

La Geriatria in Italia

1950 su iniziativa del prof.E. Greppi (Firenze) si costituì la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG-www.sigg.it) con la *mission* di "promuovere e coordinare gli studi sulla fisiopatologia della vecchiaia, nonché quello di affrontare anche nei suoi aspetti di ordine sociale, il grave e complesso problema della vecchiaia".

1955 Il Ministero della Pubblica Istruzione concede alla Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze l'istituzione di un incarico di insegnamento di Gerontologia e Geriatria, il primo nell'ordinamento degli studi medici in Italia.

Geriatria in Italia

.

La Gazzetta ufficiale n° 275 istituisce la prima Scuola di Specializzazione in Geriatria, che inizierà a Firenze la propria attività nell'anno accademico 1961/1962; nello stesso anno viene istituita a Firenze la prima Cattedra di Gerontologia e Geriatria (prof. Antonini).

Dopo pochi anni anche all'Università degli studi di Modena iniziò l'attività della Cattedra di Geriatria e Gerontologia (prof. Vecchi).

Prof. Gian Paolo Vecchi

- Nato nel 1926 a Novi di Carpi, laureato nel 1950 in Medicina, (allievo del prof. M. Coppo), dal 1971 prof. ordinario di Geriatria e Gerontologia. Dal 1976 Responsabile della Divisione di Geriatria e Direttore della Scuola di Specializzazione.
- Redattore Capo del Giornale di Gerontologia (seguito dal prof Salvioli), per molti anni i suoi editoriali hanno costituito un punto di fruttuosa discussione in ambito geriatrico. Famose alcune sue affermazioni antesignane

Prof. Gian Paolo Vecchi

“ Non sussistono dubbi che la Geriatria esista. Non si pensa più che un caso sia geriatrico per raggiunti limiti di età, la Geriatria si rivolge agli anziani più fragili e persegue, oltre alla diagnosi e alla cura, la prevenzione delle complicanze invalidanti e la correzione e limitazione delle sequele funzionali negative.” “....molti medici, per gli scopi della loro carriera passano attraverso la Geriatria senza capirla ed amarla, rinforzando l’idea che, dopo tutto, sia meglio ignorarla: come si fa con la vecchiaia”

“Non vorrei essere frainteso, anche i malati cronici presentano delle situazioni di acuzie che vanno affrontate intensivamente, ma il loro tran tran quotidiano è più avvantaggiato da una buona tazza di brodo che da un’energica cura con l’ultimo ritrovato ...Nel rapporto tra medico e malato ci son diverse motivazioni. Il medico di base si illude di risolvere il problema del malato cronico come quello del malato acuto: con un esame di laboratorio ed una ricetta. Il paziente, per il suo meglio, sta al gioco.... Il rimedio migliore sarebbe l’associazione di buoni supporti[^] e di una ben indirizzata riattivazione psicomotoria* e sensoriale. In mancanza di questa, la tazza di brodo si fa preferire in primo luogo perché non illude nessuno e in secondo luogo perché costa meno[°]”

[^] supporto socio-ambientale. Cooperazione sanità e “sociale”; integrazione ospedale-territorio

*Corso per tecnici della riabilitazione;

° Costo/beneficio e evidence biased medicine (x pz, geriatrici, es. delle, linee guida)

La Geriatria a Modena

Iniziative “accademiche”: Scuola di Specializzazione in Geriatria; Corso Universitario di Riabilitazione poi Corso di Laurea (dir. prof. Mingione); Corsi residenziali di Geriatria; Gruppo di Ricerca Geriatrica; Gruppo di Neuropsicogeriatria (prof. Agnoli,) poi Ass It. Psicogeriatria (Prof. Trabucchi); Socio Fondatore della International Psychogeriatric Ass.(IPA) e membro del Board of Directors, particolari legami con la geriatria francese (Grenoble)

Iniziative assistenziali/formativa: Convenzione con USL e Comune di Modena per la consulenza geriatrica presso le strutture assistenziali territoriali

Iniziative di diffusione culturale “geriatrica”: orti per gli anziani; ginnastica per la terza età

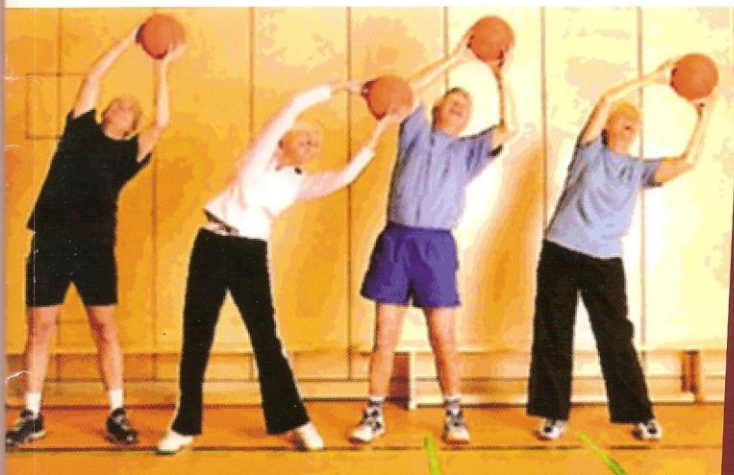
Linee di ricerca: Cardiogeriatrics, Metabolismo osseo equilibrio e caduta; Metabolismo lipidico e “dintorni”; Invecchiamento cerebrale e malattie correlate; Riabilitazione/riattivazione; Metodologia di valutazione; il menage a trois



• Organizzazione dei primi Corsi Residenziali di Geriatria per laureati e specializzati anche in altre discipline. Il corpo docente era costituito, oltre che dai suoi collaboratori, dai Geriatri di ogni regione italiana, universitari e non. Convinto assertore che una buona qualità di vita e un aperto rapporto interpersonale influenzasse positivamente anche le caratteristiche professionali, riservava alla convivialità dei partecipanti quasi le stesse attenzioni che poneva alla parte scientifica e formativa.

ricerca

*I cittadini modenesi
iscritti ai corsi
di attività motoria*



1978

Inizio in forma
sperimentale e gratuita.

Promotori:

Cattedra di Geriatria,
Comune di Modena, Enti
di promozione sportiva
AICS e UISP

Ora:

49 corsi in palestra, 10
corsi in piscina, 10 corsi
ginnastica dolce, 4 corsi di
rilassamento; 4 corsi di
TaiChiQuan

Better Mental Health for Older People
Overview

The **International Psychogeriatric Association (IPA)**, founded in 1982 and representing more than 66 countries, is a unique and diverse professional healthcare community promoting better geriatric mental health – across disciplines, across borders, and across geriatric issues.

Psychiatrists, Scientists, Neurologists, Geriatricians, Primary Care Physicians, Epidemiologists, Nurses, Psychologists, Occupational Therapists, Social Workers, and many other healthcare professionals come to the IPA community from all over the globe to discuss, learn, share, and research information about behavioral and biological aspects of geriatric mental health. IPA promotes research and education, facilitates an international exchange of ideas on Psychogeriatric issues, and fosters cross-cultural understanding of the latest developments in the field.

To this end, IPA also maintains relationships with many regional, national, and international organizations, including the World Health Organization, the World Psychiatric Association, Alzheimer's Disease International, the European Association of Geriatric Psychiatry, the International Association of Gerontology, the World Federation of Neurology, and others

A WORKSHOP ON ASSESSMENT IN GERIATRICS

1989



Geriatrica- Storia di Idee

Differenziazione

Ageismo

Polipatologia- politerapia

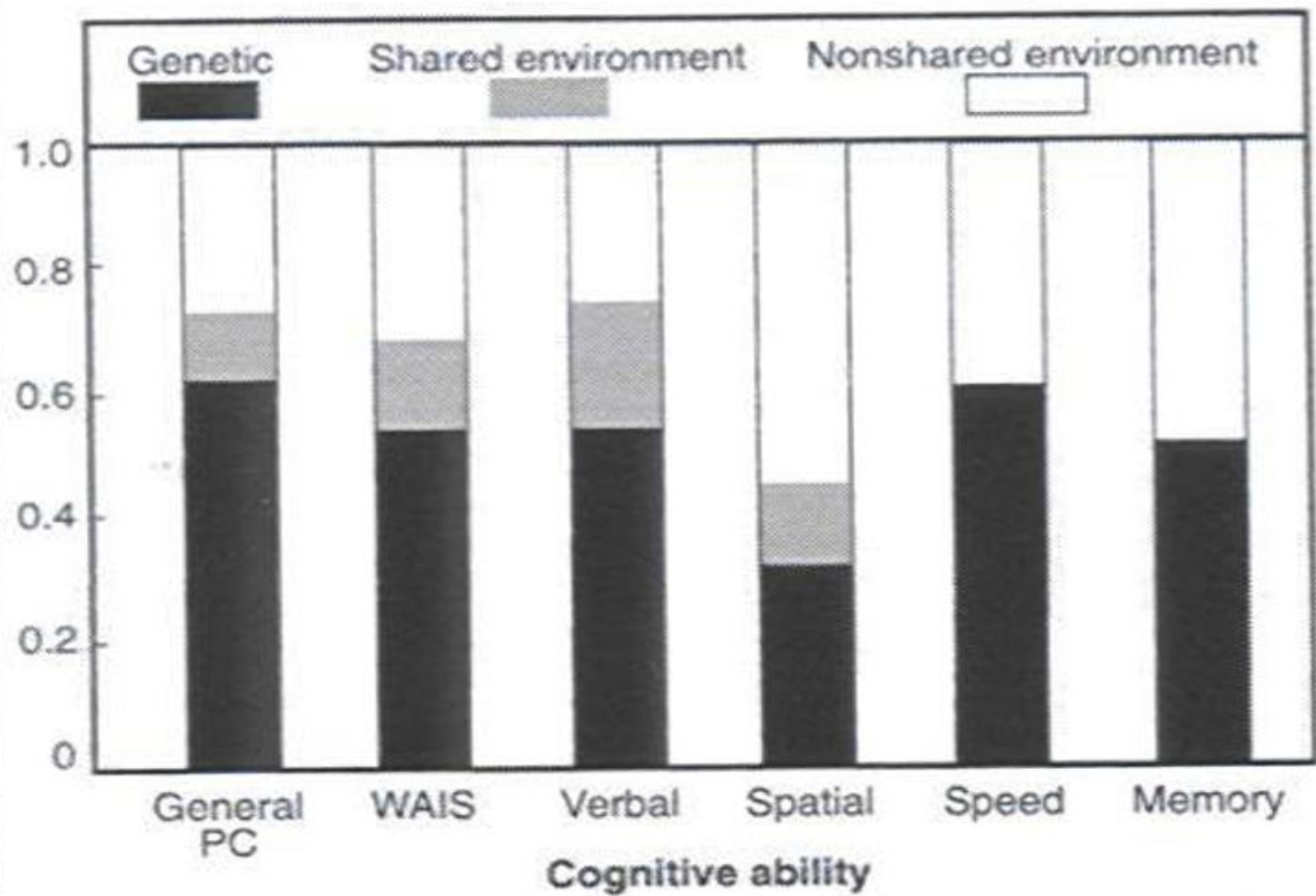
Disabilità

Modello di valutazione-Complessità

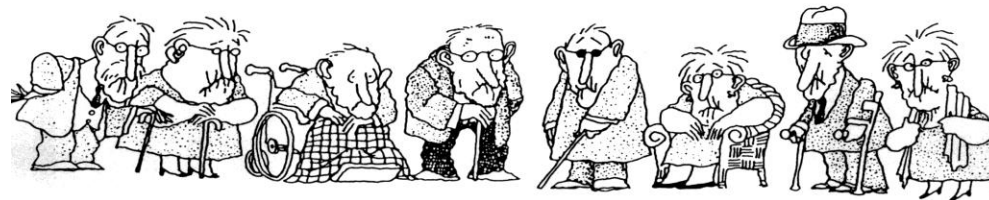
Fragilità

Menage a trois





AGEISMO
(ageism)



QUI, O SI CAPISCE UNA BUONA VOLTA CHE
IL TEMPO E' UN PERICOLO PUBBLICO E SI PRENDONO
PROVVEDIMENTI, O SOSPETTO CHE FINIAMO MALE, EH ?

