e Sigot (geriatria) hanno prodotto un documento in cui consigliano di **mantenere ancora le misure di prevenzione** che, dopo il lockdown, hanno fermato l'epidemia.

E gli stessi esperti sottolineano anche come il virus non sia mai cambiato, ma la **serrata totale abbia ridotto la virulenza, senza dimenticare che è la risposta immunitaria di ciascuna persona a determinare le conseguenze dell'infezione.**

lug
6
2020

Covid-19, Società scientifiche: ancora una minaccia. Mantenere le misure di prevenzione

TAGS: CORONAVIRUS, MEDICI, MEDICI, INFEZIONI DA CORONAVIRUS, CORONAVIRUS 2019-NCOV, COVID-19, SARS-COV-2



ARTICOLI CORRELATI

08-04-2020 | Coronavirus, salgono decessi e contagi di medici e infermieri. Le categorie chiedono più tutele

14-05-2020 | Separazione tra acuti e cronici e tanta telemedicina. Ecco la medicina generale post-Covid-19

20-04-2020 | Decreto Cura-Italia, reperibilità e telemedicina. Ecco i nodi per i medici di famiglia ai tempi del Covid

La Covid-19 esiste e resta ancora una minaccia pericolosa come dimostrano gli ultimi focolai a livello nazionale, per questo i medici di famiglia, i geriatri ospedalieri, i microbiologi, gli intensivisti e i diabetologi si sono uniti all'appello della Società italiana di malattia infettive e tropicali (Simit) sul non abbassare la guardia e continuare a mantenere le misure di prevenzione. «Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute» sottolineano congiuntamente le Società scientifiche.

La Simit, in una lettera aperta, aveva esposto le argomentazioni a sostegno della necessità di mantenere ancora alta la guardia, sottolineando che "solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato

sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a Rna, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri. Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno aggressivo, ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi". Nella lettera la Società ricorda che i recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che "il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia".


La Comunità scientifica ha aderito all'appello degli infettivologi, come la Società italiana di medicina generale (Simg) che: «Condivide il manifesto di Simit e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera - afferma il presidente **Claudio Cricelli** -. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica». «Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. La Sigot aderisce all'appello degli infettivologi, il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva» commenta **Filippo Fimognari**, presidente della Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot). «Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali - aggiunge **Francesco Purrello**, presidente della Società italiana di diabetologia (Sid) -. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi». «Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell'atteggiamento prudentiale - commenta **Flavia Petrini**, presidente della Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (Siaarti) -. La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Il ruolo delle Società scientifiche che come Siaarti promuovono l'alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall'esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all'umanizzazione ed all'etica delle cure».

«Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute - conclude il presidente Simit **Marcello Tavio** -. Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva».

Coronavirus, l'appello dei medici: “Rischi ancora alti, mantenere le misure preventive”

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione

A cura di Antonella Petris | 20 Luglio 2020 23:29

 **Mi piace 0**

Il confronto nell'ambito della comunità scientifica ha prodotto la ferma posizione degli infettivologi della Società italiana malattie infettive e tropicali (Simit), i quali sostengono la necessità di continuare a mantenere le misure di prevenzione. Le argomentazioni sono state esposte in una lettera aperta che ha “risposto” al Manifesto dei 10 colleghi dello scorso 20 giugno. Le firme sono di Marcello Tavio (Presidente Simit, Ancona Ospedali Riuniti), Massimo Andreoni (Dir. Scientifico Simit, Roma Tor Vergata), Giovanni Di Perri (Consigliere Simit, Torino), Massimo Galli (Past President Simit, Sacco Milano), Claudio Maria Mastroianni (Vice Presidente Simit, Roma La Sapienza) e Carlo Federico Perno (Niguarda Milano). Dopo la pubblicazione di questa lettera lo scorso 29 giugno, aderiscono alla posizione della Simit altre importanti Società Scientifiche: Simg, Sigot, Sid, Siaarti. Nella lettera, gli infettivologi sottolineano che è solo grazie alle misure di contenimento adottate con il lockdown che è stato possibile arrestare la progressione dell'ondata epidemica. Non esistono diverse tipologie del virus: il ceppo virale implicato tanto nei casi mortali quanto in quelli di modesto significato clinico è stato sostanzialmente lo stesso, con le variazioni nel genoma che sono attese in un virus a RNA, ma che non sono tali da giustificare una differente virulenza di un ceppo rispetto agli altri.

