

Volume LXIV - Nuova Serie
ANNO ACCADEMICO 2019-2020 305° DALLA FONDAZIONE

2019-2020

N. 1
Gennaio
Marzo
2020

Atti della

Accademia

Lancisiana

*Aspicis off.
Arto si quis mentem pingeret, ad
Consilio, eloquio medica quantum eminet arte
Dextera ni poterit reddere, scripta docent.*

RIVISTA MEDICO-SCIENTIFICA

www.attidellaaccademialancisiana.it
www.accademia-lancisiana.it



Periodico trimestrale

Anno Accademico 2019-2020: 305° dalla fondazione

Vol. LXIV – n. 1 – Gennaio-Marzo 2020

Proprietà

ACCADEMIA LANCISIANA

Borgo Santo Spirito, 3

00193 Roma

lancisi@aruba.it

www.accademia-lancisiana.it

© Accademia Lancisiana

Direttore Responsabile:

Franco Salvati

Comitato Scientifico:

Laura Gasbarrone, Pierluigi Antignani, Raoul Borioni, Giovanni Minardi

Segreteria di Redazione:

Chiara Abruzzini e Valentina Carelli

Redazione

Borgo Santo Spirito, 3

00193 Roma

Telefono 06.68978137 – Fax 06.6867828

Autorizzazione Tribunale di ROMA n. 9191 del 7 maggio 1963

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento anche parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.

Ai sensi della legge n. 675 (tutela dati personali) e del GDPR UE 2016/679 si garantisce la massima riservatezza dei dati personali forniti e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione, o di opporsi al trattamento dei dati che riguardano, scrivendo a: Accademia Lancisiana, Borgo Santo Spirito, 3 – 00193 Roma.

INDICE

Seduta Inaugurale

5 novembre 2019

-
- Discorso del Presidente nella Seduta Inaugurale del 305° Anno Accademico** I-1
L. Gasbarrone
- Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito** I-5
L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria
G. Iacovelli
- Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito** I-9
La Scuola Medica Ospedaliera
U. Recine
- Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito** I-12
L'Accademia Lancisiana
L. Gasbarrone

Seduta Commemorativa

12 novembre 2019

-
- Commemorazione del Prof. Augusto Arullani** I-16
M. Caricato
- Commemorazione del Prof. Augusto Arullani** I-18
G. Pappalardo
- Commemorazione del Prof. Marino Luminari** I-20
C. Giannelli

Simposio

26 novembre 2019

La malattia metastatica epatica: una malattia chirurgica?

Presidente: Eugenio Santoro

Moderatori: Giuseppe Maria Ettorre, Carlo Garufi

- La chirurgia del T oncologicamente corretta. Colon destro e colon sinistro. Sintesi I-24
P. Lepiane
- La chirurgia del T oncologicamente corretta. Colon retto I-26
Em. Santoro

La Chirurgia nel trapiantato: la tecnica laparoscopica (Sintesi) <i>S. Ferretti</i>	I-29
La chirurgia metastatica epatica. Resezioni “parenchimal sparing” <i>R. Santoro</i>	I-31
Trapianto da metastasi della mammella. Inquadramento clinico <i>N. Guglielmo, A. Laurenzi, A. Pellicelli</i>	I-34
Malattia metastatica da adenocarcinoma della mammella <i>V. Giannelli</i>	I-36

Simposio

10 dicembre 2019

L’Accademia Lancisiana incontra l’“Università degli Studi di Perugia” e la “Fondazione San Camillo-Forlanini di Roma”

La modernità liquida e il processo di invecchiamento. Una ricerca sulla categoria demografica dei tardo adulti

Moderatori: Maria Caterina Federici, Eugenio Santoro

Giovani e Tardo Adulti nella Post Modernità <i>M. C. Federici</i>	I-39
Obiettivo 120 anni nell’analisi dei centenari italiani <i>L. Gasbarrone, M. Tronci, B. D’Amen, M. A. Fusco</i>	I-49
I percorsi di vita dei centenari attraverso un’indagine quantitativa e questionari: una sintesi delle procedure di ricerca <i>U. Conti, B. D’Amen</i>	I-70
Siamo preparati per vivere 120 anni ed oltre? <i>A. Puxeddu</i>	I-73

Seduta Inaugurale

5 novembre 2019

Discorso del Presidente nella Seduta Inaugurale del 305° Anno Accademico

Accademici, Soci, Signore e Signori,
inauguriamo questa sera il 305° Anno Accademico della Accademia Lancisiana.

Desidero innanzi tutto salutare tutti gli intervenuti:

1. Prof. EUGENIO GAUDIO, Magnifico Rettore "Sapienza" Università di Roma
2. Dott. ANGELO TANESE Direttore Generale ASL Roma 1
3. Dott. MAURO GOLETTI, Direttore Sanitario ASL Roma 1
4. Dott. GIUSEPPE QUINTAVALLE, Commissario Straordinario ASL Roma 4 e ASL Roma 5
5. Dott. LORENZO SOMMELLA, Direttore Sanitario Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
6. Dott.ssa GIULIANA BENZA, Direttore Amministrativo Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I
7. Dott.ssa DANIELA DONETTI, Direttore Generale ASL Viterbo
8. Dott.ssa DANIELA ORAZI, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
9. Dott. MASSIMO ANNICCHIARICO, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
10. Prof. GIANNI IACOVELLI, Presidente Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria
11. Prof. UMBERTO RECINE, Presidente Scuola Medica Ospedaliera
2. On. ROBERTO SPERANZA, Ministro della Salute
3. On. Lorenzo FIORAMONTI, Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
4. On. MAURO BUSCHINI, Presidente del Consiglio Regionale del Lazio
5. Dott. RENATO ALBERTO MARIO BOTTI, Direttore della Direzione Regionale Salute e integrazione Socio-Sanitaria
6. Dott.ssa PAOLA PASSARELLI, Direttore Generale, Direzione Generale Biblioteche e Istituti Culturali, Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo
7. Dott. NICOLA MACRÌ, Dirigente Servizio I-Biblioteche e Istituti Culturali, Direzione Generale Biblioteche e Istituti Culturali, Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo
8. Dott.ssa ANGELA BENINTENDE, Dirigente Servizio II-Patrimonio Bibliografico e Diritto d'Autore, Direzione Generale Biblioteche e Istituti Culturali, Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo
9. Dott.ssa SIMONETTA BUTTÒ, Direttore Istituto Centrale per il Catalogo Unico delle Biblioteche Italiane e per le Informazioni Bibliografiche, Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo
10. Prof. ORAZIO SCHILLACI, Magnifico Rettore Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
11. Prof. RAFFAELE CALABRÒ, Magnifico Rettore Università Campus Bio-Medico di Roma

Hanno inviato messaggi di adesione a questa cerimonia:

1. On. VIRGINIA RAGGI, Sindaco di Roma

12. Prof. CARLO DELLA ROCCA, Preside Facoltà di Farmacia e Medicina, "Sapienza" Università di Roma
13. Prof. FABIO LUCIDI, Preside Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma
14. Prof.ssa ANTONELLA POLIMENI, Preside Facoltà di Medicina e Odontoiatria, "Sapienza" Università di Roma
15. Dott.ssa FLORI DEGRASSI, Direttore Generale ASL Roma 2
16. Dott. NARCISO MOSTARDA, Direttore Generale ASL Roma 6
17. Dott. ANTONIO D'URSO, Direttore Generale Azienda USL Toscana sud est
18. Dott. FRANCESCO RIPA DI MEANA, Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori Regina Elena-Istituto Dermatologico San Gallicano
19. Dott.ssa CRISTINA MATRANGA, Direttore Amministrativo ASL Roma 1
20. Dott. NINO CARTABELLOTTA, Presidente Fondazione GIMBE
21. Dott. DAVID TERRACINA, Past President FADOI Lazio
22. Prof. GIUSEPPE MANGANELLI, Presidente dell'Accademia dei Fisiocritici di Siena
23. Dott. MARCELLO FOA, Presidente RAI

Come di consueto Vi riassumerò brevemente l'attività della Accademia dello scorso anno 2018-2019.

In occasione della Seduta Inaugurale del 6 novembre 2018 il Prof. Francesco Belli, Docente di Immunologia del Corso di Laurea in Biotecnologie, dell'Università di Roma "Sapienza", ha tenuto la Prolusione sul tema "100 anni di epidemie influenzali, dalla Spagnola ad oggi; ... e domani?"

Nel corso dell'Anno Accademico si sono svolte la Seduta Commemorativa, dedicata agli Accademici e ai Soci scomparsi, 15 Sedute Scientifiche, di cui 8 simposi e 7 conferenze, e 4 Corsi ECM sui temi "Il mondo sorretto da Atlante. L'importanza delle discipline non

chirurgiche nel trapianto di fegato", "Novità in tema di malattia venosa cronica (MVC) degli arti inferiori", "Cuore Polmone 2019", "Sindrome da congestione pelvica". Una delle 7 conferenze in programma è stata dedicata alla celebrazione dei 40 anni del S.S.N. con un intervento del dott. Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE.

In occasione della Celebrazione della "Settimana per la Cultura", promossa dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo, l'Accademia ha dedicato una giornata ai Beni Culturali nel corso della quale si è svolto il tradizionale ciclo di conferenze e sono state presentate e premiate le Tesi di Laurea vincitrici del "Premio Giovanni Maria Lancisi".

Il 23 maggio l'Accademia è stata sede della inaugurazione della VII Edizione del Simposio Internazionale Italo-Francese di Chirurgia "Updates on oncological abdominal surgery", patrocinato dalla Accademia e organizzato dal nostro Segretario e Accademico dott. Giuseppe Maria Ettore, Direttore del P.O.I.T. (Polo Interaziendale Trapianti) e della U.O.C. Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo della Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.

L'Accademia ha concesso il patrocinio per la V edizione della manifestazione "Eccellenze in Sanità", organizzata dalla Fondazione "San Camillo-Forlanini" il 12 giugno 2019 e alla XII edizione delle "Giornate angiologiche Scannesi" organizzate dalla Società Italiana di Diagnostica Vascolare nel settembre 2019.

Vi illustro ora in sintesi l'attività del Calendario dell'Anno Accademico 2019-2020, che inauguriamo questa sera: prevede, oltre alla odierna Seduta Inaugurale, la Seduta Commemorativa, 16 Sedute Scientifiche, 5 Eventi accreditati ECM sui temi "Le infezioni del sito chirurgico", "Innovazione nel trattamento del tromboembolismo venoso e delle arteriopatie", "Rome Breast Meeting", "Patologie ossee di interesse internistico", "Cuore Polmone 2020" e la Giornata della

Celebrazione della Settimana per la Cultura, in occasione della quale si terranno 5 Conferenze e sarà conferito il “Premio Lancisi” per l’Anno 2018-2019.

Il “Premio Giovanni Maria Lancisi”, istituito a partire dall’Anno 2016, è rivolto a neolaureati delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università romane. Agli Autori delle Tesi selezionate viene conferito un premio costituito da un attestato della Accademia, l’iscrizione gratuita come Soci per tre anni, la pubblicazione sugli “Atti” delle Tesi oggetto del premio e la possibilità di esporle in aula in una seduta dedicata.

Prosegue l’attività editoriale con la pubblicazione della Rivista trimestrale “Atti della Accademia Lancisiana”, che costituisce il documento della nostra Attività Scientifica. Sono stati pubblicati i numeri 1 e 2 dell’annata 2018-2019 ed è in corso di pubblicazione il numero 3. Dall’anno 2016 la Rivista è mutata da Periodico a stampa a telematico e viene pubblicata on line all’indirizzo www.attidellaaccademialancisiana.it, accessibile direttamente o attraverso il link sul sito della Accademia. Ne è Direttore il prof. Franco Salvati, nostro Accademico, mentre la Segreteria cura la pubblicazione on line e la diffusione. Nella nostra Biblioteca viene conservato l’archivio dei Volumi a stampa (il Vol. 1 della Vecchia Serie risale all’anno 1880) e una copia cartacea dei fascicoli pubblicati on line, mentre dal Sito della Rivista è possibile scaricare e stampare sia i fascicoli per intero che i singoli articoli. Sul Sito della Accademia inoltre sono presenti l’indice dei lavori pubblicati dal 1957, anno di inizio della Nuova Serie e gli Articoli pubblicati dal 2006 al 2015.

Continua anche l’attività della Biblioteca, che possiede una collezione di circa 12.000 volumi di argomento medico, molti dei quali antichi, di alto pregio e di rilevante valore documentale. La Biblioteca è aperta al pubblico e fruibile dagli utenti esterni tramite i servizi propri delle biblioteche moderne, i

cataloghi di pubblico accesso, la fornitura a distanza di documenti, la consultazione da remoto di interi Volumi in formato digitale. Il patrimonio bibliografico si è incrementato nel tempo grazie a lasciti e donazioni, per cui si intende attivare un progetto per la catalogazione delle nuove acquisizioni tramite lo standard del Servizio Bibliotecario Nazionale del Ministero dei Beni Culturali, lo stesso adottato per la catalogazione dell’intera Biblioteca.

L’Accademia Lancisiana è tra gli Istituti Culturali sottoposti al controllo del Ministero per i Beni e le Attività Culturali e per il Turismo, settore disciplinato dalla Legge 534 del 1996, e per questo beneficia del contributo ordinario dello Stato, a cui sono ammesse le Istituzioni in possesso dei requisiti, tramite l’inserimento nell’apposita tabella emanata dal Ministero e sottoposta a revisione ogni tre anni. È stata confermata l’iscrizione della Accademia nella tabella per il triennio 2018-2020, e auspichiamo di continuare a ricevere questo contributo, ogni volta sempre di minore entità, tuttavia di fondamentale importanza per garantire la nostra attività istituzionale.

L’Accademia è un Ente con personalità giuridica e per questo può ricevere donazioni detraibili dai redditi e inoltre è stata iscritta nell’Elenco degli Enti del Volontariato beneficiari del 5‰ della Agenzia delle Entrate. Confidiamo che quest’anno cessino i problemi burocratici e venga confermata definitivamente l’iscrizione della Accademia nell’Elenco permanente degli Enti ammessi al 5‰, ora che i requisiti necessari per l’ammissione risultano formalmente evidenti nel nostro Statuto, adeguato nello scorso anno alla normativa degli Enti del Terzo Settore.

Oltre a questa modifica di carattere normativo, il nuovo Statuto approvato nel 2018 estende la possibilità di iscrizione come Soci dell’Accademia anche ai titolari di Laurea Magistrale nelle discipline sanitarie, modifica

attuata al fine di rendere la composizione sociale più adeguata alla evoluzione delle discipline professionali dell'area sanitaria.

L'Accademia opera in base alla normativa europea in materia di protezione dei dati, GDPR 679/2016, e alle disposizioni in materia di fatturazione elettronica introdotte dalla legge di Bilancio 2018.

Dal 2017 è in corso una revisione e aggiornamento dell'Atto di Convenzione che regola i rapporti con la ASL Roma 1.

A giugno 2019 si sono svolte le elezioni suppletive per la nomina di un Membro del Consiglio Direttivo per il restante periodo 2018-2022, dopo le dimissioni per motivi di salute del Consigliere Prof. Augusto Arullani, recentemente scomparso, e che ricorderemo nella prossima seduta. È stato eletto all'unanimità il Prof. Giovanni Minisola, Primario Emerito di Reumatologia della Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e Presidente Emerito della Società Italiana di Reumatologia, nonché Responsabile Scientifico della Fondazione San Camillo-Forlanini. Il Consiglio Direttivo in carica risulta quindi così composto: oltre al Presidente, dal Vice Presidente Prof. Giovanni Minardi, e dai Consiglieri Proff. Pier Luigi Antignani, Raoul Borioni, Andrea Onetti Muda, Giovanni Minisola, Pietro Ortensi, Giuseppe Visco.

Nel corso dell'Anno Accademico è stata approvata la nomina di 3 nuovi Accademici:

- Virginia Cotticelli, responsabile della U.O. Anestesia e Rianimazione presso la Casa di Cura "Aurelia Hospital" di Roma;
- Paola Grammatico, Professore Associato di Genetica Medica presso la "Sapienza" Università di Roma, Direttore della U.O.C. Laboratorio di Genetica e Direttore Area Diagnostica di Laboratorio del Dipartimento delle Diagnostiche, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma;
- Massimo Papi, Responsabile Nazionale A.D.O.I., Gruppo di Studio Ulcere Cutanee e Dermatologia Vascolare.

Inoltre è stata approvato il trasferimento nella categoria degli Accademici Emeriti, degli Accademici:

- Augusto Arullani, che è stato membro del Consiglio Direttivo della Accademia;
- Giuseppe Marsocci, che è stato Primario Cardiologo dell'Ospedale San Camillo e nostro Accademico dal 1983;
- Giampiero Patriarca, che è stato Primario Allergologo del Policlinico Gemelli e docente di Allergologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Le nomine saranno effettive non appena verrà emanato il Decreto Ministeriale.

Ringrazio l'Ufficio di Segreteria, la dott.ssa Valentina Carelli, per il lavoro che svolge, la sig.ra Chiara Abruzzini, nostra memoria storica, per la sua costante collaborazione, il Dott. Luca Perrone, per l'assistenza tecnica nel corso delle Sedute, il Consiglio Direttivo e tutti coloro che partecipano costantemente alla attività della Accademia.

Passiamo ora alla parte più importante di questa seduta inaugurale che, come avete visto dal programma, è diversa dalle precedenti: abbiamo ritenuto di dare voce alle tre istituzioni, Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Scuola Medica Ospedaliera e Accademia Lancisiana, che hanno sede nel palazzo del Commendatore, i cui Presidenti parleranno sul tema "Storia, Cultura e Scienza nel Complesso Monumentale di Santo Spirito"; il dott. Angelo Tanese, Direttore Generale della ASL Roma 1, terrà poi l'intervento conclusivo.

Ringrazio tutti Voi per essere intervenuti questa sera e Vi aspetto puntualmente alle prossime sedute in calendario.

Prof.ssa Laura Gasbarrone
Presidente della Accademia Lancisiana
Per la corrispondenza: lancisi@aruba.it

Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito. L'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

G. Iacovelli

Ringrazio la presidente prof.ssa Laura Gasbarrone per avermi invitato alla seduta inaugurale dell'Anno Accademico 2019-2020 dell'Accademia Lancisiana. Mi compiaccio con lei di aver scelto per iniziare questo anno di attività, un argomento di studio e di riflessione significativo e accattivante: "*Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito*", chiamando a intervenire le tre Istituzioni che interagiscono all'interno del più antico ospedale romano; oltre alla sua Lancisiana, la Scuola Medica Ospedaliera e l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria.

Un argomento interessante per due ordini di motivi. In primo luogo recensire e illustrare la somma di attività che ogni singolo Ente ha svolto in passato, e ancora svolge, nello specifico campo. E inoltre rimarcare che una struttura sanitaria come la ASL Roma 1, come altre in Italia di analogo tipo (gli Incurabili di Napoli, la Ca' Granda di Milano, Santa Maria della Scala di Siena e tanti altri), non abbia solo il compito di gestire la sanità sul territorio, di prevenire e curare le malattie, di assistere i ricoverati, ma anche di conservare il patrimonio di cui sono custodi ed eredi, di valutarlo ed esaltare la sua funzione pubblica. Di promuovere anche quella che è (deve essere) alla base delle professioni sanitarie: la storia come ricerca e approfondimento delle radici, l'antropologia come conoscenza dell'uomo, la bioetica come consapevole percezione dei limiti.

In questa occasione (l'inaugurazione dell'Anno Accademico) si ricorda il 305° anniversario di fondazione dell'Accademia da parte di Giovanni Maria Lancisi.

Lancisi fu personaggio chiave della Medicina romana tra '600 e '700. Frequentò il

Collegio Romano dei Padri gesuiti e si laureò in Medicina alla Sapienza, dove insegnò Anatomia. Divenne archiatra di papa Innocenzo XI e conservò l'incarico con i suoi successori Innocenzo XII e Clemente XI, sino alla morte avvenuta nel 1720.

Nel 1675 entrò al Santo Spirito e da allora l'ospedale divenne la sua casa. Raccolse più di duemila testi di Medicina che donò all'Ospedale di Santo Spirito, il primo nucleo della Biblioteca Lancisiana, che oggi possiede 18.000 volumi a stampa, 60 incunaboli, 2000 cinquecentine, 374 manoscritti: una delle più importanti biblioteche storico-mediche del mondo.

Scriveva Lancisi nell'atto di donazione: "Bramo che il Bibliotecario vada eccitando congressi, e particolarmente le Accademie di Medicina e di Chirurgia, facendole fare almeno due volte al mese dai Medici Assistenti, dai Chirurghi Sostituti e dai Giovani più abili".

Trasferì l'insegnamento di Materia medica (l'attuale Clinica Medica) dalla Sapienza al Santo Spirito, collegando strettamente la parte dottrinale, lo studio sui testi canonici di Ippocrate, Galeno e Avicenna, alla pratica medica, al lavoro di corsia, mettendo insieme per la prima volta Università e Ospedale. Nel Museo Storico dell'Arte Sanitaria è conservata la cattedra in legno da cui impartiva le sue lezioni.

Con lui l'ospedale divenne un luogo deputato anche alla ricerca. Ancora nel Museo vi sono dei reperti anatomici di aneurismi dell'aorta che gli vengono attribuiti: fra le sue opere maggiori è il *De motu cordis et aneurysmatibus*, uscito postumo nel 1728.

Con Lancisi, quindi, l'Ospedale di Santo Spirito in Sassia divenne un luogo di ricerca e

di insegnamento. Fra la fine del '700 e il primo '800 si costituì il Museo Anatomico, diretto dal chirurgo Giuseppe Flaiani, adiacente alla sala anatomica, dove gli studenti di Medicina e i giovani medici potevano approfondire le proprie conoscenze. Costituisce attualmente un settore molto importante del nostro Museo.

Il ricordo, doveroso, di Lancisi e del suo rapporto con il Santo Spirito riporta al tema specifico del mio intervento: l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria con la sua biblioteca e il Museo Storico Nazionale dell'Arte Sanitaria.

Il primo germe di Museo e Accademia risale al 1911, alle celebrazioni del Cinquantenario dell'Unità d'Italia e in particolare all'Esposizione Internazionale con le Mostre Retrospective di Castel Sant'Angelo, manifestazioni volute e in parte organizzate dal vecchio Baccelli.

A Castel Sant'Angelo, appunto, fu allestita, nell'ambito delle suddette Retrospective, una Mostra delle arti sanitarie che raccolse vasi e vetri di Farmacia, strumenti chirurgici, torchi e mortai per fabbricare medicinali; vennero ricostruiti un antico laboratorio alchemico e una Farmacia romana del '600. La mostra, organizzata da un ufficiale del genio, il generale Mariano Borgatti, da uno studioso di storia della medicina, il prof. Pietro Capparoni, e da un ginecologo torinese collezionista di oggetti sanitari, il dott. Giovanni Carbonelli, ebbe un enorme successo.

Quando si chiusero le celebrazioni, i tre ritennero che il materiale raccolto non doveva andare disperso, ma andava raccolto e conservato, a disposizione di studiosi e amatori.

Scoppiò la Grande Guerra e tutto si fermò. Ma subito dopo il progetto riprese forma e il 22 aprile 1920, promotori Borgatti, Capparoni e Carbonelli (quest'ultimo assente

perché ammalato), nel Salone del Commendatore dell'Ospedale di Santo Spirito, presenti i rappresentanti del Municipio di Roma, degli Ospedali Riuniti, dell'Ordine di Malta, della Sanità Militare, della Croce Rossa Italiana, fu costituito l'Istituto per il Museo dell'Arte Sanitaria. Poco dopo aderirono l'Ordine Mauriziano e il Ministero dell'Istruzione.

Due anni più tardi, il 14 maggio 1922, fu eretto in Ente Morale con R.D. n. 1746 e col nome di Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria (I.S.I.D.A.S.).

Venne approvato lo Statuto dell'Ente, che rispecchiava grosso modo quello attuale. Fu previsto un numero limitato di soci, 150 effettivi e 150 corrispondenti, suddivisi in due classi: storico-sanitaria e storico-biologica. Vennero previsti, anche, soci onorari e soci benemeriti.

I soci effettivi eleggevano (ed eleggono tuttora) il Consiglio di Reggenza, l'organo di governo, costituito da 12 membri (8 dalla classe storico-sanitaria e 4 dalla classe storico-biologica) e dai rappresentanti degli Enti Fondatori. È il Consiglio di Reggenza che elegge ancora oggi Presidente e Vicepresidente. Il Presidente, a sua volta, nomina una Giunta Esecutiva per il normale funzionamento dell'Ente, costituita, oltre che dal Presidente e dal suo Vice, dal Segretario Generale e dal Vice Segretario (che rappresentano le due classi), dall'Amministratore, dal Conservatore dei materiali, una sorta di Direttore del Museo.

Un ruolo importante in questa complessa struttura avevano e hanno i Soci Fondatori, con facoltà di esprimere un Membro permanente nel Consiglio di Reggenza.

I Soci Fondatori sono (secondo l'ultima modifica dello statuto, approvata con D.P.R. 12 novembre 1987): Ministero della Salute (che ha sostituito la Direzione Generale di Sanità del Ministero degli Interni), Ministero

della Difesa con i due Ispettorati Sanitari di Esercito e Marina, Ministero dei Beni e delle Attività Culturali (Ministero Tutore), M.I.U.R., S.M. Ordine di Malta, Ordine SS. Maurizio e Lazzaro, C.R.I., Comune di Roma, A.S.L. Roma 1 (che ha sostituito il Pio Istituto di S. Spirito).

L'Istituto ebbe sin dall'inizio una fervida attività, raccogliendo consensi da tutto il mondo scientifico dell'epoca. Primo Presidente venne eletto il generale Borgatti, vice Presidente il prof. Bilancioni e segretario generale Pietro Capparoni, che stava iniziando la sua ascesa nel campo della Storia della Medicina. Venne pubblicato un «Bollettino». Si lavorò attivamente per la costituzione del Museo, stimolando il Pio Istituto per la costituzione della sede, richiedendo a tutti gli Ospedali Militari la cessione di strumentario antico, interessando anche enti pubblici e privati a fornire materiali. Furono avviate varie istanze al Ministero dell'Istruzione per istituire cattedre di Storia della Medicina: quella della neonata Università "Benito Mussolini" di Bari venne assegnata nel 1925 a Pietro Capparoni.

Le prime riunioni si tennero al Palazzo delle Esposizioni, dove erano stati depositati molti reperti, in attesa che la Commissione degli Ospedali provvedesse a ristrutturarli, addirittura a ricostruire *ex novo* i locali del Santo Spirito per ospitare il Museo. Finalmente il 4 febbraio 1932 venne firmata una convenzione fra il comm. Adolfo Cotta, Presidente del Pio Istituto, e il gen. Mariano Borgatti, Presidente dell'I.S.I.D.A.S., per la cessione da parte dell'Ospedale dei locali del Museo, inaugurato solennemente (il nastro venne tagliato dal Governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi) l'11 maggio 1933 alla presenza di autorità politiche, religiose e accademiche.

Nel frattempo, a pochi giorni l'uno dall'altro, erano deceduti nell'aprile 1933 il generale Borgatti e il prof. Carbonelli.

Infine il 16 ottobre 1934, nella tenuta di San Rossore in Pisa, il re Vittorio Emanuele III firmò il R.D. n. 2884 con cui l'I.S.I.D.A.S. assunse il nome di Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Il relativo Statuto fu pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale" n. 69 del 23 marzo 1935.

Si susseguirono come presidenti dell'Accademia illustri studiosi di Storia della Medicina: Pietro Capparoni, Guglielmo Bilancioni, Adalberto Pazzini, che sino agli anni '70 del secolo scorso è stato un riferimento obbligato per gli storici della Medicina in Italia.

Dal 1934 ad oggi l'Accademia ha rappresentato un punto fermo, un elemento imprescindibile per gli studi del settore.

Ha organizzato convegni e congressi importanti, negli anni '70 e '80 si è impegnata nella didattica. Con la rivista «Atti e Memorie» ha illustrato le arti sanitarie, anche nel campo dell'antropologia e della bioetica. Si è interessata, in particolare, di storia della Sanità Militare e di storia del Termalismo, con convegni e congressi di grande rilevanza scientifica.

Con i Centri Regionali (il Lombardo costituito nel 1939, il Piemontese nel 1947, il Triveneto, il Pugliese, l'Emiliano-romagnolo e il Campano nel 1952, il Tosco-ligure nel 1967, l'Umbro nel 1968, il Laziale e il Marchigiano nel 1986, il Calabrese, il Siciliano e l'Abruzzese nel 1987, il Lucano nel 1988) ha diffuso in tutto il Paese la sua influenza e ha radicato sul territorio la cultura storico-medica.

Una funzione ancora più importante hanno avuto, ed hanno, i Centri Interregionali, come quelli più antichi di Storia dell'Alimentazione e Storia della Psichiatria e quelli, più recenti e attivi, del Termalismo e Medicina Termale e di Documentazione Archivistica e Bibliografica in Campo Biomedico.

Negli ultimi dieci anni (il periodo in cui ho gestito direttamente l'Accademia come Presidente) è stata svolta una notevole attività scientifico-culturale: gli annuali simposi di Vitaminologia, le giornate contro il fumo organizzate con Società Scientifica di Tabaccologia, la partecipazione alle Settimane della Cultura del Ministero dei Beni Culturali con mostre di libri e strumentario antico, i congressi con la Società Italiana di Storia della Medicina, la collaborazione con le Università italiane e straniere per la promozione e lo sviluppo della disciplina.

Un'occasione importante per pubblicizzare ai massimi livelli le attività dell'Accademia è la cerimonia annuale di inaugurazione dell'Anno Accademico. Lancisi e la medicina a Roma, Andrea Vesalio e l'anatomia del '500, Niccolò Andria e la Scuola Medica Napoletana, Leonardo e l'Ospedale di S. Spirito, Guido Baccelli e Roma, il "Tesoro Messicano". Eventi che hanno coinvolto personalità scientifiche a livello nazionale e internazionale; Adriano Bompiani, Bruno Zanolio, Giuseppe Ottavio Armocida, Adelfio Elio Cardinale, Giuseppe Monsagrati, Luciana Rita Angeletti, Valentina Gazzaniga, Carlos Viesca, Alain Tonwaide, Ernesto Galli Della Loggia, Luca Borghi, Maurizio Rippa Bonati, Luigia Melillo, Bernardino Fantini e moltissimi altri.

Un altro interesse prevalente nell'ultima gestione è stato il Museo. Non più luogo di studio limitato a studiosi e ricercatori, ma aperto a un pubblico più vasto, a una fruizione generalizzata. Con impegno e spirito di sacrificio resta aperto tre giorni alla settimana, vengono effettuate visite guidate a scolaresche a comitive di turisti, per lo più stranieri.

Recentemente è stata stipulata con la ASL Roma 1 una convenzione per una gestione più aperta ed efficace, nella visione più ampia di

un Polo Museale del Santo Spirito in via di attuazione.

In conclusione, in quasi cento anni di attività l'Accademia ha tenuto fede alle premesse per cui era nata: promuovere – come afferma lo Statuto – “la diffusione e l'incremento degli studi storici dell'arte sanitaria in tutti i loro aspetti e rapporti” e la cura e la gestione del Museo Storico dell'Arte Sanitaria, che resta il fiore all'occhiello, la ragione prima per cui è stata istituita.

Restano altri problemi da risolvere: la continua difficoltà finanziaria dovuta alla scarsità delle risorse, le modifiche dello Statuto, un problema diventato ormai improrogabile.

Ma la nuova gestione, che di recente il Ministero ha convalidato, saprà provvedere certamente alla bisogna. Con l'impegno e la ferma volontà, con il lavoro di tutti e, specialmente, con l'aiuto di Dio.

Prof. Gianni Iacovelli, Presidente della Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

Per la corrispondenza:
segreteria.asas@gmail.com

Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito. La Scuola Medica Ospedaliera

U. Recine

Sono grato alla Presidente dell'Accademia Lancisiana, prof.ssa Laura Gasbarrone, di avermi dato l'opportunità di intervenire nella seduta inaugurale del nuovo anno accademico dell'Accademia per parlare della *Scuola Medica Ospedaliera*, di cui ho l'onore di essere Presidente, e del suo ruolo insieme con le altre Istituzioni culturali nel contesto ospedaliero e monumentale di Santo Spirito in Sassia.