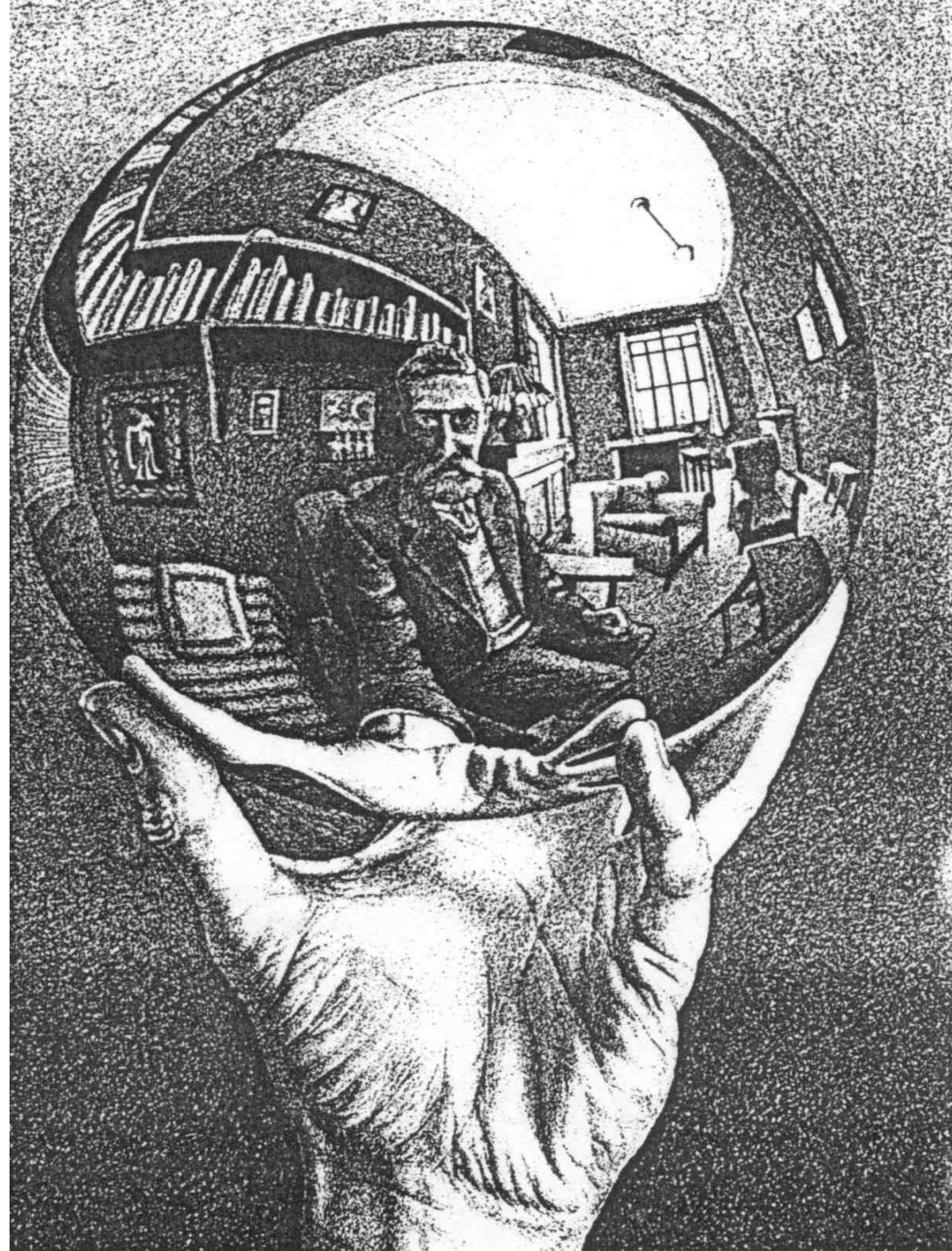


AGEISM

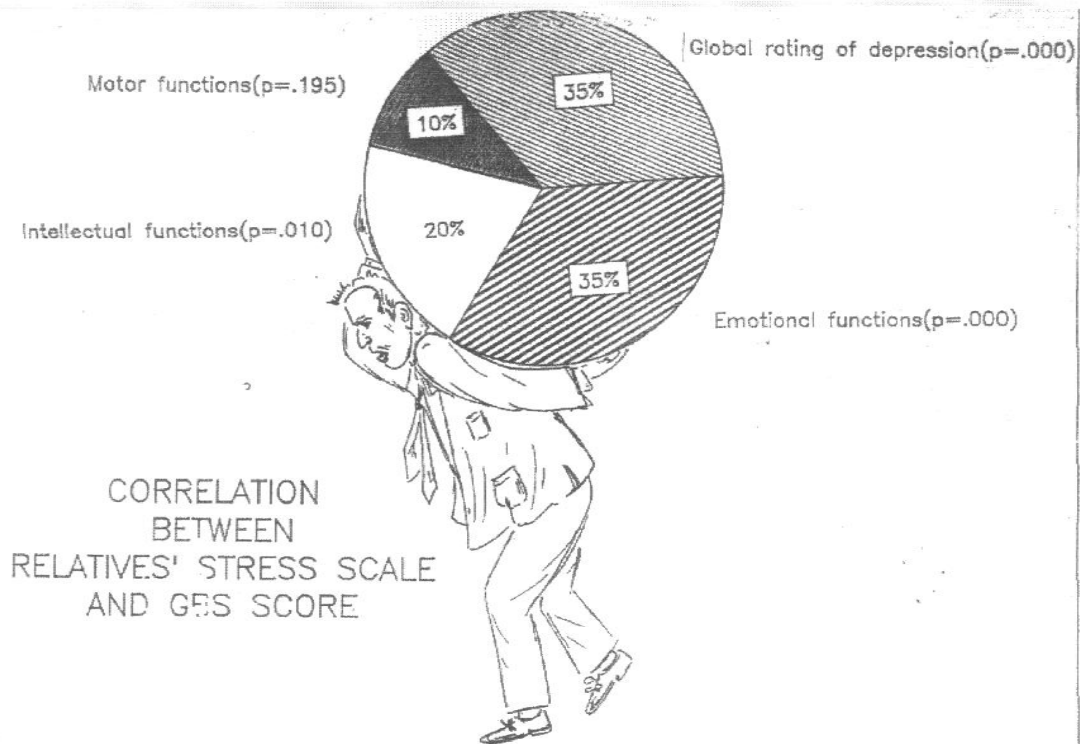
*G. Salvioli - L'ageismo è ancora presente?
Giornale di Gerontologia, 2002*

Il termine “ageism” (age-ism: “età” + suffisso greco “ismo”), coniato nel 1969 da Robert Butler, Direttore del National Institute on Aging, per indicare la discriminazione degli anziani, ossia un pregiudizio nei confronti degli anziani, dell’età avanzata e dell’invecchiamento, è purtroppo ancora presente nonostante che la Carta dei diritti fondamentali della UE (dicembre 2000) vieti espressamente qualsiasi forma di “discriminazione basata sull'età”, così come la nostra Carta Costituzionale (art. 3).

Le CARATTERISTICHE dei DATI e delle FONTI di INFORMAZIONE



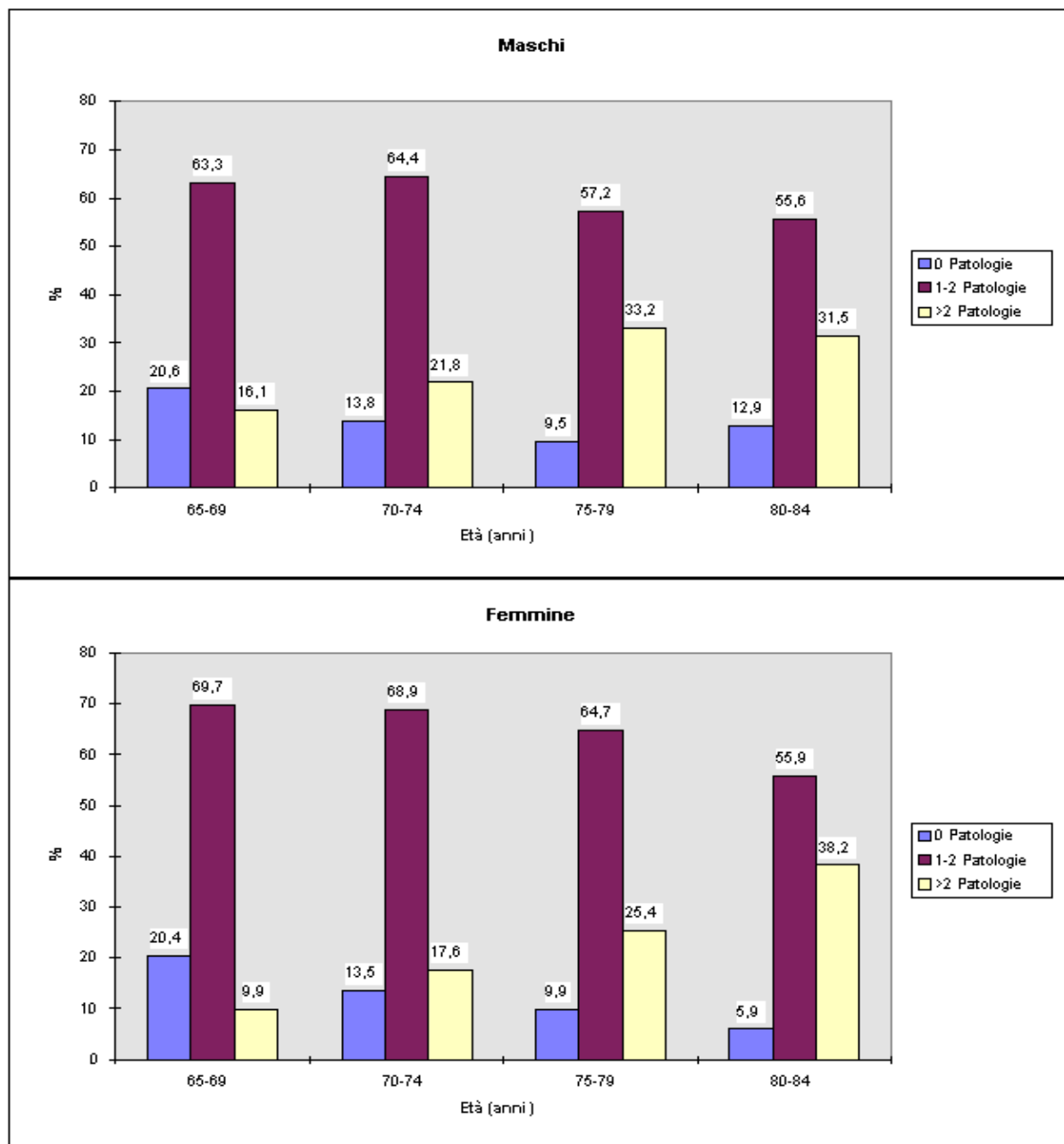




STUDIO ILSA

Numero di patologie diagnostiche: distribuzione dei soggetti osservati, per sesso e classe d'età

