



Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel. 055 474330 – Fax 055 461217 – sigg@sigg.it

Bollettino SIGG

Anno III

numero 5 – maggio 2006

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale	Pag.	2
Team interdisciplinare per la cura dell'anziano	"	4
Sintesi relazioni al Contempo	"	5
Summer School SIGG 2006	"	12
Programma Corso Psicologi	"	17
Notizie dai Soci: Dipartimento salute anziani Torino	"	18
Recensione Libri	"	21
Congressi e Convegni	"	22



Editoriale

Contempo 2006

Il 15 e 16 maggio si è tenuta a Roma presso il Centro Congressi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore la VII edizione di CONTEMPO in Geriatria e Gerontologia.

Il Convegno ha visto la partecipazione entusiasta di circa 30 geriatri, per lo più giovani o ancora in formazione. Il mio sforzo è stato di confezionare un programma di concreto interesse e di alto profilo scientifico. Infatti Contempo ha potuto contare su di un panel di assoluta eccellenza e di riconosciuta statura internazionale. La presenza, poi, di Richard Besdine, presidente uscente dell'American Geriatrics Society, e di sua moglie, Terry Fox Wetle, presidente uscente della Gerontological Society of America, ha concesso il sapore dell'internazionalità ed il prestigio di due delle figure più preminenti del panorama gerontologico-geriatrico nel mondo. Nonostante tutto ciò la partecipazione è stata sì entusiasta ma assolutamente modesta. Ciò dispiace, ne faccio pubblica denuncia e mi chiedo perché, tanto da mettere questo fallimento all'ordine del giorno del prossimo Consiglio Direttivo allargato!

Visto che i geriatri italiani non hanno partecipato, sfrutto (con l'aiuto di Giovanni Gambassi) questo editoriale per raccontare cosa vi siete persi...

Nelle due giornate del Convegno si sono affrontati i temi contemporanei in 4 aree maggiori: gli stili di vita, la gerontologia e la ricerca traslazionale, la valutazione geriatrica, e le aree incerte della pratica clinica.

Nella prima sessione si sono succedute le presentazioni di Antonio Golini il quale ha sfruttato i freschi dati dell'ISTAT per confermarci una volta di più che l'onda lunga dello tsunami geriatrico – i baby boomers che “crescono” – è già una realtà, e che i nostri amministratori devono poter garantire una programmazione che tenga conto di ciò prima che l'onda si abbatta sulla nostra società. Giorgio Valenti ha quindi toccato l'argomento ogni giorno di più all'onore delle cronache, l'invecchiamento ormonale, con spunti di riflessione scientifici ma anche antropologici ed etici. La prima sessione si è chiusa con l'intervento di Antonio Sgadari che ha tracciato il percorso storico che ha condotto al riconoscimento dell'attività fisica come uno tra i più potenti meccanismi “anti-aging”. Richard Besdine ha commentato da par suo offrendo la visione da una parte ottimistica del progresso compiuto, dall'altra sottolineando come questo progresso non sia andato di pari passo con l'adozione di stili di vita e comportamento, né con l'organizzazione di servizi capaci di consolidare ed amplificare questo progresso.

La seconda sessione è stata tra quelle che ha riscosso maggior successo, fors'anche per l'appassionata ed emozionata moderazione del Prof. Pierugo Carbonin. Stefano Volpato ha affrontato il tema sempre più attraente, ricco ancorché controverso del ruolo dell'infiammazione nell'invecchiamento e dell'utilità della misurazione dei markers. Giuseppe Novelli, genetista dell'Università di Tor Vergata, con una brillantezza semplice e a tratti disarmante ci ha condotto nel campo delle sindromi progeroidi lasciando capire quale incredibile ricchezza fenotipica può essere ricondotta alla mutazione del medesimo gene. In particolare, il Prof. Novelli ha ulteriormente arricchito il novero delle sindromi progeroidi da difetto del gene della lamina con la presentazione di alcuni dati originali del proprio laboratorio. Ugo Testa dell'Istituto Superiore di Sanità ha tracciato con ombre e luci il futuro delle stem cells non mancando di polemizzare con un sistema della comunicazione scientifica e con alcuni “opinion leaders” rei di accendere attorno alle staminali, speranze ancora non provate. Pasquale Abete ha chiuso la prima giornata con la disamina dei dati più recenti che associano la restrizione calorica alla longevità, non solo in modelli animali, ma anche nell'uomo.

La seconda giornata prevedeva Contempo nella Valutazione e nelle aree incerte. Dapprima hanno parlato Matteo Cesari rientrato dopo qualche anno negli USA, prima a Wake Forest, poi a



University of Florida, poi Lazzaro Repetto ed infine Giovanni Gambassi. Il Dr. Cesari ha offerto, dopo la sua concreta esperienza nel settore, lo stato dell'arte sul ruolo predittivo della funzione fisica, in particolare la mobilità degli arti inferiori, analizzando i vari tests di performance con cui valutarla e graduarla. Il Dr. Repetto dell'INRCA di Roma, ha ricordato a tutti la criticità della collimazione epidemiologica tra invecchiamento e cancro, quando, invece, la ricerca scientifica fa fatica a considerare i nostri pazienti, soggetti di cure attive e candidati ai migliori studi clinici. Giovanni Gambassi ha idealmente continuato sulla medesima traccia spostandosi sui temi delle cure palliative. Giovanni ha potuto presentare i numerosissimi dati del gruppo statunitense che coordina ed offrire la visione a tutto tondo che gli deriva dalle collaborazioni con l'Organizzazione Mondiale della Sanità. La prima sessione della seconda giornata è stata chiusa dal cammeo di Terrie Fox Wetle. Il presidente uscente della GSA, ha ascoltato attentamente le presentazioni che l'hanno preceduta ed ha preferito abbandonare la traccia preparata per affrontare a braccio il tema del continuum tra valutazione di performance fisica, diagnosi e terapia clinica, e cure palliative. Ha inoltre messo in guardia dal ritenerele mutuamente esclusive e suggerito strategie perché così non vengano percepite – spesso solo per criteri econometrici di comodo – dai nostri amministratori.

La sessione di chiusura è stata coordinata dal Prof. Niccolò Marchionni con la verve e l'insight che lo contraddistinguono. Sono stati affrontati alcuni scottanti temi della pratica clinica più controversa. Maria Caterina Silveri della Cattolica ha rimpiazzato il Prof. Trabucchi nel ruolo scomodo di proporci le ultime evidenze su MCI e la sua evoluzione verso forme di demenza conclamata. Alfredo Pontecorvi sulla questione dei distiroidismi subclinici, e Pierfrancesco Bassi sul ruolo della chirurgia nel cancro della prostata hanno offerto due esempi di come la ricerca scientifica sposti – o debba spostare - la pratica clinica, anche la più consolidata. L'ipotiroidismo subclinico è una condizione che doverosamente accertata e diagnosticata merita un trattamento anche nel paziente anziano. Allo stesso modo, il cancro della prostata non è più da considerarsi un compagno di vita degli ultimi anni, ma sempre più va affidato alle cure dei migliori chirurghi perché aspettativa e qualità di vita sono nettamente migliori. Sorprendenti i dati, poi, secondo cui anche incontinenza ed impotenza sono problemi molto meno comuni e molto meno severi dopo la chirurgia che non dopo ormono- e radioterapia. Infine, Giuseppe Zuccalà ha chiuso l'evento accompagnandoci in un campo che a tratti pare antitetico con la geriatria, ovvero la prevenzione. L'impressione è che ci abbia convinti, se ancora ce ne fosse bisogno, che il ruolo del geriatra inizia molto prima che gli individui attraversino la soglia cronologica con cui identifichiamo la vecchiaia.