Inoltre, dagli studi attuati e in corso non emergono differenze significative nei ceppi virali presenti e studiati in Italia. Tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano nella risposta immunitaria individuale l'elemento determinante nel condizionare il decorso della malattia. In altre parole, non è il virus ad essere più o meno 'aggressivo', ma è il singolo ospite umano più o meno in grado di difendersi.

È inoltre verosimile che il virus responsabile della disastrosa epidemia in corso in Brasile sia lo stesso che si è diffuso nel nostro paese. I recenti focolai a Roma, a Palmi, a Mondragone e in Emilia dimostrano che il virus attualmente circolante è attivo e contagiante; quando incontra contesti in cui possono essere coinvolti anziani o pazienti a rischio, come è accaduto al San Raffaele Pisana di Roma, è in grado di causare casi di estrema gravità come all'inizio dell'epidemia. "Affermare che il "rischio epidemico" sia cessato di esistere non ha nessuna base scientifica e può essere causa di disorientamento e indurre una parte della popolazione a non rispettare le indicazioni di contenimento che invece devono essere mantenute – sottolinea il Presidente Simit Marcello Tavio – Il fatto che altre società scientifiche condividano la stessa interpretazione dei dati fino a questo momento disponibili è importante perché permette di costituire un fronte più ampio di risposta ad una eventuale seconda ondata epidemica; seconda ondata che è tanto più probabile quanto più abbassiamo il nostro livello di attenzione e protezione, individuale e collettiva".

"La SIMG condivide il manifesto di SIMIT e sottoscrive tutti i concetti chiave espressi nella lettera. I numeri fanno pensare a una conclusione della pandemia: in realtà, è in atto un secondo ciclo endemico, caratterizzato da modalità di manifestazione differenti da prima. Questo fenomeno, costituito da vari focolai che vengono rapidamente individuati e isolati, era ampiamente previsto: quindi non si sta verificando una più bassa infettività del virus, ma piuttosto una fase diversa, comunque attesa nella comunità scientifica" evidenzia il Claudio Cricelli, Presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale. "Non vi è alcuna evidenza scientifica che vi sia stato un cambiamento nella natura del virus. Noi oggi vediamo una minore incidenza di contagi e un numero più basso di persone così gravi da ricorrere all'ospedale grazie a tutte le misure prese in questi mesi. La SIGOT aderisce all'appello degli infettivologi SIMIT perché abbiamo notato dai recenti focolai, come quello del San Raffaele Pisana di Roma, che quando vi sono anziani fragili il virus colpisce ancora con molta potenza determinando anche casi gravi e decessi. Il pericolo non è ancora passato, è necessario continuare a mantenere le misure di contenimento del contagio, specialmente in previsione della maggiore mobilità estiva" commenta il Prof. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT – Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. "Credo che sia dovere di tutta la comunità medica attenersi alle prove scientifiche, ed utilizzare le ipotesi solo per disegnare studi sperimentali. Fino all'ottenimento di solidi risultati, diffondere ipotesi al grande pubblico attraverso i media crea disorientamento e alimenta comportamenti pericolosi. Per tale motivo condivido pienamente il contenuto e lo spirito della lettera della Simit" sottolinea Francesco Purrello, Presidente SID – Società Italiana di diabetologia.

“Le misure di distanziamento sociale e di contenimento dei contagi hanno determinato il controllo di una pandemia che si era presentata in vaste aree del paese in modo devastante. Non ci sono evidenze scientifiche che indichino una riduzione della carica virale o una minore aggressività del virus. Il fatto che la presentazione clinica della malattia in questi ultimi mesi sia stata modificata è un buon motivo per convincerci a continuare nella sorveglianza, nel distanziamento e nell’atteggiamento prudenziale.