La Scuola Medica Ospedaliera ha radici antiche quanto quelle dell'Ospedale Santo Spirito, fondato nel XII secolo D.C. da Papa Innocenzo III. Essa ha proseguito la tradizione d'insegnamento delle antiche istituzioni di formazione medica che operavano all'interno dell'Ospedale Santo Spirito in Sassia fin dalla sua fondazione alla fine del XII secolo (1198) per volere di Papa Innocenzo III, continuando a insegnare la scienza medica ospedaliera negli otto secoli successivi, meritandosi la considerazione nel mondo scientifico quale *antesignana* delle moderne Università.

La Scuola Medica ha cambiato nel corso del tempo la sua denominazione: nel XVII secolo diventa la **Scuola della Consolazione** istituita dalla *famiglia medica ospedaliera* "colonizzando gli ospedali San Giacomo e San Giovanni" e ricevendo dal Papa l'autorizzazione a rilasciare i diplomi di Medico-Chirurgo ai discenti che avessero svolto il tirocinio pratico sotto la supervisione dei medici di uno di quegli ospedali. Nel 1922 viene rifondata e rinominata **Associazione dei Medici Ospedalieri di Roma e Provincia**, per iniziativa degli illustri clinici Proff. Galli, Bastianelli e Carducci. Nel 1947, di nuovo, cambia il nome in Scuola Medica Ospedaliera di Roma operante sotto il patrocinio del Pio Istituto di Santo Spirito

integrandosi e collaborando con altre due istituzioni culturali, entrambe insieme alla Scuola Medica con sede all'interno dell'Ospedale di Santo Spirito: l'Accademia Lancisiana e l'Ente Settimana Medica degli Ospedali, con finalità didattiche tutte e tre, per quanto fin dall'inizio diversificate nella forma, nel metodo e nei contenuti. Nel 1977 diventa **Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio** (SMORRL). Nel giugno 1981, con delibera regionale n. 3210, alla SMORRL viene riconosciuta personalità giuridica. Nel dicembre 1989, sempre una delibera regionale (n. 12581) individua nella SMORRL l'istituzione di riferimento e consulenza per la programmazione e l'organizzazione delle attività di formazione permanente dei medici del servizio, degli altri sanitari laureati e del personale paramedico degli ospedali regionali.

Infine, nel novembre 2001, rinnovato lo statuto, la SMORRL viene rinominata **Scuola Medica Ospedaliera (SMO)**, che rimane ad oggi la denominazione ufficiale.

La finalità della Scuola Medica è sempre stata quella di trasmettere le conoscenze dei medici ospedalieri, maturate con l'esperienza di tutti i giorni a contatto con i malati, ai giovani e meno giovani medici, odontoiatri, biologi, infermieri, tecnici ai quali il solo insegnamento universitario, non validato dalla pratica, non consentiva di acquisire una sicurezza professionale e culturale sufficiente a svolgere il loro lavoro. In sintesi, si è sempre impegnata per la formazione e aggiornamento del personale che opera in ambito sanitario. La Scuola Medica Ospedaliera ha infatti come *mission* la continuazione post-universitaria dell'insegnamento teorico e pratico, nonché

l'aggiornamento e la formazione permanente dei laureati in Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, dei laureati in altre discipline attinenti alle attività sanitarie, ed anche di coloro che sono in possesso di lauree brevi dell'area medica. Il suo insegnamento non è in competizione con quello universitario, bensì è il complemento formativo per tutti i laureati in scienze sanitarie, essenziale per fissare le nozioni teoriche attraverso riscontri esperienziali.

La ricchezza della Scuola è costituita dai suoi docenti, medici ospedalieri di strutture sanitarie accreditate di lunga esperienza che entusiasticamente e volontariamente, accanto all'assistenza dei malati e spesso alla ricerca clinica, si impegnano al di fuori del loro orario di lavoro ad insegnare a colleghi giovani e meno giovani come si fa a "fare bene il medico"!

Con l'istituzione dell'Educazione Continua in Medicina, la SMO è stata accreditata dall'AGENAS come Provider ECM 417, ed ha strutturato i suoi corsi di alta formazione medico-scientifica secondo le regole rigide del Ministero della Salute. Negli ultimi dieci anni ha attivato più di 700 corsi ECM con più di 12.000 iscritti! La struttura dei suoi corsi è a carattere estremamente pratico, a supporto della formazione universitaria, prevalentemente teorica.

La presenza del *Tutor*, cioè un medico ospedaliero di esperienza, il fatto che i corsi vengano tenuti all'interno dell'ospedale o in strutture sanitarie accreditate e che siano basati essenzialmente su casi clinici, sono gli elementi caratterizzanti della Scuola che hanno determinato un livello di gradimento altissimo da parte degli iscritti.

Nell'ottica di una formazione a tutto tondo, la Scuola Medica ha deciso di continuare ad attivare i tradizionali corsi semestrali (senza crediti ECM), a carattere

prevalentemente pratico e teorico-pratico, che sono volti essenzialmente a quegli operatori sanitari non strettamente interessati ai crediti formativi, come gli specializzandi che hanno la concreta necessità di aggiornarsi e di formarsi con la presenza di un tutor. Naturalmente con l'avvento dell'ECM, l'attività tradizionale senza crediti si va sempre più riducendo sia in termini di corsi proposti che di numero di iscritti, anche per l'incertezza della loro valutazione da parte delle Commissioni esaminatrici in sede concorsuale.

Mi piace sottolineare un'altra caratteristica della nostra Scuola: essa è anche una **SCHOLA MAGISTRUM una fonte d'apprendimento per gli insegnanti** una palestra nella quale si fa pratica di insegnamento e ci si migliora attraverso il confronto continuo con i discenti adattando i propri metodo e linguaggio al livello dei discenti che trattengono tanto di più quanto più sentono affine il modo di comunicare.

La SMO è stata tra le prime istituzioni didattiche a includere alla fine del corso il giudizio sui docenti, e i giudizi raccolti fino ad ora sono davvero lusinghieri!

Al posto dei tradizionali Corsi biennali, la Scuola Medica ha organizzato Master in collaborazione con l'Università o con Società Giuridico Sanitarie (vedi ad es. il Master in Management Sanitario organizzato in collaborazione con AGISA - Associazione Giustizia e Sanità), con l'obiettivo di assicurare un dialogo permanente tra le professioni giuridiche e le professioni sanitarie che si incontrano sempre più spesso sul terreno controverso della responsabilità professionale del medico.

Il Consiglio Direttivo, rinnovato con le elezioni delle cariche sociali a luglio 2018, ha sostanzialmente confermato una continuità operativa con le precedenti gestioni, evidenziando come obiettivo

principale quello di dare maggiore rilievo alla vocazione didattica della Scuola Medica, intensificandola con una serie di nuovi progetti formativi che includano anche il discorso dell'e-learning.

Pur mantenendo la formazione residenziale quale prerogativa della sua attività, Il Consiglio Direttivo ha deciso di affrontare l'"avventura" dell'e-learning organizzando corsi FAD, anche se nel modo più prudente possibile in considerazione del fatto che l'insegnamento della SMO si è tradizionalmente distinto per il rapporto diretto tra discenti e docenti e per i maggiori costi di gestione e di accreditamento dei corsi FAD.

Anche il sito della Scuola Medica è stato rinnovato con l'inserimento di nuove sezioni, come ad esempio la sezione libreria dove, accedendo con la propria password, è possibile scaricare on line il materiale didattico del corso ECM frequentato, nonché con la realizzazione a breve di una nuova rubrica, dove sarà possibile avviare discussioni sui casi clinici presentati, attraverso una specie di Forum.

La Scuola Medica Ospedaliera opera presso le maggiori strutture ospedaliere della Regione, con le quali ha stipulato nel tempo convenzioni ed accordi operativi, ma è proprio con l'Ospedale Santo Spirito e l'Azienda Sanitaria Locale di cui fa parte che ha sempre avuto un ruolo particolare, come Istituzione di formazione i cui docenti per il 60-70% provengono dal personale di questo antico ospedale.

Già con una Convenzione stipulata il 18 febbraio del 2003, tra la Scuola Medica Ospedaliera e l'allora Azienda Sanitaria Locale ROMA "E", veniva sancito un accordo di collaborazione in base al quale l'Azienda intendeva avvalersi della SMO per organizzare attività formative destinate al proprio personale sanitario,

nonché offrendo il personale laureato dell'Azienda per espletare attività di insegnamento a tempo determinato, nell'ambito del programma delle attività didattiche previste.

Il Consiglio Direttivo della Scuola, proprio nelle ultime riunioni, ha ripreso questo discorso con i referenti della Formazione Aziendale e ci auguriamo di poter mantenere, con nuove energie e secondo le nuove necessità, il tradizionale rapporto di collaborazione tra la Scuola Medica Ospedaliera e l'ASL ROMA 1. Questo ha permesso che un importante evento-iniziativa ideato dalla Direzione Amministrativa Aziendale della Roma1 dal titolo «**QUALITA', PROFESSIONALITA' E COMPETENZE**» veda proprio la SMO quale agenzia che ne cura la complessa organizzazione: circa 570 amministrativi distribuiti in 4 sedi diverse che seguono contemporaneamente i seminari costituiscono un impegno davvero importante per la segreteria della SMO.

Nel futuro, a parte l'impegno nell'e-learning, crediamo sempre più nell'impegno della SMO come agenzia di Formazione con la sua esperienza organizzativa, il suo capitale di docenti, il suo immenso indirizzario di discenti.

Prof. Umberto Recine, Presidente della Scuola Medica Ospedaliera

Per la corrispondenza: segreteria@smorrl.it

Storia, cultura e scienza ieri e oggi nel Complesso Monumentale di Santo Spirito. L'Accademia Lancisiana

L. Gasbarrone

“Non vi è cosa la quale introduca nell'animo nostro maggior stimolo allo studio e promuova meglio le operazioni attive del nostro ingegno e particolarmente l'eloquenza e la prontezza nel pensare e nel deliberare, delle quali cose i medici hanno una somma necessità, quanto l'obbligazione di avere a parlare in pubblico e la necessità di scoprirvi il vero”

Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) (Fig. 1)

di “scoprire il vero” attraverso il dialogo tra le persone, nello specifico i medici o comunque, diciamo oggi, chiunque a diverso titolo si occupi della materia medica.

Chi era Giovanni Maria Lancisi? Medico e Anatomista vissuto a cavallo del 1700.

Pietro De Angelis, nel suo libro “Giovanni Maria Lancisi, la Biblioteca Lancisiana, l'Accademia Lancisiana”, di lui dice ancora che “Dopo **'arduo, tremendo e rigoroso esame'**

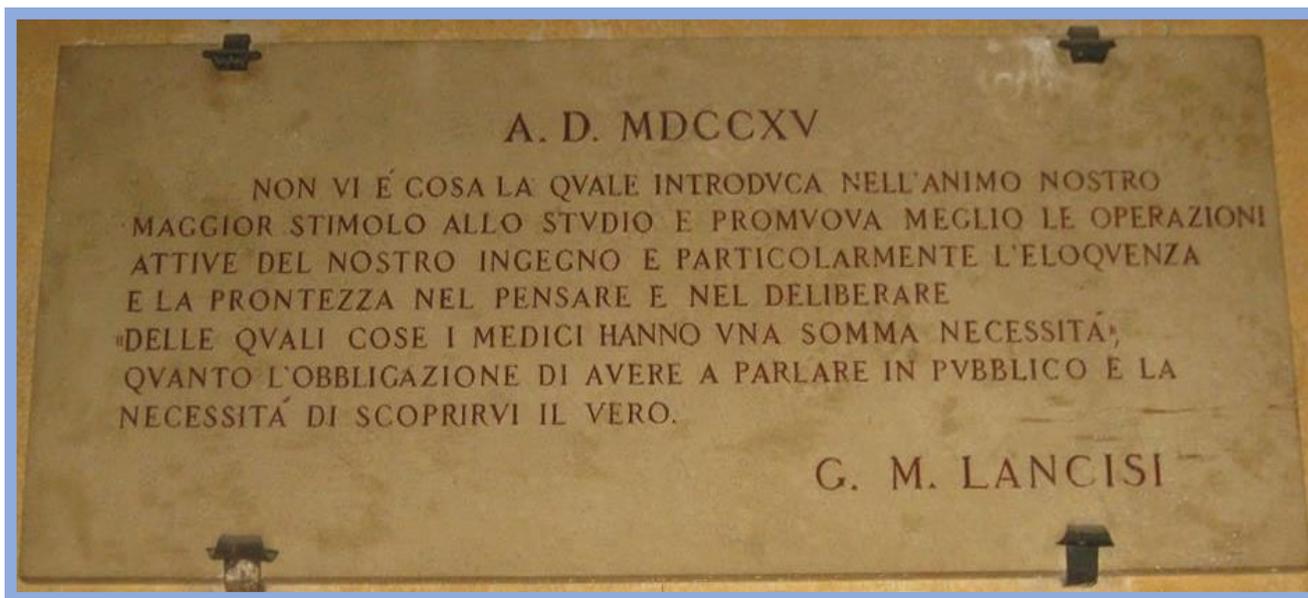


Fig. 1: Giovanni Maria Lancisi, 1715

Quando devo parlare della Accademia Lancisiana cito subito questa frase del Lancisi perché, a mio avviso, racchiude tutto il significato del pensiero di Giovanni Maria Lancisi nel momento in cui decise di fondare questa Accademia: sono vivissimi anche oggi, nonostante il mondo informatizzato in cui viviamo ce ne allontani costantemente, i concetti del “parlare”, del “pensare” e “deliberare” e del “parlare in pubblico” al fine

*nel quale le sue risposte furono definite **'meravigliose e singolarmente feconde'** conseguì nel 1672 il Diploma di Laurea in Fisica e Medicina, fu Primario in Santo Spirito, **Archiatra** dei Papi Innocenzo XI e Clemente XI, **Professore alla Sapienza** di Roma, Protomedico Generale dello Stato Pontificio, **'erudito e mecenate'**”.*

Già dai primi incontri di austero carattere scientifico nelle Accademie di Medicina e di

Anatomia, il Lancisi trasse la convinzione del grande vantaggio che la scienza medica avrebbe potuto avere da un **“continuo scambio di idee e da feconde dispute fra i medici”**, e alternava agli studi teorici, con felice intuito, la pratica negli ospedali.

L'Accademia Lancisiana di Roma fu quindi fondata da Giovanni Maria Lancisi, archiatra pontificio, il 25 aprile 1715, nei locali della Biblioteca Lancisiana, da egli stesso fondata l'anno precedente presso l'Ospedale di S. Spirito. Anzi, a sottolineare il ricordo di esempi famosi nell'antichità, egli designò come **“palestra”** la sede delle riunioni di studio nell'atrio della Biblioteca.

In un primo e piuttosto lungo periodo non ha avuto vita facile. Trasformata con alterne vicende in Accademia Giacintina, in Adunanza degli Amici della Scienza medico-chirurgica, in Associazione della Giovane Famiglia Sanitaria degli Ospedali Riuniti di Roma, in Società Lancisiana degli Ospedali Riuniti di Roma, fu più volte sciolta, cambiò più volte sede e risorse infine con il suo primo nome di Accademia Lancisiana di Roma il 21 dicembre 1926. Fu infine eretta in ente morale con tale denominazione per effetto del regio decreto 27 giugno 1935, n. 1363.

Il 21 novembre 1935, il Presidente degli OO.RR. Giuseppe Spano pensò di dotarla di mezzi più larghi, assegnandole, presso l'Ospedale della Consolazione, una sala molto grande, bene arredata e dandole in uso la storica Biblioteca della Consolazione.

Ma era destino che questa secolare Istituzione dovesse tornare dove era stata fondata. Nel 1941 il Presidente degli OO.RR. **Carlo Solmi volle che l'Accademia tornasse nel Palazzo dei Commendatori di Santo Spirito**, preparando la **sua definitiva Sede** nelle sale che tre secoli prima avevano ospitato la Commissione Minore della Rev. Fabbrica di S. Pietro per la costruzione del celebre colonnato del Bernini, **e perché ne**

rimanesse il ricordo nel tempo fece incidere nel travertino delle cornici delle porte: “Accademia Lancisiana” (Fig. 2). La solenne inaugurazione di questa nuova sede avvenne il 22 dicembre 1941.

Il Lancisi fondò quindi l'Accademia con le seguenti finalità, tuttora contemplate dallo statuto ad oggi in vigore e recentemente aggiornato:

- a) incentivare la ricerca scientifica e contribuire al perfezionamento della pratica professionale dei medici;
- b) diffondere la conoscenza delle attività svolte in ospedali, istituti universitari e altre istituzioni sanitarie;
- c) promuovere la discussione su argomenti teorico-pratici di interesse sanitario.

L'attività scientifica dell'Accademia Lancisiana è costituita prevalentemente da sedute (3 o 4 al mese) nel corso delle quali sono tenuti simposi, convegni, conferenze e comunicazioni che trattano i temi di maggior interesse ed attualità in campo medico, chirurgico e specialistico con il contributo delle personalità più autorevoli in campo medico e non medico. Da alcuni anni si svolgono anche corsi accreditati ECM.

La pubblicazione fin dal 1880 degli Atti della Accademia Lancisiana, oggi rivista esclusivamente online, costituisce testimonianza di questa attività, nonché riconoscimento per il Ministero dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo ai fini dell'inserimento nella tabella ministeriale per l'erogazione del contributo triennale.

L'Accademia Lancisiana possiede, custoditi nei propri locali, oltre 12.000 volumi antichi (dal XVI al XX secolo) i quali presentano caratteri di rarità artistica, storica e documentale pressoché unici nell'ambito della storia dell'arte sanitaria, su argomenti non solo di carattere medico, ma anche di Botanica, di Astronomia, di Astrologia, di Filosofia. Allo scopo di salvaguardare il valore storico e scientifico dei volumi e di renderne possibile la consultazione da parte di un



Fig. 2: L'ingresso della Accademia Lancisiana nel cortile del Palazzo del Commendatore

pubblico di cultori, sono stati effettuati nel tempo lavori di spolveratura, restauro, catalogazione in SBN e digitalizzazione del fondo librario.

Come abbiamo detto, Lancisi riteneva che la Biblioteca dovesse essere una "palestra", per cui scriveva: *"Bramo che il Bibliotecario vada eccitando i Congressi, e particolarmente le Accademie pubbliche di Anatomia, di Medicina e di Chirurgia, facendole fare almeno due volte al mese dai Medici Assistenti, dai Chirurghi Sostituti e dai Giovani più abili"*. Quindi "palestra" come luogo di incontro, di discussione sui temi della Medicina.

Sin dalla sua fondazione l'Accademia Lancisiana non ha mai cessato di esistere; ebbe periodi di splendore e di oscuramento; cadde e risorse, sia pure con nome diverso. Ma quando i medici romani vollero creare una istituzione che fosse palestra di studiosi, si richiamarono alla memoria del Lancisi. L'indirizzo dato da lui, a distanza di secoli, conserva ancora il suo grande valore.

L'Accademia è una istituzione che svolge nel campo della Scienza Medica opera di critica, di controllo, di positiva creazione, continuando la sua antica missione di grande scuola dove i giovani possono completare la

loro cultura e continuare nel campo scientifico e pratico la tradizione altissima della Scuola Medica Romana. Alla sua attività e allo svolgimento delle conferenze e dei simposi partecipano indistintamente medici non solo romani, provenienti da differenti istituzioni.

Il "Premio Lancisi" per i giovani laureati dell'ultimo anno accademico che abbiano prodotto le migliori tesi di laurea, consistente in una pergamena, nella iscrizione gratuita alla Accademia per tre anni, nella pubblicazione sugli Atti della Accademia Lancisiana di un sunto della tesi e nella possibilità di esporla in aula nel corso della giornata per la celebrazione della Settimana della Cultura, vuole stimolare i giovani alla pratica del dialogo costruttivo tra professionisti.

Lo statuto recentemente aggiornato prevede ora la possibilità di iscrizione alla Accademia dei titolari di lauree magistrali in Scienze Infermieristiche, allargando quindi la "palestra" alle professioni sanitarie: in un momento in cui la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità sono caratteristiche indispensabili della discussione di casi clinici, ci è sembrato giusto che anche l'Accademia Lancisiana presentasse al mondo scientifico l'apertura alle professioni sanitarie.

Come abbiamo detto, la “mission” descritta all’epoca dal Lancisi è la “mission” di oggi. Purtroppo ad un attento confronto con la realtà dei fatti, potrebbe sembrare anacronistica: oggi i giovani studenti di Medicina studiano non più sui libri ma sui testi online. È raro che un medico che ha bisogno di un aggiornamento su un argomento consulti un libro, “scienza statica”, e non consulti invece l’ultimo aggiornamento online, e forse è anche giusto, rischierebbe di non essere aggiornato. Ma in tutto questo due cose rimangono essenziali e insostituibili: in primo luogo il *dialogo*, lo scambio di opinioni sugli argomenti, la sana discussione che stimola il ragionamento clinico, che dà forza alle proprie convinzioni o che le plasma insieme alle convinzioni dei nostri interlocutori. Tutto questo è purtroppo oggi sempre meno presente a letto del malato per la scarsità di risorse umane e per la necessità di applicare complessi meccanismi che vedono il medico davanti ad uno schermo e ad una tastiera, non solo per consultare giustamente esami e referti ma soprattutto per motivazioni di carattere burocratico. In secondo luogo il *passato*: anche le più moderne vedute della scienza medica non possono prescindere da quelli che sono stati i ragionamenti del passato, che pur non essendo allora supportati dalle “evidenze scientifiche” di oggi, avevano un costrutto di estrema validità e che continuano a rappresentare il *continuum*: da quei concetti si è comunque partiti per arrivare alle evidenze odierne: la scienza evolve sé stessa!

Quindi il compito della Accademia Lancisiana rimarrà quello istituito dal suo fondatore, diffondere cultura e scienza medica e formare i giovani. In un contesto in cui coesistono una attività di assistenza sanitaria, espletata dall’Ospedale Santo Spirito, e Istituzioni secolari identificate da una loro Storia e che esprimono Cultura e Scienza, le diverse attività trovano una corretta integrazione. Gli strumenti oggi sono cambiati ma le esigenze sono le stesse: il passato, testimoniato dai nostri preziosi libri, e il futuro informatizzato si devono coniugare, passando per il presente.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Canezza A. Accademia Lancisiana, La nuova Sede nel Palazzo di Santo Spirito inaugurata il 22 dicembre 1941. Roma: Stab. A. Staderini, 1941.

D’Avack A. Per la rinascita della Accademia Lancisiana di Roma. Estratto da Atti della Accademia Lancisiana di Roma, Anno 1957, Fasc. 1. Roma: Tecnica Grafica, 1957.

De Angelis P. La Biblioteca Lancisiana, l’Accademia Lancisiana nel 250° anniversario della sua fondazione. Roma, 1965. (Collana di studi storici sull’Ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani).

Prof.ssa Laura Gasbarrone, Presidente della Accademia Lancisiana.

Per la corrispondenza:
lancisi@aruba.it

Seduta Commemorativa

12 novembre 2019

Commemorazione del Prof. Augusto Arullani

M. Caricato

Ricordare il Prof. Augusto Arullani è per me un grande onore, e ringrazio gli organizzatori di questa Seduta e il Prof. Pappalardo per aver voluto che lo affiancassi in questo compito.

Nella mia lunga e faticosa maturazione professionale, ho avuto la guida di Augusto Arullani per un periodo relativamente breve: poco più di un quinquennio.

Eppure, rappresenta un caposaldo della mia formazione proprio per quel che il Professor Pappalardo ha indicato come il tratto principale della sua attività, il fatto di essere – come spesso si dice in chirurgia, e molto spesso si fa il contrario – Maestro di vita e di professione.

Questo nel periodo trascorso al Campus dal Prof. Arullani ha lasciato tracce molto concrete e ben riconoscibili.

In occasione della Sua scomparsa, il ricordo di tutti quelli che si sono ritrovati a scriverne o a parlarne ha avuto sentimenti e ricordi comuni: la signorilità, la cortesia, l'autorevolezza senza mai prevaricazione o sopraffazione, la pacatezza sono i termini che si ritrovano nelle parole e negli scritti di tutti quelli che si sono trovati a parlarne.

È stato una pietra miliare del Campus fin dagli esordi: assieme al prof. Denaro fu il primo docente incardinato, il 22 ottobre 1994, nel nuovo Ateneo, istituito il 14 febbraio 1992, direttore dell'Area di Chirurgia Generale che iniziò la sua attività il 19 dicembre 1994.

All'inizio dell'attività accolse con sé un gruppo di giovani eterogenei, ricchi di entusiasmo ma

non certo di esperienza: anche i più adulti, nel gruppo di quei sei giovani che nel breve arco di un anno o poco più hanno costituito lo staff della Chirurgia del Campus, erano ben lontani dall'essere un chirurgo maturo. Ci ha messi alla prova, ci ha orientati, ci ha indirizzati, con una visione lucida e concreta, rispettosa delle caratteristiche e delle qualità di ognuno, mettendo ognuno in grado in poco tempo di svolgere un'attività autonoma, di imparare tecniche nuove o consolidate, di trovare soddisfazione nel nostro ruolo. Ed ha costruito, nel rispetto delle qualità e dei limiti, per ognuno un percorso, mettendoci a contatto con le esperienze internazionali più qualificate e più affascinanti, per formarci e per portare al Campus tecniche e terapie innovative.

Così Pierfilippo, prima a Chicago e poi al Gemelli come chirurgo toracico, io e Valter al St. Marks, sulle sue orme, a conoscere la culla della coloproctologia europea, ancora io a Ft. Lauderdale ad imparare dalla scuola della Cleveland Clinic, e ad inaugurare le prime esperienze di "organ preservation" nella cura del tumore rettale, Rossana a Zingonia e Ponte San Pietro ad imparare la più avanzata chirurgia laparoscopica che iniziava ad affermarsi, Vittorio a Firenze per studiare lo screening del tumore mammario. Un'attività dedicata non a sé stesso, ma a costruire una traccia, un percorso per ognuno di noi, incarnando davvero il ruolo del Docente, Maestro, Capo-scuola, per i suoi chirurghi ed anche oltre, incarnando il ruolo del "tutor universitario" anche per colleghi di altre discipline, prefigurando percorsi, come quello

della Nutrizione, che si sarebbero sviluppati ed avrebbero portato frutto al di fuori dell'ambito chirurgico.

Aveva molta attenzione agli aspetti scientifici: suo è il primo lavoro clinico pubblicato con l'affiliazione Campus Bio-Medico, sugli Annali Italiani di Chirurgia di Novembre-Dicembre 1995; e furono molte le pubblicazioni scientifiche della sua scuola, a maggior ragione se pensiamo al faticoso inizio dell'attività e alla ridotta numerosità della casistica in quei primi anni di attività del Campus.

Non ha curato solo gli aspetti professionali del suo gruppo: non ci ha fatto mancare le occasioni conviviali, costruite per essere non solo colleghi ma amici: memorabile una giornata nella sua carissima casa di Porto Ercole, dove ci ha voluti tutti assieme per trascorrere qualche ora in amicizia e senza pensieri.

Il suo lavoro, la sua dedizione, il suo insegnamento non solo tecnico ne fanno davvero il capostipite di una Scuola Chirurgica che, nonostante il tempo passato da quando ci ha affidati al suo successore, è rimasta profondamente legata al Suo insegnamento.

Una volta realizzato un team in grado di continuare in autonomia l'attività, prima con Pasquale Berloco e poi con Roberto Coppola, con la stessa dedizione con cui ha svolto la sua opera e senza cercare alcun interesse personale si è ritirato con grande dignità, pago di aver contribuito a costruire una affascinante impresa che ormai camminava con le sue gambe.

Prof. Marco Caricato, Professore di Chirurgia,
Università Campus Bio-Medico di Roma

Per la corrispondenza:
m.caricato@unicampus.it

Commemorazione del Prof. Augusto Arullani

G. Pappalardo

Desidero innanzitutto ringraziare Pucci, Michela, Carlo Andrea ed ovviamente Paolo Arullani per avermi chiesto di ricordare Augusto in questa sede così prestigiosa, così carica di storia, dove si celebravano le glorie della Scuola Romana di Medicina e non solo degli Ospedali Riuniti del Pio Istituto di Santo Spirito, aula a cui sono legato da tanti ricordi anche famigliari.

Ci sono persone che passano nella storia delle loro professioni per l'eccezionalità delle loro opere e ce ne sono altre che meritano uno spazio simile nel ricordo collettivo per la grandezza della testimonianza di vita e di valori che hanno rappresentato nel corso della loro esistenza.

Augusto Arullani appartiene a pieno titolo a questa seconda categoria. Augusto è nato il 14/06/1935, si è laureato all'Università di Roma nel 1959 con il massimo dei voti e la lode. Ha frequentato per lunghi anni la II Clinica Chirurgica del Policlinico Umberto I in qualità di Assistente, Aiuto e Professore Associato. Si è trasferito poi al Campus Biomedico fin dall'istituzione di questa nuova Università dove è diventato Professore Ordinario di Chirurgia Generale nell'Anno Accademico 1994-1995. Di quegli anni parlerà il suo allievo Marco Caricato subentrato al Lui come Professore di Chirurgia. Ha perfezionato la sua esperienza chirurgica presso il Massachusetts General Hospital di Boston e il St Mark's Hospital di Londra, centro di riferimento mondiale della chirurgia proctologica. Autore di oltre 400 pubblicazioni scientifiche e di oltre 12000 interventi chirurgici.

Se questi sono in estrema sintesi i tratti salienti della sua biografia, quello che a me preme ricordare è l'eccezionalità della sua testimonianza umana. Augusto aveva il

piacere unico di mettere a disposizione dei colleghi più giovani la sua grande esperienza chirurgica e le sue capacità senza chiedere nulla in cambio, senza pretendere ma neanche aspettarsi quello che gli era dovuto: la riconoscenza. Il piacere di donare sé stessi a prescindere come base etica della propria vita.

Questa è una caratteristica umana tanto grande quanto rara come sa bene chi ha svolto e svolge l'attività di chirurgo in tutte le sue branche specialistiche. Caratteristica questa ancora più rara proprio dove è più importante: la sala operatoria in cui a volte in pochi minuti si decide il destino di un essere umano sia come sopravvivenza sia come qualità di vita.

La disponibilità di Augusto nei riguardi dei colleghi più giovani rappresenta l'aspetto più elevato e nobile del suo essere Maestro. Il ruolo non solo di trasmettere sapere e saper fare ma soprattutto saper essere. Un aspetto questo del ruolo di Docente attualmente trascurato ed obsoleto. Un ruolo che può svolgere solo chi è fornito di un grande patrimonio etico, caratteristica questa poco rappresentata e valorizzata. È il vuoto valoriale che tanto impoverisce le società contemporanee. Al contrario Augusto è stato testimonianza continua della pienezza di questi valori.

Ho avuto la fortuna di conoscere Augusto e collaborare con lui per un breve ma per me particolarmente significativo periodo e in un momento critico della mia carriera universitaria e della mia vita in genere. Augusto ha rappresentato per me un prezioso, insostituibile punto di riferimento che ha facilitato la mia completa crescita professionale ed umana. Augusto Arullani è stato un marito e un padre premuroso ed

esemplare che è vissuto per il proprio lavoro e per la propria famiglia.

È stato colpito dalla perdita più grande che un uomo possa provare: la morte prematura di una figlia. Augusto ha subito questa perdita ad un'età in cui non si hanno più sufficienti prospettive per il futuro e la forza di sopportare per essere ancora al servizio dei famigliari, degli amici, degli altri.

Quando un amico muore una parte della nostra vita se ne va con lui. Ma nessuno muore definitivamente finché vivranno coloro che conservano vivo il loro ricordo e la riconoscenza per aver avuto il privilegio di averli conosciuti.

Prof. Giuseppe Pappalardo, Ordinario di Chirurgia Generale "Sapienza" Università degli Studi di Roma

Per la corrispondenza:
Giuseppe.pappalardo@uniroma1.it

Commemorazione del Prof. Marino Luminari

C. Giannelli

Carissimi colleghi,

ci troviamo qui, questa sera, in queste aule storiche, per unirvi tutti in un sincero e commosso saluto per il Prof. Marino Luminari, che dolorosamente ci ha lasciato esattamente tre mesi fa.