Un report trasparente di CONTEMPO non può non evidenziare, ripeto, accanto ai molti aspetti positivi, elementi di riflessione critica e spunti per eventuali cambiamenti. La partecipazione deve poter divenire sempre più numerosa, qualificata e attivamente coinvolta. In questo senso la Società si adopererà per rendere più efficienti i tempi e le modalità di preparazione di questi eventi, curando in particolar modo la diffusione dell'iniziativa. Una riflessione attenta merita anche il format. A differenza delle scorse edizioni, quest'anno si è optato per una serie di presentazioni formali cui far seguire una discussione dapprima puntuale e poi più allargata. C'è bisogno di una messa a punto. Se sia più giusto recuperare il format degli anni precedenti o, invece, disegnare un evento in modo innovativo, è una decisione che il Consiglio Direttivo della Società valuterà attentamente.

Nel rinnovarVi la mia personale gratitudine a quanti, tanti, hanno contribuito a vario titolo al successo dell'iniziativa, vi ricordo i prossimi appuntamenti con la Summer School, sia quella a Nord che a Sud, i cui dettagli troverete nel Bollettino.

Roberto Bernabei



Team Interdisciplinare per la cura dell'anziano

Nell'ultimo numero del Journal of American Geriatrics Society, rivista ufficiale della Società Americana di Geriatria, è stato pubblicato un articolo speciale (*) che tratta di cura interdisciplinare per il paziente anziano con bisogni complessi, "position statement" della Società su un argomento di largo interesse per i geriatri, frutto del lavoro di un gruppo di esperti i quali, attraverso un "consensus process", hanno elaborato un documento sullo stato dell'arte dell'interdisciplinarietà. Molti dei temi trattati nel documento sono ampiamente noti ai geriatri, l'articolo è tuttavia di largo interesse perché, partendo dal razionale dell'approccio multidisciplinare basato sulla complessità dei bisogni di cura per l'anziano, indica tutte le condizioni in cui l'utilizzo di un team di cura multidisciplinare ha dimostrato un miglioramento degli outcomes nella maggior parte delle sindromi geriatriche. Vengono citati come esempi di dimostrata efficacia la prevenzione della disabilità, delle reazioni avverse da farmaci, della depressione, il miglioramento dei risultati nel trattamento dello stroke, dell'infarto del miocardio e dello scompenso cardiaco e, sul fronte dell'ospedalizzazione, la durata inferiore della degenza e minori costi di cura. A supporto della validità dell'utilizzo dell'approccio multidisciplinare vengono citati in particolare due esempi come il delirium e le cadute, sindromi ad alta morbilità e mortalità tra gli anziani. In entrambi i casi, viene ricordato nell'articolo, vi sono numerose segnalazioni in letteratura che indicano che l'approccio interdisciplinare produce una diminuzione delle complicanze ed un miglioramento della sopravvivenza, nel delirium favorendo l'idratazione, l'orientamento, la corretta gestione dei farmaci, nelle cadute utilizzando strategie mediche, riabilitative e di comportamento appropriate. Viene infine citato nell'articolo l'importanza della formazione e dell'aggiornamento del team multidisciplinare alla luce delle continue evidenze in letteratura. Di ogni aspetto trattato vengono riportati i riferimenti bibliografici internazionali. E' un articolo di piacevole ed interessante lettura per gli addetti ai lavori, non solo per chi opera in ambito ospedaliero, ma anche per il geriatra ambulatoriale e per chi si occupa di organizzazione dei servizi per il paziente anziano. La SIGG è da tempo costantemente impegnata sulla multidisciplinarietà sia dal punto di vista culturale che formativo. Il Contempo in geriatria, da poco concluso, ha confermato la validità come aggiornamento multidisciplinare geriatrico. Hanno partecipato come Docenti non solo geriatri esperti ben noti a tutti, ma anche figure illustri di altre discipline strettamente collegate alla geriatria. Abbiamo ricevuto da alcuni di loro una sintesi della relazione presentata che pubblichiamo nelle pagine successive.

I prossimi eventi SIGG, a giugno ed a luglio, saranno le Summer Schools. Pubblichiamo i nomi dei giovani selezionati per la partecipazione sia alla II edizione di S. Giovanni Rotondo che alla III edizione di Folgaria. Auspichiamo una ricaduta positiva dal punto di vista formativo per i giovani partecipanti come per le precedenti edizioni.

E' stato pubblicato in questi giorni il volume "Note pratiche di diagnosi e terapia per l'anziano" dei Proff. Carlo Vergani e Tiziano Lucchi, un testo completo ed allo stesso tempo sintetico sulle patologie dell'anziano presentate sotto forma di tabelle, schemi e figure, di facile consultazione, soprattutto per chi desidera un'informazione immediata ed aggiornata su una malattia, sul dosaggio o controindicazione di un farmaco, sulle precauzioni da tener presente nell'approccio al paziente anziano. E' un testo utilissimo non solo per i geriatri e gli specializzandi in Geriatria, ma anche per i non medici che si occupano dell'assistenza al paziente anziano.

Vincenzo Canonico

(*) Interdisciplinary Care for Older Adults with Complex Needs: American Geriatrics Society Position Statement. *Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group*. JAGS 54: 849-852, 2006.



SINTESI RELAZIONI AL “CONTEMPO IN GERIATRIA E GERONTOLOGIA”

Mild Cognitive Impairment

Invio volentieri il riassunto della mia relazione al Contempo per una serie di motivi che sono anche extrascientifici. Il primo è la gioia di vedere ancora vitale e importante questo strumento di comunicazione davvero utile tra i componenti della nostra Società. Il secondo è contribuire alla crescita di Contempo, un'idea che avevamo avuto alcuni anni fa, per offrire agli studiosi della geriatria un luogo dove poter “rileggere” attraverso l'ascolto di lezioni ad hoc le novità più recenti in ambito clinico-scientifico su alcuni argomenti significativi. Terzo motivo: farmi perdonare dagli organizzatori perché una fastidiosa indisposizione mi aveva impedito di presentare personalmente la relazione.

Il titolo stesso della relazione è esplicativo: “Contempo delle incertezze: MCI”! Al di là delle ben note classificazioni, che cosa significa sul piano biologico e clinico il Mild Cognitive Impairment? E' una definizione che racchiude al suo interno diverse tipologie di persone, ciascuna caratterizzata da diversi profili neuropatologici e quindi con diversa evoluzione rispetto alla comparsa di demenza. Il rapporto tra alterazione dei meccanismi neurologici, cognitività, perdita della funzione si esplica in molti modi diversi nel corso della vita di un individuo, perché modulato da fattori genetici, legati allo stile di vita, alla presenza di patologie concomitanti. Si potrebbe quindi affermare che MCI è una condizione di equilibrio precario, sulla quale agiscono molti fattori che possono accelerare o ritardare la comparsa di demenza. In quest'ottica nella relazione (le diapositive possono essere richieste a direzione@grg-bs.it) vengono discusse una serie di situazioni cliniche studiate come fattori di rischio o protettivi (dalle dimensioni dell'atrofia ippocampale, all'APO E, alla depressione, all'ipertensione, alla presenza di sintomatologia extrapiramidale, fino alla caratterizzazione di alcuni parametri neuropsicologici). A questo proposito è interessante analizzare l'importanza dell'alterazione delle funzioni esecutive rispetto alla perdita di memoria: è un ambito innovativo di grandi ricadute pratiche.