La comunicazione che facciamo arrivare ai cittadini non deve far dimenticare le oltre 35.000 vittime italiane e quanto sta accadendo in altre nazioni. Sotto gli occhi di tutti rimane indelebile l’esperienza degli Anestesisti Rianimatori italiani che hanno vissuto in prima persona cosa può accadere quando si affronta un nemico di cui poco o nulla si conosceva, contro il quale non è stato oggettivamente possibile individuare trattamenti tempestivi e di comprovata efficacia. Il ruolo delle Società Scientifiche che come Siaarti promuovono l’alleanza fra professionisti della salute per migliorare il sistema sanitario in tutte le Regioni è quello di imparare dall’esperienza vissuta, che non verrà ricordata come devastante e opprimente se lotteremo insieme governando competenze, sviluppo della ricerca, rinnovo del parco tecnologico e attenzione all’umanizzazione ed all’etica delle cure” aggiunge Flavia Petrini, Presidente Siaarti – Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva.

in salute news

Geriatria, carenza di posti letto in Italia. Appello delle Società scientifiche

DI INSALUTENEWS.IT - 21 LUGLIO 2020



Milano, 21 luglio 2020 – In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid-19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza.

Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

"Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è



Prof. Filippo Fimognari

Studio Comunicazione DIESSECOM

necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il dott. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1.000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno".

Il ruolo dei geriatri nelle RSA e nell'assistenza domiciliare

"Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il dott. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

Il ruolo dei geriatri nelle RSA e nell'assistenza domiciliare

"Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il dott. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

In conclusione, "l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dott. Pietro Gareri – Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia".

Appello Geriatri per la Lombardia: “Aumentare reparti per acuti e riconoscere nostro ruolo”

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Questo l'appello di Sigot, Sigg e Age in una lettera ai vertici della Regione e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale. “È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, è 0.18 posti letto per mille abitanti”. [LA LETTERA](#)

21 LUG - In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza.

Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (Sigot) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (Age) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore **Attilio Fontana**, l'Assessore al Welfare **Giulio Gallera**, il Direttore Generale al Welfare **Marco Trivelli**.

“La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza”, scrivono i geriatri in una nota.

“Da una recentissima ricognizione Sigg-Sigot emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato **Filippo Fimognari**, Presidente Sigot e **Raffaele Antonelli Incalzi**, Presidente Sigg– Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge.

L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno".

"Nelle Rsa della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea **Francesco De Filippi**, presidente di Sigot Lombardia. - Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

In conclusione, "l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie - concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente Age **Pietro Gareri** - Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia".

21 luglio 2020
© Riproduzione riservata



Appello dei Geriatri per la Lombardia – Un esempio anche per le altre Regioni?

Dopo l'emergenza dovuta all'epidemia da COVID-19, occorre riorganizzare concretamente i reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutta Italia.

La Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (**SIGOT**), la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (**SIGG**) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (**AGE**) si appellano ai vertici della Regione Lombardia ed alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per acuti in Ospedale per gli anziani. Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a **0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059**. Soprattutto in Lombardia, quindi, Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG, sottolineano **come sia necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti**.

Questo numero può essere, per tutte le Regioni, un obiettivo da raggiungere sia grazie alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal Decreto 70 del 2015, sia all'assegnazione di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva ai reparti di Geriatria (come programmato dal DL 34/2020, recentemente convertito in legge).

La **carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria** è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

Durante i drammatici mesi di lotta alla pandemia, medici ed infermieri si sono battuti strenuamente contro il coronavirus, numerosi di loro ne sono stati contagiati ed in diversi hanno perso la vita. Facciamo tesoro, ora, di questa esperienza, soprattutto delle lacune emerse durante l'emergenza e correggiamo i problemi cronici ed i limiti emersi nella contingenza. Riconosciamo la specificità della condizione della persona che invecchia: un anziano non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente e psicologicamente diverso, che richiede un'assistenza rispettosa delle sue peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento ed affidare ai Geriatri anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile, troppo spesso demandata al sacrificio dei Medici di Medicina Generale.

Queste le ragioni delle lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria indirizzate ai vertici della Regione Lombardia: il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

Studio Comunicazione DIESSECOM

VOCI DELLA SANITÀ | 21 Luglio 2020

Lombardia, l'appello dei geriatri: «Aumentare i reparti per acuti e riconoscere il nostro ruolo»

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. L'appello di SIGOT, SIGG e AGE ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in ospedale

*di Redazione*

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti **strenuamente contro il coronavirus**. Medici e infermieri sono stati colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi, partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA

«La **carenza di posti letto** in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte) – si legge nel comunicato congiunto SIGOT, SIGG e AGE – nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza».

«Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il **Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT** e il **Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG** –. Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare **una notevole opportunità** per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno».

Studio Comunicazione DIESSECOM

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

«Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, **non è discriminante** per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale - sottolinea il **Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia** -. Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento» conclude.