Che siano queste aule ad accogliere la nostra presenza ed i nostri pensieri, è fatto simbolicamente importante: qui, nel complesso del Santo Spirito, infatti, cominciò l'attività medica romana di Marino nel lontano Ottobre del 1946, presso il reparto diretto dal Prof. Alessandrini e di cui Carlo Arullani era il primo aiuto. Qui, ancora Luminari, negli anni '80, aprì il primo ambulatorio ospedaliero di Gastroenterologia, al di fuori del San Camillo, iniziandovi, con la collaborazione del sottoscritto, un'attività clinica ed endoscopica di consulenza interna ed esterna.

Nato a Rosora in provincia di Ancona, trascorre i suoi primi vent'anni a Bologna, dove si iscrive, nel 1942, alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Trasferitosi a Roma nel 1943, continua gli studi presso l'università La Sapienza ove si laurea con lode nel 1948. Già dal 1946 aveva iniziato a frequentare il Reparto di Medicina Speciale diretto dal prof. Paolo Alessandrini presso l'ospedale Santo Spirito. Nel 1949 e 1950 completa i corsi di perfezionamento in Cardiologia e Medicina della Scuola Medica Ospedaliera.

Dall'Agosto 1951 ai primi del 1953 svolge servizio di ufficiale medico nell'Esercito Italiano.

Nel 1953 viene accolto a frequentare, come assistente volontario, il Centro Italiano di Gastroenterologia presso la Clinica delle malattie infettive e Tropicali dell'Università di Roma, confermato con nomina rettorale fino al 1960.

Nel 1955 consegue, presso l'Università di Roma, la specializzazione in Medicina delle Malattie Tropicali e Subtropicali e nel novembre 1956 la specializzazione in Gastroenterologia.

In questo periodo cura la stesura, in tre volumi di 2500 pagine, delle lezioni del corso d'insegnamento della Scuola di specializzazione in Gastroenterologia diretta dal Prof. M. Girolami.

Nel 1960 viene assunto, a seguito di concorso dagli Ospedali Riuniti di Roma, come assistente medico effettivo ed assegnato alla Divisione di Gastroenterologia dell'Ospedale San Camillo diretta dal Prof. Carlo Arullani.

Nel Maggio 1963, sempre per concorso, diviene aiuto effettivo presso lo stesso Reparto.

Nel 1965 consegue la libera docenza in Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali e nel 1966 l'idoneità a primario medico per ospedali di 1° categoria. Nel 1968 consegue, presso l'Università di Bologna, il diploma di specializzazione in Medicina Generale.

Nel Novembre 1969 partecipa alla costituzione, sotto la guida del Prof. C. Arullani, e alla fondazione dell'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO) che compie in questi giorni il suo cinquantésimo anno di vita.

Nel 1976, infine, diviene a seguito di concorso, Primario della Divisione di Gastroenterologia dell'Ospedale San Camillo. Incarico che ricoprirà fino al 1996.

Dal 1982 al 1986 è stato Presidente dell'AIGO, alla cui fondazione aveva partecipato.

Presidente del Consiglio Direttivo della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio (SMORRL) dal 1993 al 2002, nonché Presidente della Federazione delle Scuole Mediche Ospedaliere Italiane dal 1998 al 2002. Inoltre Accademico dell'Accademia Lancisiana dal 1993 al 2002.

Autore di oltre 200 pubblicazioni sulle varie tematiche della Gastroenterologia.

Ringrazio la famiglia Luminari, a cui mi unisco assieme a Voi tutti con un affettuoso abbraccio, della scelta di affidarmi questo compito commemorativo confermando quanto Marino aveva scritto a chiusura della pubblicazione di un articolo, sulla rivista il Policlinico nel giugno 2001, sulla Gastroenterologia negli Ospedali Italiani.

In questa dedica mi affidava l'oneroso compito di mantenere accesa la fiaccola della nostra tradizione gastroenterologica. Compito che si rivelò particolarmente impegnativo per tutte le traversie che coinvolsero la Divisione di Gastroenterologia nei primi anni del 2000, ma che comunque giunsero a buon fine, riaffermando l'identità culturale ed assistenziale del Reparto nel solco delle sue tradizioni.

Il primo incontro con Marino, fu, nel lontano Settembre del 1972, assolutamente fortuito e casuale. All'epoca frequentavo, come tirocinio pre-laurea, la Divisione di Chirurgia diretta dal Prof. Guerrieri. Ben presto compresi che la chirurgia soprattutto a cielo aperto, come era allora, non avrebbe potuto rappresentare il mio futuro professionale, e valutai la prospettiva della Gastroenterologia che per me rappresentava la sfida ad un famoso e funesto aforisma di cui purtroppo era stata vittima una persona a me carissima. Chiesi, pertanto, al Prof. Puja, aiuto chirurgo, di accompagnarmi e presentarmi ai colleghi della Gastroenterologia. All'epoca i rapporti non erano così semplificati e diretti come adesso e la necessità di un mentore era prioritaria.

Il collega accettò e in una mattina successiva mi accompagnò al Reparto bussando alla porta della sezione endoscopica. Primo ad aprire con un sorriso identico a quello dell'immagine iniziale, fu il prof. Luminari e come per uno "jus primus diei" fui successivamente affidato a Lui. Sorprendente come atti apparentemente banali come "aprire una porta" diventino momenti fulcro di una vita.

Da lì nacque una collaborazione umana e professionale, mai interrotta, che permise a Lui di compiere il percorso fino al Primariato e a me a divenire aiuto responsabile di modulo professionale.

È stato un percorso esaltante, oltre che nel compimento delle aspirazioni professionali, anche nel partecipare alla prorompente affermazione della Gastroenterologia. Aver vissuto l'esplosione tecnologica di quegli anni in cui l'endoscopia, da attività di pochi eletti, diveniva, grazie ai progressi strumentali, attività condivisa, l'aver vissuto la nascita dell'ecografia, della tomografia computerizzata conferì a noi tutti un entusiasmo professionale senza paragoni. Il prof. Luminari fu l'esatto interprete, sulle orme di Arullani, di questa trasformazione da attività prettamente clinica ad attività clinico strumentale diagnostica ed operativa, conservando inalterato l'equilibrio fra le due attività. Cosa che purtroppo mancò in altri colleghi arrivando a creare dualismi pericolosi fra la Gastroenterologia e l'Endoscopia. È esclusivo suo merito se noi tutti, suoi collaboratori, ci siamo dedicati all'Endoscopia come mezzo diagnostico e terapeutico gestito da un ragionamento clinico, non riducendoci a semplici interpreti di immagini sempre più seducenti.

Il suo profondo amore per la Gastroenterologia lo spinse sempre a cercare nuovi orizzonti e nuove prospettive. Il suo impegno con l'AIGO, la sua voglia di estendere l'attività Gastroenterologica, oltre le mura del San Camillo, in altri ospedali, la sua ricerca di nuove prospettive di interesse della specialità

sono tutte frutto di questo suo profondo amore ed entusiasmo. Gli anni '80 e '90 furono gli anni dell'evoluzione diagnostica sempre più completa, grazie al progredire tecnologico dell'endoscopia e della radiologia, dell'ampliamento del supporto terapeutico grazie al perfezionamento delle tecniche nutrizionali quali la nutrizione parenterale totale e l'alimentazione enterale. Anni anche di intenso studio, come tali tecniche richiedevano, di tutte le problematiche metaboliche correlate, nella loro impostazione e gestione.

Anni di entusiasmo culturale che ci portarono primi in Italia alle correlazioni cliniche fra le Interleuchine e la fisiopatologia nelle malattie infiammatorie intestinali, alla presentazione della nostra esperienza sugli operati per Crohn e Colite Ulcerosa, alla definizione nosografica, con l'aiuto del Prof. Storniello, della gastropatia congestizia nel cirrotico e ai rapporti fra l'emergente patologia AIDS e l'apparato gastroenterico in cui spiccò l'entusiastica attività del dott. Paloscia. Furono gli anni in cui, anche qui primi in Italia, con l'entusiasmo del dott. Zirizzotti affermammo il ruolo rilevante dell'ecografia nella diagnosi e nella gestione della patologia infiammatoria e tumorale gastrointestinale, sfatando il pregiudizio che l'ecografia potesse studiare organi cavi. Ma sono soprattutto gli anni in cui la passione e la necessità del nuovo spinsero l'interesse verso una nuova ottica della disciplina.

Nel Congresso Nazionale AIGO di Ostuni nel 1976, neo primario, Luminari riuscì ad imporre una sessione congressuale dedicata alla Riabilitazione in Gastroenterologia, in cui l'approccio al malato e non alla malattia veniva rivisitato globalmente portando all'attenzione le problematiche connesse alle conseguenze delle gravi mutilazioni digestive (gastrectomie, colectomie, enterectomie estese o alle gravi insufficienze di organo od apparato. Sono anni in cui questo interesse viene da lui trasmesso in sede nazionale, dapprima con un libro interamente dedicato, e quindi nel 1995 ad un

corso educativo nell'ambito del Congresso Nazionale AIGO a Torino ed infine a Roma nel 2000 ad un simposio proprio qui all'Accademia Lancisiana cui partecipò fra gli altri Augusto Arullani. Nel 2001 la tematica entra nei libri di testo della specializzazione in Gastroenterologia, quando il prof. Gasbarrini inserisce nel suo trattato un articolo, da noi redatto, di ben 30 pagine dedicato alla Riabilitazione in Gastroenterologia. È sempre negli anni '90 che l'Università di Verona decide di istituire una Divisione di Riabilitazione Gastroenterologica diretta dal prof. Vantini nella sede distaccata di Valeggio sul Mincio.

Ed infine nel 2004 l'Az. Osp. San Camillo-Forlanini decide di istituire una nuova U.O. con la definizione Gastroenterologia Riabilitativa affidandomene la gestione.

Il segno della tradizione che Marino mi aveva richiesto era stato mantenuto e fu mantenuto fino al mio pensionamento, mantenendo inalterato l'interesse e l'assistenza.

Il profondo merito che deve essere a Lui riconosciuto, è quello di aver, in modo decisivo, contribuito, con la sua infaticabile attività, all'autonomia culturale ed operativa della Gastroenterologia, per molti anni soffocata dalla Medicina Interna, creando le premesse del successivo ampliamento in tutta Italia delle strutture. Anni duri, di cui sono stato testimone, di difesa della specialità ospedaliera dai tentativi di egemonia del mondo universitario, dalla dicotomia con l'Endoscopia e dalle difficoltà strutturali e tecnologiche create dagli amministratori e politici. Marino però seppe governare tutte queste situazioni ed evitare battaglie fratricide tra le associazioni culturali: AIGO, SIGE e SIED ponendo le basi di quel processo aggregante che porterà, nel Settembre del 1999, alla costituzione delle tre società nella Federazione Italiana Malattie Digestive (FIMAD).

Per ultimo, proprio perché più rilevante nella sua importanza, la sua figura di uomo che ha improntato chiunque di noi vi abbia

collaborato: l'umanità e l'attenzione al malato, l'umanità e l'attenzione per i suoi medici, cui non lesinava giudizi o giusti rimproveri com'è giusto in una dinamica di collaborazione professionale, ma a cui manifestava anche l'interesse affettuoso per la persona e per il suo mondo familiare.

Ci trovavamo spesso a condividere, anche dopo qualche vigorosa discrepanza che vivevamo in corsia, la maggior parte della nostra vita, sottraendone parte ad altri e che quindi dovevamo viverla e sentirla nel modo più "umano" possibile.

«Signore liberaci
Dal troppo zelo per le novità;
dall'anteporre la cultura alla saggezza;
la scienza all'arte;
l'intelligenza al buon senso;
dal curare i malati come se fossero malattie;
dal rendere la guarigione
più penosa del persistere del morbo.»

Sir Jonathan Hutchinson, 1904

Dott. Claudio Giannelli, già Direttore UOC
Gastroenterologia, AO San Camillo-Forlanini,
Roma

Per la corrispondenza:
claudio.giannelli@icloud.com

Simposio

26 novembre 2019

La malattia metastatica epatica: una malattia chirurgica?

Presidente: Eugenio Santoro

Moderatori: Giuseppe Maria Ettore, Carlo Garufi

La chirurgia del T oncologicamente corretta. Colon destro e colon sinistro. Sintesi

P. Lepiane

Il tumore del colon e del retto si tratta comunemente con la chirurgia. La tipologia e l'estensione dell'intervento dipendono dalla localizzazione e dallo stadio del tumore. Se la malattia è molto estesa possono e devono essere asportati anche i linfonodi regionali ad essa vicini per scongiurare il rischio di diffusione delle cellule tumorali a distanza, di metastasi loco regionali e soprattutto la ripresa di malattia. La chirurgia rappresenta, nella maggior parte dei casi, la principale opzione terapeutica con intento curativo e dovrebbe essere eseguita il prima possibile.

La tecnica chirurgica adottata per le neoplasie del colon si fonda su considerazioni anatomiche ed oncologiche. Il chirurgo rappresenta un significativo fattore prognostico: il volume operatorio del chirurgo e dell'equipe in cui lavora è collegato a mortalità chirurgica, complicanze perioperatorie e prognosi. La descrizione operatoria del chirurgo dovrebbe includere l'iter diagnostico, la descrizione del quadro intraoperatorio, i dettagli tecnici dell'intervento e il livello di radicalità dell'intervento.

Negli ultimi 10 anni, sia per quanto riguarda il colon destro che quello sinistro, si è data molta importanza alla cosiddetta "escissione completa del mesocolon –

C.M.E."¹, analogamente a quanto descritto 20 anni fa da RJ Heald per "l'escissione totale del mesoretto – T.M.E. per i tumori del retto"². La chirurgia del colon C.M.E. prevede una meticolosa dissezione delle fasce tra mesocolon e retroperitoneo, una legatura vascolare centrale³ ed una linfectomia D3⁴, come raccomandato dalle linee guida della Società giapponese del Cancro coloretale.

Il concetto di C.M.E., nato inizialmente per la chirurgia colica open, è stato poi esteso sia alla chirurgia laparoscopica che a quella robotica⁵, con risultati sovrapponibili sia in termini di radicalità oncologica che di estensione dell'exeresi.

Al fine di standardizzare la descrizione della tecnica chirurgica, si è cercato di sviluppare una classificazione che includesse la completezza della rimozione del tessuto mesocolico e il piano chirurgico per l'emicolectomia destra⁶; gli Autori nel loro lavoro hanno individuato tre tipi di C.M.E., a seconda della quantità di tessuto mesocolico e di numero di linfonodi asportati.

Ma nonostante questo tentativo, rimangono ancora molte imitazioni e bias per la chirurgia C.M.E. del colon: anatomia difficile ed adeguatezza della linfectomia; difficoltà nella standardizzazione della tecnica; assenza di studi randomizzati controllati e non esistono

prove coerenti di alta qualità; molti studi in letteratura presentano una grande quantità di eterogeneità nella metodologia di ricerca, nelle popolazioni e nei risultati; infine, gli ultimi risultati nel miglioramento della sopravvivenza a lungo termine non sono stati chiaramente dimostrati.

In conclusione, si può e si deve chiaramente affermare che la chirurgia oncologicamente corretta del tumore del colon, sia destro che sinistro, non può prescindere dall'asportazione completa del mesocolon e da una linfettomia adeguatamente corretta.

BIBLIOGRAFIA

1. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S. Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. *Colorectal Dis*. 2009; 4: 354-64.
2. Heald RJ. Total mesorectal excision (TME). *Acta Chir Jugosl* 2000; 47 (Suppl 1): 17-8.
3. Perrakis A, Vassos N, Weber K, Matzel KE, Papadopoulos K, Koukis G. Introduction of complete mesocolic excision with central vascular ligation as standardized surgical treatment for colon cancer in Greece. Results of a pilot study and bi-institutional cooperation. *Arch Med Sci* 2019; 5: 1269-77.
4. Sammour T, Malakorn S, Thampy R, et al. Selective central vascular ligation (D3 lymphadenectomy) in patients undergoing minimally invasive complete mesocolic excision for colon cancer: optimizing the risk-benefit equation. *Colorectal Dis* 2020; 22: 53-61.
5. Perrin H, Lescaut W, Garnier G, Chazal M. Robotic right colectomy with complete mesocolic excision (ECM) for adenocarcinoma (with video). *J Visc Surg* 2018; 155: 157-8.
6. Benz S, Tannapfel A, Tam Y, Grünenwald A, Vollmer S, Stricker I. Proposal of a new classification system for complete mesocolic excision in right-sided colon cancer. *Tech Coloproctol* 2019; 23: 251-7.

Dott. Pasquale Lepiane, Direttore U.O.C. Chirurgia Generale e Mininvasiva, Ospedale San Paolo - Civitavecchia

Per la corrispondenza: p.lepiane@tiscali.it

La chirurgia del T oncologicamente corretta. Colon retto

Em. Santoro

Il retto è l'ultimo tratto del nostro tubo digerente prima di arrivare all'ano ed a differenza del colon che è tutto intra peritoneale, ha una porzione extra-peritoneale e una porzione intra-peritoneale. Queste differenze anatomiche hanno molta influenza sul tipo di trattamento.

Diagnosi e stadiazione

La diagnosi si fa con l'endoscopia e con la biopsia; quando i tumori sono molto bassi può essere utile l'esplorazione rettale manuale, ma comunque è sempre indispensabile l'endoscopia con la biopsia. La stadiazione è molto importante e va fatta in maniera molto accurata, perché condiziona molto il tipo di trattamento. Infatti, mentre nella maggior parte dei tumori del colon è indicato un intervento chirurgico, nel retto il discorso è completamente diverso. La TAC è l'esame che ci permette una stadiazione sia locale che sistemica. La Risonanza Magnetica della pelvi è ancora più accurata sia per quanto riguarda l'N che per il T. Un altro esame molto utile è l'ecoendoscopia che ci fa vedere il T in maniera accuratissima. La stadiazione preoperatoria corretta è molto importante perché ci permette di pianificare il trattamento più adeguato.

Nello specifico, il T1 con linfonodi negativi (N0) si può giovare di una escissione endoscopica SEID, con tecnica TAMIS o chirurgica transanale. Nei T2 è indicata una chirurgia più aggressiva con escissione totale del mesoretto (TEM).

Nel secondo e soprattutto nel terzo stadio invece la chirurgia deve essere preceduta dalla chemioradioterapia neoadiuvante; successivamente, dopo 8-12 settimane di intervallo, i pazienti vengono sottoposti a chirurgia radicale con escissione totale del mesoretto (TEM) con salvataggio degli sfinteri

quando possibile, altrimenti intervento di amputazione addomino-perineale sec. Miles.

Nel quarto stadio, cioè quando ci sono metastasi a distanza, invece è indicato un trattamento sistemico chemioterapico e successiva rivalutazione.

Nei tumori del retto è quindi fondamentale la discussione dei casi in un gruppo multidisciplinare, nel quale devono far parte l'endoscopista, il chirurgo l'oncologo ed il radioterapista.

Esaminiamo nel dettaglio i vari tipi di trattamenti.

Nel T1 possiamo scegliere l'escissione locale, che è indicata quando:

- 1) il tumore ha una dimensione non superiore ai 3 cm di diametro
- 2) la neoplasia occupa non più di 1/3 della circonferenza del lume
- 3) il tumore è localizzato non più in alto di 8-10 cm
- 4) quando si pensa di avere un margine microscopicamente libero di almeno 3 mm.

Vediamo i vari tipi di trattamento locale. L'endoscopista può fare quella che viene chiamata SIED, ovvero la dissezione sottomucosa endoscopica. Questa metodica si mette in atto per i polipi oppure i tumori T1, ma non tutti gli endoscopisti sanno eseguire questa tecnica di endoscopia molto avanzata per la quale occorre una strumentazione particolare, disponibile solo in alcuni centri di riferimento, e con la quale spesso si riescono a fare delle escissioni molto ampie e a togliere tumori T1 in maniera radicale.

Il chirurgo può utilizzare nei tumori molto bassi (sino a 5 cm circa) la chirurgia tradizionale transanale, mentre nei tumori situati più cranialmente si può usare la TAMIS, "Transanal Minimal Invasive Surgery". Questa tecnica prevede l'impiego di un port attraverso il quale si riesce ad introdurre tutti gli strumenti che sono normalmente usati in laparoscopia, quindi si fa una laparoscopia all'interno del retto praticando delle escissioni importanti. Nel caso di T1, ovvero di polipi tolti per via endoscopica e che presentino all'istologia margine positivo o dubbio, si deve effettuare la marcatura della zona con policromia e poi procedere ad una escissione ampia, includendo anche ovviamente il grasso mesoretale, andando in profondità e asportando tutto lo spessore del viscere e il grasso mesoretale. È evidente come con questa tecnica si possano effettuare molto bene sia la parte demolitiva sia quella ricostruttiva, e si riesce a riaffondare bene i margini del viscere in maniera perfetta.

La chirurgia oramai è diventata in questi ultimi anni quasi sempre chirurgia laparoscopica. All'inizio della tecnica laparoscopica, nei primi anni di applicazione, si dubitava di poter affrontare anche queste patologie in laparoscopia, ma adesso i dubbi non ci sono più. Ovviamente è un intervento molto più difficile e complesso rispetto alla chirurgia colica tradizionale, scendere nello scavo pelvico in laparoscopia può creare qualche difficoltà. Di solito nelle donne questa difficoltà non si verifica perché hanno un bacino largo nel quale si riesce a lavorare benissimo rispetto al bacino molto stretto dell'uomo; in questo caso praticamente lavoriamo in un cunicolo, quindi sia la parte demolitiva che la parte ricostruttiva sono tecnicamente abbastanza difficili e devono essere fatte soltanto da chirurghi esperti che abbiano molta esperienza per poter ottenere un risultato oncologicamente corretto.

La nuova tecnica proposta da Lacy nel 2013, la TATME (Transanal Total Mesorectal Excision), prevede che si possa procedere

analogamente ma con una doppia équipe, una lavora da sotto e una lavora per via laparoscopica da sopra. Questo permette di avere dei margini migliori, di calcolarli proprio alla perfezione e permette anche di ridurre i tempi operatori perché si lavora in contemporanea; probabilmente in futuro questa tecnica ci permetterà ancora di ottenere anche una percentuale più bassa di deiscenze anastomotiche. In pratica il chirurgo trans-ale fa una borsa di tabacco per chiudere il retto guardando il tumore da un margine adeguato, a questo punto si può lavorare in contemporanea e una volta serrato questo nodo una équipe lavora sopra e fa tutta la parte laparoscopica e una équipe lavora da sotto facendo la parte trans-ale, si marca il punto di incisione, poi si incide tutta la parete rettale fino arrivare al mesoretto e si fa tutta la dissezione dell'ultimo tratto del retto da sotto. In questa maniera si riescono a individuare bene i piani e si riesce a fare una dissezione completamente esangue seguendo i corretti piani. Prevediamo per il futuro, avendo a disposizione strumenti che migliorano sempre di più, di poter avere una riduzione della incidenza di fistole, sempre nell'ottica di una resezione oncologicamente corretta.

La stessa tecnica può essere utilizzata anche nei tumori ultra bassi, cioè quando abbiamo dei tumori che arrivano al canale anale ma vogliamo salvare lo sfintere. In questi casi si procede in tre step, una prima parte trans-ale come siamo abituati a fare: si fa una prima dissezione del canale anale dal piano muscolare in maniera da salvare gli sfinteri, una volta preparato il canale anale si passa alla seconda fase, si controlla bene di aver fatto un'adeguata dissezione e poi si introduce lo strumento. Non abbiamo ancora una perfetta tecnologia perché usiamo lo strumento che serve per la TATME del retto e non dell'ano, quindi dobbiamo introdurlo solo per una metà e non possiamo fissarlo ma siamo costretti a tenerlo con le mani, ma una volta entrati dentro riusciamo a fare la dissezione, sempre sotto visione ottica ingrandita fino addirittura a 20-30 volte per

poter identificare bene i piani, e riusciamo ad entrare perfettamente nello spazio corretto nel mesoretto procedendo lentamente verso l'alto e arrivando fino al punto in cui il chirurgo laparoscopista ha fatto la dissezione: a questo punto si porta fuori tutto il pezzo. È un intervento praticamente totalmente endoscopico, non ci sono incisioni di servizio, il pezzo si tira fuori dalla breccia dall'ano, si fa la resezione e poi si passa alla fase ricostruttiva con l'anastomosi classica colon-ano anale manuale, che deve necessariamente essere fatta quando il tumore è così basso.

Concludo dicendo che oggi abbiamo molte armi per evitare la famosa amputazione addomino-perineale di Miles, che era l'unica arma che avevamo a disposizione fino a tempo fa contro il tumore del retto; oggi abbiamo l'endoscopia operativa, abbiamo la chirurgia laparoscopica, la chirurgia open e la chirurgia robotica, e inoltre la radioterapia e la chemioterapia. È quindi fondamentale l'approccio multidisciplinare, basilare per questo tipo di patologia.

Dott. Emanuele Santoro, Direttore U.O.C. Chirurgia, Ospedale San Giovanni, Roma

Per la corrispondenza:
emanuele.santoro@tiscalinet.it

La Chirurgia nel trapiantato: la tecnica laparoscopica (Sintesi)

S. Ferretti

La chirurgia laparoscopica ha avuto una diffusione mondiale in tutti gli ambiti chirurgici e quindi ha trovato la sua applicazione anche nella chirurgia dei pazienti già sottoposti a trapianto di fegato. Questa diffusione fonda le sue basi sulle ormai consolidate evidenze legate ai vantaggi legati alla chirurgia mini-invasiva. I benefici della chirurgia mini-invasiva sono legati, se paragonati alla chirurgia "open", ad una ripresa funzionale più rapida, un tempo di degenza medio inferiore, un minor trauma di parete, un dolore post operatorio ridotto e quindi un costo globale medio inferiore.

Se si effettua una ricerca su PubMed con le keywords "Laparoscopy after Liver transplant" ci si rende conto di come ci sia stato un incremento progressivo delle pubblicazioni su questo argomento negli ultimi 15 anni, a testimonianza del crescente interesse della comunità chirurgica trapiantologica e della sua diffusione legata alla chirurgia epatica ed ai trapianti. Tuttavia, si possono trovare quasi esclusivamente serie monocentriche e diversi case report, a dimostrazione del fatto che questa tecnica mini-invasiva sia applicabile a pochi casi aneddotici.

La difficoltà di applicare la chirurgia laparoscopica ai pazienti già trapiantati di fegato risiede nel fatto che il trapianto sia stato effettuato per via "open" e che quindi la presenza di aderenze non renda possibile un approccio mini-invasivo. Nonostante queste difficoltà oggettive, ci sono alcuni casi selezionati eleggibili alla chirurgia laparoscopica. Si può dividere dunque in chirurgia precoce e tardiva rispetto al tempo intercorso tra il trapianto di fegato ed il re-intervento laparoscopico.

Nella chirurgia precoce (prime settimane post-trapianto) troviamo descritte in

letteratura principalmente procedure atte alla risoluzione di problemi biliari¹. Nel caso in cui si sviluppi una fistola biliare precoce con una irritazione peritoneale controllata o una peritonite localizzata, è possibile effettuare il lavaggio e l'aspirazione della raccolta biliare con concomitante posizionamento di tubo di Kehr per risolvere la fistola biliare.

Allo stesso modo sono state descritte laparoscopie esplorative diagnostiche in casi in cui la condizione di difficoltà diagnostica lo richiedeva.

Per quel che concerne invece la chirurgia tardiva, possiamo dividere in due ulteriori gruppi, gli interventi legati al fegato trapiantato e le procedure su patologie sviluppate su altri organi.

Gli interventi sul fegato descritti sono principalmente legati alla recidiva di epatocarcinoma (HCC). Le resezioni delle recidive di HCC descritte sono state principalmente resezioni atipiche e segmentectomie².

Sono invece stati descritti interventi tardivi con tecnica laparoscopica per appendicite acuta, ernia inguinale, adenocarcinomi del colon, laparoceli ed interventi di tipo bariatrico³.

Gli interventi per appendicite acuta sono i più numerosi e sono presenti alcune serie monocentriche^{4,5}.

Nell'esperienza del Centro trapianti POIT dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, dei 198 trapianti di fegato per HCC effettuati, sono stati sottoposti a re-intervento con tecnica laparoscopica due pazienti con recidive linfonodali, uno per recidiva peritoneale ed uno per recidiva intraepatica. Per questi pochi pazienti il vantaggio è stato evidente in termini

di dolori post-operatori, ripresa funzionale e dimissione precoce.

La chirurgia laparoscopica è dunque una tecnica sicura e la sua applicazione può essere estesa ad alcuni casi selezionati che abbiano ricevuto in precedenza un trapianto di fegato.

BIBLIOGRAFIA

1. Sepulveda A, Brustia R, Perdigao F, Soubrane O, Scatton O. Pure laparoscopic management of early biliary leakage after liver transplantation: Abdominal lavage and T-Tube placement. *Liver Transpl* 2015; 21: 1105-6.
2. Sahakyan MA, Kazaryan AM, Pomianowska E, et al. Laparoscopic Resection of Recurrence from Hepatocellular Carcinoma after Liver Transplantation: Case Reports and Review of the Literature. *Case Rep Oncol Med* 2016. doi: 10.1155/2016/8946471.
3. Osseis M, Lazzati A, Salloum C, et al. Sleeve Gastrectomy After Liver Transplantation: Feasibility and Outcomes. *Obes Surg* 2018; 28: 242-8.
4. Maurette R, Garcia Ejarque M, Silberman E, Bregante M, Bogetti D, Pirchi D. Laparoscopy After Liver Transplant: Result of an Initial Series. *Transplant Proc* 2015; 47: 2499-503.
5. Sheppard SE, Marecki HL, Psinos CM, et al. Acute Appendicitis after Liver Transplantation: A Case Report and Review of the Literature. *Int J Organ Transplant Med* 2017; 8: 208-12.

Stefano Ferretti, Dirigente Medico UOC
Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo, AO
San Camillo-Forlanini, Roma

Per la corrispondenza:
SFerretti1@scamilloforlanini.rm.it

La chirurgia metastatica epatica. Resezioni “parenchimal sparing”

R. Santoro

Il mio compito è quello di parlare della chirurgia che io chiamerei in italiano “chirurgia conservativa”: in fondo è quello che io ho sempre sentito dire perché nel trattamento delle metastasi epatiche bisogna essere sempre conservativi poiché non si sa mai dove la malattia metastatica epatica può recidivare. Il trend dell’inizio degli anni 2000 era invece quello di fare grandi epatectomie. In chirurgia sono stati fatti dei passi da gigante che hanno permesso di arrivare nelle epatectomie allo 0% di mortalità. Visti questi risultati straordinari, ci si è estesi a fare trattamenti sempre più complicati dal punto di vista tecnico e, anche grazie all'utilizzo di tecniche di ipertrofia del fegato sinistro, ci si è orientati sempre di più a fare epatectomie maggiori con la legatura portale, interventi in più tempi per bonificare tutte le zone del fegato, fondamentalmente con vasetomie maggiori, o addirittura interventi in due tempi nello stesso ricovero. Dopo il 2010 è cominciato forse un “ritorno al futuro”, cioè come si pensava all'inizio le varie epatectomie minori sono state definite “parenchimal sparing”, quindi non solo epatectomie maggiori per bonificare tantissime lesioni, nello specifico parliamo di lesioni multiple e bilaterali, perché altrimenti si sarebbe trattato di epatectomie minori.

È importante sottolineare questo concetto. Tutto questo è stato possibile negli ultimi vent'anni, ovvero fare epatectomie sempre più estese in condizioni oncologiche sempre più complicate; abbiamo sentito lo stesso argomento già per il retto, ma comunque nella malattia metastatica epatica c'è stato uno stravolgimento di quella che era la prognosi iniziale. I malati sono tantissimi, perché sappiamo che il tumore del colon retto è il più frequente in Italia insieme alle neoplasie della mammella e del polmone e che la metà di questi malati affronterà un percorso di metastasi varie. Quindi se sono 50.000 i

tumori del colon retto, ogni anno ci sono 25.000 nuovi pazienti con metastasi epatiche, molti sono non resecabili, ma di questi grazie alla chemioterapia una parte può tornare a chirurgia e una parte rimane stabile.