Tra i molti interrogativi che pone il MCI vi è anche quello terapeutico: si deve trattare o meno con i farmaci per la demenza? Sono utili altri interventi non farmacologici?

MCI è un esempio tipico di malattia geriatrica: patogenesi multifattoriale, evoluzione non definibile a priori, possibilità di ampia compromissione della funzione, difficoltà nelle scelte terapeutiche, coinvolgimento emotivo del paziente e della sua famiglia, difficoltà nella comunicazione della diagnosi... Ogni passo avanti delle conoscenze nel campo è un significativo progresso nella qualità dell'assistenza, nel solco di una geriatria che si avvantaggia e colloca in un quadro generale i progressi ottenuti in molti specifici ambiti.

Qualcuno sostiene che negli ultimi tempi la ricerca sulle demenze, e quindi anche sulle cause e sui fattori di rischio, ha subito un ridimensionamento; non si intravedono nuove concrete possibilità di terapie innovative e così si esaurirebbe la spinta verso l'identificazione di cose nuove. Non so se il trend sia in atto; è però certo che la geriatria non è una scienza influenzata dalle mode o dalla ricchezza delle disponibilità economiche. Non abbandonerà mai questi studi che appartengono alla sua storia e alla sua cultura!

Marco Trabucchi

Restrizione calorica e longevità

La restrizione calorica rappresenta il più potente intervento anti-aging: in particolare, la restrizione calorica allunga la vita dei roditori, ritarda la severità di alcune malattie età-correlate ed antagonizza le modificazioni fisiologiche età-dipendenti di diversi organi, compreso il cuore. A livello



cardiaco, infatti, la restrizione calorica riduce la desensibilizzazione beta-adrenergica e previene la riduzione età-correlata della funzione diastolica. Gli animali sottoposti a restrizione calorica sono caratterizzati da bassi livelli sierici di insulina ed il topo transgenico con assenza del recettore insulinico sul tessuto adiposo (FIRKO mouse) mostra un significativo incremento della longevità. Il meccanismo attraverso il quale la restrizione calorica esplica la sua azione anti-aging sembra essere correlata alla induzione del processo macro-autofagico, che, com'è noto, si riduce progressivamente con l'invecchiamento.

Un cenno particolare merita l'effetto della restrizione calorica nell'antagonizzare la riduzione età-correlata del preconditionamento ischemico, il più potente meccanismo di protezione endogena contro l'ischemia miocardica.

Pasquale Abete

Sessualità in andropausa: Viagra per tutti?

La funzione erettile nel maschio è un evento emodinamico che rimanda a meccanismi di controllo sia centrali che periferici.

- a) Il momento centrale si identifica nella componente ideoaffective della sessualità modulata dai neurotrasmettitori cerebrali con le vie dopaminergiche e noradrenergiche protagoniste di stimolazioni rispettivamente attivatorie e inibitorie. Tra le regioni cerebrali la amigdala svolge un ruolo fondamentale mentre a livello ipotalamico l'area medio-preottica e il nucleo paraventricolare rappresentano punti cruciali di integrazione di questi meccanismi neurochimici di controllo.
- b) A livello periferico nei corpi cavernosi il flusso vascolare è regolato dal controllo autonomo di tipo inibitorio (affidato alle vie simpatiche) e attivatorio (affidato alle vie parasimpatiche). La attivazione delle vie colinergiche che sottendono l'incremento del flusso a livello dei corpi cavernosi è regolata dai centri spinali localizzati a livello toracico e lombosacrale oltre che dagli stimoli locali periferici sia viscerali che esterni. Più nei dettagli a livello dei corpi cavernosi è il metabolismo dell'ossido nitrico (NO) a modulare i meccanismi di vasodilatazione capaci a loro volta di determinare e sostenere l'erezione. L'efficacia del NO nel promuovere il rilascio delle fibrocellule muscolari con la mediazione del messaggero GMPciclico è regolata dalla presenza di un enzima PDE5 in grado di inattivare il GMPciclico. Gli inibitori di questo enzima come è noto rappresentano i capostipiti di una famiglia di farmaci ora disponibili per essere somministrati oralmente per controllare la disfunzione erettile.

Dopo queste premesse va ricordato che il testosterone, la cui secrezione in modo età-correlato diminuisce progressivamente e lentamente a partire dalla quarta decade, svolge un ruolo importante di controllo su ambedue queste componenti. Fino a qualche tempo fa si riteneva che il controllo esclusivo per questo steroide fosse quello sul sistema nervoso centrale ove, dopo la bioconversione a estradiolo, è in grado di modulare i delicati meccanismi della neurotrasmissione centrale influenzando pesantemente la libido. Ora tuttavia si è dimostrato innanzitutto che recettori per il testosterone sono anche distribuiti nei centri del midollo spinale che controllano la innervazione autonoma e soprattutto sui corpi cavernosi. Successivamente nell'animale si è dimostrata la capacità del testosterone di regolare nei corpi cavernosi la sintesi locale di NO, la stessa attività della PDE5 e la contrattilità delle cellule muscolari. Ancora più recentemente si sono aggiunte le osservazioni nell'uomo relative alla capacità del testosterone di migliorare gli effetti degli inibitori della PDE5 in soggetti non responders.

Pur considerando che nella patogenesi della disfunzione erettile della persona anziana giocano molte altre componenti organiche vascolari e neurogene oltre che iatrogene, emerge tuttavia che il ruolo del testosterone appare determinante. Da qui la necessità di verificare con cura la presenza di una condizione di ipoandrogenismo e quindi di disporre di una strategia semeiologica in qualche modo



validata e standardizzata. Per ulteriori dettagli su questa ultima tematica si rimanda a due nostri documenti di riferimento:

- Consensus document on substitution therapy with testosterone in hypoandrogenic elderly men. Valenti G et al. Aging 14:439-464,2002
- Harmonized italian version of the Aging Male's Symptoms scale. Valenti et al. The Aging Male 8:180-183,2005

Le problematiche relative all'invecchiamento maschile stanno da qualche tempo ricevendo sempre maggiore attenzione sia in termini di promozione culturale che di iniziative farmacologiche di supporto. Può essere utile ricordare che una nuova Società Scientifica Internazionale che cura gli aspetti dell'Aging Male è sorta da circa dieci anni e che una sezione Italiana è stata recentemente fondata e ufficialmente affiliata a quella internazionale. Per ulteriori informazioni si consiglia di visitare il sito www.issamitalia.it. A passo veloce l'uomo sta recuperando la...parità nei confronti dell'altro sesso ove i problemi del climaterio hanno ricevuto un'attenzione complessiva di vecchia data e prolungata nel tempo.