Influenza su
processi diagnostici,
prognosi, approccio
terapeutico

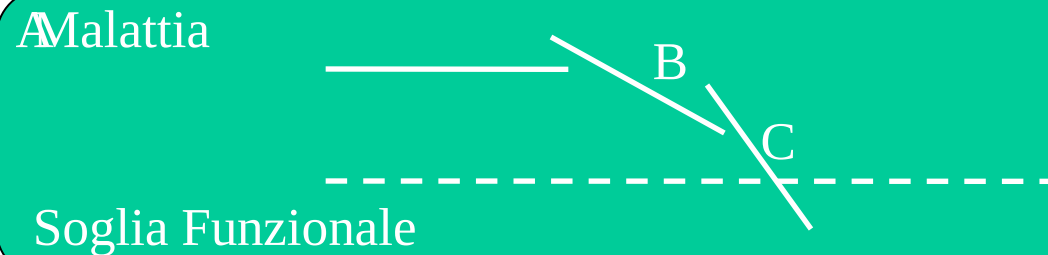


Modelli di Malattia Geriatrica

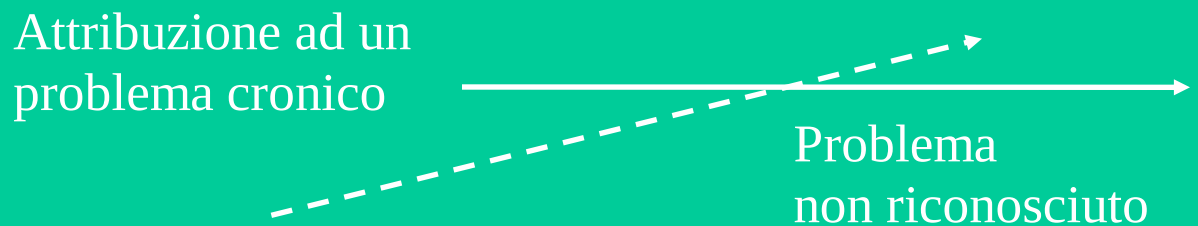
Medico

Sintomi, Segni $\xleftarrow{1:1}$ Malattia

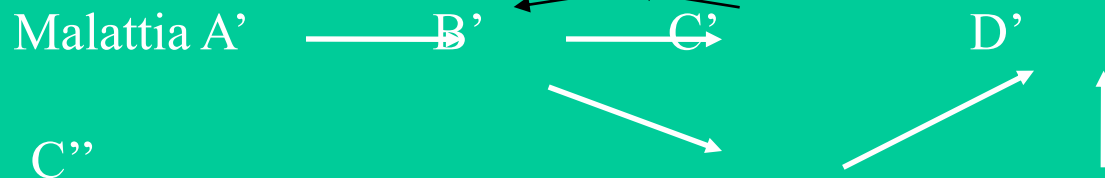
- Morbidity Sinergistica



- Attribuzione

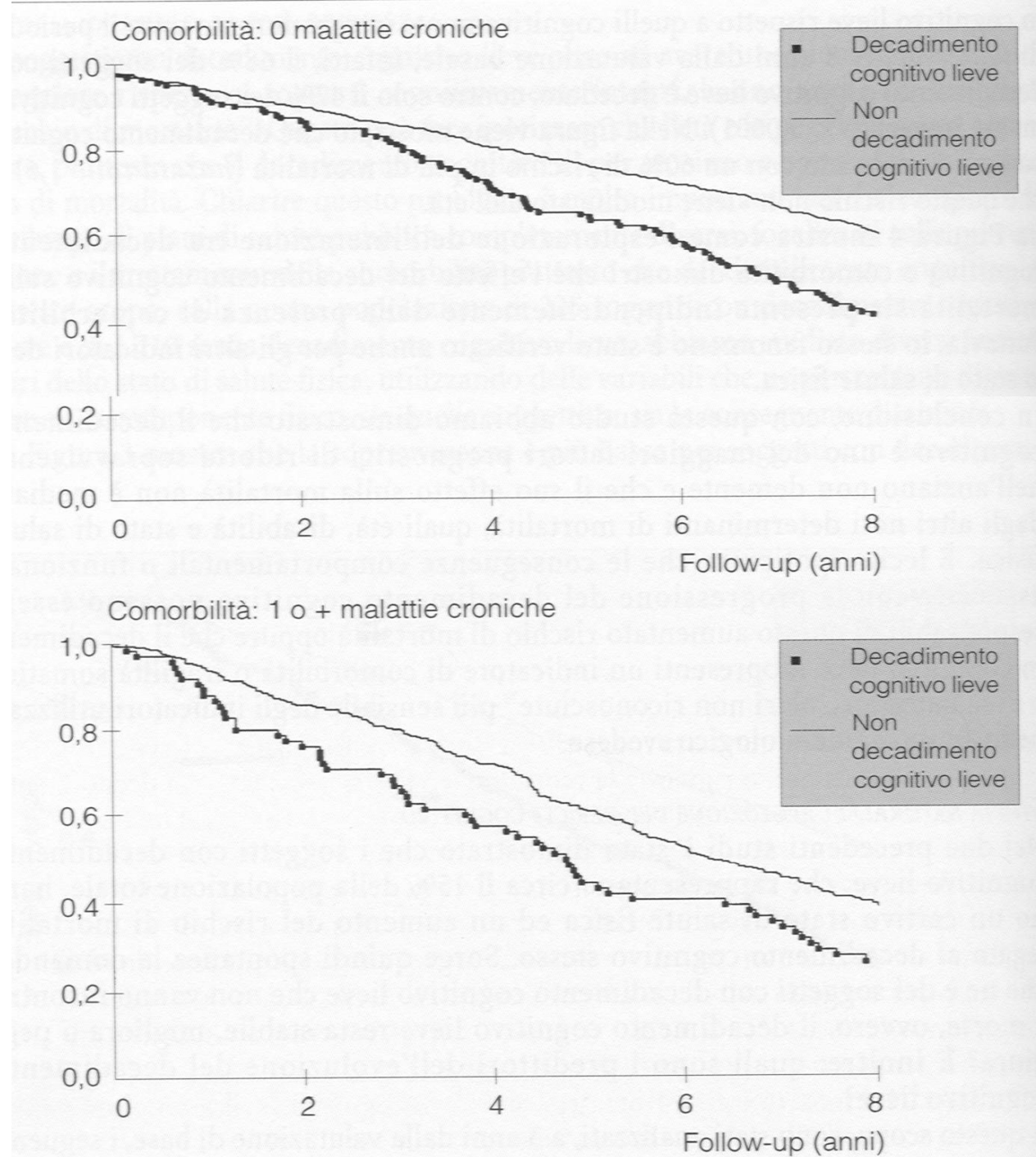


- Catena
- Causale

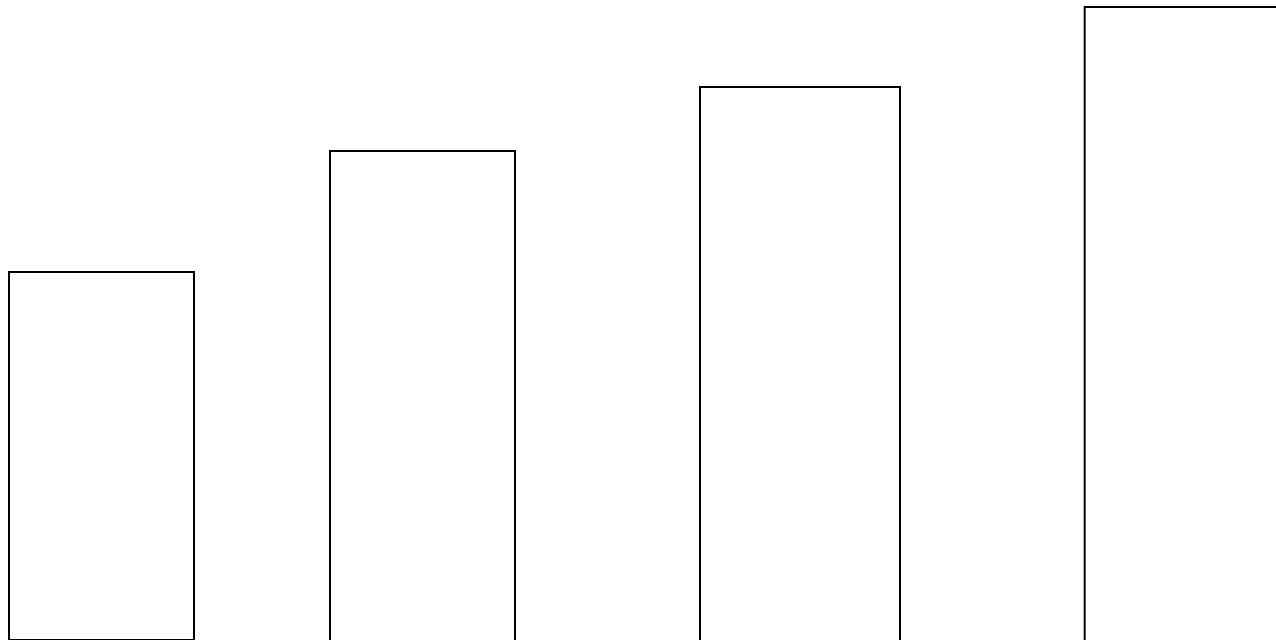


Associazione fra
Deficit cognitivo lieve,
mortalità e comorbidità

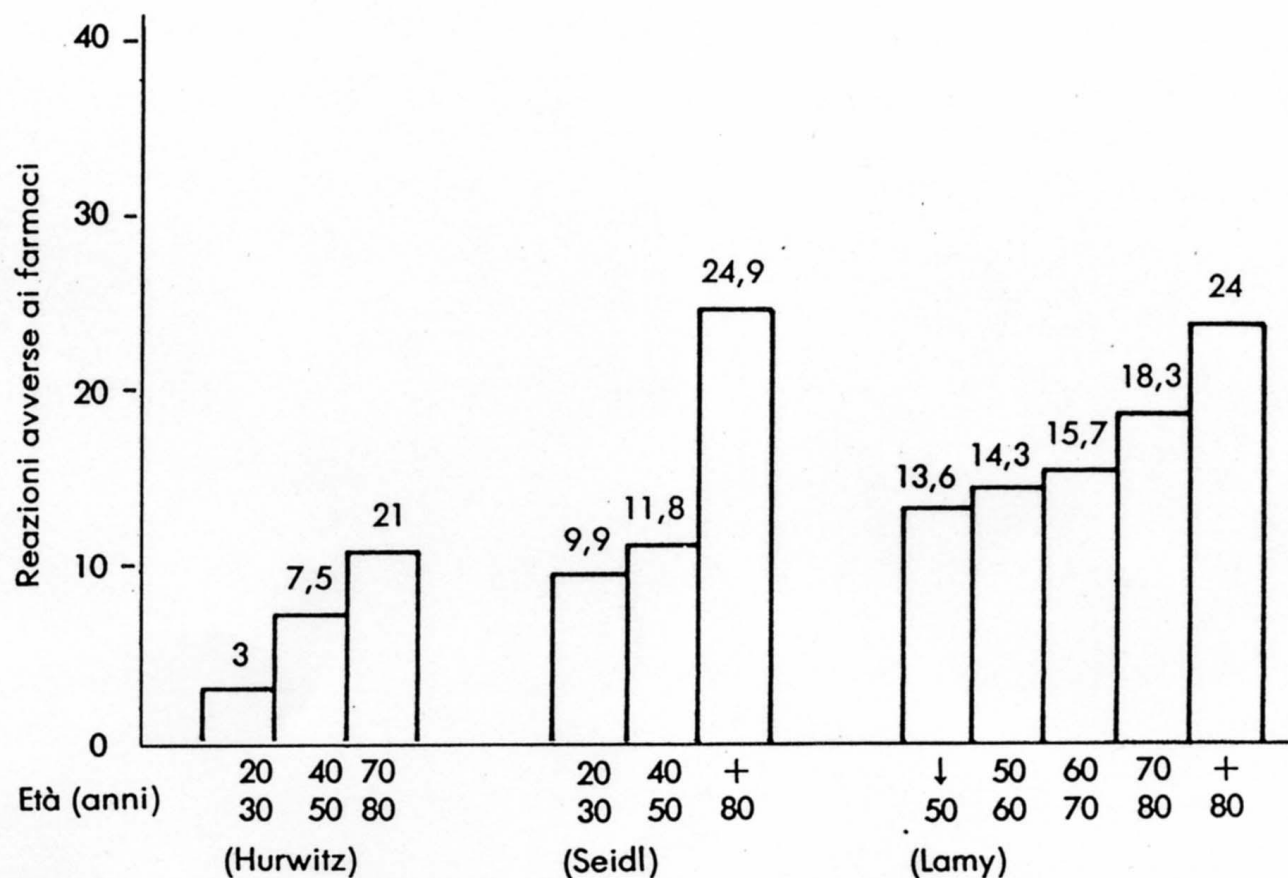
Frisoni GB et al. - 2003



Polifarmacoterapia negli anziani



Reazioni avverse da farmaci in rapporto all'età



Designing randomized, controlled trials aimed at preventing functional decline and disability in frail, older persons: A Consensus Report

Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Waltson JD, for the Interventions on Frailty Working Group
JAGS 2004

The discovery of effective interventions to prevent or delay disability in older persons is a public health priority. Most likely to benefit from such interventions are frail individuals who are not yet disabled and those with early disability who are at high risk of progression. In spite of this frail older persons have often been excluded from research on the assumption that they would not tolerate testing or benefit from treatment.