Nel corso del tempo il panorama è completamente cambiato, se prima la sopravvivenza mediana senza trattamento era meno di un anno, oggi con la chemioterapia si può arrivare ad una sopravvivenza mediana di due anni, ma con la chirurgia e la chemioterapia si può arrivare al 40% di pazienti vivi. Parliamo ovviamente di quei pazienti che possono essere sottoposti insieme a chemioterapia e a chirurgia, ma senza chirurgia c'è una quota di pazienti che arriva comunque anche a cinque anni di sopravvivenza. La chemioterapia nel corso degli anni si è avvalsa dell'uso di nuovi trattamenti, soprattutto nel periodo più recente, permettendo di raggiungere una sopravvivenza a cinque anni straordinaria rispetto a soli 15 anni prima, quando era inferiore al 20%. Molti pazienti oggi utilizzano oltre a farmaci chemioterapici importanti anche i farmaci biologici; questi ultimi hanno cambiato radicalmente la storia della malattia migliorando la sopravvivenza media, a seconda del tipo di protocollo impiegato e a seconda della possibile personalizzazione dell'impiego dei farmaci biologici in base alla risposta determinata dal profilo molecolare individuale. La stadiazione TNM oggi non è più sufficiente a determinare il profilo di risposta del paziente oncologico. Oggi oncologia e chirurgia insieme possono permettere il 37% di sopravvivenza a cinque anni in malati inizialmente dati come non trattabili.

Il concetto del “parenchimal sparing” in una recente review è determinato proprio dal fatto che bisogna cercare di risparmiare, perché sono pazienti che non solo possono recidivare nel fegato, ma alcuni vengono

operati non solo una prima volta, ma anche una seconda, una terza volta o anche più volte. Ovviamente si parla di epatectomia maggiore, che da una parte toglie il rischio di una recidiva nel parenchima sano rimosso, ma da una parte taglia i ponti per un eventuale intervento sul fegato residuo qualora la metastasi ovviamente recidivasse. Quindi è molto difficile nei pazienti che hanno lesioni piccole decidere di fare epatectomie grandi, indipendentemente dal rischio di insufficienza epatica. La conclusione di questa metanalisi è quindi un ritorno all'indietro, se volete, non vale più il concetto "grande dato, grande chirurgo, grande chirurgia epatica", ma vale il concetto di cercare di fare una chirurgia del tutto conservativa, che è più difficile di una epatectomia maggiore. Questa chirurgia conservativa riduce il rischio di complicanze gravi postoperatorie, come l'insufficienza epatica in particolare, poiché residua una maggiore porzione di parenchima funzionante e quindi rimane una migliore possibilità di intervenire successivamente in caso di recidiva.

Quindi come si deve ragionare: è un problema tecnico. Il chirurgo epatico in base alla sede delle lesioni può snocciolare o togliere gli spicchi come se fosse un grappolo d'uva al fegato metastatico, mantenendo integre tutte le strutture anatomiche, quindi può manipolare e resecare tutti i singoli segmenti, lasciando la quota di parenchima sufficiente per la sopravvivenza. Bisogna in questa metodica mantenere sempre integri i peduncoli vascolari glissoniani afferenti al fegato, quindi la vena porta, l'arteria, i peduncoli biliari, perché ciascun grappolo ha la sua triade in entrata e in uscita. L'anatomia delle vene sovraepatiche è diversa da quella dei peduncoli glissoniani, ma il chirurgo epatico le vede con gli occhi in trasparenza e quindi ragiona sempre in modo da fare delle resezioni che possano conservare l'afflusso e il deflusso del sangue dal fegato nelle tre vene, sapendo che esistono anche delle interconnessioni che in genere va a cercare grazie all'aiuto del radiologo. Ci sono lesioni

che sono piccole, ma che sono proprio sfortunate per come sono localizzate. Quindi la chirurgia "sparing" non è solo per le lesioni multiple e bilaterali che si possono facilmente escindere, ma anche per le lesioni piccole poste in modo tecnicamente difficile. Quindi anche una chirurgia minore si può definire non solo "parenchimal sparing", ma proprio una resezione minore per una lesione singola non giustifica una grande resezione epatica a meno che non sia proprio molto mal posizionata.

Allora per chi è questo concetto di "parenchima sparing"? Ci sono pazienti difficilmente resecabili, nei quali le lesioni sono vicino ai vasi, che sono multiple bilateralmente, che sono grosse che non si sa bene se operarli a destra o a sinistra, ma bisogna soprattutto rimuovere tutte le lesioni presenti, perché la chirurgia debulking nella chirurgia epatica non è stata ancora validata, chi l'ha proposta è dovuto tornare indietro e al massimo è stato proposto il trapianto, proprio perché il debulking, ovvero eliminare una quota di lesioni, non serve a molto, bisogna toglierle tutte. Allora quando bisogna pensare alla "parenchimal sparing": sempre in effetti, deve essere il primo pensiero. Mentre forse anni fa pensavamo di fare vasectomia maggiori, nella chirurgia delle metastasi, che siano multiple bilaterali o che siano singole, lontano dai peduncoli anche se profonde bisogna sempre pensare di fare una "parenchimal sparing".

Quindi bisogna sempre tentare una chirurgia conservativa, sempre prima di dover fare una chirurgia radicale.

In conclusione, è la chirurgia del malato con la malattia metastatica epatica, che non è un malato chirurgico ma è prima di tutto un malato medico di competenza multidisciplinare: l'oncologo medico ha bisogno del chirurgo epatico, il chirurgo ha bisogno dell'oncologo medico, ma tutti e due hanno bisogno di altri specialisti importantissimi come ovviamente il radiologo che deve seguire il paziente in tutto il suo

percorso per aiutare a stabilire che tipo di chirurgia è idonea per quel paziente. È indispensabile l'anatomopatologo dedicato; devono essere tutti specialisti dedicati alle metastasi e anche l'anestesista deve essere avvezzo alla chirurgia epatica. Tutto questo renderà possibile migliorare ulteriormente i risultati.

Dott. Roberto Santoro, Direttore U.O.C.
Chirurgia Ospedale Belcolle, Viterbo

Per la corrispondenza:
santoro_roberto@fastwebnet.it

(Trascrizione dall'audio)

Trapianto da metastasi della mammella. Inquadramento clinico

N. Guglielmo, A. Laurenzi, A. Pellicelli

Cercherò rapidamente di introdurre il discorso. Oggi si parla sempre di più di trapianto per metastasi da tumori del colon retto. Sappiamo che i progressi della chemioterapia hanno permesso di migliorare i risultati delle resezioni epatiche per metastasi. Rimane però una quota di malati, intorno al 20% circa, che tuttavia non è passibile di chirurgia resettiva, per cui oggi si parla sempre di più, con delle casistiche sempre più numerose i cui risultati si stanno consolidando bene in letteratura nel medio-lungo termine, di trapianto per metastasi.

L'idea del trapianto di fegato per metastasi per metastasi come tale non è un'idea nata ieri o l'altro ieri; già vediamo che nelle prime esperienze del registro trapianti sono riportati casi sporadici tra il 1977 e 2004. Anche in Italia ci sono delle esperienze sporadiche, fatte fuori protocollo, in cui si vede che a cinque anni la sopravvivenza è 18%. Questi primi malati trapiantati fuori protocollo sono quelli andati male, non tanto per l'aspetto oncologico, ma soprattutto per aspetti legati al trapianto stesso. Quindi questa esperienza del passato non è stata per niente soddisfacente. Però oggi il discorso del trapianto per metastasi colo rettali è tornata alla ribalta per una serie di motivi. In primo luogo è cambiato il management del trapianto di fegato, i cui risultati sul medio-lungo termine sono ormai migliorati notevolmente. In secondo luogo abbiamo una migliore conoscenza della biologia tumorale, conosciamo le varie mutazioni dei geni implicati. Inoltre sono migliorate le tecniche di imaging soprattutto con l'avvento della PET, sono migliorati i farmaci chemioterapici, si stanno concretizzando nuovi farmaci, con l'immunoterapia abbiamo a disposizione nuovi farmaci immunosoppressori, soprattutto per quanto riguarda il trapianto per epatocarcinoma con riduzione dei tassi di

recidiva oncologica.

Quindi, alla luce di tutto questo, è stato riproposto il discorso per metastasi non resecabili. In realtà non è stato riproposto in maniera scientifica, l'idea di utilizzare dei donatori per metastasi resecabili è stata ideata in Norvegia per un motivo molto semplice. In Norvegia ci sono poche epatiti virali, quindi ad un certo punto avevano più donatori rispetto ai sei possibili riceventi ed è stato deciso di investire in questa patologia. Nei primi anni del 2000 nasce il primo studio, il SECA che arruola una ventina di malati. Senza entrare nel merito delle caratteristiche dei pazienti, vengono comunque analizzati i risultati a cinque anni che si dimostrano sovrapponibili a quelli della chirurgia resettiva. Nell'ambito di questa popolazione si analizzano i fattori di rischio, gli eventuali fattori predittivi del successo o dell'insuccesso del trapianto, così come le dimensioni dei noduli metastatici, il livello della CEA, la stabilità di malattia con chemioterapia, in particolare l'eventuale progressione della malattia. In questo modo è stato riproposto e si sta affermando il trapianto per metastasi non resecabili. Sono state quindi confrontate le sopravvivenze tra quei malati delle prime esperienze trapiantologiche del Registro Europeo dei Trapianti con i pazienti arruolati nello studio SECA. Lo studio norvegese ha evidenziato una importante differenza nei due gruppi. Naturalmente questo tipo di malati ha bisogno di immunosoppressione *tailored* in modo da ridurre i rischi di recidive e in modo particolare ridurre al minimo o sospendere rapidamente la terapia cortisonica. Il problema delle recidive permane, perché dopo chirurgia resettiva il malato operato per metastasi ha un rischio nei 2-5 anni a venire di essere di nuovo operato nel 40% dei casi, ed è un problema anche dopo il trapianto di fegato. In questi malati nel momento in cui si toglie dal parenchima

epatico tutto il carico di malattia, c'è anche una buona risposta sulle eventuali recidive, in modo particolare sulle metastasi polmonari perché 7 di questi 21 malati, rivalutando l'imaging operatorio, presentavano già delle metastasi polmonari. Queste lesioni sono regredite spontaneamente o con chemioterapia dopo il trapianto. Per quanto riguarda le recidive post-trapianto, il tasso di recidiva è importante, sono per lo più delle recidive a localizzazione polmonare che non impattano molto sulla sopravvivenza a lungo termine, perché ormai siamo arrivati a 5-10 anni, si tengono sotto controllo molto bene con la chemioterapia.

Il TRASMET è il primo studio prospettico randomizzato nato all'Hôpital Paul Brousse di Villejuif con il prof. Adam che confronta due bracci, il braccio trapianto e il braccio chemioterapia, con uguali criteri di inclusione: età fino a 65 anni, stabilità di malattia sotto chemioterapia, nessuna progressione, massa tumorale non grossa. È un protocollo molto stringente, alcuni lo hanno ritenuto poco etico per l'esito spiacevole del braccio che va a chemioterapia. In Italia sta nascendo uno studio simile al TRASMET, lo Studio CLOT al quale sta partecipando anche la nostra unità operativa, il quale ha come clinical investigator Mazzaferri di Milano. Vedremo nei prossimi anni i risultati di questo protocollo nazionale; finora sono stati arruolati sei pazienti e solo tre sono stati trapiantati

Il problema del TRASMET è determinato dai criteri estremamente stringenti, probabilmente darà un risultato positivo a lungo termine per i pazienti trapiantati, ma solo perché sono pazienti selezionati. Il rischio sarà di avere sostanzialmente un sottogruppo di pazienti che non rappresenta poi la vita reale, avendo sostanzialmente un trattamento riservato ad una minima percentuale di pazienti. Il CLOT d'altro canto ha comunque come limite di non essere un randomizzato vero, è uno studio disegnato in modo un po' particolare dove un monobraccio unico

italiano di trapianti viene comparato a un altro braccio unico indipendente che va a chemioterapia. Sono stati quindi posti dei problemi etici.

In conclusione l'argomento del trapianto da metastasi della mammella va comunque rivisto. Il trapianto che abbiamo recentemente effettuato noi è stato pionieristico: ha visto coinvolti l'Oncologia, la Radiologia Interventistica, l'Epatologia, la Chirurgia che ha trapiantato la paziente. In realtà in questa paziente il trapianto ha avuto l'indicazione per un'insufficienza epatica progressiva in seguito al pluritrattamento di lesioni metastatiche da cancro della mammella. È stato un percorso piuttosto articolato che ha dovuto prevedere anche il parere del Comitato Etico; in precedenza l'unico caso di trapianto epatico per metastasi da tumore della mammella a causa di un'insufficienza epatica risale al 2003, non sono stati descritti altri casi in letteratura. Il POIT ha fatto qualcosa di pionieristico, ma chiaramente andrà verificato il follow-up di questa paziente.

(Trascrizione dall'audio)

Dott. Nicola Guglielmo, Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Dott. Andrea Laurenzi, Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Dott. Adriano Pellicelli, Direttore U.O.C. Epatologia, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

Per la corrispondenza:
NGuglielmo@scamilloforlanini.rm.it;
ALaurenzi@scamilloforlanini.rm.it;
APellicelli@scamilloforlanini.rm.it

Malattia metastatica da adenocarcinoma della mammella

V. Giannelli

Le metastasi epatiche si sviluppano in circa la metà delle pazienti affette da carcinoma mammario.

Nel 7-8% circa delle pazienti le lesioni secondarie nel fegato sono l'unico segno di disseminazione della malattia della mammella.

È dimostrato il vantaggio, in termini di sopravvivenza, nelle pazienti sottoposte a resezione epatica per metastasi epatiche isolate dal carcinoma della mammella, dove la malattia è limitata al fegato ed è stata ottenuta la resezione completa (R0).

Solo il 20%-30% delle pazienti con malattia allo stadio IV e localizzazione epatica è candidabile per la resezione chirurgica.

Per le metastasi isolate "non resecabili", l'opzione terapeutica del trapianto epatico è considerata una controindicazione nella maggior parte dei Centri.

TRANSMET

- Transmet rappresenta il potenziale curativo del trapianto di fegato (LT) in pazienti affette da metastasi epatiche da neoplasia del colon-retto (CLM) trattate con chemioterapia (C): si tratta di un trial prospettico multicentrico randomizzato.

Questo Studio Multicentrico Europeo Randomizzato (Promotore: – Hepatobiliary Surgery, cancer and transplantation unit APHP – Hopital Paul Brousse Villejuif – INSERM UMRS 776, Université Paris Sud) ha comparato la sopravvivenza a 5 anni di chemioterapia seguita da LT (Gruppo LT +C) versus sola chemioterapia (Gruppo C) in pazienti con metastasi solo epatiche confermate come non resecabili, ben controllate dalla chemioterapia (non progressione) ed estensivamente esplorate dalle moderne tecniche di imaging (Fig. 1).

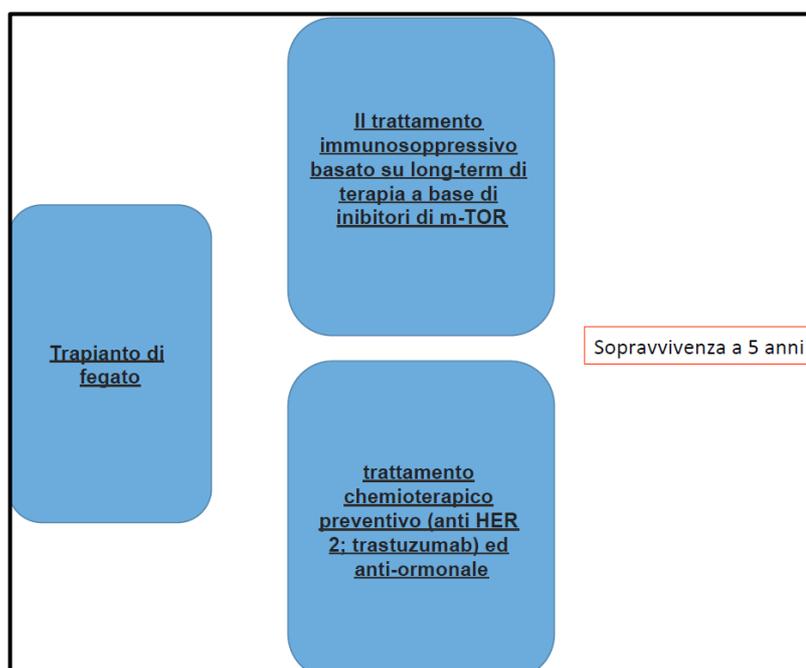


Fig. 1: gruppi di trattamento a confronto.

Pazienti con CLM valutate come non resecabili presentano allo stato attuale una spettanza di sopravvivenza a 5 anni inferiore al 10% con la sola chemioterapia. La combinazione con il trapianto epatico (LT) si ritiene possa garantire una chance di sopravvivenza superiore al 50%.

- Le pazienti arruolabili nello studio presentavano le seguenti caratteristiche:

- età > 65 anni
- primitivo resecato con standard oncologici, buon controllo delle metastasi con chemioterapia;
- dimensione max delle metastasi di 5,5cm e valori di CEA<100ng/ml;
- assenza di chirurgia resettiva epatica per le metastasi;
- assenza di malattia extraepatica.

- Scopo dello studio era esaminare il risultato del trapianto epatico nei pazienti con metastasi non resecabili da carcinoma della mammella con una overall survival del 60% ed una disease free survival post trapianto di almeno 12 mesi.

I criteri di inclusione comprendevano:

- insufficienza epatica terminale con ittero ed ascite e MELD>20 a distanza di 6 mesi dall'ultimo trattamento locoregionale;
- esclusivo coinvolgimento epatico della malattia metastatica;
- malattia oncologica stabile (non progressiva) da almeno 6 mesi;
- non idoneità alla resezione chirurgica delle metastasi epatiche per riduzione della funzione epatica;
- neoplasia HER-2 positiva e con elevata espressione dei recettori ormonali;
- valutazione molecolare del comportamento biologico della neoplasia (ricerca HER2 e recettori per gli estrogeni).

I criteri di elegibilità erano:

1. per la neoplasia mammaria:
 - a. Punteggio ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): 0-1 in qualsiasi momento prima del trapianto (escursioni a ECOG 2 a discrezione dello sperimentatore);
 - b. Il tempo trascorso dalla resezione primaria del ca della mammella al trapianto di ≥ 48 mesi;
 - c. Chemioterapia sistemica per ≥ 3 mesi;
 - d. Valori dei markers oncologici (CA 125) stabili o decrescenti prima dell'intervento chirurgico di trapianto;
2. per la malattia metastatica epatica:
 - a. Metastasi epatiche da carcinoma della mammella comprovate istologicamente da almeno 24 mesi
 - b. Metastasi epatiche bilaterali e non resecabili
 - c. Insufficienza epatica: ascite e/o ittero; MELD score > 20 (in considerazione della mortalità a tre mesi $\geq 30\%$)
 - d. Nessuna invasione vascolare
 - e. Metastasi limitate al fegato
 - f. Dimostrata stabilità o regressione delle metastasi epatiche oltre il minimo dei 6 mesi precedenti lo screening trapiantologico.
Di seguito i criteri di ammissibilità allo studio:
 1. età: da 18 a 59 anni (adulti, adulti più anziani);
 2. residenza in Italia (per garantire adeguata sorveglianza);
 3. approvazione del Comitato Etico del Centro Coordinatore;
 4. consenso informato alla partecipazione.

In Fig. 2 gli outcomes primari e secondari dello studio.

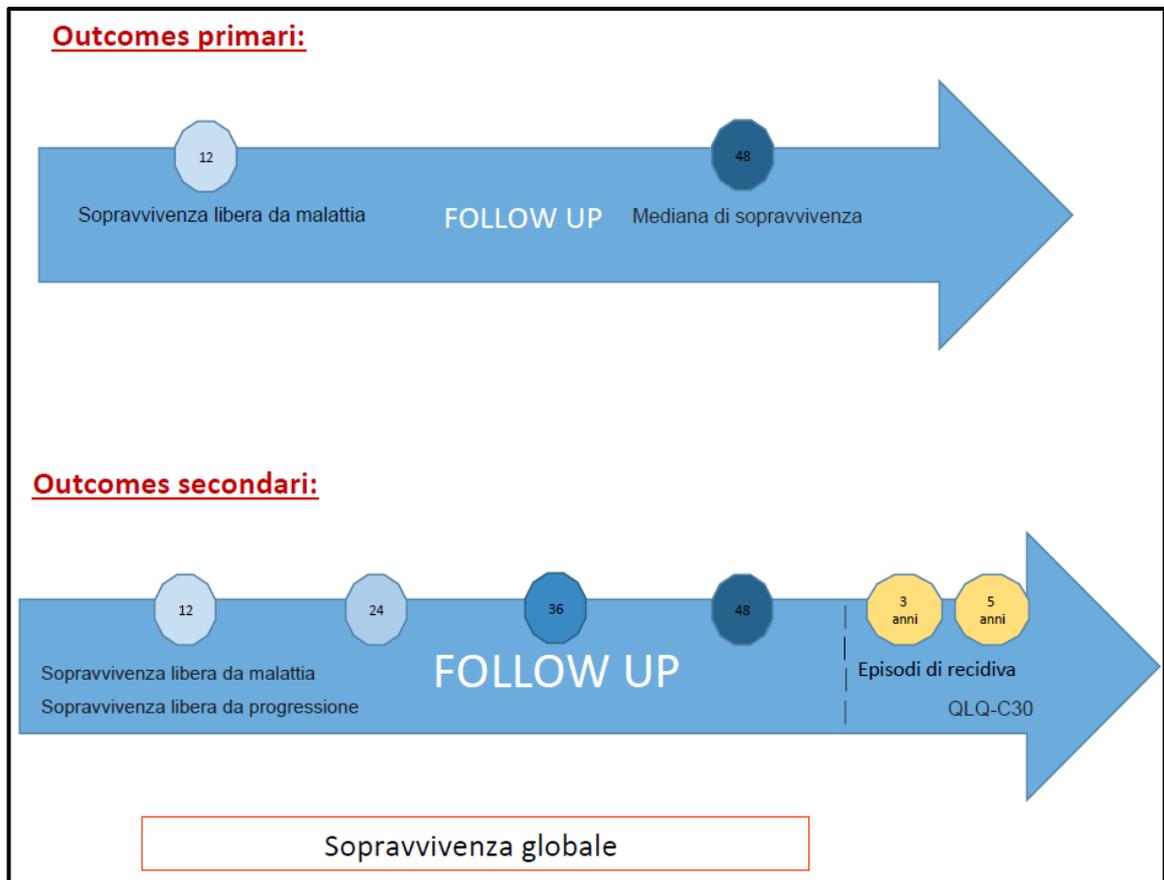


Fig. 2: outcomes dello studio.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Hoti E, Adam R. Liver transplantation for primary and metastatic liver cancers. *Transpl Int* 2008; 21: 1107-17.

Wilson JM, Carder P, Downey S, Davies MH, Wyatt JI, Brennan TG. Treatment of metastatic breast cancer with liver transplantation. *Breast J* 2003; 9: 126-8.

Dott. Valerio Giannelli, U.O.C. Epatologia, Az. Osp. San Camillo-Forlanini, Roma

L'Accademia Lancisiana incontra l'“Università degli Studi di Perugia” e la “Fondazione San Camillo-Forlanini di Roma”

La modernità liquida e il processo di invecchiamento. Una ricerca sulla categoria demografica dei tardo adulti

Moderatori: Maria Caterina Federici, Eugenio Santoro

Giovani e Tardo Adulti nella Post Modernità

M. C. Federici

La categoria dei “tardo adulti” sposta sempre più avanti l’asticella che segna il confine tra “adulità” e “anzianità” dai 65 anni ai 70, ora ai 75 a fronte di una aspettativa di vita tra le più “lunghe” della storia umana. Con 2 milioni di italiani ultra ottantacinquenni, l’Italia è il paese più longevo d’Europa e detiene con la Francia il record dei centenari tutti nati ormai nel 1900. Oltre sette milioni di italiani godono di una buona forma cognitiva e costituiscono un gruppo reale e vitale definito dalla locuzione “Active aging, happy living”, un invecchiamento positivo, in buona salute mentale e fisica tanto da richiedere una ridefinizione del termine “vecchiaia”.

Studiando l’invecchiamento in due distinti momenti: a livello di coscienza intesa come comprensione dei rapporti tra il proprio corpo e il mondo esterno; a livello di linguaggio la cui comprensione permette di unire in un’unica narrazione autobiografica, memorie, emozioni e pensieri creando l’identità.

Le parole chiave del percorso da seguire sono: memoria

Corpo

Identità

nella traccia lasciata da S. Agostino che ha scritto che la memoria ha il potere per creare opinioni, noi abbiamo bisogno di comunicare le nostre opinioni, i nostri ricordi, le nostre emozioni.

Non è sufficiente fornire le risorse, diritti formali e beni, perché i soggetti siano in grado di convertirle in capacità di azione e auto-determinazione, utilizzandole a proprio vantaggio. È necessario che le politiche pubbliche di livellamento delle risorse da garantire a tutti i cittadini siano accompagnate da politiche tese a potenziare le competenze individuali e la disposizione all’attivazione delle capacità personali e a migliorare le condizioni del contesto sociale e familiare promuovendo l’esercizio della libertà: bensì una libertà *sostanziale*, che dia ai soggetti l’opportunità di sviluppare le proprie *capabilities*, conseguire la capacità di trasformare i beni primari, le risorse, in possibilità di perseguire i propri obiettivi, promuovere i propri scopi, mettere in atto stili di vita alternativi, progettare la propria esistenza secondo quanto ha valore per sé come dimostrato da Sen¹. Questa libertà, espressione di responsabilità e di possibilità di autorealizzazione, è emancipazione da vincoli ascritti e da appartenenze obbligate, è garanzia di auto realizzazione e di possibilità di far valere la propria posizione nella

programmazione, nell'erogazione e nella fruizione dei servizi. Nelle parole di Sen la realizzazione di questa tipologia di libertà è una dimensione irrinunciabile dello sviluppo. Si può così affermare che il benessere individuale dipende, oltre che dal fattore economico, che certamente rende fattibili le opportunità di scelta di ciascuno, dalla libertà dei soggetti, o meglio dalle libertà declinate al plurale a cui essi hanno accesso, non misurate solo sul piano normativo, garanzia di un diritto riconosciuto, ma sul piano dell'azione. Il benessere personale non è dato unicamente dalle condizioni materiali dell'esistenza e dalla garanzia dei diritti politici, civili e sociali, anche se entrambe ne sono prerequisite irrinunciabile perfino per formulare i bisogni, bensì anche dalla possibilità di esserne responsabili in prima persona. La "capacitazione sociale" implica l'opportunità dell'individuo di identificare e raggiungere gli obiettivi migliori per lui, per realizzarsi pienamente come essere umano². Dalla definizione dei "diritti di capacità" passa l'equità e la giustizia sociale. Laddove ciò non si realizzi, si verifica la disuguaglianza, frutto non solo della diseguale e pregiudizievole distribuzione delle risorse, ma anche della diseguale capacità di sfruttarle a proprio vantaggio. L'importanza della relazione e i suoi aspetti critici nel particolare momento socio culturale che viviamo sono alla base della riflessione che cercherò di fare. Una relazione (dal latino *religo*= lego, tengo insieme) è tale se stabilisce, mantiene un rapporto tra attori sociali. La vita umana è nella relazione in cui ciascuno si trasforma senza maturarsi, ha scritto Eduard Glissant, e perché una relazione esprima la capacità di rapportarsi all'altro è necessaria una funzione di "ruolo" e di aspettative di ruolo, di comportamenti legati a ciò che gli altri si aspettano da noi. Relazionarsi e comunicare sono attività socialmente orientate alla base del vivere sociale, definiscono e sviluppano i rapporti tra persone e contribuiscono alla creazione dell'identità, alla trasmissione dei valori e delle culture, all'affermazione del

proprio sé, alla conservazione della memoria. La comprensione dei rapporti tra il proprio corpo e il mondo esterno permette, attraverso il linguaggio, di unire in un'unica narrazione autobiografica, memorie, emozioni, pensieri. In questo ambito il contributo delle persone *agées* è determinante. Comunicare trae origine dal latino *cum moenia e communis agere* alla cui base c'è il linguaggio condiviso e la memoria in ordine inverso.

Si può ipotizzare una comunicazione in assenza di linguaggio (es. un abbraccio) ma non oggetti sociali privi di memoria (es. la scrittura, i documenti, ma anche i *computers*, i telefonini, gli archivi etc.). La scrittura non è semplicemente un promemoria, come credeva Platone, ma un'attestazione dello status sociale così come la carta d'identità non ci ricorda chi siamo ma certifica agli altri chi siamo. È importante analizzare questa dimensione per comprendere il mondo dei giovani e quello delle persone *agées* in Europa oggi. Michel De Montaigne ha scritto che "le leggi della coscienza che noi diciamo nascere dalla natura, nascono dalla consuetudine"³. Televisione e vita quotidiana oggi rappresentano un ambito che modifica la concezione e la percezione del sé. I *mass media*, la radio, le televisioni tra i beni tradizionali comunemente usati e il *computer*, il video-registratore, il DVD, la TV satellitare, la Playstation, l'IPOD, beni più innovativi si inseriscono nelle dinamiche generazionali, nei rapporti di genere, nella organizzazione dello spazio e del tempo, nella costruzione del sé. Spingono a identificarsi e conformarsi in *standards* e modelli di consenso e di consumo prestabiliti incollando alla realtà artificiale, bloccando gli spazi, saturando lo spazio simbolico con *fiction* e *reality*. Il corpo si configura come interfaccia nelle comunicazioni umane e intergenerazionali, depositario di un complesso di significati che vanno decodificati. Il rapporto mente/cervello, *Mind/Brain*, permette di sentire nel modo più diretto attraverso il corpo l'impatto

dell'azione altrui. La componente più significativa dell'essere umano, base della sua identità e della sua individualità, non ha sede solo nel sistema mente/cervello ma nell'intero corpo, nella sua capacità di sentire, di parlare e di agire *attraverso il corpo, il cervello e la mente divengono sociali*. Nella società tradizionale la maggior parte degli schemi circolanti nella mente di un attore sociale derivavano in gran parte dalla prima socializzazione, la famiglia, da istituzioni quali la chiesa o la politica e/o il sindacato locale attraverso altri esseri umani e, solo in piccola parte, attraverso testi scritti. Nella società della comunicazione, la maggior parte degli schemi nella mente dell'essere umano sono formulati e veicolati da *media*, supportati da una tecnologia specifica con linguaggio globale, una sorte di *global english*. Tuttavia cervello-mente-comportamento possono essere con Morin definiti *unitas-multiplex*⁴.

Già Tarde aveva dimostrato che il collante delle società umane è l'imitazione, qualcosa che non suppone una accettazione consapevole ma piuttosto che si nasce molto giovani in un mondo molto vecchio e ci si adegua a usi che si impongono alla nostra coscienza prima che ce ne rendiamo conto e che soltanto più tardi siamo in grado di accettare o rifiutare, da qui la consapevolezza di sé. Questo costituisce il nodo critico dell'*incontro/scontro tra le generazioni*. Essere italiani, giovani o anziani ha senso se la nostra identità è contemporaneamente legata alle fasi della vita, al nostro corpo che muta, alle nostre radici familiari, locali, regionali, nazionali, storiche e linguistiche, al nostro apparato culturale di cui è parte la lingua ma soprattutto le produzioni culturali della lingua, la letteratura, la musica. Nello specifico del vivere l'esperienza delle "Università delle Tre età" si traduce in studio e interesse, utilizzo delle nuove tecnologie come strumento, capacità di relazione tra le generazioni per fornire, da un lato la costruzione dell'identità, dall'altro conservare la memoria, la cultura e le

tradizioni rimettendo in gioco il ruolo dell'anziano e la sua funzione di trasmettitore di cultura e di creatore di generi identitari, costituendo così il punto di incontro tra le generazioni e la modalità di costruzione di senso dell'esistenza (identità) sia per i giovani e sia per gli anziani attraverso il recupero della memoria, patrimonio culturale, giacimento di ricchezza in larga misura inespressa. In questo scenario il *life long learning* costituisce una prospettiva di grande spessore sociale, culturale, economico e *last but not least*, politico. Le persone anziane sono infatti cittadini portatori di diritti a pieno titolo che possono e devono rappresentare e rappresentarsi, comunicare e comunicarsi con processi relazionali tecnicamente adeguati.