Giorgio Valenti

Quando operare una neoplasia della prostata

Con il termine di prostatectomia radicale si identifica l'intervento chirurgico che prevede l'asportazione in blocco di prostata e vescicole seminali e la successiva anastomosi vescico-uretrale. Può essere preceduta da una linfadenectomia pelvica i cui limiti di dissezione sono dati dal margine mediale dell'arteria iliaca esterna lateralmente, dalla parete vescicale medialmente, dalla biforcazione dell'arteria iliaca comune cranialmente e dalla fossa dell'otturatorio inferiormente.

1. Complicanze e sequele

La prostatectomia radicale è considerata un intervento di chirurgia maggiore e come tale non scevro da complicanze. Il tasso di mortalità perioperatoria è intorno all'1% mentre la mortalità operatoria è inferiore allo 0,2%.

Le complicanze dell'intervento di prostatectomia radicale si possono suddividere in tre gruppi:

- Intraoperatorie
- Postoperatorie precoci (fino a 30 giorni dopo l'intervento chirurgico)
- Postoperatorie tardive (dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico).

Globalmente la frequenza di tali complicanze varia dal 7,5% al 18,5%.

L'emorragia intraoperatoria si verifica in meno del 10% dei casi e la quantità di sangue perso non supera in media i 500-800 ml. La perforazione della parete rettale viene riportata nello 0,1-0,2% dei casi, mentre le lesioni ureterali hanno un'incidenza variabile dallo 0,1 all'1%. Tra le complicanze postoperatorie precoci vanno segnalate quelle tromboemboliche (0,7-2,6%), quelle cardiovascolari (0,4-1,4%), le infezioni della ferita (0,9-1,3%), la linforrea e/o linfocele (0,6-2%). La stenosi dell'anastomosi vescico-uretrale viene riportata in una percentuale variabile tra lo 0,6 e il 10% dei casi. L'incidenza storica dell'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale varia dal 2,5 al 47% dei casi in relazione alla definizione di incontinenza utilizzata. Alcuni Autori infatti parlano di incontinenza anche in caso di minima incontinenza da stress; altri considerano solo l'incontinenza totale. Nelle casistiche recenti, l'incidenza dell'incontinenza totale varia dallo 0 al 12,5%.

Per ciò che riguarda il problema dell'impotenza, esiste in letteratura una notevole variabilità dei dati riguardanti il recupero della potenza dopo intervento di prostatectomia radicale. Vengono riportate percentuali variabili dal 10 al 75% dopo chirurgia nerve-sparing mono o bilaterale.



2.Indicazioni

Le indicazioni alla prostatectomia radicale sono condizionate da considerazioni relative all'aspettativa di vita, che fanno riferimento a loro volta alle condizioni generali e all'età del paziente e agli aspetti clinici e anatomo-patologici della neoplasia.

Peraltro l'efficacia della terapia chirurgica non è stata finora dimostrata se non attraverso studi di tipo osservazionale. In una recente survey del Registro SEER negli USA Lu-Yao e coll. hanno confrontato le curve di sopravvivenza dei pazienti trattati con chirurgia radicale o con radioterapia esterna, ovvero inizialmente sottoposti a 'watchful waiting' e a trattamento differito a progressione di malattia. Questi Autori hanno dimostrato che sostanzialmente non esistevano differenze nelle percentuali di sopravvivenza cancro correlata nei pazienti con tumori ben differenziati. Nei pazienti con tumori mediamente differenziati e soprattutto in quelli con tumori scarsamente differenziati si evidenziava un vantaggio a favore di quelli sottoposti a trattamento immediato e in particolare di quelli sottoposti a chirurgia. Pur considerando i 'bias' sistemici di questo tipo di confronti indiretti, lo studio di Lu-Yao sembrerebbe suggerire l'indicazione ai trattamenti locoregionali, in particolar modo al trattamento chirurgico, per i pazienti con tumori meno differenziati e con maggiore speranza di vita (Livello di evidenza III B).

Peraltro l'unico studio che ha confrontato in maniera prospettica la prostatectomia radicale con il 'watchful waiting', non ha dimostrato un sicuro vantaggio in termini di sopravvivenza a favore dei pazienti trattati con chirurgia, anche se il rischio di morire per cancro della prostata in questi pazienti era significativamente inferiore che nei pazienti assegnati al 'watchful waiting' (Livello di evidenza II A).

Questo studio soltanto in apparenza contraddice quanto emerso dagli studi osservazionali di Lu-Yao. Infatti l'effetto sulla mortalità cancro specifica sembrerebbe comunque avvalorare la possibile efficacia della terapia chirurgica nei pazienti affetti da malattia più evolutiva e in quelli più giovani con una più lunga aspettanza di vita.

Età - Aspettativa di vita

Non esistono limiti rigidi di età per essere sottoposti a prostatectomia radicale. Infatti con la tendenza all'aumento dell'età media della popolazione generale, il limite dei 75 anni è soggetto ad essere talora superato. Di certo, un'aspettativa di vita di 10 anni o più viene comunemente considerata una condizione congrua e indispensabile per candidare un paziente a questo intervento.

Indicazioni in funzione dello stadio clinico

La finalità della prostatectomia radicale è l'eradicazione del tumore ritenuto localmente confinato alla ghiandola prostatica. Questo trattamento viene infatti classicamente riservato a pazienti con neoplasie in stadio T1-T2; tuttavia sono necessarie alcune precisazioni sulle indicazioni all'intervento, in funzione dello stadio, del grado di differenziazione e dei livelli basali di PSA.

Stadio T1a-T1b

I tumori in stadio T1a non trattati progrediscono nel 5% dei casi a 5 anni e nel 50% circa dopo 10-13 anni; per tale motivo, nei pazienti con un'attesa di vita di almeno 15 anni il rischio di progressione è reale, specialmente nel caso di neoplasie ad alto grado.

I tumori in stadio T1b invece, mostrano progressione di malattia a 5 anni nella maggior parte dei casi. La prostatectomia radicale viene quindi generalmente proposta per neoplasie in stadio T1b e in quelle T1a scarsamente differenziate, in pazienti con un'aspettativa di vita di almeno 10 anni (Livello di evidenza III B).

Stadio T1c

I tumori diagnosticati per il riscontro casuale di un PSA elevato (nell'84% dei casi associato alla presenza di tumore) risultano essere per lo più patologicamente significativi: quelli non significativi



non supererebbero infatti il 16% dei casi. Il trattamento chirurgico radicale appare l'opzione di scelta in questo stadio, anche se, in alcuni casi selezionati, un follow-up attento potrebbe essere un approccio ragionevole (Livello di evidenza III B).

Stadio T2

Il 35-55% dei tumori in stadio T2a e il 70% di quelli in stadio T2b non trattati progredisce a 5 anni. La prognosi dopo prostatectomia radicale è buona in questo stadio, anche per i tumori poco differenziati (Livello di evidenza III B).

N.B.1: Indipendentemente dallo stadio e dall'età, la terapia chirurgica è indicata soprattutto nei pazienti con livelli basali di PSA = 10 ng/ml. Livelli superiori implicano infatti un rischio consistente di penetrazione della capsula prostatica (=75%), infiltrazione delle vescicole seminali (=25%) e di margini positivi dopo chirurgia (=40%), indipendentemente dalla categoria T di partenza (fatta eccezione per i T1b diagnosticati in pazienti affetti da grossi adenomi). L'indicazione alla prostatectomia radicale in questi casi andrà valutata tenendo conto, caso per caso, del livello attuale di PSA, delle preferenze del paziente e della possibilità di definire meglio lo stadio di malattia mediante l'uso di moderne metodiche di indagine come la RMN con bobina transrettale o phased array.