Additional research is needed to define criteria for screening frail older persons, identify objective measures of disability that are reliable and valid in frail older persons, and improve the informed consent process for high-risk participants, recognizing that research in this subgroup is essential to improving their health outcomes. (caratterisicca dei dati)

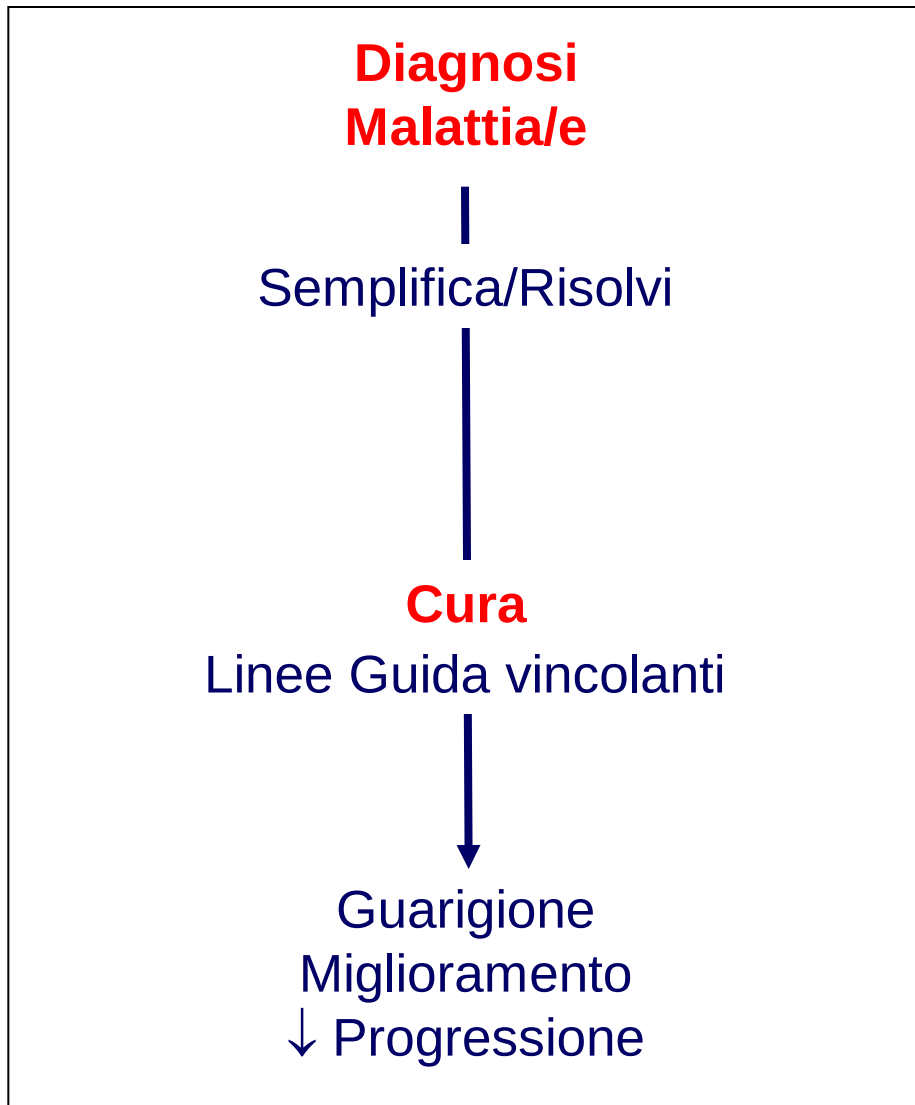
The WHO - ICIDH model

the four level of illness

Word	Level/system affected	Definition	Synonym
Pathology	Organ or organ system	Any abnormality affecting an organ	Diagnosis or disease
Impairment	Organism	Any abnormality affecting the whole body	Symptoms and signs
Disability	Interaction organ/environment (Behaviour)	Any change in a pt's goal directed behaviour, usually manifested as dependence	Functional limitations
Handicap	Meaning attached to behaviour by self and other	Any alteration in pt's status in society	Social consequences

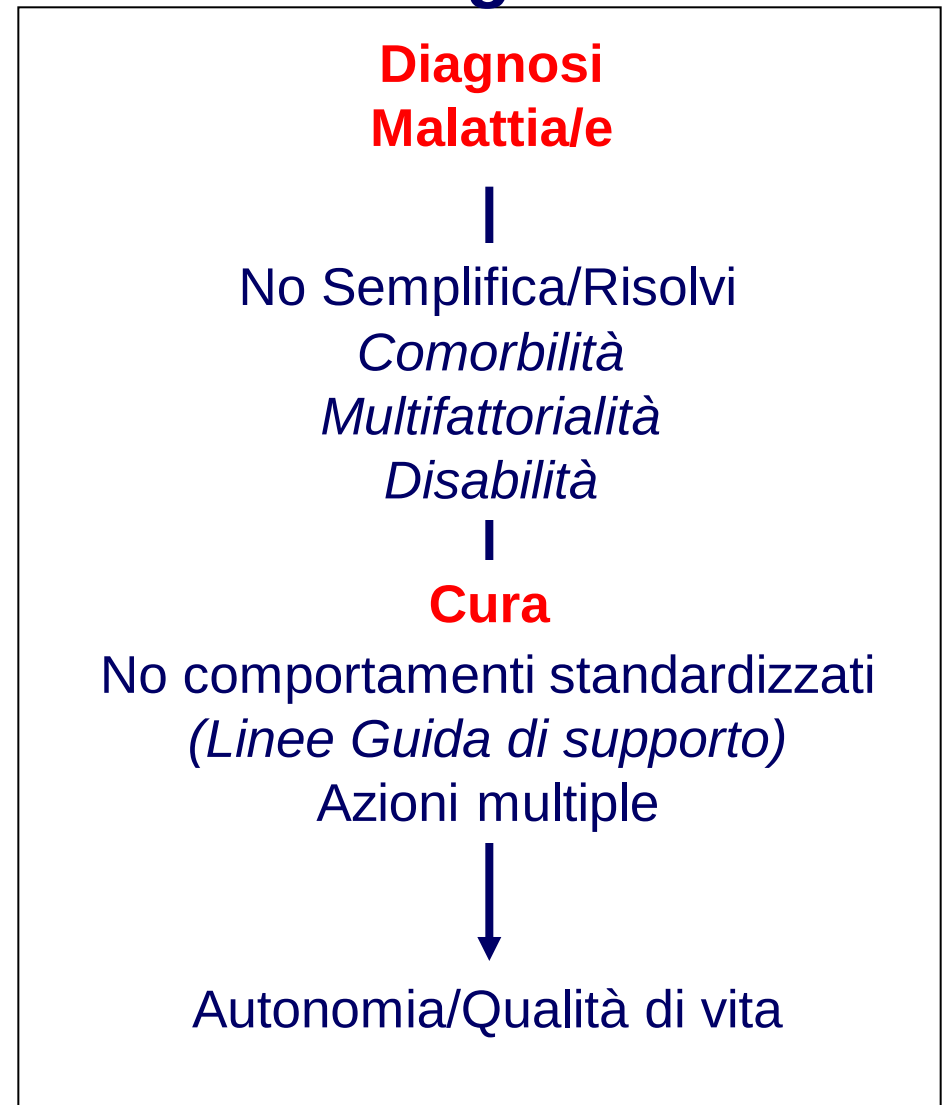
Metodologia per la definizione del PAI

Paziente anziano



Medicina della semplicità

Paziente geriatrico



Medicina della complessità

La risposta della Geriatria alla complessità del paziente geriatrico

Comprehensive Geriatric Assessment: methods for clinical decision making (dimostrata efficacia in termini di costo beneficio)

Metodologia con la quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi del paziente anziano, valutate le sue limitazioni e risorse, definite le sue necessità assistenziali ed elaborato il piano di assistenza individualizzato commisurato a tale necessità.