Geriatrics, appeal SIGOT, SIGG e AGE per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

21 Luglio 2020 / 4 min read

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese.

Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale.

21 Luglio 2020

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il **coronavirus**. Numerosi sono stati **medici e infermieri colpiti da Covid 19**; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La **Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)**, la **Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT)** e l'**Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE)** si sono rivolte ai vertici della **Regione Lombardia**, il Governatore **Attilio Fontana**, l'Assessore al Welfare **Giulio Gallera**, il Direttore Generale al Welfare **Marco Trivelli**.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA

La carenza di posti letto in **Unità Operative di Geriatria** è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede **sogetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche**, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.



Raffaele Antonelli Incalzi

*"Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto - hanno sottolineato il Dott. **Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT e il Prof. **Raffaele Antonelli Incalzi**, Presidente SIGG - Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno".*

Studio Comunicazione DIESSECOM

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

*"Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale - sottolinea il Dott. **Francesco De Filippi**, Presidente di SIGOT Lombardia. - Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".*

In conclusione, *"l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie - concludono **Antonelli Incalzi, Fimognari** e il Presidente AGE Dott. **Pietro Gareri** - Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia".*



Pietro Gareri

politicamentecorretto.com

direttore responsabile Salvatore Viglia

SIGOT, SIGG, AGE – Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

Di giornale - Luglio 21, 2020 12 0

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

"È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti"

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA – La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL’ASSISTENZA DOMICILIARE – “Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia. – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri – Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia”.

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri.

By redazione - 21 Luglio, 2020

93 |

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA - La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

"Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto - hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG - Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe

garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno".

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE - *"Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale - sottolinea il **Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia**. - Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".*

*In conclusione, "l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie - concludono **Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri** - Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia".*

Appello Geriatri per la Lombardia: "Aumentare reparti per acuti e riconoscere nostro..."

Martedì, 21 Luglio 2020 Quotidianosanita.it

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Questo l'appello di Sigot, Sigg e Age in una lettera ai vertici della Regione e alle istituzioni...

SIGOT, SIGG, AGE – APPELLO DEI GERIATRI PER LA LOMBARDIA: AUMENTARE I REPARTI PER ACUTI E RICONOSCERE IL RUOLO DEI GERIATRI

11 ore fa Notizie 3 Views

SIGOT, SIGG, AGE – Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

“È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti”

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri...

[visita la pagina](#)

SIGOT, SIGG, AGE – Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

Studio Comunicazione DIESSECOM

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

22/07/2020 in Professioni

Sigot, Sigg e Age: "È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti".

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli. La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza. «Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno».

Studio Comunicazione DIESSECOM

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

«Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia. – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento». In conclusione, «l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri – Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia».

Geriatrici: aumentare i reparti per acuti

Di IN DIES 22 Luglio 2020

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatrici Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale

Appello dei Geriatrici per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatrici

“È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti”

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA
– La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL’ASSISTENZA DOMICILIARE – “Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia. – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Garenì – Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia”.



La società di geriatria lancia un appello alla Regione Lombardia

22 Luglio 2020 Di LA REDAZIONE

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte).

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid-19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il governatore Attilio Fontana, l'assessore al Welfare Giulio Gallera, il direttore generale al Welfare Marco Trivelli.

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il dottor Filippo Fimognari, presidente SIGOT e il professor Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34-2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

“Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il dottor Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia – manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il presidente AGE dottor Pietro Gareri – auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo-efficacia”.

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

📅 22/07/2020 📍 Redazione InfoNurse 👁️ 29 Views 💬 0 Commenti 🏷️ appello, geriatri, Lombardia



Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale.

"È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti".

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

"Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto - hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG - Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia.

In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno".

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

"Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia.

– Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento".

In conclusione, "l'esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri.

– Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia".

Allegato

La redazione InfoNurse

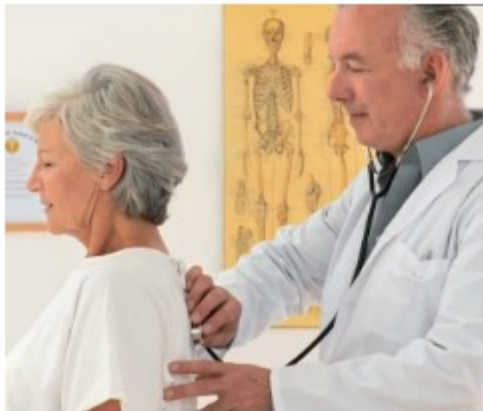
22 LUGLIO 2020

Fonte: Panorama della Sanità

4:20



Appello dei **Geriatrici** per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatrici



*Sigot, Sigg e Age: "È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in **Geriatrici** a al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti".*

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati...