N.B.2: Un approccio di vigile attesa è stato proposto anche per i tumori T2a ben differenziati con bassi livelli di PSA (< 10 ng/ml). Va comunque tenuto conto che la valutazione preoperatoria del grading eseguito su biopsia è spesso poco affidabile.

Stadio T3

Il ruolo della prostatectomia radicale nel trattamento delle neoplasie in stadio clinico T3 è più controverso per la maggiore possibilità di morbidità e di recidiva locale, dopo questo intervento.

Il suo utilizzo è sostanzialmente scoraggiato, sebbene manchino studi randomizzati che evidenzino una superiorità della radioterapia nei confronti della terapia chirurgica. Inoltre, bisogna considerare che una quota non trascurabile, circa il 15% delle neoplasie in stadio T3, risulta sovrastadiata e che anche pazienti con neoplasie in stadio pT3a possono giovare di un trattamento chirurgico radicale.

Il problema è quindi quello di selezionare preoperatoriamente i pazienti senza coinvolgimento linfonodale o delle vescicole seminali, che potrebbero giovare del trattamento chirurgico. Anche in questo caso potrebbero essere utili i nomogrammi basati, oltre che sullo stadio clinico, sul punteggio di Gleason e sul livello basale di PSA. Infatti, è stato riportato che pazienti con neoplasie in stadio T3 ma con PSA iniziale inferiore a 10 ng/ml hanno una sopravvivenza libera da malattia a 5 anni maggiore del 60% (Livello di evidenza II C).

Malattia linfonodale

Il tumore della prostata con coinvolgimento linfonodale non rappresenta usualmente un'indicazione alla prostatectomia radicale, anche se l'incidenza di progressione tumorale è più bassa, in caso di invasione microscopica di un numero ridotto di linfonodi (Livello di evidenza III B).

PierFrancesco Bassi

L'oncologia geriatrica: realtà e prospettive future

Attualmente in Italia si registrano circa 270.000 nuovi casi/anno di tumore, di cui 165.000 (61%) in soggetti di 65+ anni. In particolare 90.000 casi, il 33% del totale, in soggetti di età compresa tra 65-74 anni e 75.000 (28%) in soggetti di età 75+ (dati ISTAT).

Nell'anziano è necessario effettuare una valutazione della tolleranza al trattamento, e del beneficio atteso, specie, quando si tratta di terapie a scopo adiuvante, prima di intraprendere un



trattamento oncologico. L'uso della Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) o *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*, in oncologia trova la sua più efficace indicazione nel riconoscimento e nella gestione del soggetto con problematiche correlate all'età o "fragile". Il paziente fragile rappresenta il 15-30% della popolazione oncologica di 65-84 anni. L'anziano fragile è ad alto rischio di disabilità ed è quindi il candidato ideale per interventi preventivi; necessita di un trattamento intensivo in caso di condizioni mediche acute; è ad elevato rischio di sviluppare tossicità, complicanze ed effetti collaterali e pertanto richiede particolari attenzioni quando trattamenti farmacologici o chirurgici aggressivi devono essere somministrati.

L'informazione sulla farmacologia antitumorale è molto limitata dopo l'età di 75 anni e praticamente inesistente dopo gli 80 anni. La scelta dei farmaci chemioterapici e delle dosi nel paziente anziano oncologico deve oggi essere fatta sulla base di criteri farmacologici.

Commento: sarebbe utile l'inserimento nel programma di casi clinici da discutere collegialmente.

Lazzaro Repetto

La misurazione dei markers infiammatori: quando, cosa e che farcene

Negli ultimi 15 anni la ricerca gerontologica e geriatrica ha focalizzato con crescente interesse la sua attenzione sul significato dei meccanismi infiammatori nella patogenesi dei processi d'invecchiamento e delle malattie ad esso correlate. I dati più recenti e significativi della letteratura suggeriscono che le principali citochine pro-infiammatorie, tra le quali TNF α , IL-6 e IL-1 β , sono associate e, in alcuni casi, predicono lo sviluppo, di molte sindromi geriatriche. La relazione presentata a Contempo ha discusso il ruolo dell'infiammazione su argomenti di grande attualità gerontologico-geriatrica: lo sviluppo della disabilità e del declino funzionale, la patogenesi dell'anemia da malattie croniche e infiammatorie e la sindrome da fragilità. Sono state sottolineate le più recenti teorie sulla integrazione e relazione funzionale tra il sistema infiammatorio ed altri sistemi biologici coinvolti nella regolazione e nel mantenimento dell'equilibrio omeostatico (es. sistemi ormonali, sistema antiossidante). Sono stati illustrati i principali studi epidemiologici e clinici che hanno recentemente dimostrato l'esistenza di una relazione indipendente tra citochine infiammatorie e marcatori d'infiammazione e sviluppo di disabilità fisica (BADL e disabilità di movimento) e declino funzionale misurato con i test di performance fisica. A questo proposito sono stati illustrati alcuni esempi di interazione funzionale tra citochine infiammatorie (IL-6) e ormoni anabolizzanti (IGF-1). Per quanto riguarda il ruolo dell'infiammazione nella patogenesi dell'anemia da malattie croniche sono stati commentati alcuni recenti risultati dello studio InChianti che hanno dimostrato come l'anemia associata all'infiammazione sembrerebbe evolvere da uno stato pre-anemico, caratterizzato da elevati livelli di markers infiammatori associati a un incremento compensatorio dei livelli plasmatici di eritropoietina, ad uno stato di anemia clinicamente manifesta in cui i livelli di eritropoietina non sono più sufficienti a compensare l'effetto inibitorio delle citochine pro-infiammatorie. È stato poi discusso il ruolo di IL-6 come modulatore della sintesi di epcidina, una proteina di sintesi epatica implicata nella regolazione dell'assorbimento del ferro a livello intestinale e nell'accumulo di ferro a livello del sistema reticolo-endoteliale, che si osserva in corso di stati infiammatori sia acuti che cronici. Per quanto riguarda la sindrome da fragilità è stato evidenziato come ad oggi pochi studi abbiano valutato in modo specifico il ruolo dell'infiammazione e che i dati finora pubblicati siano piuttosto controversi.

Da questo punto di vista, l'elucidazione del ruolo dell'infiammazione nella patogenesi della sindrome da fragilità rappresenta una priorità per ricerche future.

L'ultima parte della relazione è stata focalizzata sui determinanti dello stato pro-infiammatorio nel soggetto anziano. Sono stati presentati e discussi i risultati dello studio InChianti sulla relazione tra



età ed elevazione dei marcatori d'inflammatione in cui è stato dimostrato come, nel soggetto anziano, buona parte della variabilità dei marcatori d'inflammatione (ed in particolare IL-6, PCR, IL-18, IL-1RA, fibrinogeno), sia attribuibile, almeno in parte, alla presenza di fattori di rischio cardiovascolare, malattia cardiovascolare subclinica e alla comorbilità, e non esclusivamente all'età di per sé. Infine stato descritto anche la relazione tra stato ormonale (testosterone), attività fisica, stato antiossidante e dieta.