Solomon D.H., JAMA 1988

Dalla medicina centrata sulla malattia alla medicina centrata sul paziente

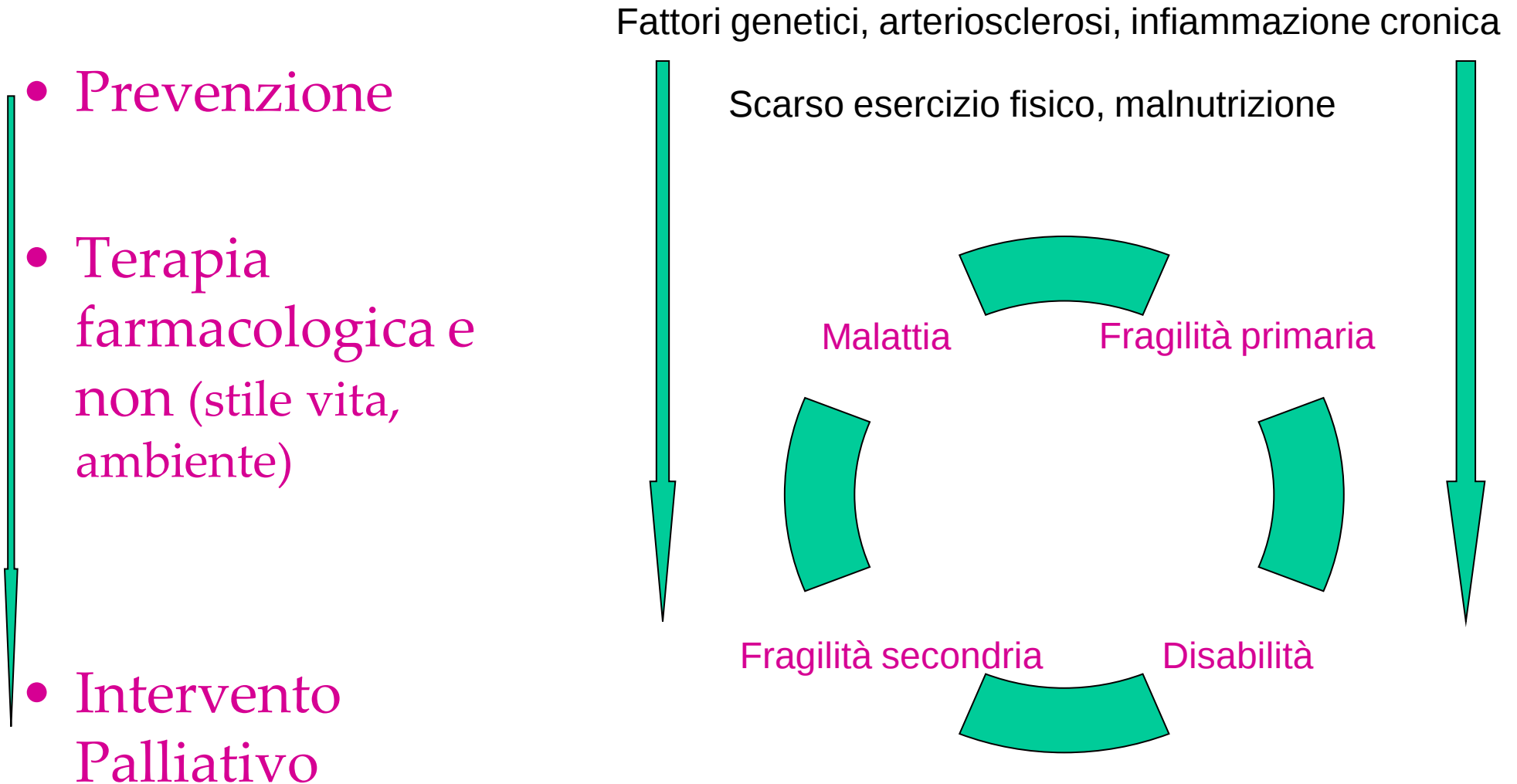
Strumenti VMD di seconda generazione

VANTAGGI

- Consentono una valutazione globale del paziente
- Consentono la identificazione delle cause responsabili e dei problemi individuati e, se possibile, la diagnosi etiologica
- Consentono la elaborazione del PAI
- Consentono il confronto fra diverse esperienze
- Consentono il controllo della assistenza erogata
- Consentono la costruzione di banche dati

Instead of being an unavoidable consequence of accumulating years, frailty has recognised as an independent geriatric syndrome

Strandberg TE, Pitkala KH. Frailty in elderly people. Lancet 2007, 369: 1328

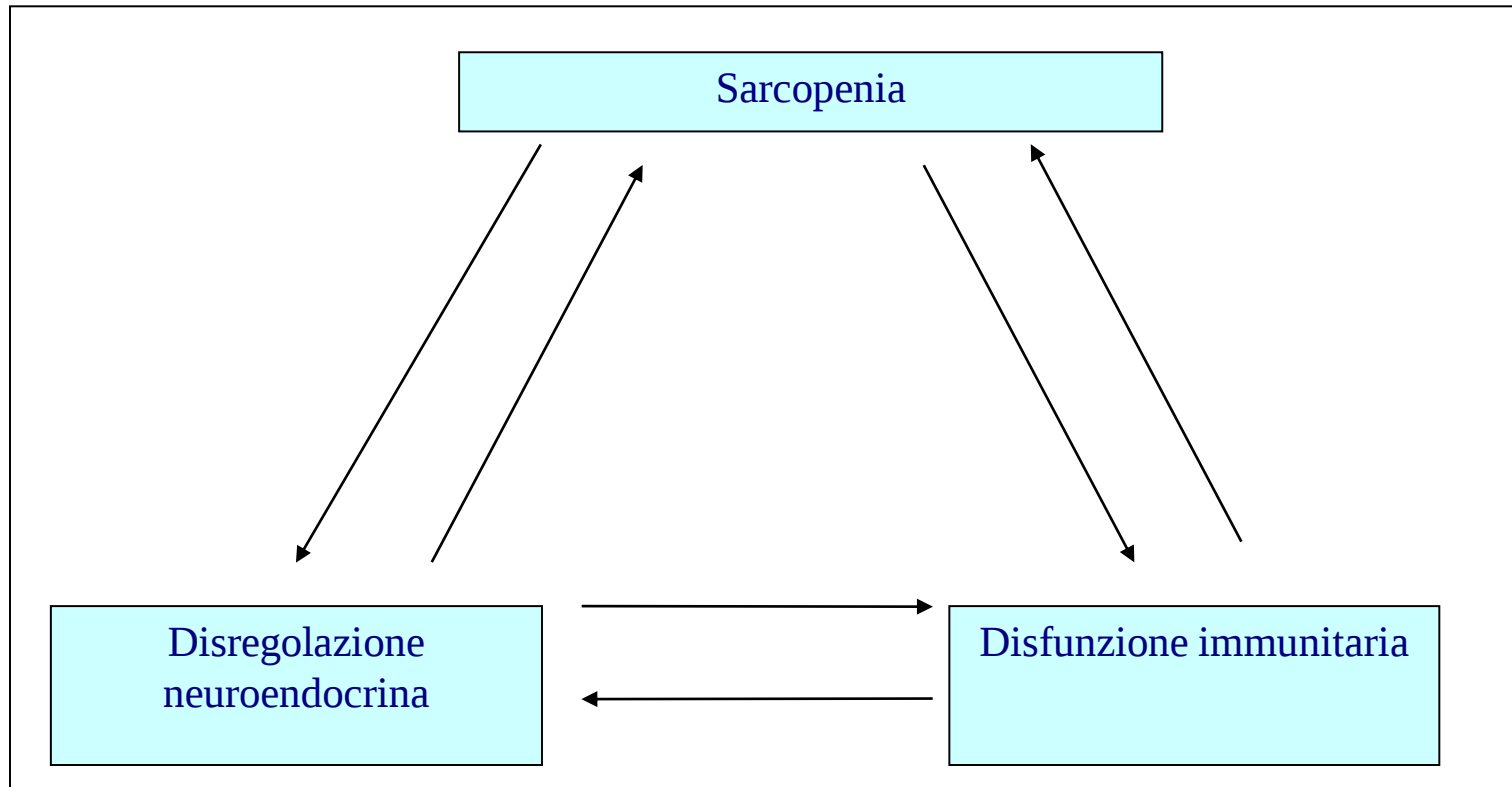


Molti autori suggeriscono il coinvolgimento di tre sistemi fondamentali nel determinare la fragilità clinica.

SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE

SISTEMA NEUROENDOCRINO

SISTEMA IMMUNITARIO



" PREVENZIONE DELLA
NON AUTOSUFFICIENZA "

Menage

a trois



Il Caregiver

- **La geriatria si basa su è un menage a 3: medico-paziente-caregiver**
- Il caregiver è una fonte di informazione importante (a volte l'unica se il paziente è grave)
- Il Caregiver è agente terapeutico o patogeno
- Il caregiver è sottoposto a stress (rapporti familiari stravolti): sperimenta spesso sentimenti di inadeguatezza, intrappolamento, isolamento, tensione
- La depressione è presente con frequenza 3 volte maggiore in caregiver rispetto ad una popolazione omogenea per elementi sociodemografici ma senza parenti da assistere.

NICE: Final Appraisal Determination, Alzheimer's Disease- 2006

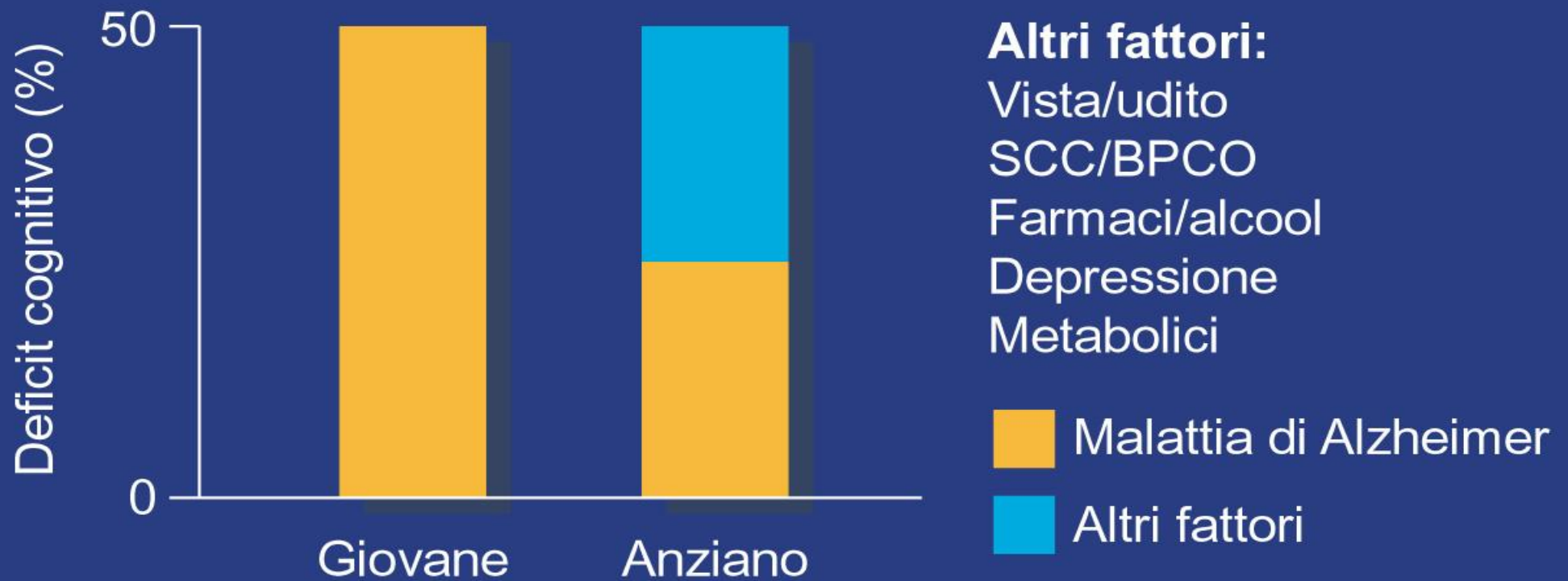
- 1) Carer's view on the patient's condition at baseline should be sought
- 2) Carer's view on the patient's condition at follow-up should be sought
- 3) People with..Alzheimer's disease may be continued on therapy until they, their carers and/or specialist consider it appropriate to stop

Fine

Disability

“any restriction or lack of the ability to perform an activity, a task or a behaviour of everyday life in a usual manner, resulting from an impairment”

(OMS, ICDH– International Classification of Disease, Disability and Handicap–1980).