Indice di vecchiaia in Umbria, 1993, 7° regione in Italia

Nelle società occidentali l'invecchiamento della popolazione costituisce il fenomeno demografico di maggiore rilievo della fine del XX secolo ed ancor più dei primi decenni del XXI, con conseguenze molteplici, diversificate, incisive e diffuse che cambiano con il variare dell'età dell'individuo. Il fenomeno dell'aumento della durata media di sopravvivenza dell'uomo, l'aspettativa di vita che dal dopoguerra ad oggi è addirittura raddoppiata e sembra destinata ad aumentare ulteriormente. A questo fenomeno va sommata una forte diminuzione della mortalità infantile, che si accompagna ad una drastica caduta del tasso di natalità, di cui l'Italia porta il primato che prefigura scenari con profonde alterazioni di «equilibri millenari». Queste trasformazioni demografiche, sono fenomeni in cui il cambiamento, che era stato per molto tempo lento e graduale, si è imposto nell'arco di qualche decennio, con un'accelerazione troppo rapida⁵.

«La popolazione invecchia a ritmi ancor più veloci rispetto alle stime»⁶, per cui ci avviamo, in Europa e soprattutto in Italia, in

una realtà con sempre meno giovani e sempre più anziani; si riscontrano «più over 60 che under 30»⁷. La «transizione demografica» ha ribaltato completamente i valori caratteristici degli equilibri di antico regime, giungendo agli attuali bassi valori, tanto di mortalità, che di natalità, due dinamiche fondamentali nella vita della popolazione, destinato a mantenersi nel tempo. Questo aggraverà il peso sui sistemi di protezione sociale, al punto di mettere in discussione la capacità del nostro *Welfare* di garantire agli over 65 un sostegno adeguato con problemi nel settore previdenziale e assistenziale. Si tratta di un fenomeno «in Italia tanto previsto, quanto imprevedibile nella sua accelerazione»⁶. Le previsioni ci dicono che la componente anziana sarà l'unica fascia d'età che continuerà a crescere e lo farà in modo molto sostenuto, grazie anche ai progressi della prevenzione e della sanità. «Aniché parlare di invecchiamento della popolazione, sarebbe più corretto utilizzare l'espressione "vita allungata" perché è la longevità che cresce. «Demograficamente questo è certo il secolo dei nonni»⁸ e dei bisnonni, due generazioni con vissuto ben diverso: quattro nonni (due coppie di nonni) possono avere in totale un solo nipote. All'inizio del XX secolo meno di una persona su dieci arrivava a superare gli ottant'anni, all'inizio del XXI secolo tale meta è diventata, per la prima volta nella storia dell'umanità, un'impresa alla portata dei più, oltre la metà degli uomini e oltre il 70% delle donne^{9, 10}. L'aspettativa di vita è in costante aumento e acquista da uno a tre mesi ogni anno prolungando non soltanto la vita, ma anche la nostra vitalità. Probabilmente nel 2050 avremo non una società di vecchi, ma di «giovani-vecchi» (tra i 60 e gli 80 anni), che si distinguono dai «grandi-vecchi» (gli over 80). I protagonisti della società odierna sono i cosiddetti «nuovi anziani», che vivono socialmente, culturalmente e attivamente la loro terza età, con grandi probabilità di mantenersi in buona salute, economicamente autonomi, fisicamente

curati e con una buona vita sociale. La quarta età, quella della vera senilità, della necessità di aiuto, si è spostata in avanti agli over 80. Si tratta di un arco di età, all'interno del quale l'anziano attraversa una realtà complessa ed eterogenea, dato che lo scorrere del tempo non ha lo stesso effetto su ogni persona. La popolazione anziana, costituisce un gruppo eterogeneo arrivando a tre sottogruppi: gli anziani più giovani (da 60 a 69 anni), il gruppo di mezzo (da 70 a 84 anni) e gli anziani di età molto avanzata (da 85 in su). Questa segmentazione permette di percepire meglio le problematiche e valutare la situazione come una risorsa, «dando vita agli anni e non solo aggiungendo anni alla vita»¹¹, come spesso ripeteva Rita Levi Montalcini. Un processo di cambiamento epocale che possiamo sintetizzare con tre "i"; «inedito, incisivo, irreversibile»: inedito, perché si tratta di un fenomeno senza precedenti nella storia dell'umanità. Nelle società tradizionali gli anziani sono sempre stati una ristretta minoranza con un peso molto marginale. Oggi invece «essere ricchi di età» è la norma. Incisivo e pervasivo, perché destinato ad agire marcatamente in tutti i paesi del mondo e in tutte le classi sociali, con conseguenze inattese; irreversibile, perché questo fenomeno progressivo e inarrestabile, prodotto dal continuo aumento della vita media e dall'accentuato calo della fecondità altera la composizione per età della popolazione in maniera nuova, destinata a diventare strutturale e permanente nel tempo: un paesaggio antropologico, economico e sociale^{5, 9} che mette in discussione non solo la struttura economica e sociale del paese, ma anche la visione della vita e del ciclo della vita, il sistema di relazioni interpersonali e intergenerazionali, un processo destinato a cambiare la società. A questo proposito l'Umbria presenta un indice di vecchiaia di 199,3 a fronte di un indice del sistema Paese di 168,3 (elaborazione dati ISTAT del 2017). Gli attuali tratti dell'età anziana presentano varie tipologie: la vecchiaia biologica, quella psico-

relazionale e quella sociale. La vecchiaia biologica è determinata dal processo d'invecchiamento che investe tutta la vita della persona ed è caratterizzata da stadi successivi dello sviluppo del corpo e della personalità. «Si comincia quindi a invecchiare ancor prima di nascere e si invecchia ogni giorno della nostra vita»¹¹. «La vecchiaia biologica si prolunga nel tempo»¹², anche se con aspetti di criticità, va sicuramente considerata come esperienza positiva, che modifica “i modi e i tempi” di transizione verso la vecchiaia e delinea un’immagine nuova e più concreta del mondo degli anziani, ridefinendo l’identità e il ruolo dell’anziano nelle società contemporanee, con la prospettiva dell’*activity*. Il processo biologico che trasforma il nostro corpo e la nostra mente, è diverso per ogni individuo ma irreversibile, tutt’al più modulabile. La vecchiaia socio-relazionale può essere causata da un insieme di eventi e situazioni che mettono alla prova la forza psichica delle persone e che possono provocare una vera e propria crisi d’identità, in un processo inevitabile di riduzione di una “omeostasi psicologica e spirituale”. L’anziano positivo e attivo, con capacità di reagire e assorbire le difficoltà, mobilitando meccanismi di difesa e strategie di adattamento, guarda con soddisfazione alla propria vita, vive con dignità la vecchiaia e conquista la saggezza. In caso contrario, la persona tende a rifiutare il suo passato e ad aspettare con terrore la morte, il “dolore della mente” che da una indagine del Censis, una sofferenza pervasiva che può condizionare la qualità e la durata della vita. Queste considerazioni comportano il cambio di prospettiva nell’analisi e nella *governance* del fenomeno, fenomeno che al proprio interno comprende individui pienamente autonomi ma anche persone con ridotte capacità fisiche e cognitive. Si diventa anziani quando si va in pensione, quando si compiono 75 anni, quando si ha accesso agli sconti sui mezzi pubblici, ingressi al teatro, al cinema, ai musei, ecc., a prestazioni mediche e sanitarie gratuite o anche sulla base di

situazioni esistenziali non ben definibili poiché il percorso di vita non è più lineare, non circolare ma frattale, multidimensionale legato anche al fatto che ogni individuo percepisce sé stesso in relazione e in differenziazione con gli altri. Quindi non necessariamente legato ad un determinato stato della vita che evidenzia come anche il nostro *Welfare State* si sia invecchiato insieme alla popolazione. Sebbene nascano più maschi che femmine, il rapporto uomini-donne diminuisce durante tutto l’arco della vita. Oggi, negli ultracentenari, questo rapporto uomo-donna diventa addirittura 1:4¹³, dati che rivelano che l’aspettativa di vita favorisce quella delle donne: “con il genere femminile che costituisce [quasi] il 90% dei centenari e degli ultracentenari con 110 o più anni d’età”¹⁴. È un fenomeno demografico emerso per la prima volta tra le persone nate alla fine dell’Ottocento¹⁵, grazie alla prevenzione delle malattie infettive, al miglioramento dell’alimentazione e in generale, alle migliori condizioni di vita. La divergenza nella mortalità tra uomo e donna fu riscontrata, infatti, in un primo studio nel 1880 dalla National Academy of Sciences negli USA. Uno dei motivi di questa divergenza è il fumo di tabacco, che ha inciso per circa il 30% della mortalità “in eccesso” degli uomini nella fascia di età tra 50 e 70 anni. Sulle cause di longevità delle donne sono state avanzate diverse possibili spiegazioni di ordine genetico, ormonale e comportamentale. La differenziazione tra uomini e donne si riscontrava tra le generazioni a cavallo tra i due conflitti, in cui gli uomini, coinvolti durante il periodo del *boom* economico (1950-1960) nell’attività produttiva, erano più soggetti ai maggiori rischi legati all’ambiente di lavoro e ai processi produttivi contraendo abitudini nocive alla salute, come il fumo di sigarette. Le donne poste ai margini del mondo del lavoro nel ruolo di casalinga erano così protette dagli stili di vita più nocivi. Quella dei “nuovi anziani” è una “nuova realtà”; l’età anziana ha subito un vero stravolgimento. I

segni dell'invecchiamento sono più rallentati, abbiamo imparato a volerci più bene. Si hanno oggi settantenni che sono ancora dei tardo-adulti, che tengono il passo coi giovani e dopo i settantacinque anni qualcuno fa ancora il doppio lavoro, perché oggi, la vecchiaia, quella vera, può attendere, dato che si mantiene più a lungo un buon equilibrio fisico e mentale, che si associa a salute, medicina e prevenzione. Anche l'orologio sessuale sta cambiando. Nell'anziano c'è la capacità di una carica affettiva che fa nascere amori senili. Una volta innamorarsi a tarda età era quasi impensabile, oggi aumentano i matrimoni dopo i sessant'anni e per contro anche i divorzi dopo questa età. Le donne riescono ad affrontare una gravidanza anche a più di sessant'anni. Gli anziani nell'era digitale sono attivi sui *social network* e media in generale, perché permette loro di sentirsi liberi, anche con fini relazionali.

La figura dell'anziano ha assunto diverse connotazioni nel corso della storia e, a seconda delle condizioni economiche, sociali, religiose e culturali, ha oscillato tra il rivestire un ruolo centrale nella famiglia e nella società, venerato e rispettato, e l'essere considerato come un peso, disprezzato ed emarginato, obsoleto. Nell'antichità e nei recenti secoli passati i Grandi Vecchi rappresentavano un numero del tutto esiguo della popolazione [...]. La vecchiaia era considerata un dono divino e come tale circondata da venerazione, rispetto ed anche da timore. Per alcuni popoli antichi la figura dell'anziano era sacra, portatrice di sapere e di esperienza nel saper cacciare e coltivare. Gli antropologi hanno registrato la diffusa abitudine nelle società primitive a uccidere gli anziani quando diventavano un peso per gli altri. Nei periodi di guerre, di carestie, di epidemie, la riduzione del numero degli anziani determinò un ritorno dei vecchi alle posizioni di prestigio e di potere. Con la riscoperta di valori esaltanti la bellezza giovanile, l'anziano tornava ad essere disprezzato come figura marginale. Nel corso

della storia, gli anziani utili alla società, come portatori di memorie e di esperienza, sono stati sempre trattati con più rispetto, mentre i vecchi di basso ceto sociale e non sapienti, venivano emarginati e abbandonati. Gli anziani del Settecento ebbero un miglioramento della loro situazione sociale: in Inghilterra nascono i primi ospizi, la Chiesa e le associazioni di carità sostengono i vecchi e i poveri. Nell'Ottocento in Francia nasce la prima forma di pensione e poi nasce anche la branca della medicina completamente dedicata alla tarda età, la Geriatria. Nel Novecento la figura dell'anziano cambia per certi aspetti, viene rivalutata, si enfatizzano le sue conoscenze, le esperienze ed i valori che essa racchiude e trasmette alle generazioni future. A partire dagli anni Venti, l'anziano torna ad essere percepito come un problema sociale. Sul finire della Seconda Guerra Mondiale, con il diffondersi di uno stato di benessere e ai progressi ottenuti nel campo medico e scientifico, nell'alimentazione, nell'igiene, nelle abitudini di vita, si comincia ad evidenziare un significativo allungamento dell'esistenza. Con la fine del XX secolo si ha poi un ritorno a considerare la vecchiaia come un periodo della vita in cui non si può essere d'aiuto alla comunità ma solamente di attesa della morte, atteggiamento che lega il valore che si dà all'individuo alla sua "**produttività**" e "**utilità**" per la società e la famiglia, concetto utilitaristico dell'essere umano, nella **società industrializzata**", dove l'anziano, soggetto che non produce, perde il suo valore. Dal principio della produttività, tipico della **modernità**, si passa poi al "**consumismo**" della **postmodernità**, e dinanzi a una società intransigente e competitiva, in un'epoca in cui lo sviluppo tecnologico è rapido, le persone che non riescono a stare ai tempi con esso, rischiano di restare indietro. In questo clima è difficile per l'anziano trovare una collocazione, a disagio in un mondo votato al cambiamento, dove il vecchio è sempre sorpassato dal nuovo,

dove anche il valore dell'esperienza si è indebolito in favore dell'innovazione.

Nella postmodernità la vecchiaia rimanda più al mondo dell'avere che a quello dell'essere. Oggi gli anziani sono i protagonisti dell'universo dei consumi¹⁵, un'opportunità di *business* articolata intorno alle diverse fasi dell'invecchiamento per soddisfare servizi per tempo libero e per la cura del proprio corpo, ma anche rivolta alle esigenze dell'anziano passivo disabile. Una parte degli anziani attuale costituisce un gruppo di consumatori relativamente più affidabile rispetto a quelli più giovani, grazie a una maggiore garanzia di continuità del reddito. Si parla molto del problema degli anziani, così come ieri si parlava di quello dei giovani. Se il «secolo XX è stato [...] quello della grande crescita demografica, il XXI secolo è quello del forte invecchiamento»¹⁰, il **“secolo dei nonni”** e anche dei bisnonni. L'anzianità si è rivelata essere un **“fenomeno di massa”** che prevale nel mondo femminile, dove la longevità si accentua col crescere dell'età. La figura dell'anziano sta assumendo un ruolo di protagonista, più per il fenomeno del numero crescente, che per il suo valore come persona e come cittadino. Data la variabilità e l'individualità che caratterizzano oggi i processi di invecchiamento, anche le **problematiche etiche** si presentano una gamma differenziata di situazioni che si accrescono e si incrociano con quelle sociali e sanitarie. Le loro vite sono a volte minacciate perché essi sono visti come un “ingombro” per la società date le preoccupazioni che possono causare, le cure di cui necessitano e il costo che creano¹⁷. L'**“etica dell'invecchiamento”** sta rivalutando tale dignità negli anziani, portatori preziosi di esperienze e di professionalità, utili a tutte le età, che vanno apprezzati e valorizzati. Per questo «è necessario coinvolgerli [...], per quanto possibile, nella tutela del bene della vita, che è un valore per la persona, per la famiglia e per la comunità»¹⁷. Gli anziani stanno aumentando in maniera esponenziale. Oggi varie istituzioni, come per esempio

l'Università della terza età, per molte persone sono state un aiuto a programmare gli anni di vita a disposizione dopo l'uscita dal lavoro produttivo per non cadere nell'insignificanza sociale e diventare bisognoso di assistenza con i conseguenti oneri per la società (Dal Ferro, 1985, 33-52)¹⁹. «La grande paura, quella che non vogliamo neanche pensare, è sentirsi definitivamente vecchi, è la paura della non autosufficienza, del decadimento fisico e mentale. Solo quelli sono i veri vecchi»¹⁶. Sembra che ad invecchiare siano solo gli altri. Nella prima fase dell'anzianità si assiste ora a una rincorsa all'esaudimento dei desideri (viaggi, sport, spettacoli, mostre, hobby, ecc.) e a possibilità operative con lavori gratificanti, utili e di responsabilità: è l'età del **“tempo disponibile”** dei senior, con cui l'età anziana può ben trasformarsi anche in un **“tempo del dono e della condivisione”**. Questa «dimensione del prendersi cura, del dono, può rappresentare un nuovo e valido legame generazionale e intergenerazionale»¹⁶. Fino «agli anni Cinquanta e Sessanta, erano i figli che aiutavano i genitori, oggi sono i genitori ad aiutare i figli in caso di difficoltà. I flussi finanziari si sono invertiti»²⁰: c'è un esercito di nonni che si prende cura dei nipoti a tempo pieno. Oggi una larga componente del volontariato italiano è anziana a differenza di un non lontano passato, dove il **protagonismo civile e solidaristico** era lasciato soprattutto ai giovani. La nuova generazione esprime difficoltà nel confrontarsi con l'immagine della vecchiaia in un contesto socioculturale che enfatizza la prospettiva di una gioventù perenne e tende a cancellare gli aspetti più problematici legati alla malattia e alla morte, insomma al senso del limite²¹.

AGEISMO

Il termine ageismo deriva dall'inglese *“ageism”*, coniato nel 1969 dal gerontologo Robert Neilbutler, spinto dalla rabbia per le ingiustizie dettate dall'età, a fronte di un *gap* generazionale. L'ageismo può essere inteso

come una sistematica stereotipizzazione e una discriminazione sociale contro le persone, perché sono vecchie e vengono qualificate in rapporto all'età, così come il razzismo e il sessismo squalificano una persona in base al colore della pelle e al genere. L'ageismo è una discriminazione celata, una vera e propria forma di abuso, così insita nella società, da non essere neanche considerata una discriminazione. A livello sociale e culturale si evidenzia un rifiuto per l'anzianità, associato a debolezza, invalidità e malattia, in un mondo in cui chi non è produttivo è "inutile" e deve essere messo da parte. L'atteggiamento negativo nei confronti dell'età e dell'invecchiamento, è stato e rimane profondamente radicato nella storia globale: "la vecchiaia è una malattia" così definita da Seneca (4 a.C. – 65 d.C.). Nelle società preistoriche e agricole tradizionali, le poche persone che vivevano a lungo erano maestri di vita e allora si dava potere ai più vecchi. Questa tradizione orale ha ricevuto un duro colpo con l'invenzione della stampa. «Fino a quando l'età avanzata è rimasta relativamente rara, i più vecchi hanno mantenuto un ruolo sociale, come depositari di importanti capacità e informazioni. [...] I più vecchi reggevano le redini e [...] i giovani dovevano invecchiare per accedere a posizioni di autorità»²².

Con la società dei consumi prevale la cultura giovanile e con essa il "**culto della giovinezza**", la gerontofobia, la paura di invecchiare, i giovani, negli anni sessanta e settanta, prendevano posizione verso una divisione generazionale. Lo *status* di anziani è radicato non solo nelle circostanze storiche ed economiche ma anche nelle paure umane più profonde, nelle vulnerabilità inerenti l'età avanzata, la perdita in alcuni casi di mobilità, di visibilità e di indipendenza; passaggi naturali ed inevitabili. Spesso l'anziano viene "messo in panchina". La discriminazione contro gli anziani, è più evidente nei confronti della donna anziana, in rapporto alla figura dell'uomo anziano, che a volte può essere definito "interessante".

L'ageismo è un pregiudizio che si radica nella negazione che diventeremo vecchi. La sua peculiarità è l'insistenza irrazionale che i più vecchi sono gli Altri, non Noi, neppure fra anni, e facciamo molto per allontanarci da quel futuro, perciò ci si sforza di sembrare più giovani, sia per il desiderio di proteggersi dalla discriminazione, sia per un disgusto interiorizzato. I giovani odiano oggi ciò che diventeranno domani: una forma di negazione. I più vecchi tendono ad identificarsi con i più giovani, tanto da sentirsi tali. L'ageismo permette alle generazioni più giovani di vedere i più vecchi differenti da loro, quindi cessano [...] di identificare gli anziani come esseri umani. I vecchi sono solo gli altri, ma quegli "altri" sono i loro futuri sé. La discriminazione, e non l'età o la disabilità, è la barriera a una piena partecipazione alla vita civile, dove però sono così profondamente radicati stereotipi che negano spesso ai vecchi capacità e dignità.

A questi si lega il **linguaggio**.

ELDER SPEAK è il termine coniato da Becca Levy, Università di Yale, per indicare il linguaggio con cui ci si rivolge agli anziani "tesoro", "giovanotto", "figurina bella", ecc., in ospedale, in famiglia, nelle case di riposo, ecc. Questi vezzeggiativi, irrispettosi e condiscendenti, sono AGEISMO, discriminazione in base all'età. L' ELDER SPEAK bolla l'anziano come incompetente, quasi "non persona", ne limita le speranze e la possibilità di uno stile di vita da lui stesso, facendo perdere autostima e favorendo la depressione, fattori che isolano pericolosamente. Il nome e il cognome sono importanti ai fini identitari. Inoltre chi vive meglio fa più volontariato e chi fa volontariato vive meglio ed è più soddisfatto dei rapporti interpersonali, della propria salute e della qualità del tempo libero. Si dovrebbe rielaborare una "voglia di comunità", dove i membri non siano estranei, intessuta di comune e reciproco interesse, dove poter contare sui valori di sicurezza e

libertà, con la responsabilità di garantire il pari diritto di essere considerati esseri umani e la pari capacità di agire in base a tale diritto; libertà come diritto di autonomia, di autoaffermazione, senza però sfociare nell'individualismo. «In tempi di salvaguardia dell'IO, ciò implica ritrovare [...] la possibilità di pensare ad esplicitare un NOI [...] che apra alla condivisione mantenendo l'unicità elaborativa della propria esperienza»²³: in una società più giusta, più responsabile.

Il sentimento principale che affligge l'uomo postmoderno è il disagio per una **"instabilità futura"**, dovuta alla perdita di una propria identità stabile e duratura. Bauman utilizza figure come quella del **"pellegrino"**, simbolo dell'età moderna, [...] che costruisce la sua vita [...] conscio che domani ci sarà un futuro»²⁴. Di fronte a una realtà troppo flessibile, che non permette di costruire qualcosa di stabile e duraturo nel tempo, al pellegrino subentra il **"vagabondo"**, con la sua mancanza di radici e stabilità e la perdita di identità crea una confusione, una sorta di **"nomadismo identitario"**.

«La figura emblematica della postmodernità, e forse la più significativa, è quella dell'adulto bambino e del bambino adulto, poiché il tratto più caratteristico di questo tempo è quello dell'affievolirsi degli attributi specifici e dell'uno e dell'altro. [...]. Le età della vita si sarebbero ridotte a due: la primissima infanzia da un lato e la vecchiaia dall'altro»²⁴. Il processo di crescita sembra non avere più riti di passaggio, con la rottura dell'appartenenza con la precedente età; si vive in una sorta di continuità, che rischia condurre l'individuo allo stazionamento in una fase del percorso evolutivo del ciclo di vita, o a un'erranza identitaria, che può portare anche ad aprirsi al mondo, ad uscire dal proprio io, per incontrare l'altro, «spinti dall'innato bisogno/desiderio di autorealizzazione». Cercare nuovi equilibri tra etnie, categorie, generazioni: questa la possibilità per ristabilire i legami sociali e

uscire dal disagio, riconoscersi collettivamente e ricollocarsi nel proprio tempo e produrre arricchimento sociale in uno scenario di relazione tra le generazioni»¹⁶. Ulrich Beck (1944-2015) utilizza l'espressione **"società del rischio e dell'incertezza"**, per richiamare l'attenzione sui cambiamenti, nella vita dei singoli e delle società peculiari nella società postmoderna, che derivano dall'aver perso quelle sicurezze garantite dagli ancoraggi alla tradizione e ai valori comunitari e dalla conoscenza scientifica, "Società del rischio" significa vivere in un mondo fuori controllo, non c'è nulla di certo ma soltanto incertezza e insicurezza, per la minaccia imminente e onnipresente delle guerre e dei terrorismi, con la prospettiva aberrante della distruzione dell'ecosistema con lo sguardo rivolto ad orizzonti ristretti, all'immediato, al breve termine: se il domani inquieta è meglio non guardarlo. In questa Beck definisce una "seconda fase della modernità", dove l'incertezza si accompagna all'incapacità di trovare nuovi punti di riferimento. Si tende a non voler prendere atto dei processi destinati a divenire traumatici, come l'eccessivo invecchiamento della popolazione, il surriscaldamento globale, le migrazioni dei popoli, elementi che porteranno effetti incisivi sulle nostre condizioni di vita. I problemi «sembrano lontani da noi e allo stesso tempo molto vicini, sono visibili e contemporaneamente evidenti nei loro effetti e la coscienza che nessun uomo comune ha potere su di essi, determina tanta insicurezza, precarietà e ansietà»²⁵, al punto **che** si preferisce non pensarci seriamente e si continua a vivere in una sorta di "accondiscendente **rassegnazione**". La rivoluzione telematica, i processi di globalizzazione e la crescente mobilità espongono a continue trasformazioni, dove si incrociano e si scontrano diversità culturali e religiose, dove le relazioni si fanno sempre più rarefatte, virtuali, complesse, obiettivo essenziale dell'educazione è apprendere a relazionarsi positivamente con gli altri e con il

mondo». Solitudine, scoraggiamento, tristezza, rassegnazione, rabbia, paura, angoscia, richiedono la costruzione di “*relazioni*”, fonte di “*speranza*”, un imperativo in tutti gli *spazi della formazione*. Lavorando sulla capacità individuale e sociale di vivere positivamente e creativamente la relazione e formando individui capaci di consegnarsi all’altro, di accogliere le diversità dell’altro e di vivere insieme, in una condizione di interdipendenza, abbattendo l’individualismo, in una visione di comunità, che si basi su valori di collaborazione e di condivisione si può vincere la sfida di partecipare alla costruzione di un mondo migliore.

BIBLIOGRAFIA

1. Sen A. K. Lo sviluppo è libertà. Perché non c’è crescita senza democrazia. Milano: Mondadori, 2001.
2. Nussbaum MC. Giustizia sociale e dignità umana: da individui a persone. Bologna: Il Mulino, 2002.
3. Del Montaigne M. Saggi. Milano: Adelphi, 1982.
4. Morin E. Introduzione al pensiero complesso. Milano: Sperling & Kupfer, 1993.
5. Blangiardo GC. I nuovi anziani, Vicenza: Rezzara, 1995.
6. Madia M. Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società? Bologna: Il Mulino, 2011.
7. Zunino C. Più over 60 che under 30 sorpasso nel paese che invecchia. La Repubblica, 22 ottobre 2018. <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/piu-over-60-che-under-30-sorpasso-nel-paese-che-invecchia.html>.
8. Saraceno C. Anziani come risorsa e invecchiamento attivo. In: Golini A, Rosina A. Il secolo degli anziani. Come cambierà l’Italia. Bologna: Il Mulino Prismi, 2011.
9. Rosina A. Il secolo degli anziani. Come cambierà l’Italia. Bologna: Il Mulino Prismi, 2011.
10. Rosina A. Il futuro non invecchia. Milano: Vita e Pensiero, 2018.
11. Treu T. L’importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età. Bologna: Il Mulino, 2012.
12. Bertin G. Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza. Trento: Erickson, 2009.
13. Crepaldi G, Maggi S, Cesa-Bianchi M, Pravettoni G. Universo del Corpo (2000). Longevità. http://www.treccani.it/enciclopedia/longevita_%29.
14. DI LEI, Ecco perché le donne vivono più a lungo degli uomini. Lo dice la scienza, in <https://dilei.it/benessere/ecco-perche-le-donne-vivono-piu-a-lungo-degli-uomini-lo-dice-la-scienza/451281>.
15. Iannaccone S. Longevità, perché le donne vivono più a lungo degli uomini?, in https://www.repubblica.it/scienze/2015/07/27/news/longevita_perche_gli_uomini_vivono_meno_delle_donne_-119734498/.
16. Aime M., Borzani L. Invecchiano solo gli altri. Torino: Einaudi, 2017.
17. AA.VV. I nuovi anziani. (FEDERUNI). Vicenza: Edizioni del Rezzara, 1995.
18. Landuzzi C. Gli anziani nelle nostre case e nelle nostre città. Il maltrattamento. Milano: Franco Angeli Edizioni, 2011.
19. Dal Ferro G. I nuovi anziani. Vicenza: Edizioni del Rezzara, 1995.
20. De Rosnay J. Una vita in più. Longevità che farne? Bergamo: Bompiani, 2006.
21. Caritas Ambrosiana. Ferite invisibili. Il Maltrattamento nella relazione tra caregiver. Milano: Franco Angeli Edizioni, 2011.
22. Applewait A. Il bello dell’età. Manifesto contro l’ageismo. Milano: Corbaccio Ed, 2017.
23. Tramma S. I nuovi anziani. Storia, memoria e formazione nell’Italia del grande cambiamento, Roma: Meltemi, 2003.
24. Bauman Z. L’avvento della società liquida. <https://sociologicamente.it/zygmunt-bauman-lavvento-della-societa-liquida/>
25. Romano RG. Ciclo di vita e dinamiche educative nella società postmoderna. Milano: Franco Angeli Edizioni, 2008.

Prof.ssa Maria Caterina Federici, Cattedra di Sociologia Generale, Università degli Studi di Perugia

Per la corrispondenza:
mariacaterina.federici@unipg.it

Obiettivo 120 anni nell'analisi dei centenari italiani

L. Gasbarrone, M. Tronci, B. D'Amen, M. A. Fusco

Introduzione

Nell'ultimo periodo si è molto parlato sui giornali e in televisione delle persone che hanno raggiunto e superato i 100 anni di età, cercando di capire quale fosse stata la loro vita e qual è quella attuale. Una delle ultime notizie riferita nel novembre scorso da un quotidiano della regione Toscana, Il Tirreno di Grosseto, titola proprio *"Quattro signore e 411 anni di storie"* e continua *"La longevità abita sull'Amiata"*, a sottolineare volutamente, per fare un pizzico di pubblicità, che forse l'ambiente salutare di quei luoghi potrebbe in qualche modo influire sulla longevità. Le quattro signore sono contemporaneamente ospiti in un pensionato sull'Amiata, e certo colpisce il fatto di trovare insieme nello stesso luogo più di una persona con 100 e più anni.

Che la durata della vita media sia aumentata è ormai un dato acquisito, così come il fatto che il numero dei centenari e dei supercentenari, questi ultimi con età superiore a 110 anni, sia in progressivo incremento. Gli studi effettuati finora per capire per quale motivo alcuni arrivino a così tarda età hanno potuto dimostrare una molteplicità di fattori in causa, senza che ve ne fosse uno determinante.

Le "età" della vita

La rappresentazione delle età della vita è stata spesso oggetto delle opere di molti pittori. Gustav Klimt nel 1905 raffigurava ad esempio le tre età della donna, fanciullezza, gioventù e vecchiaia, passando dall'atteggiamento protettivo della giovane madre nei confronti del fanciullo a quello di isolamento e quasi vergogna del proprio stato di donna anziana che sembra nascondersi, volutamente isolata dal contesto lì rappresentato: la donna anziana non ha più una sua funzione. In precedenza

nel 1600 Antoon van Dyck raffigurava quattro età della vita, fanciullezza, gioventù, maturità e vecchiaia, quest'ultima di nuovo rappresentata da un vecchio che si nasconde, isolato dal resto del quadro: anche qui la vecchiaia non sembra avere una funzione nella vita, ci si vergogna di essere vecchi inutili.

La distinzione delle età della vita è passata quindi a cinque con incerte variazioni nei confini tra l'una e l'altra: giovane, adulto, anziano, vecchio, grande vecchio e *"oltre"*, identificando con quest'ultimo termine le persone che superano anche i 100 anni. Per essere ancora più precisi, dovremmo oggi distinguere: infanzia, fanciullezza, adolescenza, gioventù, maturità, vecchiaia, considerando comunque l'eterogeneità di quest'ultima età che andrebbe ulteriormente suddivisa.

Tutto nasce anche dal fatto che la *"vecchiaia"* è sempre stata considerata un periodo della vita di scarso interesse, forse perché nel tempo non ha mai rappresentato per la società un periodo *"produttivo"*: non a caso gli antichi dicevano che *"vecchiaia è di per sé malattia"*, sottolineando il fatto che, da un punto di vista fisiologico, vecchiaia significa comunque *"riduzione progressiva della riserva funzionale di organi ed apparati e altrettanto progressiva riduzione della capacità di adattamento omeostatico alle variazioni ambientali"*. Gli anziani fanno sempre più fatica a riprendersi o a superare i danni prodotti da *stressors* ambientali di qualsiasi genere (malattie, traumi, difficoltà quotidiane), sono soggetti sempre più deboli e indifesi a mano a mano che gli anni procedono. Questa definizione è quindi in contrasto con il concetto di salute definito dall'O.M.S. come *"stato di completo benessere fisico, psichico, sociale"*. Ma oggi, in un momento in cui il numero degli anziani

crece sempre di più, è ancora appropriata questa definizione di vecchiaia?

