



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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

Bollettino SIGG

Anno III

numero 9 – settembre 2006

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	pag.	2
La geriatria ed i mass media	"	4
Il futuro del pianeta: troppi nonni per pochi nipoti	"	5
Vecchi sempre in gamba o poveri pensionati?	"	12
Ma a sessant'anni siamo giovani o vecchi?	"	14
Lettera al Presidente sul tema "Eutanasia"	"	16
Permessi per chi assiste i disabili	"	17
Notizie dai Soci	"	19
Appunti dal 4° Congresso EUGMS	"	20
Recensione Libri	"	22
Congressi e Convegni	"	23



Editoriale

Italia, il Paese più vecchio del mondo è ancora sprovvisto di un modello assistenziale per l'anziano fragile

Il Ssn nasce nel 1978 con la legge 833 fortemente dipendente dall'impianto del primo Ssn del mondo, quello inglese nato nel 1947. Gli inglesi già allora avevano previsto una specifica organizzazione con servizi dedicati all'anziano. Il centro di questa organizzazione era l'ospedale di distretto dotato di un dipartimento di geriatria in stretta sinergia con la riabilitazione. La sinergia era tale che una palestra per le terapie riabilitative era prevista adiacente al reparto. Il dipartimento di geriatria era poi voluto in collegamento col territorio e cioè con una serie di figure professionali ("general practitioner" e diverse strutture residenziali). Il "primario" ospedaliero di geriatria partecipava (e partecipa) al lavoro del territorio e alle riunioni dove medici, infermieri, terapisti della riabilitazione e assistenti sociali discutevano i casi assistiti. Tutto ciò non è stato inserito nella 833 e da lì si deve partire per descrivere il mestiere di geriatra oggi in Italia, il Paese più vecchio del mondo.

Non aver identificato uno schema assistenziale che prevedesse strutture e un'organizzazione per gli over 65 è stato un errore nato dal ritenere che il duopolio ospedale-medico di medicina generale, su cui si fonda il nostro Ssn, avesse le capacità di gestire tutta l'assistenza. E' invece nato o addirittura esploso un nuovo malato su cui il duopolio va in affanno: il cosiddetto anziano fragile, paziente caratterizzato da età molto avanzata (sopra i 75 anni) con comorbilità in polifarmacoterapia, e con diversi problemi (compromissione funzione fisica e/o cognitiva, incontinenza, anemia, osteoporosi, rischio di cadute, umore depresso, problematiche socio-economiche ecc.). Sono alcuni milioni e sono appunto ingestibili dal solo duopolio ospedale-Mmg.

Negli anni si è cercato di aggiustare il tiro con Progetti obiettivo dei Piani sanitari nazionali che, a partire dalla fine degli anni '80, hanno indicato la necessità di costituire una rete di servizi per l'anziano centrati nel territorio. Territorio che si sarebbe dovuto dotare dell'assistenza domiciliare integrata (Adi) e delle nuove strutture residenziali, le Rsa, per sostituire ospizi, case di riposo e quant'altro era nato per i non autosufficienti. Nella Finanziaria 1988 erano addirittura previsti i fondi, 20mila miliardi al tempo per costruire 140mila posti letto di Rsa. Non se ne sono costruite più di 20-30mila e sono istituzionalizzati in Rsa o simili intorno al 2% degli over 65. Nessun Paese Ue (tranne Spagna e Grecia) si permette di essere sotto il 6%. E questo può essere anche considerato un bene che certifica la presenza vigile della famiglia (definito da qualcuno la più grande Asl italiana per l'assistenza agli anziani). Ma se si verificano i numeri dell'Adi il quadro si fa, invece, drammatico. In Italia sono degni di Adi solo l'1-2% degli over 65 contro il 7% della R. Ceca, l'8% della Francia, l'imbarazzante 20% di Regno Unito, Danimarca, Svezia e Norvegia. Qualcosa quindi non va soprattutto se poi si confrontano i dati nelle Regioni: non c'è nessuna correlazione tra numero di anziani e servizi dedicati nelle Regioni e nessun rapporto tra posti letto in ospedale per acuti e servizi territoriali (Rsa e Adi). Tutto a caso, tutti a inventare la propria ruota o il proprio sistema di assistenza, addirittura Asl per Asl.

Quello che preoccupa infine, è la scomparsa dall'ultimo Psn del Progetto obiettivo anziani che dava un'indicazione alle Regioni sulla necessità di avere una rete di servizi a fronte dei numeri bassi e "random" dei servizi per gli anziani, si va verso un federalismo sanitario degno di incostituzionalità per possibili disparità di trattamento a seconda della Regione! E questo ritardo si evince definitivamente dai numeri di posti nella scuola di specializzazione in geriatria: 132 quelli del 2006 contro i 205 della



pediatria. Nel Paese più vecchio del mondo col record della più bassa fertilità, quindi dove non ci sono bambini.