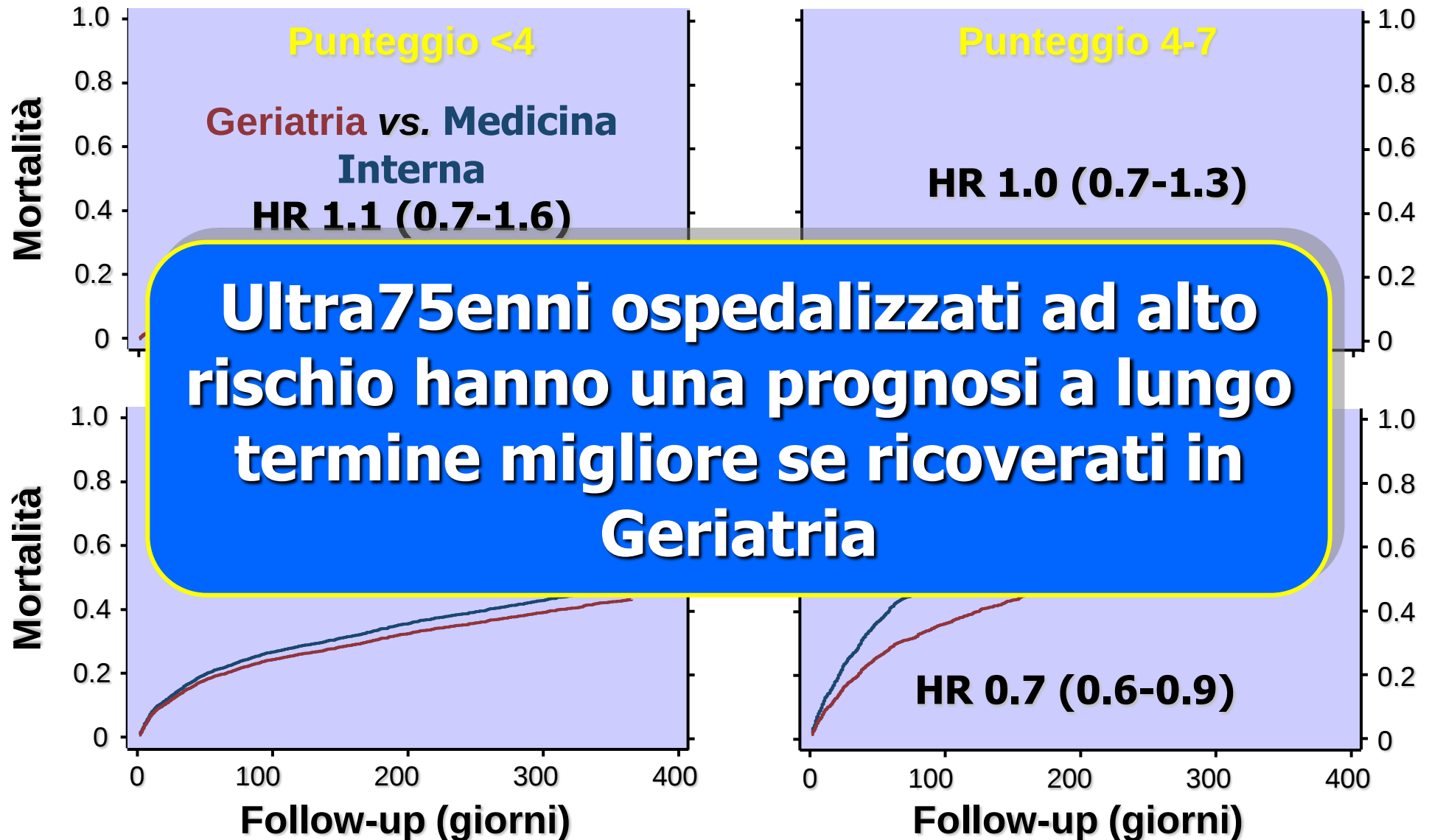
Disease vs Case (Care) Management

Characteristics	Disease	Case (Care)
Patient population	Specific diagnosis	Risk of adverse medical events, poor health outcomes
Identification method	Data on diagnosis, drug prescription, referral by GP treating many pt. with that disease	Data on use of hospital and other emergency services, referral by GP using criteria to identify “high risk” pt.
Patient education	Standardized educational materials	Highly individualized education materials
Reliance on EB guidelines	High	Low
Reliance on standardation	High	Low
Role:social support services	Low	High
Role: family, caregivers	Low	High
Reliance :care coordination	Medium	High

The benefits of geriatric care

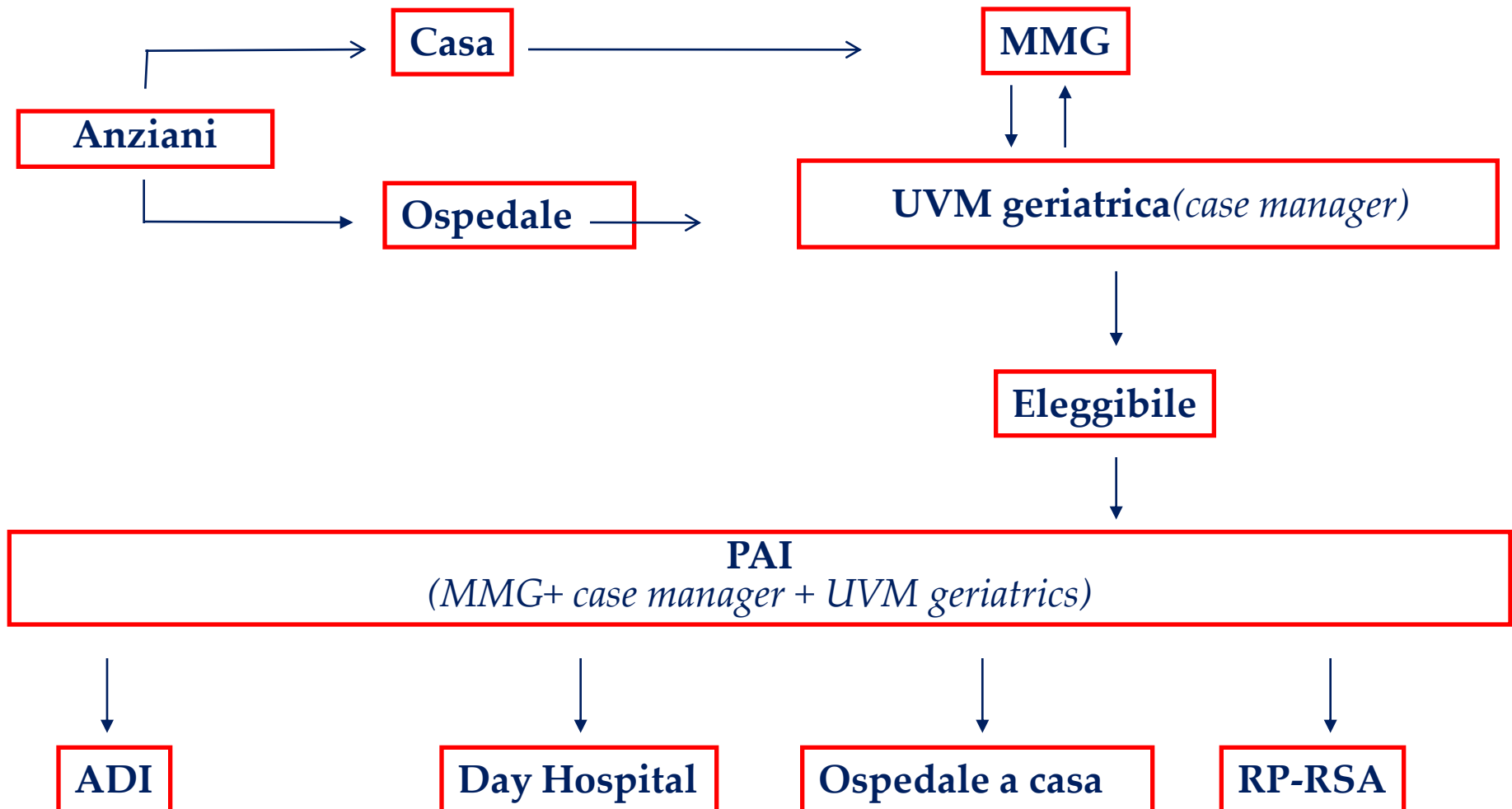
- Preservation of physical function or slowing of decline
- Dramatically increased patient and family satisfaction
- Decreased time spent in an inpatient setting
- Improved social functioning
- Decreased rate of depression
- Increased access to social support services
- Reduced disability

Mortalità a 1 anno di pazienti ammessi in Medicina Interna e Geriatria, per classe di rischio



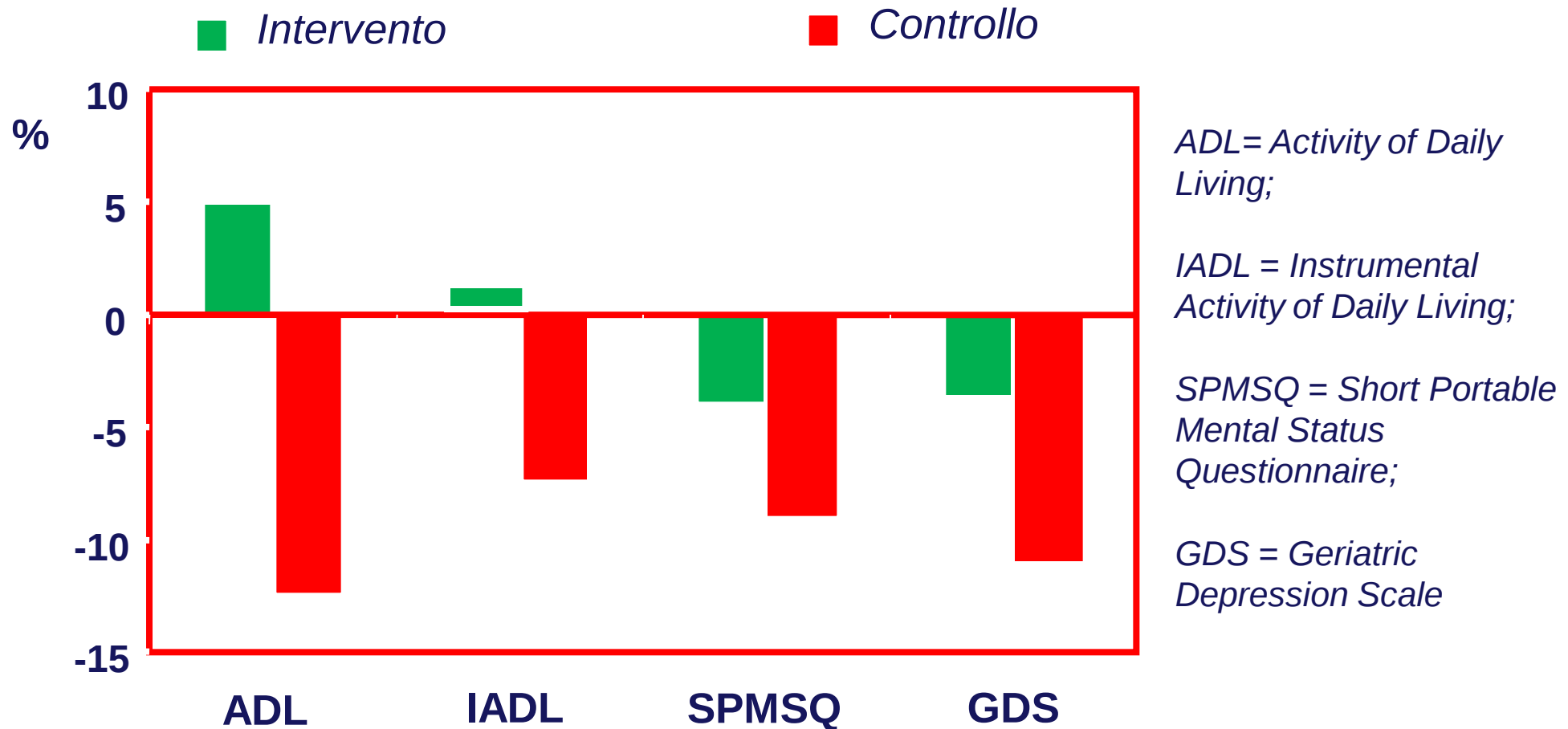
Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community