Per approfondire:

1. Morley JE et al. Cytokine-related aging process J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004 Sep; 59 (9):M924-9.
2. Ferrucci L et al. The origins of age-related proinflammatory state. Blood. 2005 Mar 15; 105 (6): 2294-9

Stefano Volpato



SUMMER SCHOOL SIGG 2006 - II edizione

“GOOD PRACTICES IN GERIATRICS”

San Giovanni Rotondo, 25-29 giugno 2006

Casa Sollievo della Sofferenza

ELENCO PARTECIPANTI

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Arru Alessandra Rita | Sassari |
| 2. Bologna Carolina | Caserta |
| 3. Boncinelli Marta | Firenze |
| 4. Brucato Virna | Palermo |
| 5. De Candia Dorotea | Molfetta (BA) |
| 6. De Colle Paolo | Trieste |
| 7. Di Pasquale Francesca | Casandrino (NA) |
| 8. Filippi Alessandra | Sassari |
| 9. Gagliardi Gaetano | Rutigliano (BA) |
| 10. Giorgi Raffaella | Ancona |
| 11. Giunta Anna | Castellana Sicula (PA) |
| 12. Grilli Annalisa | Jesi |
| 13. Grimaldi William | Oggiono (LC) |
| 14. Manciole Gustavo | Perugia |
| 15. Marchese Giovanni | Palermo |
| 16. Morichi Valeria | Ancona |
| 17. Mucci Luciano | Vasto (CH) |
| 18. Nicoletti Alberto | Bari |
| 19. Pulcina Mariangela | Ploaghe (SS) |
| 20. Riccio Daniela | Cagliari |
| 21. Salvi Fabio | Osimo (AN) |
| 22. Torpilliesi Tiziana | Casalpusterlengo (LO) |



PROGRAMMA

Domenica 25 giugno 2006

17.00 Registrazione dei Corsisti

18.00 Saluto e introduzione al Corso

Letture **L'impiego dei farmaci nell'anziano tra rischi e benefici**
P.U. Carbonin (Roma)

Lunedì 26 giugno 2006

"I FARMACI E L'ANZIANO: ISTRUZIONI PER L'USO"

Letture

09.00 **Aspetti di farmacologia clinica nell'anziano**

M. Tonini (Pavia)

10.00 **Aspetti di farmaco-epidemiologia nell'anziano**

G. Onder (Roma)

11.00 **Reazioni avverse ai farmaci nell'anziano: le strategie di prevenzione**

A. Pilotto (San Giovanni Rotondo)

12.00 Discussione

12.30 Pausa

I farmaci nell'anziano: il problema delle interazioni farmacologiche

14.30 Discussione casi clinici a piccoli gruppi

16.30 Discussione plenaria

17.30 Conclusioni

Martedì 27 giugno 2006

"I PROBLEMI GASTROINTESTINALI DELL'ANZIANO"

Letture

09.00 **Il trattamento delle emorragie digestive nell'anziano**

A. Andriulli (San Giovanni Rotondo)

10.00 **Inquadramento diagnostico-terapeutico delle diarree nell'anziano**

V. Annese (San Giovanni Rotondo)

11.00 **Il trattamento della stipsi e incontinenza nell'anziano**

G. Spinzi (Como)

12.00 Discussione

12.30 Pausa



L'uso razionale degli strumenti diagnostici nell'anziano

- 14.30 Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con tutors
- 16.30 Discussione plenaria
- 17.30 Conclusioni

Mercoledì 28 giugno 2006

“LA RIABILITAZIONE NEL PAZIENTE ANZIANO”

Lecture

- 09.00 **I fattori determinanti la riabilitazione del paziente geriatrico**
D. Intiso (San Giovanni Rotondo)
- 10.00 **Comorbidità e outcome riabilitativo nel paziente geriatrico**
G. Bellelli (Cremona)
- 11.00 **Protocolli riabilitativi e trattamento personalizzato nel paziente geriatrico**
B. Bernardini (Genova)
- 12.00 Discussione
- 12.30 Pausa

La valutazione multidimensionale e le disabilità dell'anziano

- 14.30 *Esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con tutors*
- 16.30 Discussione plenaria
- 17.30 Conclusioni

Giovedì 29 giugno 2006

“IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO”

Lecture

- 09.00 **Inquadramento diagnostico della depressione nell'anziano**
A. Bianchetti (Brescia)
- 10.00 **Comorbidità e depressione nell'anziano**
N. Marchionni (Firenze)
- 11.00 **Il trattamento farmacologico della depressione dell'anziano**
P. Scapicchio (Roma)
- 12.00 Discussione
- 13.00 Conclusioni

TUTORS

Leandro Cascavilla
Piero D'Ambrosio
Marilisa Franceschi
Alessandra Mangia
Valeria Niro
Giuseppe Orsitto

Francesco Paris
Gino Paziienza
Giovanni Pepe
Giuliana Placentino
Carlo Scarcelli
Massimo Villella



SUMMER SCHOOL SIGG 2006 - III edizione
“I FONDAMENTI DELLA GERIATRIA”
Folgoria (Tn), 2 – 6 luglio 2006

ELENCO PARTECIPANTI

1. Angelini Annapina	Bologna
2. Arma Paola	Macerata
3. Badini Ilaria	Modena
4. Barbato Barbara	Padova
5. Bedetta Samuele	Civitanova Marche (MC)
6. Bellavia Massimo	Palermo
7. Bianchini Cinzia	Narni (Tr)
8. Caddeo Giuseppina	Cagliari
9. Catananti Chiara	Roma
10. Cavalieri Margherita	Ferrara
11. Costa Gabriella	Montebelluna (TV)
12. Dozio Maresa Rossella	Pavia
13. Giovannini Silvia	Fabriano (An)
14. Maltese Giuseppe	Messina
15. Mammarella Federica	Roma
16. Marinozzi Maria Laura	Senigallia (AN)
17. Morandi Alessandro	Brescia
18. Naldi Tamara Alma	Torino
19. Orini Stefania	Travagliato (BS)
20. Palmas Manuela	Pirri (CA)
21. Pastore Agostino	Pellezzano (SA)
22. Pozzi Claudia	Firenze
23. Quaranta Emma	Bacoli (NA)
24. Santini Silvia	Ancona
25. Sioulis Fotini	Ferrara
26. Tedde Patrizia	Sassari



- | | |
|-------------------------|----------|
| 27. Tosoni Paolo | Verona |
| 28. Tulliani Alessandro | Trieste |
| 29. Zaru Cristina | Cagliari |

PROGRAMMA

Domenica 2 luglio 2006

Ore 18,00

R. Bernabei:
"Introduzione al Corso"

Lunedì 3 luglio 2006

Ore 9,00

EPIDEMIOLOGIA GERIATRICA

S. Volpato (Ferrara):
"Principi di epidemiologia geriatrica: la specificità nell'analisi e nella interpretazione dei dati"