In tutto ciò il geriatra sta vivendo un momento di riconoscimento da parte dei cittadini e dei colleghi medici. Si è capito che ha maturato le capacità culturali e gestionali per affrontare le caratteristiche del nuovo malato, il fragile. Cosa che le altre specialità non hanno potuto fare perché concentrate sulla singola problematica e non sulla complessità della fragilità come tocca al geriatra. E', ad esempio, significativo che diagnosi e trattamento nel tempo dell'Alzheimer siano sempre più affidati al geriatra rispetto a qualche anno fa quando solo i neurologi si occupavano di demenza. I geriatri non fanno in tempo a uscire dalla scuola di specializzazione che vengono inseriti nel mondo del lavoro perché le strutture hanno bisogno di loro visto l'aumento esponenziale della fragilità degli anziani. La valutazione multidimensionale geriatrica (Vmd) è "tecnologia" riconosciuta per affrontare le problematiche poste dalla complessità della fragilità e della comorbilità che l'accompagna. I geriatri sono educati a questa metodologia di lavoro e preparati a questa sfida, il Paese deve ripensarsi nella sua organizzazione sanitaria e non solo sanitaria se vuole tramutare l'invecchiamento in risorsa e non in decadenza.

Roberto Bernabei



La geriatria ed i mass media

In quest'ultimo mese abbiamo assistito nei mass media ad una frequente presenza di argomenti legati alla geriatria, all'assistenza agli anziani e più in generale ai problemi legati all'invecchiamento. Ritengo sempre utile per una branca come la nostra, che si parli di tali argomenti non solo negli ambienti scientifici e tra gli addetti ai lavori ma anche attraverso la stampa o in rubriche di larga diffusione o in trasmissioni televisive. In questo numero riportiamo alcuni articoli pubblicati recentemente che affrontano diverse tematiche. Il Prof. Bernabei ha scritto l'editoriale sul "modello assistenziale per l'anziano fragile" nell'ambito di un'indagine condotta sulle problematiche delle specializzazioni in medicina con i responsabili delle più rappresentative società scientifiche. Ogni Presidente nell'inchiesta ha sottolineato i pro ed i contro della propria specializzazione, la difficoltà per il SSN di adeguarsi al progresso scientifico e tecnologico, le proposte per un maggiore sviluppo ed adeguamento alle esigenze assistenziali e sociali. Il nostro Presidente ha sinteticamente illustrato i problemi più rilevanti della nostra branca, con una serie di numeri e di dati di confronto con realtà di maggiore o minore sviluppo rispetto a quella italiana, mettendo in luce tutti gli aspetti significativi della diffusione della cultura geriatrica. Chiunque voglia intervenire sui temi dell'editoriale può farlo liberamente, presenteremo eventuali commenti nei numeri successivi. Sempre sul tema invecchiamento il Prof. Diczfalusy, del Karolinska Institute di Stoccolma ha tenuto una lettura all'Università Cattolica a Roma, trascritta e pubblicata nei giorni scorsi sul Sole 24 Ore Sanità. Il testo è ricco di dati, da molti geriatri conosciuti e di cui si è parlato in tante occasioni, ma i numeri di confronto sulla rivoluzione demografica in corso nei diversi continenti, le problematiche di salute e previdenza da riformare, il messaggio ai medici ed ai ricercatori insieme a tante altre notizie e richiami di etica, rendono il testo di piacevole lettura con numerosi spunti di riflessione. Gli articoli successivi pubblicati su La Repubblica ed il Mattino trattano di età pensionabile e di necessità di rivedere la legge sul pensionamento per le note esigenze demografiche e previdenziali. E' un argomento attualissimo per gli aspetti demografici, economici e sociali, più volte affrontato dai diversi governi in questi anni, di difficile soluzione a causa delle diversità di vedute tra partiti, sindacati e forse troppi "addetti ai lavori". Come recente nota di "attualità giornalistica" segnaliamo la notizia, riportata dai maggiori quotidiani nazionali, del video appello al Capo dello Stato del paziente affetto da distrofia muscolare in fase terminale, che desidererebbe un'eutanasia programmata rispetto ad una condizione di allettamento con respiratore automatico, alimentazione artificiale e perdita delle funzioni elementari. La risposta del Presidente Napolitano è stata immediata, ha sollecitato il parlamento ad occuparsi del problema accanimento terapeutico, abbandono terapeutico, testamento biologico ed a discutere alcuni disegni di legge fermi da tempo in Commissione sanità. I temi suddetti riguardano anche la geriatria ed i geriatri, ne abbiamo discusso nei numeri precedenti del Bollettino, su proposta del Prof. Trabucchi che ha aperto un forum specifico ed ha inviato una lettera al Presidente che riportiamo. Segnalo inoltre l'inserimento nel sito della SIGG dei documenti conclusivi del gruppo di lavoro se "La cura nella fase terminale della vita" che ha affrontato i tanti problemi di ordine etico, medico, psicologico e sociale dei pazienti in fase terminale. Tra tanti argomenti importanti e delicati fa sorridere la notizia segnalata da Antonio Guaita del geriatra che accompagna in concerto cantanti non più giovani, lo erano negli anni sessanta, ma che continuano a suonare con notevole successo. Ce ne sono tanti in giro, molti anche in Italia. Si aprono nuovi scenari per i geriatri, soprattutto per gli appassionati di musica?