L'evoluzione della piramide demografica

Nel corso del tempo si è assistito ad una vera e propria rivoluzione demografica. Se si considera la rappresentazione della popolazione italiana del 1861, epoca dell'Unità d'Italia, e la si confronta con quella del 2017 e successive, emerge che la classica piramide a base larga per la maggiore consistenza della popolazione infantile e la progressiva e graduale riduzione dei lati in rapporto alla proporzionale riduzione della sopravvivenza globale, si è trasformata in una rappresentazione a fungo sempre più largo nella porzione centrale. Questo perché nel tempo, grazie alle misure di prevenzione, alle vaccinazioni e alle terapie antibiotiche, la mortalità infantile una volta predominante si è progressivamente ridotta così come la natalità determinando la riduzione della base della piramide, mentre nel contempo gli stessi progressi della medicina e delle scienze in genere hanno permesso alle fasce di età centrali di prolungare la sopravvivenza e di essere rappresentate più numerose, anche insieme alle età più avanzate, per cui lentamente ma inesorabilmente la piramide si è trasformata in un fungo. Sia il Rapporto Osservasalute 2018, condotto dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, sia i dati ISTAT 2019 confermano questo andamento demografico con ridotta natalità, scarsa mortalità infantile, aumento della sopravvivenza globale, prolungamento della vita media, aumento dei centenari e progressivo incremento della rappresentazione di ultracentenari^{1, 2}. È anche evidente un incremento della rappresentazione femminile perché, si sa, le donne vivono più a lungo!

Lo stesso andamento della piramide demografica, o ex piramide, si dimostra negli

anni successivi, per cui il fungo diventa sempre più largo nei 2/3 superiori e cresce in altezza per la crescita del numero dei centenari. La proiezione per il 2050 estremizza questo fenomeno, che diventa evidente anche per la popolazione immigrata, acquisendo quest'ultima progressivamente le stesse caratteristiche della popolazione ospitante.

Il fenomeno è ovviamente diffuso in tutte le regioni italiane, anche se alcune, con in testa la Liguria, dimostrano una maggiore rappresentazione delle fasce di età al di sopra dei 65 anni e una maggiore rappresentazione degli ultra85enni³. Ancora, non è solo un fenomeno italiano, bensì mondiale, tanto che la proiezione per il 2025, tra soli cinque anni, indica che un terzo delle persone nei paesi industrializzati sarà al di sopra dei 65 anni, ma anche i paesi scarsamente sviluppati seguiranno a ruota (Fig. 1).

Quindi, visto l'andamento, a gennaio 2019 in Italia si contavano 14.456 centenari, di cui l'84% donne e il 16% uomini; le persone al di sopra dei 105 anni erano 1.112, di cui l'87% donne e il 13% uomini, e i supercentenari, cioè al di sopra dei 110 anni, erano 21, tutte donne⁴.

Come abbiamo detto i centenari sono in progressivo aumento; se però si considerano i numeri riferiti sempre dal rapporto "Osservasalute 2018", si nota che il picco ha raggiunto quasi quota 20.000 nel 2015 per poi decrescere fino all'attuale valore intorno a 14.000: sono peggiorate le condizioni di salute? Assolutamente no, è una diminuzione che ci si aspettava poiché dal 2015 in poi sono arrivate a 100 anni le persone nate nel periodo bellico della I guerra mondiale 1915-18, periodo in cui la natalità ha subito una riduzione e molti sono caduti in guerra. Ora ci si aspetta un nuovo incremento del numero dei centenari nei prossimi anni.

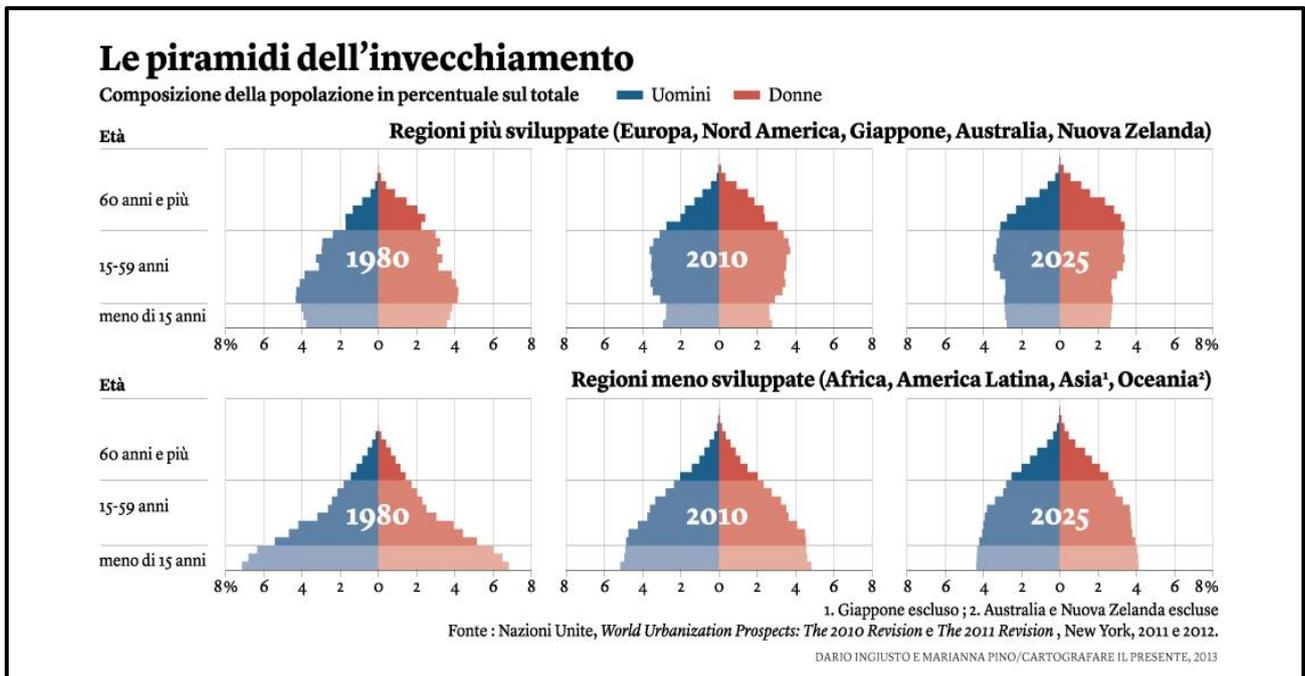


Fig. 1: evoluzione della piramide dell'invecchiamento nella popolazione mondiale.

Ma gli anziani di oggi, le persone al di sopra dei 65 anni, in quali condizioni di salute sono? Sempre il rapporto "Osservasalute 2018" ci dice che la maggior parte degli assistiti dei MMG presenta patologie croniche, le cosiddette "malattie non trasmissibili" che caratterizzano l'epoca post-industriale essendo state debellate quelle trasmissibili, per cui con varie prevalenze sono affetti da diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, vasculopatia cerebrale, broncopneumopatia cronica, osteoartrosi. Queste malattie rappresentano la "sfida della cronicità" poiché, grazie al progresso della scienza e della medicina in particolare, molte patologie sono oggi trattabili e controllabili con le moderne terapie, senza tuttavia permettere la guarigione: il risultato è che oggi circa un quarto della popolazione di ultra 65enni, prevalentemente donne, convive con più malattie una volta non curabili, portandone dietro esiti e complicanze, e quindi con problemi assistenziali di non poco conto. Per ovvi motivi le stesse persone assumono molte medicine, e se solo il 63% dei pazienti con due patologie assume più

farmaci, il 100% di chi presenta nove patologie è in politerapia, con ovvi maggiori rischi di interazioni farmacologiche a volte pericolose⁵.

I cambiamenti descritti nella struttura per età dovuti al progressivo invecchiamento della popolazione comportano, come già accennato, una domanda sanitaria specifica e crescente rivolta ai servizi socio-sanitari. Questo processo è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, quando le coorti dei *baby-boomers*, cioè dei nati tra il 1945 e il 1976, arriveranno ad avere 65 anni ed oltre, con un picco previsto nel 2045-50, quando costituiranno il 34% della popolazione. Ma rispetto alle precedenti questa generazione è in realtà consapevole del cambiamento e vuole essere protagonista di un "invecchiamento attivo", definito dall'OMS come un "processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane". In questa definizione "attivo" non significa solo essere fisicamente efficienti o partecipare alle forze di lavoro, ma anche "continuare a partecipare alla vita sociale,

economica, culturale, spirituale e civica della comunità” con un ruolo definito. I *baby-boomers* percepiscono quindi l’esigenza di prendersi cura di sé e di mantenersi in forma, temono i rischi della sedentarietà, spesso sono neo-pensionati che hanno lasciato ruoli di responsabilità nel lavoro e che desiderano riprendersi il proprio tempo, si pongono obiettivi ambiziosi, hanno una certa disponibilità economica, non vogliono essere definiti anziani, cercano di mantenersi in forma fisica praticando costantemente attività sportive.

Oggi definiamo tre profili di centenari: gli *“Escaper”*, che raggiungono i 100 anni senza malattie (19%, *successful aging!*), i *“Delayer”*, nei quali le malattie sono diagnosticate dopo gli 80 anni (43%), e i *“Survivor”*, in cui le malattie erano presenti già prima degli 80 anni (38%). In Italia si ha un quadro epidemiologico coerente: 20% è in buone condizioni di salute, il 33% presenta uno stato di salute *“intermedio”*, il 47% vive in cattive condizioni di salute. I *baby-boomers* mirano ovviamente ad essere tra gli *escaper*.

Come abbiamo detto il fenomeno dell’allungamento della vita è comune a tutte le realtà: negli Stati Uniti tra 30 anni il numero dei centenari sarà quadruplicato, ma Giappone e Italia, seguiti a ruota dalla Germania, detengono il primato della longevità. In particolare per l’Italia l’aspettativa di vita media è, al momento attuale, 85 anni per le donne e 81 per gli uomini. Il Giappone ha sempre avuto un grande rispetto per le persone anziane e dal 1963 chi compiva un secolo di vita veniva omaggiato con una *“sakazuki”* in argento, la tazza delle grandi occasioni per servire il sakè, e con una lettera di congratulazioni del Primo Ministro. Questa mirabile usanza è stata oggi messa in discussione per i costi insostenibili (quasi 1,9 milioni di € in tazze a carico del Ministero della Salute) visto l’incremento del numero dei centenari: erano allora appena 163, ma nel censimento 2017 sfioravano le 59 mila unità⁶. La vistosa

crescita dei centenari, avanguardia di una *“demografia estrema”*, secondo il Pew Research Center aumenterà a livello mondiale di ben otto volte da qui al 2050: nel 1990 si contavano nel pianeta 95.000 centenari, oggi 451.000, la previsione per il 2050 è di 3.676.000⁷.

Anche il gruppo ristretto dei *“supercentenari”*, ovvero di coloro che superano i 110 anni, è in crescita, e tra i primi dieci supercentenari in vita, tutte donne, ci sono quattro giapponesi e tre italiane. I supercentenari nel mondo sarebbero oggi tra 300 e 450, ma è d’obbligo dubitare dell’esattezza del numero in quanto le fonti potrebbero non essere realmente attendibili: valga per tutti l’esempio della famosa francese Jeanne Louise Calment, che sarebbe morta a 122 anni e 164 giorni dopo aver fumato fino a 118 anni ed essere andata in bicicletta fino a 100, per la quale si nutrono però dubbi sulla vera identità poiché si dice che alla sua morte la figlia Yvonne ne avrebbe assunto il nome per evitare le tasse di successione⁸! Gli archivi dell’epoca non sono certamente come le anagrafi o le agenzie delle entrate di oggi! Ed è così anche per il sito italiano (www.supercentenariditalia.it⁴) che raccoglie gli ultracentenari conosciuti residenti in Italia con età superiore a 107 anni e candidati a diventare supercentenari, dal quale apprendiamo che la decana italiana, dopo Emma Morano e Giuseppina Progetto, è stata fino al giugno scorso Maria Giuseppa Robucci, morta a 116 anni dopo essere stata operata al femore a 111 anni e al seno a 114. Emma Morano, deceduta a 117 anni, sarebbe stata la decana dell’umanità, ma anche qui il primato potrebbe essere conteso da una donna cecena che sarebbe morta all’età di ben 129 anni, la cui *“lunga vita è stata una maledizione di Dio”* poiché dichiarava di *“non aver avuto un solo giorno felice in tutta la sua vita”*! Un altro primato italiano è quello di due gemelle sarde, Emma e Vittoria, che hanno spento 101 candeline insieme nel 2018, e quello di due coniugi, 101 lui e 100 lei, che dicono di completarsi insieme perché

uno non sente bene e l'altra non vede bene! Questi supercentenari sembrano possedere delle loro intrinseche capacità per una buona sopravvivenza.

Lo studio della Fondazione San Camillo-Forlanini

La Fondazione San Camillo-Forlanini, ONLUS per la ricerca scientifica istituita dalla omonima Azienda Ospedaliera di Roma nel 2008, ha quindi predisposto la ricerca "Obiettivo 120 anni nell'analisi dei centenari italiani" per cercare di individuare quali fossero le caratteristiche che hanno permesso di raggiungere tale ragguardevole età in una ristretta parte della popolazione italiana. Alla ricerca hanno partecipato, oltre alla Fondazione stessa che ha coordinato il progetto, la cattedra di Geriatria dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, la cattedra di Sociologia Generale dell'Università degli Studi di Perugia, la cattedra di Geriatria dell'Università di Sassari, la FIMMG con la collaborazione della NetMedica Italia per la predisposizione della piattaforma informatica e la Fondazione Cariplo per il supporto. Lo studio, predisposto nel 2017 e iniziato nel 2018, si è recentemente concluso con l'analisi complessiva dei dati raccolti.

Nell'ambito del progetto sono state poste ad alcuni centenari una serie di domande contenute in un questionario. Il questionario, somministrato in modalità assistita, era composto da 10 sezioni e 141 domande ripartite come indicato in Tabella 1. Il totale dei rispondenti (N) al termine della ricerca è pari a 231.

Sezioni	Domande
1. Anagrafica	12
2. Ambiente di vita	15
3. Istruzione, Lavoro, Hobby	12
4. Religione	2
5. Situazione economica	2
6. Alimentazione	25
7. Inquadramento fisiologico e familiare	23
8. Patologie pregresse	24
9. Personalità e carattere	21
10. Allegati	5
Totale	141

Tab. 1: le 10 sezioni del questionario.

Vengono di seguito esposte, suddivise nelle varie sezioni, alcune risultanze derivanti dall'analisi mono/bivariata dei dati. Alcune sezioni del questionario, non presenti in questo report, saranno oggetto di successive elaborazioni.

1. Dati generali sulla rilevazione

1. Anagrafica

Su un totale di 231 intervistati l'81% è rappresentato da donne, il 19% da uomini.

Il 36% ha un'età di 100 anni; il 91% ha un'età compresa tra i 100 ed i 104 anni, l'8% ha età tra 105 e 109 anni (semi super centenari), un soggetto è classificabile tra i supercentenari (età > 110 anni) in quanto di 112 anni. L'età media è di 102 anni (D.S. 1,81).

L'82% degli intervistati è vedovo, il 6% ha il coniuge vivente, il 12% celibe o nubile. I maschi hanno il coniuge vivente nel 23% dei casi, le femmine nel 3%; i maschi sono vedovi nel 70% dei casi, le femmine nell'84%. I maschi con il coniuge vivente, come da tradizione consolidata nella maggior parte dei casi, hanno sposato donne più giovani e comunque, come noto, le donne hanno una speranza di vita maggiore.

Il 61% vive presso il proprio domicilio, il 21% presso la casa di un familiare, il resto presso strutture diverse.

Il 44% vive con un figlio/a, il 21% con un/a badante, il 6% con il coniuge, il 7% da solo, il 22% usufruisce di altre e diverse modalità di convivenza.

2. Ambiente di vita

Il 19,9% degli intervistati risiede in Sardegna, il 20,3% in Campania, il 10% in Umbria, il 10,4% nel Lazio, l'10,4% in Puglia, i restanti nelle altre regioni italiane in percentuali minori.

3. Istruzione, Lavoro, Hobby

Il 90% degli intervistati ha frequentato la scuola, il 10% no (ciò non vuol dire che siano necessariamente analfabeti totali, perché una forma di istruzione "privata" alcuni di essi la hanno ricevuta). Il 72% ha frequentato solamente la scuola elementare (ma non tutti per i 5 anni previsti), il 10% le medie inferiori,

il 13% le superiori e solo il 5% l'Università. Se questo dato viene stratificato per genere, si può notare che per il 75% delle femmine l'istruzione si è fermata alle scuole elementari e solo il 3% ha conseguito la laurea. Situazione diversa per i maschi, che hanno raggiunto un maggior livello di istruzione: 56% fermo alle elementari e 15% laureati.

Differenze significative circa il livello di scolarizzazione sono state evidenziate nelle varie regioni.

L'83% dei soggetti ha lavorato nel corso della vita, il 17% NO, ma queste 39 persone sono solo femmine che hanno inteso il lavoro entro le mura domestiche come un "non lavoro".

Alla domanda relativa la tipologia di lavoro svolto, i 192 rispondenti in senso positivo hanno dichiarato (Tab. 2):

<i>Professioni</i>	<i>Val Ass</i>	<i>Val %</i>
<i>Agricoltori e pastori</i>	61	32%
<i>Casalinghe</i>	34	18%
<i>Artigiani e sarti</i>	31	16%
<i>Impiegati</i>	13	7%
<i>Operai</i>	17	9%
<i>Insegnanti</i>	12	6%
<i>Collaboratrici domestiche</i>	6	3%
<i>Funzionari e dirigenti pubblici</i>	6	3%
<i>Cuochi e servizi per la ristorazione</i>	4	2%
<i>Sacerdoti e religiosi</i>	2	1%
<i>Tecnici di laboratorio</i>	2	1%
<i>Personale medico e paramedico</i>	2	1%
<i>Ricercatori</i>	1	1%
<i>Libero professionista o imprenditore</i>	1	1%
<i>Totale</i>	192	100%

Tab. 2: tipologia di lavoro svolto.

Molti hanno svolto un lavoro da agricoltore o pastore (32%), quindi sono vissuti in campagna in un contesto rurale, all'aria aperta e compiendo un certo esercizio fisico, fatto questo che tutto sommato da un certo punto di vista li ha favoriti. Pochi hanno fatto lavori stressanti. Presenti numerosi artigiani e casalinghe.

Il 18% ha cambiato lavoro nel corso della vita, l'82% no.

Il 94% degli intervistati usufruisce di una pensione, il 6% no e anche in questo caso si tratta solo di femmine. Il 34% di questi ha continuato a lavorare dopo il pensionamento e di questi l'83% lo ha fatto per interesse personale, solo il 15% per motivazioni economiche ed il 2% per entrambe le motivazioni.

4. Religione

Tutti gli intervistati sono di religione cattolica; l'80% si dichiara praticante, il 20% no.

5. Situazione economica

La situazione economica attuale è valutata ottima nel 6%, buona nel 43%, soddisfacente nel 43%; solo l'1% la valuta come pessima. Rispetto al passato, la situazione è considerata invariata dal 56% dei soggetti, migliorata dal 33%, peggiorata dall'11%. In questi giudizi non c'è differenza significativa tra maschi e femmine.

6. Alimentazione

A tale riguardo sono state poste alcune domande finalizzate a conoscere le abitudini alimentari dei soggetti nei riguardi dell'assunzione di un certo numero di alimenti nel momento attuale e negli anni precedenti.

In particolare sono stati individuati 3 gruppi di alimenti e ad ogni gruppo è stato assegnato un peso differente. Il primo gruppo è composto da alimenti che hanno un elevato potere nutrizionale per lo stato di equilibrio vitaminico e per il mantenimento della massa magra. Il secondo gruppo è composto da alimenti per i quali, se non vengono rispettate le frequenze di consumo, si hanno maggiori probabilità di essere sovrappeso, ed infine il terzo gruppo composto da alimenti che contribuiscono maggiormente al mantenimento della massa ossea. Su tale base sono state calcolate le percentuali di adesione o lo scostamento rispetto alle raccomandazioni INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) per i tre gruppi (Tab. 3) e per le singole tipologie di alimenti (Tab. 4).

Gruppo	Alimenti	Aderenza	Scostamento
Gruppo I	(Frutta, Verdura, Pesce, Uova, Pollame, Carne)	58%	42%
Gruppo II	(Pasta, Riso, Patate, Dolci)	45%	55%
Gruppo III	(Yogurt, Latte, Formaggi)	40%	60%

Tab.3: gruppi di alimenti considerati.

Gruppo	Alimenti	Score Aderenza	Score Scostamento
Gruppo I	Frutta (≥ 7)	89%	11%
	Verdura (≥ 7)	68%	32%
	Pesce (> 2)	17%	83%
	Uova (1 o 2)	77%	23%
	Carne (da 1 a 2)	59%	41%
	Carne bianca (> 2)	38%	62%
Gruppo II	Pasta/Riso (7)	47%	53%
	Dolci (≤ 2)	38%	62%
Gruppo III	Yogurt (≥ 7)	10%	90%
	Latte (≥ 7)	74%	26%
	Formaggi (da 1 a 2)	35%	65%

Tab. 4: Indice di aderenza e scostamento per singola tipologia di alimento.

È stato poi valutato lo stato nutrizionale, comunemente misurato attraverso il Body Mass Index (BMI) o Indice di Massa Corporea (IMC) e dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri). Sulla base di questo indice le persone vengono classificate in 7 categorie (Tab. 5).

Categorie	Valore BMI	Classificazione BMI
1	$< 16,5$	Sottopeso di grado severo
2	$16.5 < \text{BMI} < 18.4$	Sottopeso
3	$18.5 < \text{BMI} < 24.9$	Normopeso
4	$25 < \text{BMI} < 30$	Sovrappeso
5	$30.1 < \text{BMI} < 34.9$	Obesità I grado
6	$35 < \text{BMI} < 40$	Obesità II grado
7	>40	Obesità III grado

Tab. 5: categorie in base al BMI.

Per quanto riguarda i rispondenti all'indagine in oggetto, il BMI risulta composto come illustrato in Tab. 6.

Categorie	Classificazione BMI	Val Ass	Val %
1	Sottopeso severo	3	1%
2	Sottopeso	11	5%
3	Normopeso	133	58%
4	Sovrappeso	62	27%
5	Obesità I grado	18	8%
6	Obesità II grado	2	1%
7	Obesità III grado	2	1%
	Totale	231	100%

Tab. 6: BMI dei rispondenti all'indagine.

Oltre la metà dei rispondenti (58%) riporta una condizione di normopeso, a questi si aggiunge una parte pari al 27% che riporta una condizione di sovrappeso. Il 6% è risultato sottopeso a vari livelli e il 10% mostra un grado variabile di obesità.

Classificazione BMI e genere

Nonostante le rispondenti donne siano in numero maggiore degli uomini, si nota una certa omogeneità nella distribuzione dei valori del BMI rispetto al genere, con una prevalenza delle condizioni di normopeso e sovrappeso per entrambi i generi. Tuttavia, gli uomini risultano più in sovrappeso (41%) rispetto alle donne (24%) (Tab. 7). La condizione di sovrappeso non deve essere considerata completamente negativa, come sostiene uno studio condotto da Flicker et al. (2010) in cui, in un collettivo di anziani di età compresa tra i 70 e i 75 anni, coloro che erano in sovrappeso avevano un minor rischio di mortalità⁹.

Un'altra informazione a corredo dello stato nutrizionale è l'**andamento del peso**, rilevato in questa indagine chiedendo ai rispondenti di indicare se sono ingrassati o dimagriti negli ultimi 6 mesi. In base alle risposte, è stata creata una tipologia in cui gli intervistati sono stati classificati in: dimagriti, stabili, ingrassati. Osservando le distribuzioni di questa tipologia esposte di seguito si nota che il 74% dei rispondenti è stato stabile nel peso negli ultimi 6 mesi, mentre il 21% è dimagrito (vedi Tab. 8). Questo ultimo dato è rilevante se si pensa che la perdita di peso per gli anziani è considerata un fattore fragilizzante¹⁰:

Stratificando l'andamento del peso negli ultimi 6 mesi rispetto al genere, si nota una distribuzione omogenea dei valori sia per le femmine (187) che per i maschi (44) (Tab. 9).

Categorie	Classificazione BMI	Femmine		Maschi	
		Val Ass	Val %	Val Ass	Val %
1	Sottopeso severo	3	2%	0	0%
2	Sottopeso	11	6%	0	0%
3	Normopeso	111	59%	22	50%
4	Sovrappeso	44	24%	18	41%
5	Obesità I grado	14	7%	4	9%
6	Obesità II grado	2	1%	0	0%
7	Obesità III grado	2	1%	0	0%
	Totale	187	100%	44	100%

Tab. 7: BMI e genere.

Categorie	Andamento del peso (ultimi 6 mesi)	Val Ass	Val %
1	Dimagriti	49	21%
2	Stabili	172	74%
3	Ingrassati	10	4%
	Totale	231	100%

Tab. 8: variazioni del peso.

Andamento del peso- Val %	Femmine	Maschi
Dimagriti	20%	25%
Stabili	75%	70%
Ingrassati	5%	5%
Totale	100%	100%

Tab. 9: variazioni del peso secondo il genere.

7. Inquadramento fisiologico e familiare

Su 231 rispondenti l'84% ha avuto figli, il 16% (38) no. Su 193 centenari che hanno avuto figli, il 56% ha avuto tra 1 e 3 figli, il 17% 4-5 figli, l'11% 6 o più figli. Un soggetto maschio ha avuto 14 figli, tutti viventi al momento della rilevazione. Sul totale il numero medio dei figli è pari a 2,5 a persona. Tra coloro che avevano avuto figli, il 4% (9) è sopravvissuto ai propri figli.

Riguardo al numero di gravidanze su 183 donne che hanno risposto, il 16% non ne ha avute, il 16% ha avuto 1 gravidanza, il 34% da 2 a 3, il 15% da 4 a 5, il 13% da 6 a 7, il 4% da 8 a 9, il 2% da 10 a 13.

Solo il 14% ha fumato nel corso della vita; 1 soggetto maschio ha fumato oltre 100 sigarette al giorno per circa 50 anni.

Il ritmo sonno veglia risulta conservato nell'80% dei casi. In media (range 0-13h) i centenari oggetto della rilevazione dormono tra le 6 e le 7 ore per notte; l'81% effettua il riposo pomeridiano.

Il 48% dei rispondenti al questionario (111) ha familiari vissuti più di 90 anni, il 3% (6) familiari vissuti più di 100 anni, il 10% (23) ha sia familiari vissuti più di 90 anni che familiari vissuti più di 100 anni. Tali fenomeni sono presenti specialmente in Campania, Sardegna, Lazio e Puglia. Ipotizzare che a favorire la longevità familiare siano intervenuti fattori genetici oltre che ambientali è lecito, ma con i dati per ora in nostro possesso non possiamo affermarlo con certezza.

8. Patologie pregresse

Sono state considerate 8 variabili volte a rilevare la presenza (in passato/attuale) di: diabete, ipertensione, cardiopatia, vasculopatia cerebrale, tumori, traumi, fratture e "ulteriori infermità". La voce "ulteriori infermità" comprende: 1) alcune definite infermità che gli intervistati/intervistatori hanno ritenuto di voler aggiungere oltre a quelle già presenti nel questionario e che sono state rilevate a livelli quantitativamente significativi, 2) ulteriori infermità raggruppate sotto la voce "altre patologie" in quanto numericamente poco rappresentate.

Tra le "ulteriori infermità" troviamo rappresentate le seguenti voci: Deficit deambulazione (62), Demenza (34), Deficit vista (12), Altre patologie (34). Considerata la presenza di alcune comorbidità dichiarate, il Deficit della deambulazione in 4 casi può essere messo in relazione a problemi cardiaci, in 26 casi a pregressi episodi di vasculopatie cerebrali, in 20 casi a pregresse fratture. La Demenza in 12 casi può essere messa in relazione a un pregresso episodio di vasculopatia cerebrale.

Passando all'analisi dei risultati, tra tutti i rispondenti, 200 di essi (87%) riportano patologie mentre 31 (13%) dichiarano di non avere nessuna delle patologie indicate nel questionario, né ne hanno aggiunte altre. Invece 9 soggetti hanno riferito unicamente patologie collocate nella categoria "ulteriori infermità".

In Tabella 10 il dettaglio delle 231 risposte.

Numero di patologie pregresse / attuali	Val Ass	Val %
Nessuna (delle patologie elencate)	31	13%
Una	42	18%
Due	53	23%
Tre	48	21%
Quattro	34	15%
Cinque	16	7%
Sei	7	3%
Sette	0	0
Otto	0	0
Totale	231	100%

Dal punto di vista qualitativo in generale risultano le patologie descritte in Tabella 11.

Tipo di patologia	Val Ass	Val %
Ipertensione	134	25%
Ulteriori Infermità	104	19%
Fratture	94	17%
Cardiopatìa	60	11%
Vasculopatìa cerebrale	61	11%
Traumi	43	8%
Tumori	25	5%
Diabete	22	4 %
Totale (frequenza della patologia, non singolo caso)	543	100 %

Tab. 11: patologie riferite.

Suddividendo tra soggetti con fino a due patologie e soggetti con comorbidità, le patologie più frequenti tra coloro che dichiarano fino a due patologie sono: Ipertensione (33%), Fratture (22%), “ulteriori infermità” (21%), mentre tra i casi di comorbidità i rapporti cambiano con Ipertensione (21%), “ulteriori infermità” (22%) e Fratture (21%).

Su 231 rispondenti 194 di essi assumono farmaci (84%) e 37 no (16%).

Riguardo al numero dei farmaci che vengono assunti, tra i 194 rispondenti che hanno dichiarato di assumere farmaci solo

187 hanno specificato quali e quanti. Dall’analisi dei dati relativi ai 187 pienamente rispondenti si evince che il 69% non assume più di 3 farmaci (1/2/3 rispettivamente 28%, 22% e 19%), il 12% assume 4 farmaci, l’11% 5 farmaci, il 2% 7 farmaci, e solo l’1% rispettivamente 9 farmaci e 10 farmaci.

Stratificando i dati per genere, i 37 centenari che non prendono farmaci in maniera regolare e costante rappresentano rispettivamente il 17% delle femmine e il 14% dei maschi.

Stratificando i dati riguardo allo stato civile, sui totali delle singole categorie rispettivamente il 14% dei vedovi, il 13% dei coniugati e il 30% degli altri (single/conviventi/altro) non assume farmaci in maniera continuativa.

La classificazione dei farmaci maggiormente utilizzati da costoro è riportata nella Tab. 12.

Categoria Farmaci	Valore Assoluto
Cardiovascolari	305
Gastroprotettori e IPP	38
Integratori e vitamine	20
Antidolorifici	14
SNC	71
Altri	60
Totale	508

Tab. 12: classificazione dei farmaci assunti.

Dall’analisi dei dati sopra riportati sembra lecito affermare che, nonostante la diffusa presenza di limitazioni dell’autonomia funzionale e/o di difficoltà intellettive, i centenari che hanno risposto al questionario sono afflitti da un limitato numero di patologie e in gran parte assumono pochi farmaci (max 3). Importante sottolineare, come riporta il già citato “rapporto Osservasalute 2018”, che gli anziani di oggi, i futuri possibili centenari di domani che ad

invecchiare sono stati aiutati dalle nuove scoperte della medicina, sono però affetti da un numero maggiore di patologie con le quali convivono anche grazie ad un più elevato numero di farmaci disponibili ed assunti quotidianamente.

L'intervento diagnostico/terapeutico di più medici con diverse specializzazioni sul medesimo paziente determina la politerapia negli anziani di oggi, ma ciascun specialista non sempre tiene in considerazione le possibili interazioni tra i vari farmaci prescritti e quelli già presenti nella terapia del paziente, fatto questo che spesso può causare ulteriori patologie o al meglio la riduzione della capacità terapeutica dei singoli farmaci.