Geriatrici Coronavirus



KLEOS - mercoledì, 22 Luglio 14:44

Appello della Società Italiana di Geriatria (SIGOT), della SIGG e dell'AGE ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale

MILANO – Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese. Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri "È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo [...]"



MILANO – Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese.

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

Studio Comunicazione DIESSECOM

“È necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti”

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l’emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l’Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l’Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolate regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l’evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il **dr. Filippo Fimognari**, Presidente SIGOT e il **prof. Raffaele Antonelli Incalzi**, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

“Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il **dr. Francesco De Filippi**, presidente di SIGOT Lombardia. – Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie – concludono **Antonelli Incalzi**, **Fimognari** e il Presidente AGE **dr. Pietro Gareri** – Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia”.

Cronache di Scienza

Le notizie più interessanti di scienza, salute, astronomia e tanto altro.

Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti e riconoscere il ruolo dei Geriatri

BY: REDAZIONE / ON: 23 LUGLIO 2020 / IN: NEWS

“È necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti”.

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA

La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto - hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG - Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientata proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

“Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale - sottolinea il Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia. - Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie - concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri - Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia”.

Studio Comunicazione DIESSECOM



Appello dei Geriatri per la Lombardia: aumentare i reparti per acuti

Scritto da AngeliPress | 23 Luglio 2020 - 06:55 | dimensione font  | Stampa | Email

Dopo l'emergenza occorre ripensare l'organizzazione e la diffusione dei reparti ospedalieri di Geriatria per acuti, in Lombardia come in tutto il Paese.

Appello della Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) ai vertici della Regione Lombardia e alle istituzioni nazionali per aumentare i posti letto per anziani in Ospedale

“È necessario conformare l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno minimo che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto, che ha 0.18 posti letto per mille abitanti”

In questi drammatici mesi gli operatori sanitari si sono battuti strenuamente contro il coronavirus. Numerosi sono stati medici e infermieri colpiti da Covid 19; diversi di loro hanno perso la vita. In questa nuova fase, è importante fare tesoro di questa esperienza ed evidenziare le lacune emerse durante l'emergenza per correggere alcuni problemi cronici e i limiti notati nella contingenza. Da questi propositi partono le lettere delle sezioni regionali lombarde delle Società Scientifiche di Geriatria alle istituzioni locali. La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), la Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT) e l'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE) si sono rivolte ai vertici della Regione Lombardia, il Governatore Attilio Fontana, l'Assessore al Welfare Giulio Gallera, il Direttore Generale al Welfare Marco Trivelli.

LA CARENZA DI POSTI LETTO DI GERIATRIA OSPEDALIERA IN ITALIA E SOPRATTUTTO IN LOMBARDIA – La carenza di posti letto in Unità Operative di Geriatria è emersa in molte e popolose regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia, Piemonte), nonostante l'evidenza epidemiologica e clinica che vede soggetti anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, o con eventi acuti sovrapposti a queste, rappresentare la quota prevalente delle richieste per assistenza medica in emergenza-urgenza.

Studio Comunicazione DIESSECOM

“Da una recentissima ricognizione SIGG-SIGOT emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059. Soprattutto in Lombardia, quindi, è necessario conformare l’offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto – hanno sottolineato il Dr. Filippo Fimognari, Presidente SIGOT e il Prof. Raffaele Antonelli Incalzi, Presidente SIGG – Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all’assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L’assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva può rappresentare una notevole opportunità per le regioni più carenti, come la Lombardia. In tal modo si conseguirebbero più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell’organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo; flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno”.

IL RUOLO DEI GERIATRI NELLE RSA E NELL’ASSISTENZA DOMICILIARE – “Nelle RSA della Lombardia, e purtroppo in tutta Italia, non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell’anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale – sottolinea il Dr. Francesco De Filippi, presidente di SIGOT Lombardia. - Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un’assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l’invecchiamento”.