Bernabei et al., BMJ, 1998



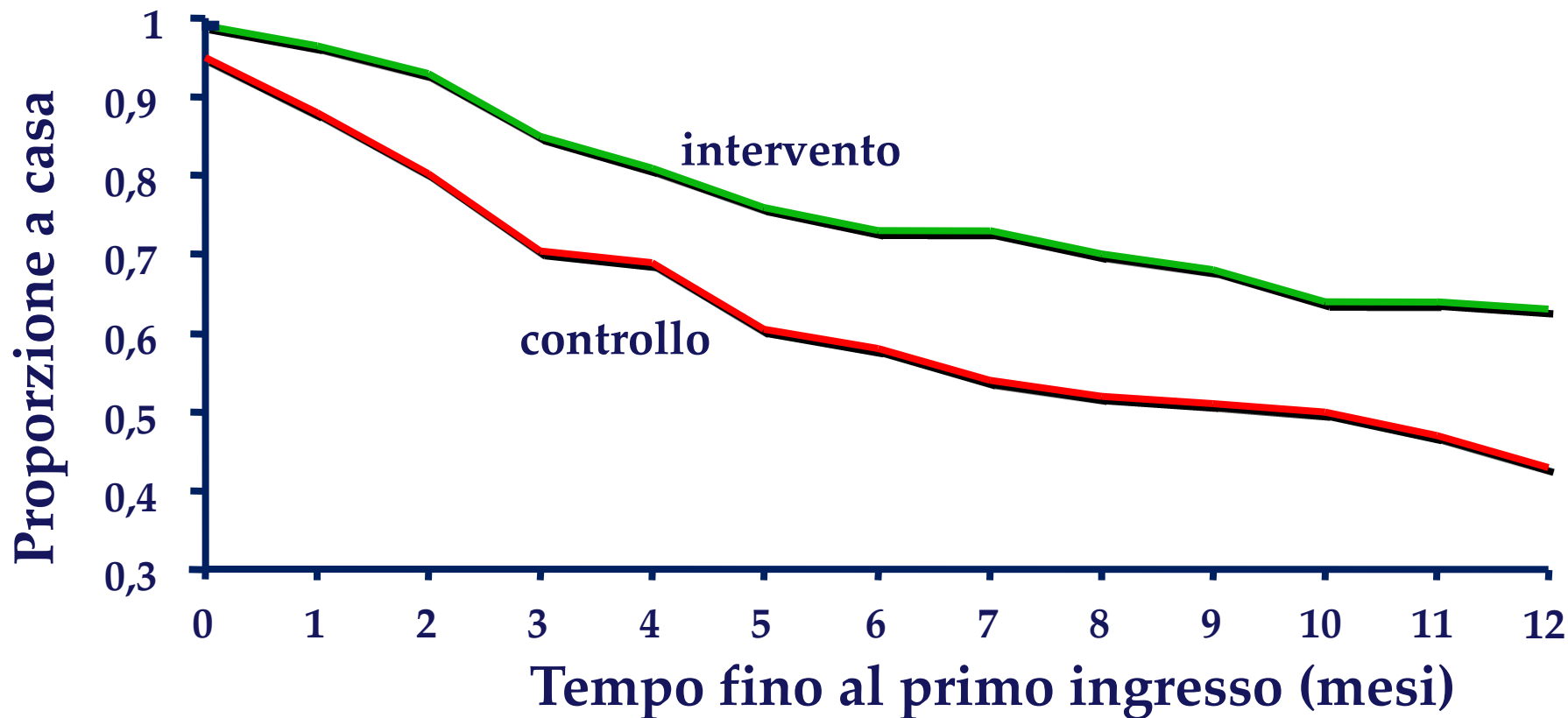
Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community

Bernabei et al., BMJ, 1998



Modificazione percentuale degli outcome dopo 1 anno

Percentuale di soggetti ricoverati in ospedale o istituzionalizzati



Geriatric Care Managers. A profile of an emerging profession

R. Stone et al. 2002, Public Policy Inst. AARP

Care manager certified (CMC)

NACCM-Connecticut

Certified Case Manager

CMC. Illinois

Fattori di Rischio

Stili di vita: fumo

Morbilità :

malattie vascolari
depressione
trauma cranico

60- 75 anni

0

20

Fattori Protettivi

Stili di vita :

attività fisica/mentale

Dieta: pesce, vegetali

Moderato alcool

Farmaci:

Antiipertensivi., statine, FANS, HRT

Lancet 2005

- Summerskill - (vol 366:1670)

La Cochrane library nel suo 13° colloquio ha concluso che: l'evidenza da sola è inadeguata per applicare pienamente i vantaggi delle ricerche, i dati devono essere sintetizzati e resi disponibili a livello del bisogno concreto,focalizzandosi sui bisogni reali dei pazienti e di coloro che li curano.

- Correspondence (vol 366: 95)

- “If everything has to be double-blinded, randomised and evidence-based, were does that leave new ideas”

- Simona Iorio, Barbara Manni, Martina Monzani, Francesca Neviani, Rabih Chattat, Joeseph Wancata, Annalisa Pelosi and Mirco Neri
- The italian version of the Carer's Needs Assessment for Dementia (CNA-D): psychometrics properties and influence of patient/carer characteristics on answer profiles.
- Proceeding of "25th International Conference of Alzheimer's Disease International.
- M. Tsolaki ed., Medimont Press 2010, pp 1009-1013
- Alessandro Pirani, Henry Brodaty, Emilio Martini, Davide Zaccherini, Francesca Neviani and Mirco Neri
- The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It):a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice
- *International Psychogeriatrics*: 2010; 22(1): 82-90
- Verhey FR, Houx P, Van Lang N, Huppert FA, Stoppe G,, Saerens J,, Bohm P., DeVreese L, Vreese L, Norlund A., DeDeyn PP, Neri M, de Pena-Casanova J, Wallin A, Bollen E., Middelkoop H, Nargeot MC, Fleishmann UM., Jolles J.
- Cross-national comparisons and validation of the Alzheimer's Disease Assessment Scale: results from the European Harmonization Project for Instruments in Dementia (EURO-HARPID)
Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2004 Jan;19(1):41-50.
- Verhey FR, Huppert FA, Korten EC, Houx P, de Vugt M, van Lang N, DeDeyn PP, Saerens J, Neri M, de Vreese L, Pena-Casanova J, Bohm P, Stoppe G, Fleischmann U, Wallin A, Hellstrom P, Middelkoop H, Bollen W, Klinkenberg EL, Derix MM, Jolles J.
- Cross-national comparisons of the Cambridge Cognitive Examination-revised: the CAMCOG-R: results from the European Harmonization Project for Instruments in Dementia.
Age Ageing. 2003 Sep;32(5):534-40.

The identification, evaluation, and treatment of frail older adults is a cornerstone of the practice of geriatric medicine.

Fried LP, 1994

I Am a Geriatrician

William R. Hazzard - JAGS 52:161, 2004

How often have I been asked over the past 30 years, “*What is a geriatrician*”? I cannot count the times and the ways that I have tried to answer this question. But clearly, even as the field has grown and matured, the public continues to have at best a vague idea of what a geriatrician is and does and why.

My most typical patient is the old-fashioned picture of **frailty**, a man - or more often a woman - who lives on the razor's edge between independence and triggering a tragic cascade of diseases, disabilities, and complications that all too often prove irreversible...

I am by definition an expert in subtlety and complexity.

GERIATRIA

È una disciplina specialistica che si interessa dei problemi di salute, di riabilitazione, prevenzione, problematiche socio-ambientali e di fine vita di pazienti anziani.

I pazienti di elezione sono quelli con alto grado di fragilità, con numerose malattie, la cui diagnosi è spesso difficile, la risposta al trattamento è spesso ritardata e spesso hanno bisogno di supporto sociale.

Tipicamente la maggior parte dei pazienti avrà età superiore a 70 anni, anche se i problemi che meglio sono affrontati dalla disciplina si ritrovano soprattutto negli ultra80enni.

L'obiettivo principale è ottenere il livello più alto possibile di autonomia funzionale e di qualità della vita.

La geriatria supera la medicina interna che si occupa delle malattie dei singoli organi o apparati proponendo cure di tipo multidisciplinare.

Il contributo della Geriatria italiana all'assistenza del paziente anziano

***2. Costruire e validare gli strumenti di
valutazione e gestione del paziente
geriatrico nei luoghi delle cure***

In medicina geriatrica il principio epistemologico “pluralitas non est ponenda sine necessitate”, secondo cui fra due soluzioni di un problema bisogna scegliere la più semplice, non è applicabile data la complessità dei pazienti.

*William Ockham,
filosofo inglese del XIV secolo*

Strumenti VMD di prima generazione

LIMITI

- Ciascuno di essi è stato sviluppato e validato per esplorare una singola area; ne deriva che per effettuare la VMD è necessario utilizzare più strumenti (*MMSE, GDS, MNA, ADL, IADL, ecc.*)
- Sono puramente descrittivi in quanto analizzano lo stato della singola area esplorata senza risalire ai fattori causali
- Ogni operatore (o struttura o ambito assistenziale) utilizza una propria batteria di test rendendo impossibile seguire nel tempo il paziente nel suo percorso assistenziale e valutare l'efficacia dei trattamenti