Vincenzo Canonico



Il futuro del pianeta: troppi nonni per pochi nipoti

Il Conte Axel Oxenstierna (1583-1654) scrisse che: “A cinquant’anni cominci a stancarti del mondo e a sessanta il mondo comincia a stancarsi di te”, se così è che mai avverrà a 75 anni? Beh, avviene che tu scopra, come Trotsky, che la vecchiaia è la più inattesa di tutte le cose che possano capitare a un uomo. Allora ti rendi conto perfettamente di ciò che Sofocle scrisse e cioè che “nessuno ama la vita come colui che invecchia”.

Bene e allora cosa succede a 85 anni? Secondo una visione pessimistica, “quando un uomo è giovane scrive canzoni, crescendo si esprime per proverbi e invecchiando predica pessimismo” (Proverbio orientale).

Lasciatemi dire con enfasi che io non sono né pessimista né ottimista: sono semplicemente confuso. Perché confuso? Il motivo è che ogni giorno affronti una realtà a tre differenti livelli, scientifico, economico e politico. Se questi coincidessero allora il progresso potrebbe essere incredibilmente rapido. Se ciò non avviene allora prevale la realtà politica anche se è totalmente irrazionale. Aristotele dice che “l’uomo è ... un animale politico”. E’ per questo che io sono confuso. Tuttavia al giorno d’oggi è di moda essere confusi e da qualche parte ho letto che “se la realtà dei tempi moderni non ti ha confuso le idee vuol dire che sei male informato”. Così nella mia tarda maturità ho compreso meglio ciò che il poeta Joseph Brodsky scrisse nel 1993 “At certain periods of history it is only poetry that is capable, of dealing with reality”. In determinati periodi storici, solo la poesia è in grado di confrontarsi con la realtà.

Le nuove realtà. Il vero problema che noi abbiamo quando cerchiamo di affrontare le realtà odierne è che i cambiamenti nel mondo che ci circonda aumentano in magnitudine e in velocità, ma la nostra percezione di questi cambiamenti non sempre riesce a mantenere il passo. Pertanto in ultima analisi tutti noi siamo prigionieri delle nostre percezioni, mentre guardiamo le ombre delle nuove realtà sulle mura della caverna di Platone (Platone /alias Aristotele; 428-348 BC/: Dialoghi; Parmenides, Theaitetos, Politea-etc./). Lo scienziato indonesiano Prof. Soedjatmako, primo presidente dell’Università delle Nazioni Unite di Tokio ha identificato magistralmente la sfida fondamentale delle nuove realtà: “Come possiamo affrontare dei problemi per la cui soluzione non troviamo analogie nei vecchi modelli spesso pietrificati dalla saggezza?”

Io credo che l’umanità si trova di fronte ad una sfida fondamentale: in un mondo nel quale si presume che la conoscenza tecnica e scientifica raddoppi ogni sette anni, il classico sistema di valori della nostra società basato sulla tradizione storica, sull’identità della comunità e sui dogmi religiosi non riesce ad assimilare alcune nuove realtà odierne. Così la storia contemporanea mi dà l’impressione di un mare in tempesta dove il fragile battello della razionalità è continuamente insidiato dai marosi della passione, delle emozioni e del fanatismo religioso (fondamentalismo)

Tempora mutantur. Quest’anno la popolazione del globo ha raggiunto i 6 miliardi e mezzo. Nel 1950 era solo di 2 miliardi e mezzo e le proiezioni delle Nazioni Unite ci dicono che nel 2050 supererà i 9 miliardi. Nel 1950 gli abitanti dell’Europa erano oltre il doppio di quelli dell’Africa. Oggi ci sono molti più abitanti in Africa che in Europa e si prevede che nell’anno 2050, la popolazione dell’Africa raggiungerà un numero tre volte superiore a quello dell’Europa, dove la popolazione – esattamente come succede in Italia – continua a declinare significativamente. I cultori della “Geopolitica” possono forse trarre conclusioni interessanti da queste cifre.

Gli over 65			
Nazioni	% sul totale		
	1950	2005	2050
Italia	8,3	18,2	36
Giappone	4,9	17,2	35,9
Spagna	7,3	16,7	34,1
Germania	9,7	16,4	28,4
Francia	11,4	16,6	27,1
Cina	4,5	6,8	23,6
Gran Bretagna	10,7	16	23,2
Usa	8,3	12,3	20,6

Fonte: United Nations, 2004

La classifica per Paesi degli over 80			
Nazioni	% sul totale		
	1950	2005	2050
Giappone	0,4	4,8	15,3
Italia	1,1	5,1	15,2
Spagna	1	4,1	12,3
Germania	1	4,4	12,2
Francia	1,7	4,7	10,9
Regno Unito	1,5	4,4	8,8
Usa	1,1	3,6	7,3

Fonte: United Nations, 2004

Popolazione tra 0 e 14 anni			
Regione	% sul totale		
	1950	2005	2050
Mondo	34,5	28,2	20,2
Africa	42	41,5	28,7
Asia	36,5	27,8	18,3
Europa	26,2	15,9	15
Italia	26,3	14	13,1