Ore 14,00

M. Di Bari (Firenze):
"Farmaco-epidemiologia geriatrica: trial clinici e studi osservazionali"

Martedì 4 luglio 2006

Ore 9,00

BPCO NELL'ANZIANO

R. Antonelli Incalzi (Roma):
 "Fase 1: terapia della BPCO in fase di stabilità
 Fase 2: terapia della BPCO in fase di riattivazione"

Ore 14,00

M. Calabrò (Montebelluna - Treviso):
"Affaticamento muscolare e BPCO"

Mercoledì 5 luglio 2006

Ore 9,00

IL DIABETE NELL'ANZIANO

E. Mannucci (Firenze):
"Meccanismi fisiopatologici peculiari e determinanti prognostici"

Ore 14,00

G. Paolisso (Napoli):
"Principi di trattamento, alla luce delle linee-guida europee sul diabete nell'anziano"

Giovedì 6 luglio 2006

Ore 9,00

MODELLI ASSISTENZIALI INTEGRATI

A. Cester (Dolo - Venezia):
"Il Dipartimento di Geriatria"

Ore 14,00

G. Zuccalà (Roma):
"L'anziano fratturato: quale approccio chirurgico?"

C. Barillaro (Roma):
"L'unità ortogeriatrica"

Ore 17,00

Chiusura del Corso



51° Congresso Nazionale SIGG

2° Corso per Psicologi

INVECCHIARE NEL TERZO MILLENNIO: VISSUTI E PSICOPATOLOGIA

Firenze, Palazzo degli Affari, 1-2 dicembre 2006

PROGRAMMA PROVVISORIO

1 dicembre 2006

ore 15.00-18.30

«LA RICERCA DELL'ETERNA GIOVINEZZA TRA FARMACI E NUOVE TECNOLOGIE»

Estetica-cosmetica in vecchiaia: storie di narcisismo patologico alle soglie del terzo millennio
Paola Beffa Negrini (Milano) - Dalia Colombo (Milano)

I farmaci e la rivoluzione sessuale nella terza età
Alberto Caputo (Milano)

L'anziano e le nuove tecnologie (televisione interattiva, internet): realtà virtuale e interazione con il mondo reale
(in via di definizione)

2 dicembre 2006

ore 9.00-12.30

«LE "RIVOLUZIONI" NELLA TERZA ETÀ»

Il divenire e il riformarsi delle relazioni nell'ultima fase della vita: vecchie e nuove convivenze, compagni e badanti
(in via di definizione)

Religiosità e conversioni nella terza età
Arrigo Bigi (Firenze)

Psicopatologia dell'invecchiamento: l'esordio tardivo di comportamenti criminali
Stefano Berrettini (Montelupo) - Silvia Cecchi (Firenze)

Ore 15.00-18.30

«INVECCHIAMENTO E DISAGIO PSICOLOGICO»

Il vissuto psicologico nel decadimento cognitivo: gruppi di conversazione con pazienti dementi
Pietro Vigorelli (Milano)

La richiesta di colloqui psicologici e di psicoanalisi nella terza età
Guido Gori (Firenze)

Il divenire dei legami fraterni nell'invecchiamento
Laura Mori (Firenze)



Notizie dai Soci

Il Prof. Gianfranco Salvioli ci ha inviato il documento seguente



Regolamento del Dipartimento Salute Anziani – DSA A.S.L. 3 – TORINO

ART. 1 – Strutture aggregate nel Dipartimento

Il Dipartimento Salute Anziani - DSA dell'ASL 3 è una struttura organizzativa aziendale che aggrega Unità Operative per il miglioramento dell'attività dal punto di vista dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità.

Il Dipartimento Salute Anziani - DSA è costituito dall'aggregazione funzionale transmurale tra:

- U.O.a. Geriatria
- U.O.a. Assistenza Sanitaria Territoriale

Le U.O.a. concorrono principalmente nella attività connessa alla Continuità di Cura ed alla Integrazione Socio-Sanitaria riguardanti la popolazione anziana e le malattie croniche.

ART. 2 – Attività del Dipartimento

Il Dipartimento è costituito da strutture funzionalmente integrate per perseguire la comune finalità di coordinare ed uniformare gli interventi in ambito geriatrico e di cronicità dell'azienda con i seguenti obiettivi.

- Informazione (interna ed esterna)
- Piani di formazione, aggiornamento, ricerca e didattica.
- Impostazione e coordinamento degli interventi di prevenzione primaria e secondaria
- Coordinamento ed organizzazione delle attività di assistenza ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera e presso altre strutture di degenza, anche coinvolgendo gli altri Dipartimenti, i Distretti, i medici di Medicina Generale e le Circoscrizioni Comunali.
- Razionalizzazione e sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale ospedale – territorio
- Gestione del piano annuale di attività e dell'utilizzazione delle risorse assegnate
- Raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici
- Coordinamento, organizzazione e gestione delle attività di assistenza ed amministrative connesse alle risorse economiche assegnate
- Valutazione e verifica della qualità delle attività, dell'assistenza e del servizio fornito
- Utilizzazione ottimale dei posti letto, degli spazi assistenziali e ambulatoriali, del personale e delle apparecchiature
- Studio, applicazione, verifica di protocolli, per omogeneizzare le procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature
- Studio e applicazione di sistemi integrati di gestione.

ART. 3 – Il Direttore di Dipartimento

L'incarico di Direttore del Dipartimento ha durata quinquennale, è soggetto a verifica ed è rinnovabile.



Il Direttore del Dipartimento è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale. Nell'ambito degli indirizzi del Comitato di Dipartimento, egli rappresenta la coesione clinica e organizzativa dei programmi concordati con i direttori delle strutture afferenti al

dipartimento. Ha funzioni di negoziazione e di rappresentanza per tutte le esigenze organizzative e gestionali del dipartimento. Predisporre annualmente il piano delle attività.

Il Direttore di Dipartimento coordina e/o gestisce aspetti specifici in base agli obiettivi assegnati per l'adeguamento dell'offerta al bisogno reale e alle risorse disponibili.

Il Direttore di Dipartimento è responsabile del raggiungimento degli obiettivi individuati e discussi con la Direzione Generale.

In particolare compete al Direttore di Dipartimento:

- Predisporre la proposta di piano di attività annuale dipartimentale
- Discutere con la Direzione generale il budget
- Assicurare il funzionamento organizzativo del dipartimento
- Promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, sui piani di ricerca, di studio e di didattica
- Rappresentare il Dipartimento nei rapporti esterni al Dipartimento stesso.

ART. 4 – Il Comitato di dipartimento

Il Comitato di Dipartimento è composto da:

- a) Il Direttore di Dipartimento
- b) I Direttori delle U.O.a. che afferiscono al Dipartimento
- c) i Responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale
- d) Il Responsabile Infermieristico di Dipartimento (RID)

Partecipano alle sedute:

- 2 Medici di Medicina Generale (uno per Distretto)
- 1 Medico Specialista Ambulatoriale in Geriatria
 - l'individuazione dei componenti di cui ai due punti precedenti è effettuata dai competenti Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali
- i Responsabili di strutture semplici delle U.O.a. afferenti al Dipartimento
- i Responsabili di strutture semplici o complesse, non appartenenti al Dipartimento, individuati dal Comitato stesso
 - il Coordinatore Infermieristico dell'U.O.a. Geriatria
 - i Coordinatori Infermieristici dei Distretti
 - i Responsabili di Progetto, i Rappresentanti di Enti, Associazioni, categorie professionali che interagiscono con il Dipartimento, individuati dal Comitato stesso.