9. Personalità e carattere

Sono state considerate 9 variabili relative alla personalità ed al carattere ed il loro opposto. Dall'analisi dei dati ottenuti dai 215 centenari che hanno risposto a questo quesito si può rilevare come i tratti caratteriali positivi, vale a dire ottimismo, generosità, allegria, altruismo, ecc. abbiano caratterizzato tra l'80 e l'85% di queste persone nel corso della loro vita in età adulta e che, anche allo stato attuale sia pure con qualche ragionevole diminuzione in percentuale, la visione positiva, ottimistica della vita continui ad accompagnarli (Tab. 13).

Su 215 centenari che hanno risposto alla domanda se fossero contenti di avere raggiunto la propria ragguardevole età, l'89% (192) ha risposto Sì, l'11% (23) ha risposto NO.

A tale proposito alla domanda di indicare le motivazioni del Sì, su 62 che hanno motivato, 25 di essi hanno indicato la gioia di essere circondati dalla presenza e dall'affetto dei familiari, 16 l'amore per la vita, 6 il fatto di esserci arrivati tutto sommato in buona salute, 6 infine lo interpretano come espressione della volontà di Dio.

Tra i 24 che hanno risposto NO, solo 18 hanno fornito le motivazioni della risposta, tra queste: il fatto di avere dei problemi di salute, la noia, la paura di essere di peso per i familiari, il fatto di aver visto morire i propri figli ed i propri amici.

10. Autosufficienza

Alla domanda relativa allo stato della propria vista, su un totale di 213 rispondenti il 32% ha dichiarato di averla in ordine ed il 68% no. In questi ultimi il disturbo nel 43% dei casi è di livello moderato.

Invece per quanto riguarda l'udito il 23% ha dichiarato di sentire abbastanza bene ed il 77% no, e tra questi solo il 9% porta l'apparecchio acustico. Anche in questo caso il disturbo è di livello moderato nel 40% dei casi.

Tratto caratteriale	Età adulta			Attualmente		
	Pol pos-Val %	Pol neg-Val %	Totale	Pol pos-Val %	Pol neg-Val %	Totale
Ottimista/Pessimista	81%	19%	100%	70%	30%	100%
Estroverso/Introverso	74%	26%	100%	70%	30%	100%
Calmo/Irascibile	66%	34%	100%	69%	31%	100%
Generoso/Avaro	85%	15%	100%	85%	15%	100%
Allegro/Triste	85%	15%	100%	70%	30%	100%
Sereno/Ansioso	67%	33%	100%	65%	35%	100%
Remissivo/Prepotente	49%	51%	100%	56%	44%	100%
Altruista/Egoista	80%	20%	100%	78%	22%	100%
Tollerante/Intollerante	73%	27%	100%	67%	33%	100%

Tab. 13: tratti caratteriali.

2. Allegati

Nel questionario sono stati inseriti 3 allegati contenenti test attitudinali cui sono stati sottoposti i soggetti centenari quando le condizioni fisiche e mentali lo hanno permesso.

Allegato 1. Indice di Barthel.

Il test è basato su una scala di valutazione della capacità di compiere alcune attività della vita quotidiana - quali ad esempio lavarsi, fare il bagno, vestirsi, mangiare, fare uso dei servizi igienici, continenza urinaria e intestinale, operare trasferimenti letto/poltrona, camminare in piano, salire/scendere le scale - in maniera autonoma, oppure con aiuto, oppure in maniera totalmente dipendente. Per ogni item viene assegnato un punteggio pari a 10, 5, 0 a seconda del livello decrescente di autonomia. La somma determina il punteggio totale e la relativa valutazione.

In Tab. 14 sono riportati i risultati ottenuti dai soggetti per i quali è stato possibile valutare l'indice di Barthel¹¹:

Interessante notare positivamente come sui 213 soggetti per i quali il test è stato effettuato e l'allegato 1 è stato compilato, un 7% abbia dimostrato una indipendenza totale/quasi autosufficienza, cui va aggiunto un 24% con dipendenza lieve.

Volendo mettere in relazione la presenza o meno di patologie con l'Indice di Barthel si può rilevare che, nei soggetti in cui non sono presenti patologie, i valori percentuali di indipendenza totale/quasi autosufficienza e dipendenza lieve descritti nella Tab.14 migliorano con un 14% e 37% rispettivamente (Tab. 15).

Con l'aumentare del numero delle patologie tali valori percentuali scendono progressivamente mentre aumentano le percentuali di soggetti con più elevati livelli di dipendenza. Approfondendo l'analisi dei dati si evince che:

- A) Incrocio: Nessuna patologia e Indice di Barthel: N: 27, NR: 4
- B) Incrocio: fino a 2 patologie e Indice di Barthel: N: 87, NR:8

Interessante notare che in questo gruppo di soggetti mancano casi di indipendenza totale, dato che si può spiegare con il fatto che questo gruppo di rispondenti riporta il maggior tasso di fratture (22%) e "ulteriori infermità" (21%) (Tab. 16).

Nonostante l'assenza di soggetti completamente indipendenti, il 42% di coloro che hanno fino a 2 patologie presenta una dipendenza lieve (33%) e una quasi autosufficienza (9%).

- C) Incrocio: Comorbidità (da 3 a 6 patologie) e Indice di Barthel: N: 99; NR: 6 (Tab. 17).

Punteggio	Valutazione	Val Ass	Val %
<25	Dipendenza completa	63	30%
25-49	Dipendenza grave	37	18%
50-74	Dipendenza moderata	45	21%
75-90	Dipendenza lieve	52	24%
91-99	Quasi autosufficienza	13	6%
100	Indipendenza totale	3	1%
Totale		213	100%

Tab. 14: indice di Barthel¹¹

	Val Ass	Val %
Dipendenza completa	6	22%
Dipendenza grave	2	7%
Dipendenza moderata	5	19%
Dipendenza lieve	10	37%
Quasi autosufficienza	2	7%
Indipendenza totale	2	7%
Totale	27	100%

Tab. 15: relazione tra nessuna patologia e indice di Barthel.

N. patologie	Dipend. completa	Dipend. grave	Dipend. moderata	Dipend. lieve	Quasi autosufficienza	Indipendenza totale	Totale
1	21%	10%	21%	36%	13%	0%	100%
2	25%	19%	19%	31%	6%	0%	100%
Totale	23%	15%	20%	33%	9%	0%	100%

Tab. 16: relazione tra 1-2 patologie e indice di Barthel.

≥3 Patol.	Dipend. completa	Dipend. grave	Dipend. moderata	Dipend. lieve	Quasi autosufficienza	Indipendenza totale	Totale
3 Patol.	25%	23%	27%	18%	7%	0%	100%
4 Patol	38%	25%	25%	13%	0%	0%	100%
5 Patol.	56%	13%	19%	6%	0%	6%	100%
6 Patol	71%	29%	0%	0%	0%	0%	100%
Totale	37%	22%	23%	13%	3%	1%	100%

Tab. 17: relazione tra 3-6 patologie e indice di Barthel.

Si osserva una progressiva diminuzione dei soggetti con indipendenza totale o quasi autosufficienza all'aumentare del numero delle patologie connesse alla comorbilità. L'indice di Barthel in questo caso è quindi coerente e attesta una maggiore presenza dei soggetti con sensibile grado di dipendenza (da moderata a completa) all'aumentare delle patologie.

Analizzando i livelli di dipendenza per genere si può notare che nel genere maschile sono evidenti significativi minori livelli di dipendenza rispetto al femminile (Tab. 18).

Allegato 2. Clock Drawing Test¹²

Ai soggetti è stato chiesto di disegnare su un foglio di carta un orologio e su questo di posizionare le lancette sulle ore 11,10. Di seguito sono riportati i risultati ottenuti dai 213 che hanno effettuato/provato ad effettuare il test.

Ben il 51% dei soggetti non ha potuto effettuare il test, in molti casi il fatto è stato dovuto alla ridotta capacità visiva e motoria, ciò nonostante un 20% lo ha effettuato correttamente.

Punteggio	Valutazione	Val Ass	Val %
0	Nessuna rappresentazione	108	51%
1	Severo livello di disorganizzazione	22	10%
2	Moderata disorganizzazione spazio temporale	21	10%
3	Inaccurata rappresentazione	19	9%
4	Minori errori di rappresentazione	17	8%
5	Rappresentazione perfetta	26	12%
Totale		213	100%

Tab. 19: Clock Drawing Test¹²

Allegato 3. Test Timed Up and Go (TUG)

Il test valuta il livello di mobilità di una persona e richiede abilità di bilanciamento statico e dinamico¹³. Ai soggetti è stato chiesto, partendo dalla posizione seduta, di alzarsi da una sedia, percorrere 3 metri, rigirarsi, tornare alla sedia e sedersi nuovamente. Durante il test, la persona dovrebbe indossare delle scarpe usate regolarmente e utilizzare ogni ausilio per la mobilità normalmente adoperato¹⁴. Mediante un cronometro è stato rilevato il tempo impiegato per effettuare il test. Il TUG è usato nella popolazione anziana, perché può essere effettuato da gran parte degli anziani¹⁵.

Di seguito sono riportati i risultati, ottenuti dai 213 soggetti cui è stato proposto il test, letti secondo i criteri interpretativi qui riportati (Tab. 20).

In alternativa, un tempo di 12 secondi viene considerato come Cut-off, cioè soglia di riferimento tra normalità e patologia¹⁶⁻¹⁹.

In questa ottica i risultati ottenuti dai soggetti sottoposti al test possono essere così riassunti:

- soggetti con tempo inferiore a 12 secondi: 30 (14%)
- soggetti con tempo da 12 secondi in su: 114 (54%)
- soggetti con tempo uguale a 0 (impossibilitati a fare il test): 69 (32%)

Analizzando i risultati del test suddivisi per genere si può notare che nel genere maschile sono dimostrati minori livelli di dipendenza infatti il 14% degli uomini contro il 6% delle donne ha dimostrato livelli di mobilità normale. A questi in entrambi i sessi va aggiunto un 27% di soggetti con livelli di mobilità entro i limiti normali per anziani fragili e disabili.

Punteggio	Valutazione	Val Ass	Val %
≤10 sec.	normale mobilità	17	8%
11-20 sec.	normali limiti per anziani fragili e disabili	57	27%
21-30 sec.	necessità di assistenza esterna e di esami/interventi	41	19%
>30 sec.	persona soggetta a cadute (4,5)	29	14%
0 sec	impossibilità di fare il test	69	32%
Totale		213	100%

Tab. 20: Test Time Up and Go (TUG)

Conclusioni dello studio

I dati ottenuti ci confermano, che i centenari di oggi sono persone forti, ottimiste, che hanno vissuto in modo positivo la propria esperienza di vita. Sono sopravvissuti a due guerre mondiali e ad una terribile epidemia, alla povertà, alla fatica di un lavoro pesante spesso manuale, ma al tempo stesso vivificante perché svolto spesso all'aperto in un contesto rurale. Sono vissuti tra grandi difficoltà ambientali ed economiche, ma in molti casi sono vissuti circondati da una famiglia molto numerosa, ed ancora oggi in molti casi vivono nella loro casa di sempre, circondati dall'affetto di figli e nipoti.

La gran parte è contenta di essere arrivata oltre la soglia dei 100 anni, solo pochi dichiarano di soffrire per la paura di causare disturbo a chi li accudisce, per la noia o per la perdita dei propri cari, specie i figli.

Molti hanno parenti vissuti più di 90 e/o di 100 anni e questi casi sono più frequenti in percentuale in Sardegna, Campania, Lazio, Puglia. Ipotizzare che a favorire la longevità familiare siano intervenuti fattori genetici, oltre che ambientali e di stili di vita, è lecito, ma con i dati per ora in nostro possesso non possiamo affermarlo con certezza.

Nonostante la presenza di limitazioni dell'autonomia funzionale e/o di difficoltà intellettive, questi centenari sono afflitti da un limitato numero di patologie e assumono pochi farmaci diversamente dagli anziani di oggi, i possibili centenari di domani, che ad invecchiare sono stati aiutati dalle nuove scoperte della medicina, che ha messo a loro disposizione tecnologie e farmaci prima impensabili.

L'invecchiamento oggi

Come giustamente affermava Albert Einstein, *"tutto è relativo"*: infatti anche la disgrazia di rompere uno specchio, foriero di sventure per sette anni secondo le credenze popolari, per un centenario sarebbe comunque una assicurazione di ulteriori sette anni di vita!

Oggi si va sempre più delineando un concetto di invecchiamento non più inteso in senso negativo, ma si cerca di dare il giusto significato ad una età della vita non più breve come nel passato. Secondo Betty Friedan *"invecchiamento non è una gioventù persa ma una nuova fase di opportunità e di rinnovata forza; l'unico modo per ritrovare sé stessi, conoscersi come persona, è il proprio lavoro creativo"*. Per Norberto Bobbio *"la vecchiaia è l'età del tempo libero, bisogna adoperarsi per non renderlo un tempo vuoto, di fatto corrispondente ad una morte precoce"*, e ancora Jean-Jacques Rousseau affermava che *"la giovinezza è il tempo per studiare la saggezza, la vecchiaia è il tempo di metterla in pratica"*. L'unica vera sfida sarebbe quella di imparare ad invecchiare in buona salute, puntando non tanto ad arrivare a 100 anni, ma ad arrivarci in buona forma fisica e mentale. Più semplicemente, per un *"invecchiamento attivo"* bisognerebbe mantenersi in attività il più possibile, mostrare curiosità ed energia vitale, partecipazione, disponibilità al cambiamento in maniera *"critica"*, avere comportamenti alimentari e voluttuari adeguati, voglia di apprendere e capacità di autogestire le proprie malattie croniche.

Garantire una vecchiaia in salute è anche una priorità dal punto di vista sociale, nonché economico! A questo scopo molti sono stati gli studiosi che hanno cercato di identificare il segreto della longevità, senza riuscire comunque ad indentificare un singolo fattore responsabile. Come in moltissimi fenomeni della vita, c'è sempre una concomitanza di eventi e di fattori causali. Recentemente gli studi si sono concentrati sulla dieta, argomento di diffuso interesse collettivo, ed è stato conferito il Premio *"Lombardia è Ricerca"* al Prof. Guido Kroemer, Direttore del team di ricerca *"Apoptosis, Cancer and Immunity"* per le sue ricerche sull'autofagia, meccanismo con cui le cellule identificano al proprio interno i *"rifiuti"*, degradano le proteine alterate e

le eliminano mantenendo l'organismo più in salute. Sembrerebbe che la riduzione delle calorie assunte quotidianamente attivi il meccanismo dell'autofagia, per cui un periodo di tempo prolungato senza assunzione di cibo permetterebbe l'espressione dei cosiddetti "*geni della longevità*" che attivano i processi di riparazione delle cellule e ricavano energia dalle riserve di grasso. Quindi tornare alle abitudini degli avi: terminare la cena alle 20 e fare colazione alle 8 del mattino potrebbe essere uno dei segreti della longevità! Resta da capire quanto questa "disciplina" possa essere applicata nella odierna vita quotidiana.

Indubbiamente anche la qualità della dieta avrebbe la sua importanza, tanto che nelle cosiddette "*blue zones*", territori nei quali si concentrano popolazioni longeve, vi sarebbe l'abitudine di assumere in prevalenza frutta, verdura e cereali, insieme alla pratica di una attività fisica da moderata in su. Alcune attività fisiche possono essere raccomandate, come l'andare in bicicletta: senza pretendere di gareggiare come l'ultracentenario Roberto Marchand, andare in bici da anziani con cautela e moderazione fa sicuramente bene, aiuta a rimanere in salute, favorisce la circolazione, abbassa la pressione arteriosa, migliora la capacità polmonare, aiuta a perdere peso e tonifica la muscolatura degli arti inferiori prevenendo la sarcopenia, migliora la deambulazione e l'equilibrio, e per non fare troppa fatica si possono utilizzare le biciclette elettriche o con pedalata assistita (e-bike)²⁰.

Ci sono molti esempi di centenari che hanno praticato attività fisica in età adulta e che continuano a praticarla: il bagnino Pio Schiano Moriello, 100 anni nel novembre scorso, che ama ancora oggi definirsi "*marinaio di salvataggio*" perché il bagnino è altro, toglie ombrelloni e sdraio, o Giuseppe Ottaviani campione di

salto in lungo a 103 anni, diventato sportivo agonista dopo la pensione!

Ma basta lo stile di vita per conquistarsi la centenarietà? Sicuramente no, come abbiamo già detto i fattori che contribuiscono alla longevità sono molteplici; lo stile di vita è certamente un elemento importante, così come la genetica, ma non bisogna dimenticare che i progressi della scienza e della medicina hanno sicuramente contribuito all'allungamento della vita media e dell'aspettativa di vita attuale. Oggi, oltre ad aver debellato molte malattie infettive delle quali non ci si ammala più, sopravviviamo a molte altre patologie un tempo inesorabili o con la guarigione o spesso con i relinqui delle stesse, per cui lo spettro del futuro, ma anche già del presente, sarà la cronicità, con i problemi assistenziali che ne derivano e che non siamo preparati a sostenere.

La Medicina oggi, grazie ai trapianti d'organo, di tessuto, di midollo osseo e di cellule staminali da donatori sani ormai anche 88enni, alle terapie genetiche, ai progressi della terapia medica e della chirurgia in generale permette molta sopravvivenza²¹. Non solo, ma la stessa tecnologia che ha supportato questi progressi scientifici è di aiuto in situazioni in cui, indipendentemente dall'età, si hanno impedimenti anatomici: la sostituzione di arti amputati con arti artificiali ne è una applicazione, permettendo a tali persone una vita quasi normale. Ne è un esempio l'atleta paralimpica di fioretto Bebe Vio che afferma di avere quattro modelli di arti, da passeggio, da corsa, da bagno e con i tacchi.

È chiaro che anche la tecnologia a volte ci pone problemi di liceità delle scelte: non sappiamo mai quanto sia davvero utile l'impiego dell'ultimo modello tecnologico di un sofisticato robot chirurgico, o se si tratti solo della corsa

all'ultimo modello che non tiene conto, come spesso accade nel mondo scientifico, di un accurato esame costo/beneficio, rapporto basato non solo sull'economia in senso stretto ma anche sulla valutazione del reale beneficio per il paziente²².

Il futuro di una società che invecchia ma "non assiste"

Ma quale sarà il futuro dei centenari di domani? Quali i problemi del futuro in un mondo che invecchia e "non assiste"? Il fenomeno italiano di una popolazione longeva, fra le più longeve del mondo, è destinato a durare? E come sarà la società che si prenderà cura di loro, tenuto conto che la struttura della famiglia è cambiata e nei prossimi anni è destinata a mutare ancora di più?

I dati Eurostat ci dicono che entro il 2060 gli over 65 saranno 149 milioni, che gli europei vivono più a lungo e quindi emergono nuove sfide sociali, economiche e sanitarie.

Il CESE (Comitato Economico e Sociale Europeo) afferma che invecchiare dignitosamente dovrebbe essere un diritto fondamentale, e gli anziani vogliono vivere il più a lungo possibile nel proprio ambiente. Per il CESE è importante rispettare le loro preferenze, anche con un uso migliore delle tecnologie digitali come la telemedicina, i sensori, le cartelle cliniche elettroniche e la domotica ed una maggiore attenzione alle politiche immobiliari e urbanistiche. Ciò potrebbe avvenire tramite osservatori nazionali e regionali sull'invecchiamento collegati ad una piattaforma europea di coordinamento²³.

HelpAge International (organizzazione che certifica la qualità della vita nel mondo) riferisce che l'Italia è al penultimo posto in Europa nell'erogazione di servizi a disposizione della popolazione anziana.

Secondo una ricerca condotta da Auser, l'ADI (Assistenza domiciliare

integrata) in Italia è attiva solo nel 40 % dei comuni.

Secondo l'ISTAT nonostante un incremento del 2% dei fondi comunali per i servizi sociali, le risorse per gli anziani diminuiscono (dal 25% del 2003 al 17% del 2016) anche se il numero degli anziani continua ad aumentare. Infatti oggi in Italia sono 3,8 milioni gli over 70 che vivono soli e di questi oltre la metà ha superato gli 85 anni. E questo è un fattore di cui è importante tenere conto oggi ed in futuro.

Marco Trabucchi (Fondazione Leonardo) riporta che numerosi dati epidemiologici sostengono che «la solitudine è associata ad una riduzione della durata della vita» simile a quella provocata dal fumare 15 sigarette al giorno e superiore a quella associata all'obesità». La solitudine è tra le cause più frequenti ed incisive di perdita della salute, svolgendo la sua azione in maniera differenziata nelle diverse età e circostanze della vita. Le persone sole si curano poco di sé stesse. Nessuno si occuperà di indurre chi è solo a sottomettersi a controlli clinici, ed il singolo non sentirà alcuna spinta in tal senso.

Secondo Trabucchi l'azione della solitudine si sviluppa sul confine delicato tra le percezioni somatiche indotte dall'essere soli e gli effetti che queste hanno sul cervello, che a loro volta, portano a reazioni che si riflettono a livello somatico. Il punto centrale è ricostruire la connessione tra corpo e mente. La solitudine è associata con i meccanismi che portano alla demenza. È stato dimostrato un elevato carico di beta-amiloide nel cervello, sostanza che è il marker più noto della malattia di Alzheimer. Non si conoscono le possibili tappe della correlazione tra solitudine e deposito di beta-amiloide, vi è la

possibilità che la solitudine non sia solo un fattore di rischio, ma anche un marker precoce di demenza.

I vissuti di solitudine possono segnalare infatti uno stato prodromico di demenza, quando la persona percepisce la propria inadeguatezza nei rapporti sociali e con la famiglia e tende a chiudersi e ad allontanarsi dagli altri. Secondo una recente meta-analisi l'effetto della solitudine, dell'isolamento sociale e del vivere da soli induce un aumento della mortalità del 29%, del 26% e 32% rispettivamente dopo correzione per fattori quali età, sesso, livello di povertà. La solitudine è legata ad un aumento del 29% e del 32% del rischio di malattia coronarica o un ictus, eventi che incidono oltre che sulla durata anche sulla qualità della vita. Le persone sole non sono necessariamente isolate e le persone isolate non sono necessariamente sole. Il problema è la percezione della solitudine!!

In certi casi, anche se la presenza umana è sicuramente insostituibile, la figura dei familiari, del/dei *care giver*, potrebbe essere affiancata anche da forme di intelligenza artificiale, quale ad esempio un assistente virtuale, un robot con sembianze umanizzate, capace di svolgere funzioni utili come suggerire una passeggiata dopo un periodo lungo in poltrona, ricordare appuntamenti e il momento delle medicine, capace di esprimere e trasmettere sensazioni e ed emozioni, in ultima analisi aiutare gli anziani a non sentirsi soli, abbandonati nei momenti di assenza del familiare/*care giver*.

Ma è vero, come sostengono alcuni, che il nostro welfare è un privilegio che non possiamo più permetterci oppure è una conquista della democrazia moderna che va difesa e rinforzata proprio a partire dalla conoscenza dei bisogni delle persone più fragili?

Certamente è una conquista che va difesa, va sostenuta la persona disabile, anziana, ma l'impegno pubblico deve andare oltre, cioè deve prioritariamente sostenere le famiglie, la cui struttura è profondamente cambiata in questi anni, e in rari casi può prendersi cura totalmente dell'anziano come invece avveniva nel pur recente passato.

Una via da seguire potrebbe essere quella di integrare il sistema informale, ma efficiente, di libere associazioni, del volontariato, di enti con finalità religiosa all'interno di un sistema a rete. Sperimentare formule spendibili di "*long term care*" ad elevata integrazione socio-sanitaria. Invertire la tendenza odierna che privilegia forme di "*long term care*" realizzate con un forte investimento sulle strutture residenziali per gli anziani, dove però pochi anziani vivono bene. Spesso in queste strutture gli anziani perdono la voglia di vivere, sentono venir meno la loro dignità, nei loro visi vedi la tristezza e la rassegnazione di aspettare la morte chiedendosi perché non arriva.

Per ottenere risultati positivi sarebbe necessario individuare un'unica regia istituzionale: il mondo del sociale e il mondo sanitario non sono compartimenti stagni.

Ciò permetterebbe ad esempio di portare avanti esperimenti di coabitazione tra anziani, modelli innovativi di welfare, housing sociale ed invecchiamento attivo, intermedio tra assistenza in struttura e a domicilio come avvenuto in un progetto di successo portato avanti nel modenese.

Oppure portare avanti esperienze di "sostegno alla domiciliarità" come quella sperimentata in un paese del Piemonte dove, partendo da un'analisi delle condizioni di vita degli anziani, dei bisogni di salute e non e dei desideri emersi, si è cercato di supportare la domiciliarità per fare in modo che la persona non sia

privata del suo abitare sociale, dei propri rapporti, relazioni, legami, cercando di mettersi in ascolto prima e trovando poi nuove modalità di sostegno coinvolgendo un numero significativo di persone in attività di socializzazione e di volontariato, favorendo così la costruzione di reti di solidarietà e di prossimità.

L'obiettivo 120 anni non è poi un obiettivo impossibile da raggiungere, l'importante è che l'anziano che si avvia a percorrere la lunga strada per raggiungerlo lo possa fare sostenuto dal sociale, privato e pubblico, ed in condizioni di buona salute fisica e mentale, in modo tale che anche questa ultima parte del percorso della vita sia ricca di momenti gratificanti e di soddisfazione affettiva, e quindi valga la pena di essere vissuta.

BIBLIOGRAFIA

- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2018. <https://www.osservatoriosullasalute.it>
- ISTAT. I Centenari in Italia. Statistiche today. www.istat.it.
- ISTAT. Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Statistiche Report. www.istat.it.
- <https://www.supercentenariditalia.it>.
- Filippi V. Per una sociografia dei centenari. <https://www.neodemos.it>.
- AGI. In troppi compiono 100 anni, Tokyo taglia sulle coppe-regalo. 16 settembre 2016. <https://www.agi.it/estero>.
- Stepler R. World's centenarians population projected to grow eightfold by 2050. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/04/21>.
- Pierantozzi F. Jeanne Calment, giallo sulla donna più longeva della storia. "Scambiò l'identità con la figlia". Il Messaggero 2 gennaio 2019.
- Flicker L, McCaul KA, Hankey GJ, et al. Body Mass Index and survival in men and women aged 70 to 75. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 234-41.
- "Passi d'argento" <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/obesita#dati>
- Sghirlanzoni A, Genovese U. Guida alla valutazione medico-legale del danno neurologico. Appendice. Springer-Verlag Italia 2012; 227-33.
- Shulman KI, Pushkar D, Cohen CA, Zuccherò CA. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 487-96.
- Timed Up and Go (TUG). <http://www.mnfallsprevention.org/professional/assessmenttools.html>.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8.
- Yim-Chiplis PK, Talbot LA. Defining and Measuring Balance in Adults. *Biol Res Nurs* 2000; 4: 321-31.
- Bischoff HA, Stähelin HB, Monsch AU, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age Ageing* 2003; 32: 315-20.
- Timed Up and Go (TUG). *Am Coll Rheumatol*. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Rheumatologist/Research/Clinician-Researchers/Timed-Up-Go-TUG>.
- Calgary Zone Fall Prevention Initiative. Timed-Up-and-Go (TUG) Test. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/programs/ps-1051701-fpp-tug-instructions.pdf>.
- Nordin E, Lindelöf N, Rosendahl E, Jensen J, Lundin-Olsson L. Prognostic validity of the Timed Up-and-Go test, a modified Get-Up-and-Go test, staff's global judgement and fall history in evaluating fall risk in residential care facilities. *Age Ageing* 2008; 37: 442-8.
- Gatti O. Salute e terza età: la bici è lo strumento utile per restare in forma. www.bikeitalia.it.
- Blau HM, Daley GQ. Stem cells in the treatment of disease. *N Engl J Med* 2019; 380: 1748-60.

22. Topol E, Mandrola J. Essere innovativi o essere conservativi. Forward 2019; 2: 10-2. www.forward.recenti progressi.it.
23. C.E.S.E. Invecchiare con dignità. www.vita.it.

Prof.ssa Laura Gasbarrone, Presidente della Accademia Lancisiana, Consigliere della Fondazione San Camillo-Forlanini

Prof.ssa Mirella Tronci, Consigliere della Fondazione San Camillo-Forlanini

Prof.ssa Barbara D'Amen, PhD, Dottore di Ricerca

Prof.ssa Maria Antonia Fusco, Vice Presidente della Fondazione San Camillo-Forlanini

Per la corrispondenza: lancisi@aruba.it

I percorsi di vita dei centenari attraverso un'indagine quantitativa e questionari: una sintesi delle procedure di ricerca

U. Conti, B. D'Amen

La ricerca "Obiettivo 120 anni nell'analisi dei centenari italiani" ha preso avvio con un'analisi della letteratura esistente. È emerso che crescente è l'attenzione sulle persone ultraottantenni e centenarie, attenzione che si concretizza sia in ricerche sociali standard^{1, 2}, sia in ricerche che si fondano su una strategia non-standard grazie, ad esempio, alla raccolta di racconti di vita³. Altra fonte informativa rilevante è senza dubbio la rilevazione che dal 2008 l'Istituto Nazionale di Statistica ha avviato sul tema e che ha come unità di analisi la popolazione residente di 105 anni e più. Nel caso dell'indagine Istat, l'obiettivo è quello di fornire una contabilità precisa di coloro che raggiungono una soglia di età particolarmente elevata, verificando attraverso il contatto con le anagrafi le loro principali caratteristiche demografiche, ossia data di nascita, data di morte (eventuale), età in anni e giorni compiuti, comune di nascita, comune di residenza, stato civile, cittadinanza. A tal proposito, è interessante riportare che, al 1° gennaio 2019 sono 14.456 le persone residenti in Italia che hanno compiuto i 100 anni di età, tra cui l'84% dei casi sono donne⁴. Da un rapido excursus delle ricerche svolte, sembra utile analizzare i percorsi di vita delle persone centenarie con riferimento a differenti contesti territoriali del Paese, per cercare somiglianze e differenze tra Regioni, come anche evidenze inedite. Nella ricerca in esame, si è utilizzata una strategia di ricerca quantitativa. La strategia quantitativa è tesa a costruire, attraverso procedure standardizzate, una base empirica di dati da analizzare. A riguardo, l'obiettivo è far progredire lo stato dell'arte sul tema in questione grazie a una ricerca condotta su un particolare oggetto, contestualizzato in

termini di luogo (le regioni italiane) e tempo (l'anno 2018 e l'anno 2019). La strategia della ricerca si è basata, principalmente, sull'utilizzo dello strumento questionario.

In primo luogo, nella fase di elaborazione del questionario, il team di ricerca ha individuato gli obiettivi cognitivi. Che cosa si vuole sapere? Quali sono i concetti da cui partire? Un concetto interessante era, ad esempio, lo stile di vita. Inizialmente, si è passati dal concetto di stile di vita all'individuazione di indicatori empiricamente misurabili e osservabili, che concretizzassero il concetto di stile di vita. Il passaggio dal concetto di stile di vita agli item del questionario è stato realizzato in base alla letteratura di riferimento e alla cosiddetta immaginazione sociologica⁵. Il questionario era costituito da domande a risposta singola e multipla, uguali per tutti gli intervistati; la compilazione del questionario è avvenuta in presenza dell'intervistatore che ha letto le domande e trascritto le risposte. Il questionario era suddiviso in 10 sezioni comprendenti domande relative ambiti tematici particolari, quali le caratteristiche socio-demografiche, le abitudini di vita, l'alimentazione, la famiglia, la condizione socio-economica, l'occupazione, le patologie pregresse, il luogo di dimora.

In secondo luogo, il team di ricerca ha individuato il gruppo di persone centenarie da intervistare. A tal proposito, per saggiare la disponibilità all'intervista, inizialmente sono stati contattati i medici di base e i familiari dei centenari. Dato che è necessario, che gli intervistati abbiano la possibilità di comprendere effettivamente e agevolmente le domande e le alternative di risposta. Laddove possibile, in base alle condizioni di

salute della persona centenaria, l'intervistatore ha somministrato il questionario direttamente all'intervistato. Viceversa, laddove non era possibile organizzare una situazione dialogica di intervista, le risposte sono state rilasciate o dai familiari del centenario, o dal medico di famiglia. Il ricercatore, o il medico di famiglia, a seconda delle disponibilità contingenti, hanno somministrato il questionario. In tal senso, la disponibilità della persona centenaria e dei suoi familiari, è stata l'elemento principale che ha contribuito a individuare il collettivo di riferimento. Dato questo presupposto, i soggetti selezionati nella presente indagine non costituiscono un campione statisticamente rappresentativo ma si indentificano come un collettivo che pur non essendo statisticamente rappresentativo ha comunque un valore informativo. In altre parole, le procedure e i criteri di selezione degli intervistati – dato il problema delle disponibilità contingenti e delle condizioni di salute e il genere particolare di oggetto di ricerca in questione – consentono di configurare una descrizione precisa e accurata della situazione attuale e dei percorsi di vita dei centenari intervistati, ma non di estendere tali risultanze, in senso inferenziale, alla popolazione generale di riferimento, ossia a tutti i centenari italiani.