Fonte: United Nations, 2004

Gli over 80 per area geografica			
Regione	% sul totale		
	1950	2005	2050
Mondo	0,5	1,3	4,3
Africa	0,3	0,4	1
Asia	0,3	1	4,5
Europa	1,1	3,5	9,6
Italia	1,1	5,1	15,2

Fonte: United Nations, 2004

L'aspettativa di vita per sesso				
Regione	2005		2050	
	Uomo	Donna	Uomo	Donna
Mondo	64,3	68,7	72,8	77,5
Africa	43,3	50,6	63,8	67,0
Asia	66,8	70,8	75,0	79,5
Europa	70,2	78,4	77,5	83,6
Italia	77,5	83,6	82,2	88,1

Fonte: United Nations, 2004

Numero persone tra 15 e 64 anni		
Regione	>sessantacinquenne	
	2002	2050
Mondo	9	4
Africa	17	9
Asia	11	4
Europa	4	2
Italia	4	1

Fonte: United Nations, 2004



La rivoluzione demografica degli anziani. Le proiezioni delle Nazioni Unite rivelano anche che da oggi all'anno 2050, complessivamente la fascia degli ultrasessantenni si triplicherà e in Africa addirittura si quintuplicherà. Dato che "l'umanità non riesce a sopportare una dose troppo forte di realtà" (T.S. Eliot: *Burnt Norton*, 1935), la gente preferisce ignorare queste proiezioni e prova a dubitare della loro validità, trincerandosi dietro frasi del tipo: Come possono prevedere ciò che accadrà nel 2050 quando non sappiamo ciò che avverrà domani? E' ragionevole pensare che ogni proiezione sia dubbia, ma alcune di esse sono meno dubbie di altre. In realtà però, la proiezione di due miliardi di persone anziane di oltre 60 anni nel 2050 è già una realtà oggi. E' tra noi: sono gli adolescenti e i giovani di oggi. Durante il secolo trascorso l'età pensionabile in numerosi paesi è rimasta ferma a 65 anni. I Paesi che oggi hanno la più alta percentuale di ultra-sessantacinquenni sono l'Italia, il Giappone e la Spagna: nel 2050 in questi Paesi la percentuale arriverà a superare un terzo della popolazione totale. Tuttavia la fascia di popolazione di gran lunga in maggior aumento è quella degli ottantenni e oltre. Tra le diverse aree geografiche oggi la loro proporzione è più alta in Europa (3,5%); in Italia poi è la più alta del mondo (5.1%). Le proiezioni delle Nazioni Unite per il 2050 ci dicono che gli ottuagenari supereranno il 4% della popolazione mondiale, che saranno più del 9% in Europa e in Italia addirittura più del 15%.

Così oggi la maggior proporzione di super-anziani (80 anni e oltre) si trova in Italia, seguita dal Giappone e Francia: si prevede che nel 2050 la più alta sarà in Giappone e in Italia, seguita da Spagna e Germania.

Il rapporto tra i due sessi nella popolazione anziana assume importanza nel programmare i servizi assistenziali; nella fascia dei sessantenni ci sono 68 uomini per 100 donne in Europa e in Italia 74 per 100. Tra gli ottantenni e oltre ci sono un po' meno di 50 uomini per 100 donne, sia in Europa che in Italia, mentre in tutto il mondo vi sono 53 uomini per 100 donne.

Negli ultimi 50 anni l'aspettativa di vita ha avuto un incremento spettacolare e drammatico che non accenna a fermarsi. Nel 2050 si prevede che crescerà nel mondo fino a circa 73 anni per gli uomini e più di 77 per le donne. In Europa l'attesa di vita raggiungerà più di 77 anni per gli uomini e più di 83 per le donne, mentre le proiezioni riferite all'Italia sono sempre intorno all'anno 2050, di oltre 82 anni per gli uomini e più di 88 per le donne. A questo proposito un convegno di Leaders Africani concludeva già vent'anni fa che "La longevità è stata il nostro sogno per millenni; e ora che l'abbiamo raggiunta, potremo permettercela?" (Tulanian 57: No 1, 1986).

Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione. Il genere umano cresce e invecchia rapidamente, come è indicato fra l'altro dall'età mediana. Di che si tratta? La "mediana" è una linea immaginaria che divide la popolazione in due parti esattamente uguali; quelli più giovani e quelli più anziani dell'età mediana. Nel 1950 questa linea mediana passava nel mondo al di sotto di 24 anni e al di sotto di 30 in Europa compresa l'Italia. Oggi è di 28 anni nel mondo, 39 in Europa e 42 in Italia e la proiezione delle Nazioni Unite riferita al 2050 si attesta intorno ai 38 anni nel mondo, a più di 47 in Europa e più di 52 in Italia.