Il contributo della Geriatria italiana all'assistenza del paziente anziano

3. Elaborazione e validazione del modello assistenziale per il paziente geriatrico

Il modello di assistenza continuativa dell'anziano

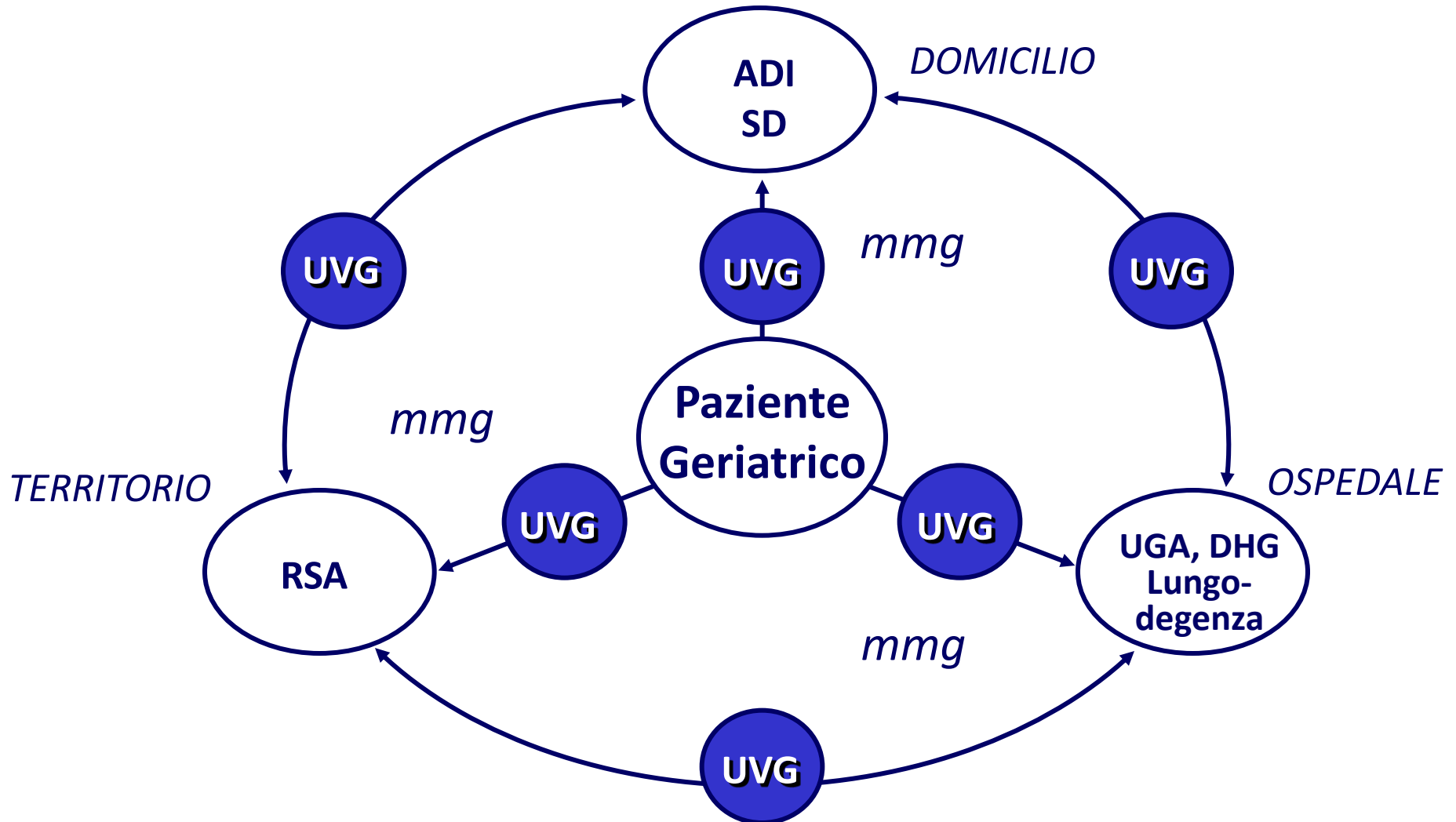
Gli atti legislativi

Nel nostro paese, sin dalla fine degli anni '80, si svolge un approfondito dibattito che ha portato all'approvazione nel 1989, da parte della *“Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano”*, di un documento in cui viene definito il nuovo modello assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci per i molteplici, complessi e mutevoli nel tempo bisogni degli anziani, che sono nel contempo sanitari e sociali.

Tale modello è fondato sulla **rete dei servizi geriatrici**, sull'**integrazione socio-sanitaria** delle competenze e sulla **continuità assistenziale** (*Senato della Repubblica. Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano. 1988–1989. X legislatura - 2 luglio 1987 - 22 aprile 1992*).

LA RETE DEI SERVIZI GERIATRICI

Il modello assistenziale (PSN-POA 1994-1996)



Il modello di assistenza continuativa dell'anziano

Gli atti legislativi

Il *“Progetto Obiettivo per la tutela della salute degli Anziani”* (POA), predisposto dal Ministero della Sanità ed approvato dal Parlamento il 30 gennaio 1992, afferma successivamente che l'assistenza geriatrica è riservata *“agli anziani non-autosufficienti, parzialmente autosufficienti ed a quelli con pluripatologia ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultra-settantacinquenni”*

Il modello di assistenza continuativa dell'anziano

Gli atti legislativi

L'importanza di attivare un sistema in grado di garantire la continuità assistenziale da realizzarsi all'interno di una rete di servizi, comprendente il medico di medicina generale (MMG), l'ospedale e le strutture distrettuali, incluso il domicilio, viene confermata dal primo "*Piano Sanitario Nazionale 1994-1996*" (Ministero della Sanità, 1994) e ripresa anche dai successivi Piani Sanitari Nazionali (1998-2000, 2003-2005, 2006-2008) (Ministero della Sanità, 1998; Ministero della Salute, 2003; 2006).

Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community

COSTI TOTALI (lire)

	Intervento	Controllo	Differenza
Ospedale	447.000.000	688.000.000	– 241.000.000
RSA	163.050.000	318.150.000	– 155.100.000
ADI	166.600.000	215.096.000	– 48.496.000
Case manager	100.000.000	-----	+ 100.000.000
Altro personale	21.344.000	19.760.000	+ 1.584.000
TOTALE	897.994.000	1.241.006.000	– 343.012.000

Bernabei et al., Br Med J, 1998

Il contributo della Geriatria italiana all'assistenza del paziente anziano

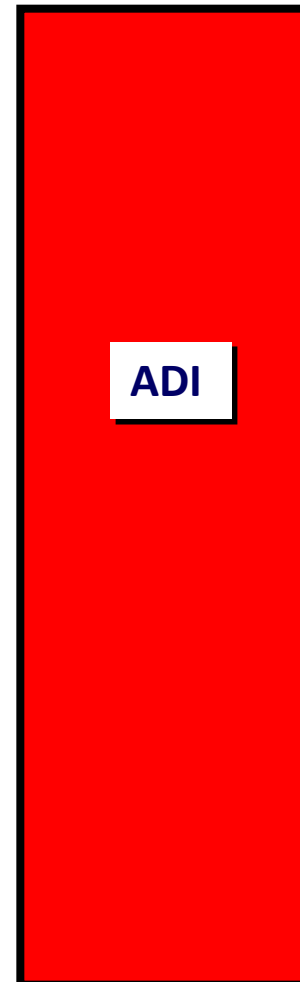
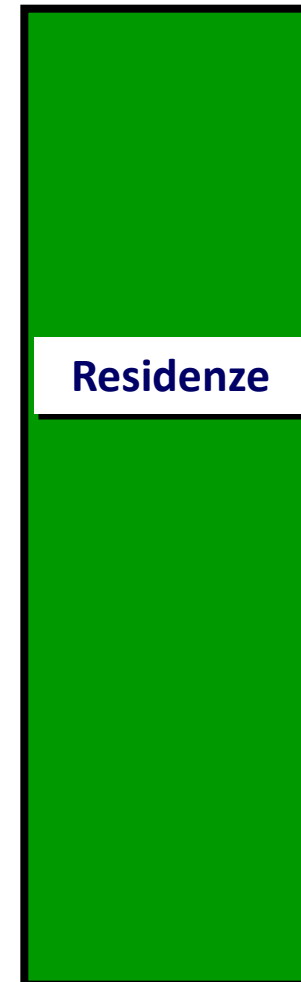
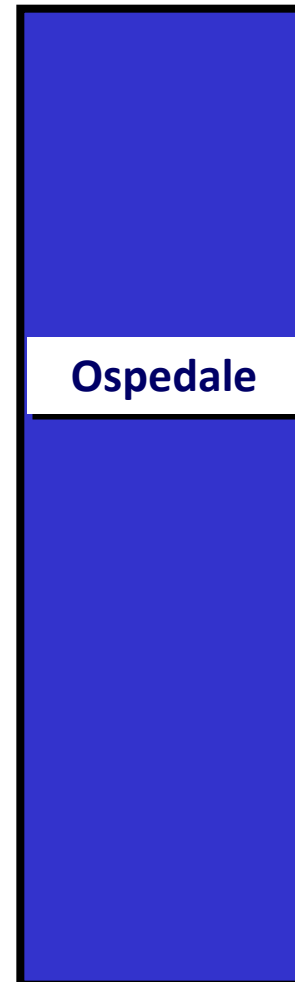
3. Elaborazione e validazione del modello assistenziale per il paziente geriatrico

Purtroppo il modello di assistenza continuativa, seppure fatto proprio da numerosi Piani Sanitari Regionali, a tutt'oggi ha avuto una realizzazione solo parziale e limitata ad alcune aree del nostro Paese, prima ancora che per le continue dichiarate ristrettezze di bilancio, per mancanza di “cultura” che porta la nostra società ad anteporre le leggi dell'economia a quelle dell'etica e della solidarietà fra generazioni.

ITALIA: paradigma del modello assistenziale più frequente

Caratteristiche

- Settori assistenziali indipendenti
- Limitata interazione fra i settori
- Differenti centri di costo
- Disparità fra i servizi
- Qualità inconsistente
- Limitata pianificazione



Analisi del problema “**dimissioni difficili**” nell’Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma

Meschi T et al., Ann Ital Med Int, 2004

N. casi in 1 anno	591
Età media (anni)	78 ± 12 (range 27-102)
DRG	
- medici	451 (76,3%)
- chirurgici	140 (23,7%)
N. deceduti in attesa dimissione	69 (11.7%)
N. trasferiti	108 (18,3%)
N. effettivo dei dimessi	414
N. casi dimessi in ritardo rispetto alla data presunta	364/414 (88%)



Ministero Università Ricerca Scientifica Tecnologica

D. M. 28 novembre 2000

Determinazione delle Classi delle Lauree specialistiche in MEDICINA E CHIRURGIA

Gazzetta Ufficiale n. 18 del 23.01.2001

CONSIDERAZIONI sugli “OBIETTIVI QUALIFICANTI”:

- 1. l’anziano è menzionato una sola volta nonostante rappresenti il 20% della popolazione e utilizzi almeno un terzo di tutte le risorse sanitarie;**
- 2. mancano specifici riferimenti alle modificazioni fisiologiche alle quali va incontro l’organismo con l’invecchiamento;**
- 3. sono omessi dagli obiettivi formativi temi quali disabilità, fragilità, le grandi sindromi geriatriche ed i relativi problemi preventivi ed assistenziali soprattutto a livello extraospedaliero e residenziale;**
- 4. non si fa specifico riferimento alla formazione gerontologico-geriatrica nonostante che nei vari Progetto Obiettivo Anziani essa venga ritenuta indispensabile per fornire al futuro medico le necessarie conoscenze per l’assistenza del paziente anziano.**

Chronic disease - The need for a new clinical education

Holman H., JAMA, 2004

“Nonostante i grandi mutamenti avvenuti nella società, le modalità di insegnamento nelle scuole mediche non si è sostanzialmente modificato dal 1910. Risultato di ciò è che sia il sistema sanitario che la formazione medica rimangono ancorate agli schemi propri delle malattie acute”.



Modello bio-psico-sociale

In Geriatria, Rubinstein: Valutazione Multidimensionale Geriatrica, Primi anni '80

Prima versione anni 80

Aggiornamento-raffinamento attorno al 2000:

individuazione di fattori biologici (familiarità), di tipo psicosociale (abusi, eventi precoci di perdita e separazione, traumi nell'accudimento) di tipo psicologico (stile cognitivo con tendenza a vedere le cose negativamente, pensieri ruminativi).

-Goldberg e Goodyer (2009) fattori "distali" (genetici, intrauterini, avversità nei primi anni di vita) che determinano la vulnerabilità che si manifesta per l'azione di fattori "prossimali" (fattori fisiologici, psicologici.)