In terzo luogo, per rendere il questionario uno strumento adeguato alla descrizione del percorso di vita delle persone e delle loro scelte, è stato necessario sottoporlo a una fase preliminare di test condotta su un numero ridotto di persone in modo da valutare la chiarezza delle domande e la loro adeguatezza rispetto ai concetti che si intendeva rilevare. La fase di testing ha avuto l'obiettivo di fare sì che il bias culturale tra studioso e intervistato non compromettesse la costruzione del dato, della base empirica. Oltre al bias, la letteratura, generalmente, considera i problemi di desiderabilità sociale, di disattenzione nel rispondere e degli stili di

risposta prevalenti, elementi questi che, comunque, sono stati tenuti presenti nella fase di elaborazione del questionario.

In quarto luogo, il team di ricerca ha, in modo riflessivo, esaminato le criticità relative alle procedure di somministrazione dei questionari. Il principale punto critico dello strumento riguarda il fatto che è scritto a priori dall'intervistatore e dal team di ricerca. In tal senso, si lascia poco spazio all'intervistato e alla sua voce, alla sua capacità di proporre temi e argomenti in modo soggettivo. Si tratta di uno strumento che tende a descrivere e a spiegare i comportamenti e le opinioni selezionati a priori, ma che non esplora gli aspetti soggettivi propri degli intervistati e, in quanto tale, non consente di comprendere in modo approfondito il significato soggettivo che gli attori sociali attribuiscono alle azioni proprie e altrui.

I contenuti dei questionari compilati sono stati inseriti dagli intervistatori in una piattaforma online protetta, piattaforma che, quindi, contiene gli esiti delle rilevazioni in forma anonimizzata, senza alcun riferimento puntuale alle identità dei soggetti rilevati. La piattaforma permette di generare la matrice di dati casi (n. 231) per variabili (n. 147), in forma di file Excel.

Infine, i dati dei questionari hanno permesso di condurre analisi monovariata e bivariata, riferite ai casi che facevano parte del collettivo di riferimento. Gli esiti dell'analisi sono presenti nel report di ricerca, grazie soprattutto all'utilizzo di tabelle e grafici⁶.

Pur muovendosi nella dimensione quantitativa, la ricerca sociale condotta è una testimonianza efficace del percorso di vita delle persone centenarie. Una testimonianza "dal basso" in cui l'esperienza del singolo dialoga con le esperienze degli altri in modo da originare una rete concettuale di ricordi,

esperienze, vissuti, abitudini, che gli studiosi interpretano legando i vissuti individuali con i fenomeni sociali. Nella comunicazione delle risultanze della ricerca, ossia in occasione di seminari, lezioni e convegni, i risultati dei questionari incontrano la storia di ogni persona, la storia sociale in senso ampio. Inoltre, sono emersi elementi micro-sociologici legati alle interazioni, alle conversazioni, agli incontri tra intervistatori e intervistati. Espressione del volto, gesti, postura del corpo, sono elementi meta-comunicativi utili a indagare i vissuti personali, per affiancare al questionario anche elementi intimi ed emotivi che contribuiscono alle scelte delle persone, per costituire un ponte tra più dimensioni dell'esistenza umana.

BIBLIOGRAFIA

1. Robine JM, Caselli G. An unprecedented increase in the number of centenarians. *Genus* 2005; 61: 57-82.
2. Vallin J, Meslé F. Vivre au-delà de 100 ans. *Population et Société* 2001; 365: 1-4.
3. Corsi M, Ulivieri S. Progetto Generazioni. Bambini e Anziani: due stagioni della vita a confronto. Pisa: ETS Ed., 2012.
4. Istat 2019. I centenari in Italia. <https://www.istat.it/it/archivio/232302>.
5. Mills CW. L'immaginazione sociologica. Milano: Il Saggiatore, 1962.
6. Gasbarrone L, Tronci M. Obiettivo 120 anni nell'analisi dei centenari italiani. *Atti della Accademia Lancisiana* 2020; 64. In press.

Prof. Uliano Conti, Ricercatore in Sociologia Generale, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia

Prof.ssa Barbara D'Amen, PhD, Dottore di Ricerca

Per la corrispondenza: uliano.conti@unipg.it

Siamo preparati per vivere 120 anni ed oltre?

A. Puxeddu

A conclusione di questo Simposio, inerente i risultati dello studio “Obiettivo 120 anni nell’analisi dei centenari italiani” promosso dalla Fondazione “San Camillo-Forlanini per lo sviluppo della eccellenza clinica e della ricerca biomedica” onlus di Roma¹, vi è la presente Relazione dal titolo “Siamo preparati per vivere 120 anni ed oltre?”.

In altri termini si è attualmente in grado di influenzare positivamente il fisiologico invecchiamento dell’organismo umano e di vincere la sfida contro le malattie croniche degenerative, che condizionano pesantemente l’insorgenza di una multicronicità, propria del soggetto anziano “fragile”, superando definitivamente la nota sentenza di Publio Terenzio Varrone Afro Atacino: “Senectus ipsa est morbus”?^a

A questi fondamentali quesiti il Relatore ritiene che attualmente si debba rispondere che non si è ancora compiutamente preparati, sia per alcune problematiche non risolte di ordine biologico intrinseche allo stato di salute dei soggetti anziani in generale, e dei nostri centenari in particolare, che sul piano della sostenibilità delle ingenti spese per la prevenzione dalle malattie e le cure degli stessi, in numero sempre più crescente, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che comportano, in relazione alle attuali condizioni socio-economiche del nostro Paese, un rilevante esborso “out-of-pocket” (di tasca propria!) dei famigliari dei soggetti interessati, con grave carenza delle cure per quelli economicamente e/o socialmente svantaggiati.

^a Publio Afro Terenzio Varrone Atacino (Narbona, 82 a.C. – 40/35 a.C.): *Commedia ‘Phormio’, Atto IV, v. 575*, nel dialogo tra Demifonte e Cremete.

Entrando nel merito di queste affermazioni, verranno presi in considerazione innanzitutto alcuni aspetti demografici e medici inerenti la longevità.

Nei Paesi occidentali si è assistito ad una ‘Rivoluzione epidemiologica del XX secolo’, sulla base del confronto dei dati di morbilità e mortalità degli inizi con quelli della seconda metà del secolo, con una drammatica riduzione delle patologie acute, infettive e parassitarie, flagelli per millenni dell’umanità, grazie alla diffusione delle vaccinazioni ed alla introduzione della antibioticoterapia; d’altro canto è stato rilevato un altrettanto rapido incremento di patologie cronicodegenerative, infiammatorie e neoplastiche.

Il confronto dei vari indicatori di salute fa rilevare il marcato peggioramento dello stato di salute della popolazione anziana in Italia con il progredire dell’età, in particolare dai 65 agli 80 anni, con prevalenze raddoppiate in caso di patologie croniche, quali quelle considerate dall’Indagine Europea sulla salute (EHIS)^b, e quintuplicate per le gravi limitazioni motorie^c. Tra le donne anziane si

^b Presenza di 15 malattie confrontabili a livello Europeo: asma, bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva; infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris, ipertensione; ictus o conseguenze dell’ictus; artrosi, patologia lombare o altra affezione a carico della schiena, patologia cervicale o altra affezione a carico del collo; diabete; allergia; cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi renali; depressione. Inoltre quali indicatori di cronicità: altre malattie cardiache; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili, parkinsonismo; altre malattie e condizioni patologiche.

^c Persone che dichiarano molta difficoltà o di non essere in grado di camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri o di salire e scendere una rampa di scale senza aiuto.

osservano maggiori prevalenze di multicronicità (55.2 vs 42.4%), limitazioni motorie (28.7 vs 15.7%) e sensoriali (17.0 vs 12.7%), mentre negli uomini sono più frequenti malattie croniche gravi (46.4 vs 43.4%) (Tab. 1).

ridotta natalità, da una zona mediana con una età media della popolazione^d attuale di 44.9, ed una quota di ultrasessantacinquenni superiore al 22%, che nel 2065 raggiungerà i 50.1 anni, con un ulteriore incremento progressivo della popolazione in età anziana,

CLASSE DI ETÀ	Almeno una cronica grave			Multicronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
65-69 anni	33,2	28,7	30,8	31,6	42,9	37,6	5,8	9,3	7,7	5,5	4,7	5,1
70-74 anni	43,7	36,4	39,9	37,3	48,6	43,2	9,1	14,8	12,1	8,2	9,7	9,0
75-79 anni	50,4	45,1	47,4	45,7	55,6	51,4	15,3	24,9	20,8	12,1	15,3	14,0
80 anni e più	60,8	57,9	59,0	56,7	68,5	64,0	33,4	54,3	46,5	25,3	32,0	29,5
Totale 65-74	37,9	32,1	34,8	34,1	45,4	40,1	7,2	11,7	9,6	6,7	6,9	6,8
Totale 75 e più	56,3	53,1	54,3	51,9	63,6	59,0	25,6	43,2	36,2	19,6	25,7	23,3
Totale	46,4	43,4	44,7	42,4	55,2	49,6	15,7	28,7	23,1	12,7	17,0	15,2

Tab. 1: Principali indicatori di salute delle persone di 65 anni e più per classi d'età e sesso (Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche)².

Ad onta di ciò, la popolazione Italiana è andata progressivamente invecchiando, in virtù dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, con la Legge n. 833 del 1978, secondo i principi di 'universalità, uguaglianza ed equità', del potenziamento dell'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS), dei rilevanti progressi della Medicina e Chirurgia, tra cui più recentemente la 'Medicina rigenerativa' e la 'Medicina predittiva o personalizzata', dell'impiego di farmaci che hanno cambiato le aspettative di vita e del miglioramento degli stili di vita.

Nella Fig. 1 vengono rappresentate le modificazioni delle piramidi dell'età nei due sessi, a partire dall'anno base 2017, nelle proiezioni statistiche inerenti gli anni 2025, 2045, e 2065; sono determinate dall'impatto dei fattori di invecchiamento, dell'entità delle nascite e dei decessi, e dei movimenti migratori. Si riconferma l'aspetto "a fungo", determinato da una base ristretta per la

in un range compreso tra 31.7 e 35.4% del totale; l'apice della piramide si stabilizzerà intorno ai 110 anni, con una netta prevalenza del sesso femminile (Fig. 1).

L'Italia è il Paese più longevo d'Europa.

I Centenari residenti in Italia al 1 gennaio 2019, come comunicato dall'Istat⁴ sono nelle differenti categorie:

- Centenari (100 anni e più): 14.456;
- Semi-supercentenari (105 anni e più): 1.112;
- Supercentenari (110 anni e più): 21.

Si conferma una netta predominanza femminile (nei rispettivi raggruppamenti, donne 84.00 vs 16% uomini; 87.00 vs 13% uomini e 100%) ed un loro significativo incremento nell'ultimo decennio, 2009-2019

^d Età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno.

(5.882 persone), con un picco nel 2015, per poi decrescere in rapporto all'ingresso in questa fascia d'età di coorti poco numerose, giacché formate dai nati negli anni della Grande Guerra. La persona vivente più vecchia d'Italia è una donna vivente in Emilia-Romagna, che ha 113 anni; la donna più longeva d'Italia è morta in Piemonte nell'aprile 2017 a 117 anni e 137 giorni, mentre l'uomo più longevo è morto in Sardegna nel 2002 a 112 anni e 346 giorni.

La maggior parte dei centenari risiede nel Nord Italia. Tra i semi-supercentenari 338 risiedono nel Nord-ovest, 225 nel nord-est, mentre 207 al Centro, 230 al Sud e 112 nelle Isole. La Regione con il rapporto più alto tra questi ed il totale della popolazione residente alla stessa data è la Liguria (3.3 per 100 mila).

Una quota di centenari raggiunge questi traguardi di longevità rispettivamente in buona salute ('successful aging!'), gli "escaper (20%)", altri in cui le malattie sono state diagnosticate dopo gli 80 anni, i "delayer" (33%), infine, altri ancora in cui sono già presenti prima degli 80 anni, i "survivor" (47%), che vive in cattive condizioni di salute⁵.

I risultati preliminari dello studio "Obiettivo 120 anni, nelle analisi dei centenari italiani" confermano queste osservazioni; d'altro canto, 'ipotizzare che a favorire la longevità familiare siano intervenuti fattori genetici oltre che ambientali è lecito, ma con i dati in nostro possesso non possiamo affermarlo con certezza'⁶.

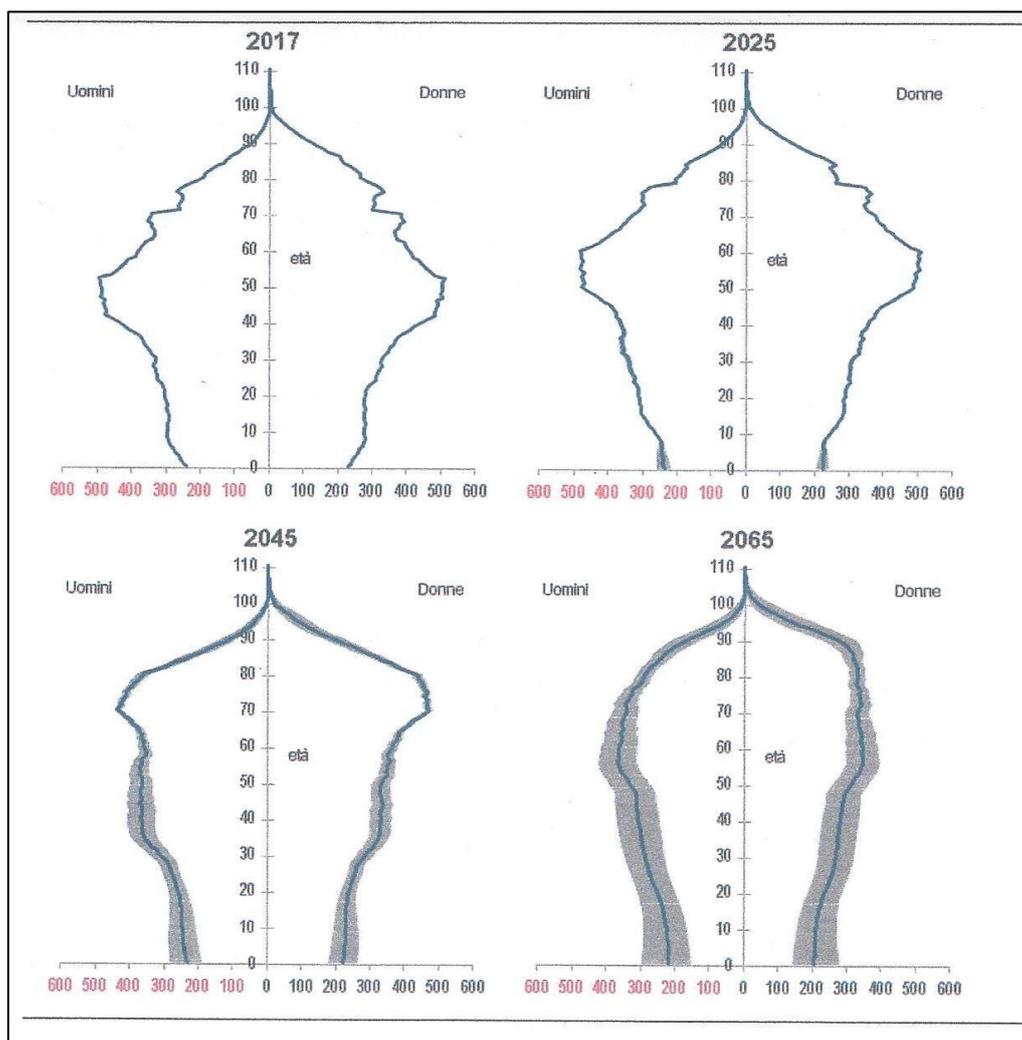


Fig. 1: Piramide della popolazione residente. Scenario mediano e intervallo di confidenza al 90% Italia, anni 2017 – 2065, 1° gennaio, dati in migliaia³.

Nello Studio pionieristico AKEA [acronimo dell'augurio in lingua sarda rivolto agli anziani: 'A Kent'annos e prusu ... (a cent'anni e più ...)] dei centenari della popolazione sarda, residente nella così detta "Zona blù"^e, nei paesi dell'Ogliastra e della Barbagia arroccati sui versanti orientali e occidentali del Gennargentu iniziato nel 1999 da Luca Deiana e Coll., tra cui Giovanni Mario Pes, e tuttora 'in progress'⁷, fattori selettivi locali, quali l'endemia malarica, perdurata per millenni nell'Isola fino al 1950, e l'elevata frequenza di matrimoni endogamici, hanno determinato un elevato 'tasso di omozigosi' con la selezione di peculiari varianti genetiche particolarmente vantaggiose per la sopravvivenza; in particolare il riscontro paradossale^f di una elevata incidenza nei

centenari Sardi nella montuosa "Zona blù" della 'variante mediterranea' della Glucosio-6-Fosfato Deidrogenasi, che sarebbe in 'linkage disequilibrium' con un ipotetico gene della longevità estrema, non ancora identificato (Fig. 2).

Ciò comporta una eccezionale uguaglianza di genere nei centenari Sardi, nel senso che la probabilità degli uomini di raggiungere il traguardo dei cento anni è pari a quello delle donne, venendosi così ad annullare il così detto 'gender gap', ossia lo scarto medio di 5-7 anni a favore delle donne, rilevabile nelle maggior parte delle altre popolazioni. Importanti risultano anche i fattori legati allo stile di vita ed all'ambiente, propri di una arcaica società pastorale. I fattori statisticamente significativi sono:



Fig. 2: Pastori centenari Barbaricini, reduci delle patrie battaglie risorgimentali, nei loro caratteristici costumi⁹.

^e Così indicata, perché i paesi con la presenza di centenari, venivano evidenziati sulla carta geografica dell'Isola con una matita blu.

^f L'incidenza della carenza eritrocitaria di G-6-PD è più elevata nelle pianure in rapporto alla millenaria infestazione malarica, mentre è saltuaria nelle regioni montuose dell'Isola.

l'esercizio della pastorizia transumante, con un rilevante dispendio energetico giornaliero; un consumo di carne in media di 2-4 volte al mese, dipendendo l'apporto proteico dal consumo di prodotti lattiero-caseari (latte di capra!); la coltivazione della vite e degli ortaggi in terreni con peculiari caratteristiche pedologiche; una vita familiare patriarcale, che consente agli anziani di godere di significativi contatti emotivi transgenerazionali⁸.

Tra le molte problematiche mediche di un'Italia che invecchia, P.M. Mannucci individua l'inadeguata cultura degli operatori sanitari nei confronti della cronicità e della multimorbilità dell'anziano, che deve essere superata con l'elaborazione di nuovi sistemi assistenziali (clinici, scientifici ed organizzativi) più adeguati, e con una rinnovata formazione degli operatori sanitari nei Corsi di Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, nei Corsi di Laurea in Infermieristica e nelle Scuole di Specializzazione, per un'assistenza dell'anziano multidimensionale (funzionale, psicologica, sociale, cognitiva), tagliata sulla misura del singolo ammalato ('Medicina di Precisione').

È necessario inoltre avere un numero sufficiente di medici generalisti nelle cure primarie e di internisti e geriatri attivi nelle strutture territoriali ed ospedaliere dedicate, mentre attualmente si prospetta una loro drammatica carenza per l'introduzione di disposizioni di legge, quali la recente, così detta "Quota cento".

Infine deve essere perseguito un corretto approccio alla 'Polifarmacoterapia' nei pazienti anziani con 'multimorbilità', per ridurre la mortalità, l'ospedalizzazione, il ricovero in RSA ed invalidità, causate da interazioni tra farmaci potenzialmente inappropriati e da reazioni avverse, che può avvenire con la creazione di una nuova figura di medico internista, che sia a cavallo tra il farmacologo ed il geriatra¹⁰.

Di recente è stata richiamata l'attenzione dei Ricercatori su 'Ambiente e Salute. Inquinamento, interferenze sul genoma

umano e rischi per la salute'¹¹. Possono le drammatiche trasformazioni ambientali provocate dall'Homo sapiens sapiens a partire dagli ultimi decenni del XX secolo avere un ruolo patogenetico significativo nella già menzionata 'Rivoluzione epidemiologica del XX secolo'? Quale il loro risvolto sull'incremento, finora progressivo, del numero dei centenari nella futura popolazione Italiana, che seguirà ancora l'andamento, prospettato dalle proiezioni statistiche più sopra illustrate?

In un nuovo modello di genoma, che superi il così detto 'Dogma di Crick', "inteso come network molecolare dinamico, fluido, unitario e interattivo al suo interno e con l'esterno [...] nel quale l'epigenoma (che alcuni scienziati hanno anche definito il software del genoma) si comporta come una camera di compensazione: il luogo specifico in cui il flusso di informazioni che proviene dall'esterno (ambiente e microambiente) incontra e si confronta con le informazioni codificate da milioni di anni nel DNA (cioè nell'hardware), orchestrando tutti i principali processi molecolari che determinano le modificazioni strutturali e funzionali di cellule e tessuti e concorrono alla continua trasformazione del nostro fenotipo (tanto in ambito fisiologico che patologico). [...] Per ambiente si debba intendere la composizione chimico-fisica dell'atmosfera, della biosfera, delle catene alimentari e i suoi cambiamenti: in particolare per ciò che concerne i moltissimi agenti fisici (ad esempio le radiazioni ionizzanti e non ionizzanti), le molecole (in particolare gli xenobiotici) e gli altri agenti chimici (come i metalli pesanti) [inoltre il particolato ultrafine e le nanoparticelle emesse in grande quantità da motori diesel, inceneritori e altri impianti industriali] che interferiscono con l'epigenoma delle nostre cellule e lo inducono continuamente a rispondere, a riposizionarsi per modulare l'espressione del genoma e per permettere alle cellule e all'organismo intero di adattarsi a un ambiente che cambia assai più rapidamente del DNA. [...] Il termine 'developmental plasticity/plasticità dello sviluppo' si riferisce ai molti possibili fenotipi

(polifenismi), che possono derivare da un unico genoma, sulla base, nel caso dei mammiferi e dell'uomo, delle informazioni che provengono dalla madre e dall'ambiente [attraverso essa] nei nove mesi dell'ontogenesi embrio-fetale. [...] È stato anche detto che il DNA è una sorta di vocabolario, ma che <a scrivere il libro è l'ambiente>”¹¹.

In particolare l'ipotesi di Barker⁹, “in base alla quale la rapida trasformazione dell'ambiente esterno e delle catene alimentari si ripercuoterebbe, in ultima analisi, sul microambiente uterino e quindi sul feto, inducendo tutta una serie di modifiche epigenetiche adattative proprio in quelle cellule e tessuti che andranno a formare gli organi e i sistemi preposti al controllo metabolico ed alle relazioni con il mondo esterno, [... L'ipotesi] si è via, via trasformata in una teoria ancora più onnicomprensiva della precedente, secondo cui molte patologie cronico-degenerative e infiammatorie sistemiche dell'adulto (aterosclerosi, patologie cardiovascolari, obesità, sindrome metabolica, insulinoresistenza/diabete, ecc.) e persino alcuni tumori sarebbero il prodotto di una inadeguatezza del programming fetale [Teoria delle origini fetali delle malattie dell'adulto; acronimo anglosassone DOHA = Developmental Origins of Health and Disease]”¹¹.

Superate le coorti dei 'baby boomers', cioè i nati tra il 1945 ed il 1971, anni nei quali l'inquinamento ambientale non aveva ancora raggiunto gli attuali drammatici livelli, quale sarà il comportamento delle malattie croniche degenerative e l'incidenza della longevità estrema nella futura popolazione del nostro Paese?

Infine debbono essere sottolineati altri due importanti aspetti, quelli dell'ageismo e il non adeguato finanziamento del SSN e dell'INPS, che comporta una rilevante spesa sanitaria delle famiglie 'out-of-pocket' (di tasca propria!), con discriminazione alle cure dei meno abbienti.

L'Ageismo^h nella sanità è tassativamente vietato nel nostro Paese, con riferimento all'Articolo 3 della Costituzione Italiana (Principio dell'uguaglianza).

Nel 4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2019 della Fondazione GIMBE Evidence for Health, secondo le stime dei conti ISTAT-SHA, la spesa sanitaria delle famiglie 'out-of-pocket' per l'anno 2017 è ammontata alla rilevante somma di 35.989 milioni di Euro, mentre la spesa sanitaria pubblica per lo stesso anno è stata pari a 113.131 milioni di Euro. Nel decennio 2010-2019 i Governi per fronteggiare le emergenze finanziarie del Paese hanno ridotto la spesa sanitaria, mentre l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media OCSE di ben il 37%¹².

Da questa seppur sintetica disanima sulla tematica “Siamo preparati per vivere 120 anni ed oltre?” emerge chiaramente, come già detto precedentemente nella premessa, che non si è ancora compiutamente preparati a tale favorevole evenienza; l'Elisir di lunga vita¹³, come d'altro canto la città di 'Shangry-La' nel Tibet, descritta nel celebre romanzo “Lost Horizon” di James Hilton, restano un traguardo attualmente irraggiungibile. Tuttavia l'auspicio di 'vivere 120 ed oltre' è 'una sfida, una speranza, una opportunità'¹, che debbono essere tenacemente perseguite!

⁹ David James Purslove Barker (Londra, 29 giugno 1938 – 27 agosto 2013), Epidemiologo Inglese, Direttore della MRC Environmental Epidemiology Unit in Southampton.

^h Il termine anglosassone 'Ageism' (=age + ism), coniato dal gerontologo statunitense Robert Neil Butler (21 gennaio 1927 – 4 luglio 2010) indica la discriminazione nei confronti di una persona anziana.

BIBLIOGRAFIA

1. Fondazione San Camillo-Forlanini, UniTre. Centanni: una sfida, una speranza, una opportunità. Atti del Convegno, 2019, Terni 27 maggio. Roma: 4print, 2019.
2. ISTAT. Anziani: Le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea. Report Anno 2015. <https://www.istat.it/it/files/2017/09/CondizioniSaluteanzianianno2015.pdf>.
3. ISTAT. Statistiche Report 3 maggio 2018. Il futuro demografico del Paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017). <https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni-demografiche.pdf>.
4. Battaglini M, Capuano S, Capacci G. I centenari in Italia. <https://www.istat.it/it/archivio/232302>.
5. Gasbarrone L. Il progetto di studio: "Obiettivo 120 anni, nella analisi dei centenari italiani". In: Fondazione San Camillo-Forlanini, UniTre. Centanni: una sfida, una speranza, una opportunità. Atti del Convegno, 2019, Terni 27 maggio. Roma: 4print, 2019; 21-32.
6. Tronci M, D'Amen B. Primi risultati della ricerca. In: Fondazione San Camillo-Forlanini, UniTre. Centanni: una sfida, una speranza, una opportunità. Atti del Convegno, 2019, Terni 27 maggio. Roma: 4print, 2019; 33-53.
7. Poulain M, Pes GM, Grasland C, Carru C, Ferrucci L, Baggio G, et al. Identification of a Geographic Area characterized by extreme longevity in Sardinia Island. The AKEA study. *Exp Gerontol* 2004; 39: 1423-9.
8. Puxeddu A. I centenari nella popolazione sarda. In: Fondazione San Camillo-Forlanini, UniTre. Centanni: una sfida, una speranza, una opportunità Atti del Convegno, 2019, Terni 27 maggio. Roma: 4print, 2019; 55-9.
9. <https://www.sardegna-in-rete.leviedellasardegna.eu/wp-content/>.
10. Mannucci PM. Io e la Geriatria: il perché di una passione senile. https://www.sigg.it/assets/congressi/61-congresso-nazionale-sigg/slide/55_Mannucci.pdf.
11. Burgio E. Ambiente e Salute. Inquinamento, interferenze sul genoma umano e rischi per la salute. <https://www.omceoar.it>.
12. Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/definanziamento-SSN.
13. Santoro E. L'elisir di lunga vita. In: Fondazione San Camillo-Forlanini, UniTre. Centanni: una sfida, una speranza, una opportunità. Atti del Convegno, 2019, Terni 27 maggio. Roma: 4print, 2019; 67-73.

Prof. Adolfo Puxeddu, Professore Emerito di Medicina Interna, Università degli Studi di Perugia

Per la corrispondenza: marianneg@libero.it

Norme da rispettare per la pubblicazione delle Relazioni sugli "Atti della Accademia Lancisiana".

Gli "Atti" costituiscono il documento dell'attività scientifica dell'Accademia Lancisiana. Al tempo stesso sono un titolo di prestigio tale da promuovere riconoscimenti morali e contributi economici, indispensabili per la vita dell'Accademia, da parte degli Enti. È quindi impegno di tutti gli Accademici e i Soci che gli "Atti" riportino sempre il resoconto completo dell'attività scientifica svolta.

L'Accademia Lancisiana pubblica sugli "Atti" i testi delle relazioni dei Simposi, Conferenze e Comunicazioni tenute nel corso di ogni anno accademico. A norma dello Statuto dell'Accademia (Regolamento per la pubblicazione degli Atti, art. 5) «Chiunque svolga una relazione, una conferenza, una comunicazione è tenuto a pubblicarne il testo negli "Atti"».

I testi dovranno essere inediti, non consegnati contemporaneamente ad altre riviste scientifiche, ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia etica della ricerca.

La responsabilità dell'osservanza di quanto sopra e quella del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori.

Testi. I lavori redatti in formato elettronico dovranno pervenire alla Segreteria dell'Accademia Lancisiana (e-mail: lancisi@aruba.it) entro il giorno della Seduta e dovranno riportare: titolo, Autore/i, Istituzione presso cui il lavoro è stato svolto, indirizzo e-mail dell'Autore che si impegna a tenere la corrispondenza con la Rivista.

I Moderatori dei Simposi sono invitati a garantire che ogni Relatore si attenga alle presenti norme e a sollecitarli affinché inviino i testi delle rispettive relazioni entro i termini indicati.

La redazione si riserva il diritto di apportare al testo eventuali necessarie modifiche.

Abbreviazioni e simboli. Eccetto che per quelle standard (unità di misura, simboli chimici, matematici, statistici ecc.), l'uso delle abbreviazioni deve essere evitato. I termini ricorrenti nel testo possono essere abbreviati riportandoli una prima volta per intero e facendoli seguire

dall'abbreviazione.

Bibliografia. Le voci bibliografiche devono essere numerate in ordine di citazione e riportate nel testo con *numero ad esponente*. Per gli acronimi delle riviste si faccia riferimento all'Index Medicus, indicandone, invece, il nome per intero ove non siano tra quelle citate. In caso di *bibliografia essenziale* seguire rigorosamente l'ordine alfabetico delle citazioni, senza alcuna numerazione.

Si usi lo stile più sotto esemplificato:

Citazioni da riviste: 1) Articoli standard (elencare tutti gli Autori quando siano sei o meno; se sono sette o più elencare solo i primi tre ed aggiungere et al.):

You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

2) Autore non riportato: Coffee drinking and cancer of the pancreas [editoriale]. *BMJ* 1981; 283: 628.

Citazioni da libri ed altre monografie: 1) Capitoli di libri: Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganism. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanism of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

2) Atti di congressi: Harley NH. Comparing random daughter dosimetric and risk models. In: Gammage RB, Kaye SV, eds. *Indoor air and human health. Proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium, 1984* Ocl 29-31; Knoxville (TN). Chelsea (MI): Lewis, 1985; 69-78.

Tabelle e figure. Le tabelle devono avere un breve titolo. Tabelle e figure non devono essere inserite nel testo di Word, ma allegate a parte come file grafici con le relative didascalie.

Per quanto non espressamente specificato nelle presenti norme si rimanda alle indicazioni fornite dall'*International Committee of Medical Journal Editors*, pubblicate su: *N Engl J Med* 1991; 324: 424-8 e *BMJ* 1991; 302: 338-41.