In previsione di questi cambiamenti è facile dire che si rendono necessarie riforme istituzionali dato che la maggior parte delle nostre istituzioni si occupa di una struttura demografica che non è più attuale. Esempi di tali istituzioni sono: la previdenza sociale, il Servizio sanitario pubblico, il sistema degli alloggi, quello dell'educazione, e persino il concetto di Stato nazionale che è diventato troppo piccolo per affrontare grandi questioni ma anche troppo grande per quelle piccole. Nel suo rapporto



intitolato “Our Common Future” (1987) la Commissione mondiale su ambiente e sviluppo sottolineava che “le forme tradizionali di sovranità nazionale sono sottoposte a sfide continue a causa dell’interdipendenza tra realtà ecologiche e interdipendenza economica”.

Un’altra conseguenza dei cambiamenti nella struttura della popolazione è la modifica del cosiddetto “rapporto di sostegno potenziale” e cioè il numero di persone in età lavorativa (tra i 15 e 64 anni) paragonato a quello delle persone in pensione (65 anni e oltre). Oggi al mondo ci sono 9 persone in età lavorativa per ogni pensionato. In Europa e in Italia questo rapporto è di 4. Si prevede che nel 2050 il rapporto nel mondo scenderà a 4, in Europa a 2 e in Italia soltanto ad 1, quindi nell’Italia del futuro per ogni persona in età lavorativa ci sarà una persona pensionata, che verosimilmente avrà bisogno di qualche tipo di assistenza. Come si potrà sostenere questa situazione? Chi vivrà, vedrà.

Troppo pochi nipoti: quo vadimus? Tuttavia la situazione più critica che le generazioni future dovranno affrontare è quella relativa ai bambini di domani. Nel 1950 un terzo della popolazione era formata da bambini di età compresa tra 0 e 14 anni. Queste percentuali in Europa e in Italia erano del 26%. Oggi nel mondo questo rapporto è del 28%, ma in Europa è meno del 16% e in Italia solo del 14%. Le proiezioni al 2050 dicono che nel mondo i bambini rappresenteranno solo il 20%, in Europa il 15% ed in Italia solo il 13%. Ciò vuol dire che in Italia ci saranno più ottuagenari che bambini. Troppi nonni per troppo pochi nipoti.....

Dietro queste cifre c’è lo straordinario e rapido declino del tasso di fertilità. Perché il livello di una popolazione si mantenga costante (il cosiddetto *replacement level*) è necessario che ogni donna abbia 2,1 bambini come avveniva nel 1965 anche in Europa. Tuttavia soltanto 10 anni dopo nel 1975, la fertilità in Europa e in Italia era scesa al di sotto di questo limite, fino a raggiungere nel 1995 valori rispettivamente di 1,4 e 1,2.

Mai prima d’ora nella storia dell’umanità i tassi di mortalità erano scesi a livelli così bassi, così rapidamente e in maniera così sostenuta in tutto il mondo. Le implicazioni -nel bene e nel male- non ci sono ancora chiare. Però certo, che se questo trend di bassa fertilità si dovesse mantenere a lungo, ne risulterebbe un sostanzioso declino della popolazione del pianeta.

Frequentemente mi accorgo che, ossessionata dall’imperativo della mente umana per le analogie e le generalizzazioni, l’umanità è alla febbrile ricerca di soluzioni sempre più semplici per problemi sempre più complessi. Questo semplicistico punto di vista ci indurrebbe a pensare che la contraccezione sia responsabile di questo improvviso declino della fertilità. In realtà, la contraccezione è il mezzo, ma non la causa. Molteplici fattori sono responsabili per questa fertilità eccezionalmente bassa e cioè: l’aumento di autonomia femminile, l’incremento dell’educazione femminile, la partecipazione delle donne alla forza lavoro, le modalità di formazione delle coppie, l’aumento dell’instabilità delle unioni e i cambiamenti ideologici sul nuovo ruolo delle donne nella società e nella famiglia.

Ci sono poi altri ingredienti tipici di questa rivoluzione demografica come l’aumento dell’attesa di vita, l’uso della contraccezione, l’urbanizzazione e l’aumento di densità di popolazione in molte aree, l’eliminazione dell’analfabetismo e alcuni fondamentali cambiamenti strutturali della società. Ancora altri ingredienti sono l’atomizzazione sociale e il femminismo, i benefici pensionistici collettivi il nomadismo globalizzato le perdite della maggioranza da parte dei giovani e la sindrome da “fine lavoro” che comprende la disoccupazione a vita.

L’ampiezza delle modificazioni sociali che si sono verificate in Italia è perfettamente illustrata nei dati pubblicati dal professor Antonio Golini dell’Università “La Sapienza” di Roma. Tra le coorti di donne italiane nate nel 1946 e 1966 rispettivamente, la percentuale di quelle che hanno scelto di non



creare una coppia aumenta dal 30 al 60% e per gli uomini da 24 al 44% (Golini A: Popol Bull 1999:40/41; 247-265). Immaginate che tipo di vita avranno queste persone quando diventeranno molto anziane.

L'eguaglianza dei sessi e il futuro della famiglia. Siamo tutti convinti che l'eguaglianza dei sessi rappresenti la più grande rivoluzione della nostra epoca, ed io sono convinto che sia un fatto definitivo e stabile: il processo è irreversibile e permea ogni aspetto della vita moderna; quello che non sappiamo ancora se ci sarà da pagare un prezzo in termini di ridotta qualità di vita per la famiglia.