Il Comitato di dipartimento elabora proposte in ordine a:

- a) modelli organizzativi del dipartimento
- b) programmazione annuale delle attività dipartimentali con l'elaborazione degli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno
- c) promozione del razionale utilizzo del personale assegnato al dipartimento nell'ottica della integrazione dipartimentale
- d) programmazione della gestione delle risorse sia umane che economiche assegnate al dipartimento
- e) valutazione dei fabbisogni di risorse di personale e strumentali, con definizione delle priorità



- f) gestione del budget assegnato al dipartimento
- g) definizione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità del servizio
- h) piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programmazione e coordinamento delle attività didattiche

il Comitato di dipartimento inoltre:

- i) esprime il parere sulla proposta di istituzione di strutture semplici
- j) valuta e propone al Direttore generale, tramite il Direttore di dipartimento l'eventuale inserimento di altre strutture nel dipartimento
- k) propone al direttore generale una rosa di nominativi per la nomina a Direttore di Dipartimento, che di norma coincide con i Direttori delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento
- l) valuta ogni altro argomento sottopostogli dal Direttore di Dipartimento o dai Dirigenti delle strutture che lo costituiscono in relazione a problemi od eventi di particolare importanza.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce su convocazione del Direttore di Dipartimento.



Recensione Libri

Carlo Vergani, Tiziano Lucchi

Note pratiche di diagnosi e terapia per l'anziano

Pagine 216, illustrazioni: 70

Masson 2006

Questo volume, aggiornato ai più recenti dati della letteratura internazionale, ha una valenza estremamente pratica ed è organizzato per patologie/problemi clinici (circa 30). Per ognuno di essi sono trattati, in modo schematico e sintetico, tutti gli elementi utili per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento appropriato e indicate le peculiarità dell'anziano (presentazione della patologia, problemi di multipatologia, interazioni farmacologiche). I testi sono strutturati in gran parte in forma di schema o tabella, andando direttamente al "nocciolo" delle questioni trattate e dando per acquisite le nozioni di base che non hanno una connotazione pratica.



CONGRESSI/CONVEGNI

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
U.O.C. CURE GERIATRICHE TERRITORIALI
I PROGRESSI NELLA LUNGASSISTENZA AGLI ANZIANI

Modena 10 Giugno 2006

Segreteria Organizzativa: Centro di Valutazione e Ricerca Gerontologica
Tel. 059 436067- Fax 059 242908 - e-mail belloi.luciano@unimore.it

GRUPPO GERIATRICO GENOVESE
LESIONI DA PRESSIONE: L'INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE

Genova 30 maggio-6 giugno 2006

Segreteria Organizzativa: GGG Genova
Tel 010255107; cell.3477255197 o cell.3477569654 - e-mail: claiya@libero.it -
ivan.santoro@fastwebnet.it

**AFFECTIVE, BEHAVIORAL AND COGNITIVE DISORDERS IN THE ELDERLY
ABCDE**

Bologna 15-17 giugno 2006

Segreteria Scientifica: ABCDE Tel: 339 6316166 Fax: 051 63 62262
Segreteria Organizzativa: G&G International Congress Roma
Tel: 06 519511 - Fax: 06 5033071
e-mail: congressi@gegcongressi.com - www.gegcongressi.com

ASL NA2 DISTRETTO 58 UNITÀ OPERATIVA ASSISTENZA ANZIANI
**INCONTRO CON I FAMILIARI, I CAREGIVERS E BADANTI
DEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA**

Giugliano (Napoli) 17 giugno 2006

Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Patrizia Bruno, Rita Gragnaniello
tel: 081/3340126 fax:081/3340114 - e-mail: bruno.patrizia@virgilio.it

SOCIETÀ ITALIANA DI URODINAMICA
**CORSO MONOTEMATICO: DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO
PELVICO IN ETÀ GERIATRICA**

Trieste 7-8 luglio 2006

Segreteria Organizzativa: The Office Trieste
Tel. 040 368343 Fax 040 368808 - e-mail: urologia@theoffice.it - www.theoffice.it/siud2006

4TH CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY

Ginevra 23-26 Agosto 2006

MCI Suisse SA Ginevra
Phone +41(0)22 33 99 586 Fax +41(0)22 33 99 631
www.eugms2006.org - e-mail eugms2006@mci-group.com

BRITISH SOCIETY OF GERONTOLOGY 35TH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
THE AGEING JIGSAW: INTERDISCIPLINARY APPROACHES TO OLD AGE

University of Wales, Bangor 7th-9th September 2006

<http://www.bangor.ac.uk/csprd/bsg2006.html>



**ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA
FOURTH ANNUAL MEETING ON BRAIN AGING AND DEMENTIA.
FROM SUCCESSFUL AGING TO SEVERE DEMENTIA**

Perugia 14-16 settembre 2006

Segreteria Scientifica: Patrizia Mecocci

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 519511 - Fax 065033071 -

congressi@gegcongressi.com - www.gegcongressi.com

5TH EUROPEAN CONGRESS OF BIOGERONTOLOGY

Istanbul 16-20 Settembre 2006

President: Serif Akman Tel: +90 312 304 3306 Fax: +90 312 304 3300

email: sakman@gata.edu.tr - www.biogerontology2006.org

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI ID MILANO
CONGRESSO "IL FUTURO DEGLI ANZIANI"**

Milano 27-28 ottobre 2006

Segreteria scientifica: Prof. Carlo Vergani

Tel. 02 50320709 - Fax 02 50320712

e-mail: carlo.vergani@unimi.it

Segreteria organizzativa

EFFETTI Tel. 02 3343281 - Fax 02 38006761

e-mail: futuroanziani2006@effetti.it

<http://www.makevent.it>

**SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
51° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**

Firenze 29 novembre-3 dicembre 2006

7° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING

Firenze 30 novembre-2 dicembre 2006

5° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA

Firenze 30 novembre-1 dicembre 2006

2° CORSO PER PSICOLOGI

Firenze 1-2 dicembre 2006

1° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI

Firenze 30 novembre-1 dicembre 2006

Segreteria Scientifica: SIGG - Via G.C. Vanini 5 - 50129 Firenze

Tel.055 474330 - Fax 055 461217 - e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it

Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: info@zeroseicongressi.it



GRUPPO ITALIANO MULTIDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLA SINCOPE
3° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

Firenze 22-24 Marzo 2007

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex Bologna

Tel. 051 7457070 Fax 051 7457071

e-mail info.sincope2007@adriacongrex.it - www.adriacongrex.it

THE IAHSa 7TH INTERNATIONAL CONFERENCE
**THE GLOBAL AGEING NETWORK: LEADING CHANGE, SHARING INNOVATION,
ENHANCING LIFE**

St. Julian's, Malta 18 -20 June 2007

iahsa@aahsa.org - <http://www.iahsa.net/>

VIth EUROPEAN CONGRESS of GERONTOLOGY

Saint Petersburg, Russia July 5 - 8, 2007

Organizing Secretariat

St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

3, Dynamo Prospect, 197110 St. Petersburg, Russia

e-mail: congress2007@gerontology.ru - www.gerontology.ru/congress2007