In conclusione, “l’esperienza lombarda, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie - concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e il Presidente AGE dr. Pietro Gareri - Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l’assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia”.

lug
23
2020

Lombardia, carenza posti letti e mancato riconoscimento del proprio ruolo nelle Rsa. L'appello dei geriatri alla Regione

TAGS: ANZIANO, ANZIANO, GERIATRIA, ANZIANI, RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

**ARTICOLI CORRELATI**

27-10-2015 | Farmaci per i pazienti anziani: ecco la nuova tabella dell'American Geriatric Society

13-07-2020 | Piani di prevenzione fattibili per diminuire realmente le cadute degli anziani

25-06-2020 | Anziani, i 10 consigli Aifi per tornare senza rischi a una vita attiva

Carenza di posti letto negli ospedali, soprattutto in Lombardia, e mancato riconoscimento del ruolo dei geriatri nelle Rsa e nell'assistenza domiciliare, questi i problemi sollevati dalle Società scientifiche di geriatria delle sezioni lombarde ai vertici della Regione. In particolare, la Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg), la Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot) e l'Associazione geriatri extraospedalieri (Age) si sono rivolte al governatore **Attilio Fontana**, l'assessore al Welfare **Giulio Gallera** e il direttore generale al Welfare **Marco Trivelli**, sottolineando come: "Da una recentissima ricognizione Sigg-Sigot emerge che in Lombardia ci sono soltanto 202 posti letto di Geriatria per acuti per più di 10 milioni di abitanti, pari a 0.02 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 0.059".

«Soprattutto in Lombardia - spiegano **Filippo Fimognari**, presidente Sigot e **Raffaele Antonelli Incalzi**, presidente Sigg -, è necessario conformare

l'offerta di posti letto per acuti in Geriatria al fabbisogno standard che, orientativamente, può essere desunto dal modello Veneto. Un percorso di avvicinamento agli standard del Veneto significa arrivare a una cifra di 0.18 posti letto per 1000 abitanti in tutte le Regioni. Il conseguimento di tale obiettivo può essere affidato sia alla conversione di altre risorse ospedaliere prevista dal decreto 70 del 2015, che all'assegnazione ai reparti di Geriatria di parte dei posti letto di Terapia semi-intensiva programmati dal decreto legge 34/2020, recentemente convertito in legge. L'assegnazione dei nuovi posti di terapia semi-intensiva, permetterebbe di conseguire più obiettivi: attribuzioni dei posti letto a reparti già esistenti, con minore necessità e spese sul piano architettonico-strutturale e dell'organico rispetto alla realizzazione di Unità operative apposite e alla costituzione di un organico ex novo;

flessibilità gestionale e, quindi, impiego a geometria variabile, che una unità di semi-intensiva pura non potrebbe garantire; riequilibrio della carenza di posti letto in Geriatria orientato proprio verso i pazienti con maggiore fabbisogno».

In riferimento alle Rsa, De Filippi afferma che «nelle Rsa non è discriminante per un medico la competenza geriatrica per essere assunto, in particolare nei ruoli di direzione sanitaria, che invece andrebbero preferenzialmente affidati ai Geriatri. E anche la gestione a domicilio dell'anziano fragile soffre di uno scarso impiego dei Geriatri ed è troppo spesso affidata al sacrificio dei medici di medicina generale. Manca un riconoscimento di specificità della condizione della persona che invecchia: un ottantenne non è un adulto con anni in più, è un organismo biologicamente, psicologicamente e affettivamente diverso, e come tale richiede un'assistenza che ne rispetti le peculiari esigenze. È drammaticamente urgente restituire un ruolo alle competenze di chi studia l'invecchiamento». «L'esperienza lombarda - concludono Antonelli Incalzi, Fimognari e **Pietro Gareri** presidente Age -, ma non solo quella, in corso di pandemia Covid-19, ha reso drammaticamente evidente la diffusa carenza di assistenza geriatrica in tutti i setting di cura, dal territorio ai reparti per acuti e alle strutture intermedie. Auspichiamo che, finalmente consci di tale inaccettabile carenza, le autorità sanitarie in tutta Italia vi pongano rimedio, secondo le buone pratiche assistenziali internazionalmente riconosciute, che vedono nel Geriatra, con la sua metodologia assistenziale basata sulla valutazione multidimensionale, lo specialista sanitario capace di garantire ai più anziani, specie se affetti da polipatologia e disabilità, l'assistenza con il migliore rapporto costo/efficacia».