C'è un rimedio a tutto ciò? Credo di sì: bisogna re-inventare la famiglia. Mentre non è eticamente possibile diminuire il numero degli anziani (sebbene io sospetti che qualche "simpatica" persona possa prendere in considerazione una moderna versione di Toigetos per i super-anziani), è ancora possibile creare e sostenere una società "amica dei bambini" e pro-natalista. I bambini del 2050 non sono ancora nati. Il loro numero grande o piccolo potrà dipendere da come l'attuale generazione considera la famiglia.

Il nostro comune futuro e la scienza. Nel considerare il nostro comune futuro vorrei condividere con voi alcune riflessioni sulla scienza. Usiamola come uno strumento "ancillare". A suo tempo nelle dispute teologiche lo strumento utilizzato era definito "ancilla theologiae" in aggiunta al suo classico uso nello sviluppo di armi sempre più letali "ancilla belli". Oggi si usa prevalentemente la "ancilla pecuniae", uno strumento che produce denaro, "a money making instrument", ma l'ancilla da usare dovrebbe essere e, spero, sarà la "ancilla humanitatis" uno strumento finalizzato a migliorare la condizione umana.

Quali sono i problemi legati alla nostra scienza? Ne vedo almeno tre. Uno è stato formulato circa 500 anni fa da François Rabelais (Gargantua, Père de Pantagruel, 1534): "La scienza senza coscienza può divenire la rovina dello spirito dell'umanità" e nel secolo scorso gli esempi del cattivo uso e dell'abuso della scienza sono stati numerosi (ahimé, fin troppi) e ancora oggi non sembrano destinati a finire. Il secondo problema è dovuto alla discrepanza crescente tra progresso scientifico ed etica. Come disse Martin Luther King "I mezzi che ci servono per vivere hanno superato di gran lunga le ragioni per cui viviamo. La potenza della nostra scienza ha distanziato la nostra forza spirituale. Abbiamo missili tele-guidati e uomini male guidati" (Strength to Love, Ch. 7. 1963).

Il terzo problema e forse il più grande, quello che impegnerà le generazioni dei futuri ricercatori, quello che ho chiamato "la sfida più grande di tutte". C'è una sfida sovrumana all'orizzonte delle future generazioni di ricercatori: convincere più di 5 miliardi di donne e uomini che la fede fanatica, il fondamentalismo, e l'oscurantismo non miglioreranno la qualità della loro vita né quella dei loro figli e nipoti. Solo la scienza ha dato prova di poter ottenere questo risultato. Pensate che sia una sfida impossibile? No, assolutamente no; ma potrebbe rivelarsi una sfida altrettanto titanica della ricerca, un "brave new world", nello spazio cosmico. Viene da domandarsi, ma quale è il problema fondamentale? Forse il fatto che la mente umana è come un paracadute: funziona solo quando è aperto...

Al tempo stesso, io sono convinto che in fin dei conti la "natura umana" non è un destino: può essere modificata con il tempo e con le circostanze. E allora cosa dovrebbero fare le nuove generazioni di ricercatori? Seguire il consiglio di uno dei migliori economisti del XX secolo, John Maynard Keynes (1883-1946): "Mettete in moto le forze capaci di cambiare le opinioni, l'istruzione e l'immaginazione". I mezzi per ottenere questo sono il trionfo della verità. Lo smascheramento delle illusioni, l'eliminazione dell'odio, l'ampliamento dell'istruzione e l'apertura dei cuori".



La dignità umana, la scienza e la carità. Il più grande compositore ungherese, Bela Bartók disse una volta: “E se mai volessi farmi il segno della croce, direi: nel nome della Natura, della Scienza e dell’Arte”. Se mi è permesso di parafrasare Bartók, il messaggio per i miei giovani colleghi potrebbe essere nel nome della Dignità Umana, della Scienza e della Carità. Voi siete i più importanti custodi della dignità dei vostri pazienti e questa dignità è sempre più minacciata dal materialismo senza limite e dal capitalismo senza pietà dei nostri giorni “moderni”.

Io non ho la competenza per valutare la correttezza delle correnti di pensiero oggi prevalenti nella filosofia economica contemporanea e dubito molto che vi siano molti in grado di farlo.

Al tempo stesso potrebbe essere utile riflettere su due considerazioni fatte da Keynes, uno dei giganti delle teorie economiche moderne. All’inizio degli anni trenta, 75 anni fa, scrisse nel suo *Essays in Persuasion* (1931) “Quando l’accumulo delle ricchezze non avrà più un grande valore sociale, vi saranno enormi cambiamenti nel codice morale. Allora dovremo avere la forza di scrollarci di dosso i tanti principi pseudo-morali che ci hanno appesantito per duecento anni e attraverso i quali abbiamo finito con l’esaltare alcune delle peggiori qualità umane trasformandole in posizioni di grandi “virtù”. Due anni dopo, nel 1933, egli ebbe a dire, secondo quanto riferito 40 anni dopo dal *New York Times* (April 27, 1975): “Il Capitalismo...non è intelligente, non è bello, non è giusto, non è virtuoso e non è in grado di ottenere veri risultati”.

Queste affermazioni di Keynes sottolineano e rafforzano l’importanza della vostra missione che è rivolta a proteggere la dignità umana e a elargire “charitas” (e cioè amore) a tutti i vostri pazienti. Cari colleghi nessun altro settore della società può farlo altrettanto bene. L’organizzazione mondiale della Sanità ha ripetutamente sottolineato che “lo scopo ultimo di ogni sviluppo sono la dignità e il benessere degli uomini, di cui la salute è un ingrediente essenziale” (Who 1994).

Un nuovo Rinascimento. Io però, cari amici, credo che voi dobbiate andare oltre ed effettuare un vero “quantum leap” nel tentativo di migliorare la condizione umana. Dopo la caduta della Dinastia T’ang gli artisti cinesi si ritirarono sui monti per scoprire nella natura quell’ordine morale che mancava nel mondo degli uomini. E noi dove dovremmo ritirarci? In questo mondo globalizzato e turbato non esiste alcun posto dove ritirarsi, il vostro posto è qui ora; è qui e adesso che tante persone sofferenti hanno bisogno estremo del vostro conforto. Cos’è allora che dovete fare?... Iniziare un nuovo Rinascimento!

In una lettera J.E. Switzer (1962) Albert Einstein scrisse che “lo sviluppo della scienza occidentale è basato su due grandi conquiste: l’invenzione di un sistema logico formale (la geometria euclidea) da parte dei filosofi greci e la scoperta della possibilità di trovare un rapporto causale attraverso la ripetizione degli esperimenti (il Rinascimento)”. In verità, la medicina sperimentale è stata inventata qui, nell’Italia del Rinascimento, proprio come la prima scuola di medicina fu realizzata qui in Italia nel XII secolo a Salerno. E io credo che sia venuto il momento di iniziare-sì, qui in Italia- un Nuovo Rinascimento nel campo dei valori umani fondamentali!

La saggezza dell’umiltà e della speranza. Il mio poeta preferito T.S. Eliot scrisse nel 1940: “L’unica saggezza che speriamo di acquisire è quella dell’umiltà; l’umiltà è infinita” (East Coker- Four quarte). Mentre non mi sento in disaccordo con lui, ritengo tuttavia che ci sia un altro elemento che possiamo aggiungere: “La saggezza infinita della speranza”. Cari amici, non abbandonate mai la speranza; vi prego di cogliere ogni occasione per infondere sempre più speranza nelle giovani generazioni: ne hanno tanto bisogno! I giovani hanno bisogno di ogni tipo di speranza! Come disse Epitteto (50-133 A.D., vide *The Encheiridion*, Ca 110°.D.): “Una nave non può essere tenuta da una



sola ancora, né la vita da una sola speranza”. Cari amici vi auguro, sors bona e ogni bene; vi auguro che possiate star bene e in buona salute; vi auguro soprattutto: “Fate il bene e fatelo bene!”

Prof. Egon Diczfalusy
Professore emerito al Karolinska Institute Stoccolma

Il Sole 24 Ore Sanità n. 34 settembre 2006



Vecchi sempre in gamba o poveri pensionati?

Sui quotidiani di questi giorni si legge che nei tira e molla riservati sulla Finanziaria i sindacati sarebbero riusciti a strappare al governo la rinuncia a qualsiasi accenno sull'aumento dell'età pensionabile. Se così fosse una volta ancora l'irrazionalità più smaccata avrebbe avuto la meglio. Del resto lasciavano presagire il peggio i distinguo, le prese di posizione e addirittura le invettive che avevano accolto le limpide affermazioni di Piero Fassino quando il segretario ds si era permesso di ricordare come ormai il tempo di vita si sia allungato in misura tale che non è più pensabile non commisurare a questa evoluzione l'età pensionabile. Argomento ineccepibile per ogni persona sensata ma che ha lasciato del tutto indifferenti i tre ineffabili segretari delle confederazioni sindacali, i quali quotidianamente in ogni telegiornale ci propinano i loro vade retro contro ogni tentazione della Dea Ragione. Non mi illudo, quindi, di scalfirne le certezze offrendo ai lettori alcuni ragionamenti che dovrebbero, peraltro, essere alla base di qualsivoglia politica pensionistica. Chi me li ha forniti non è un economista o un sindacalista ma uno dei più noti studiosi delle patologie dell'invecchiamento, il prof. Roberto Bernabei, Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, nonché Direttore del Dipartimento in materia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Nel dibattito sulle pensioni, mi ha ribadito - è sorprendentemente assente la considerazione sullo stato di salute degli italiani, fatto che dovrebbe giocare un ruolo dirimente nelle decisioni economico-politiche. La prima cosa da dire è che ormai arriva ai sessanta anni la quasi totalità degli italiani, per la precisione il 90% degli uomini e il 95% delle donne, come sempre le più longeve.

Questi sessantenni hanno (Istat 2002) un'aspettativa di vita di 21 anni, se uomini, e di 25 anni, se donne. La domanda che ci si deve porre è, però, quale sia lo stato di salute in questi anni che restano? Ebbene, le più aggiornate ricerche (Studio Ilsa, Cnr) confortano circa il fatto che fino ai 70 anni la quasi totalità arriva totalmente autonoma dal punto di vista della funzione fisica, con una percentuale di disabilità pari a solo il 10%. Si può, dunque, affermare che una gran parte dei settantenni gode sostanzialmente di una buona condizione di salute. E' osservazione comune che le performances di un settantenne o di una settantenne siano sovrapponibili, senza profonde divaricazioni, a quelle di un cinquantenne di pochi decenni or sono. Non solo: se lo stato di salute dell'italiano medio è oggi soddisfacente fino a settant'anni, bisogna anche tener presente che le previsioni demografiche ed epidemiologiche dicono che nel nostro Paese continua ad accrescersi l'aspettativa di vita addirittura di tre mesi l'anno, mentre, contemporaneamente seguita a comprimersi la disabilità. Quindi il trend è positivo e può solo andare meglio.

Il limite dell'età pensionabile a 57 anni appare, quindi, come un retaggio ormai ingiustificabile di una popolazione che in media si ammalava e moriva prima, faceva mestieri certamente più faticosi, sovente in condizioni ambientali sfavorevoli. Oggi mandare in pensione un sessantenne vuol dire mettere a riposo una persona in grado di assolvere alle performances di un quarantenne, con di fronte a sé almeno altri dieci anni di attività fisica e mentale di alto livello. Alzare l'età pensionabile ai 62-63, addirittura ai 65 anni, non trova, dunque, alcuna controindicazione dal punto di vista clinico-epidemiologico. La difesa dei 57 anni appare quindi non motivata dalla demografia e dalle sue ricadute sanitarie. Naturalmente questo non impedirebbe di prendere in esame - ma in un quadro di eccezione - le cosiddette condizioni di lavoro particolarmente usuranti senza, però, false rappresentazioni come se ancora oggi vi fossero minatori in fondo ai pozzi, carusi nelle zolfare, siderurgici alle prese con l'altoforno, tipografi intossicati dal piombo come mezzo secolo e più fa.

Consideriamo, per contro, che l'innalzamento dell'età pensionabile potrebbe procurare i fondi



per l'altra faccia della medaglia, la non autosufficienza. Se, infatti, fino ai 75 anni la disabilità rimane contenuta, dagli 80 anni in su meno del 30% degli italiani ne risulta immune. L'altro 70%, in un modo o nell'altro, è bisognoso di aiuto. E parliamo di milioni di persone perché siamo, assieme al Giappone, il paese più "anziano" del mondo e tendiamo ad esserlo sempre di più, con l'aumento dell'attesa di vita. Potremo abbandonare a se stessi, confidando sulle famiglie, milioni di non autosufficienti?

Mario Pirani

La Repubblica 18 settembre 2006



Ma a sessant'anni siamo giovani o vecchi?

Carissimo Lubrano, sono la moglie di un ex bancario e ho pensato di scrivere a lei per discutere di due questioni a cui secondo il mio modestissimo parere non si dà l'importanza che meriterebbero.

Cerco di spiegarmi perché non ho la penna facile. Mio marito è andato in pensione a 58 anni con lo scivolo, dopo aver trascorso in banca ben 35 anni (più che in regola con i contributi). Beh, da quel giorno e sono trascorsi ormai due anni, un uomo sano, di buon carattere, di bell'appetito come lui è diventato irriconoscibile: ombroso, irritabile, con addosso tutti i mali del mondo. In particolare soffre di stomaco e le cure che sta facendo lo hanno immalinconito: non può mangiare questo, non può mangiare quello e via dicendo. Sono convinta che sul suo cambiamento ha influito pesantemente l'uscita dal lavoro. So e vedo che anche i suoi colleghi coetanei, con i quali s'incontra di tanto in tanto, soffrono il non far niente. Oggi si discute tanto di età pensionabile - lo sento continuamente alla televisione - ma nessuno si chiede se sia giusto tagliare fuori dalla vita attiva tanti sessantenni. Dice che oggi uomini e donne campano tutti più a lungo ma a che serve se gli uomini vengono messi da parte così giovani? Per noi donne è diverso, abbiamo sempre cento cose da fare in casa. La seconda questione riguarda ancora la lunghezza della vita. Dopo una certa età le assicurazioni non assicurano più niente, succede come per la polizza salute, dopo la prima malattia o il primo intervento chirurgico ti dicono grazie e basta così. Anche per loro non conta che viviamo almeno vent'anni in più?

Maria Grazia T. - Napoli

Lei, cara signora, si spiega benissimo, altroché. E pone problemi che coinvolgono l'intero Paese. Il primo infatti - a quale età andare in pensione - mai come oggi appare al centro del dibattito politico. La riforma del sistema previdenziale è il nodo su cui maggioranza e opposizione si scontrano attualmente e all'interno della stessa maggioranza di governo le posizioni appaiono contrastanti. Non c'è ancora e forse non può esserci una risposta precisa alla domanda che come lei, signora Maria Grazia, tutti ci poniamo: quando è che si diventa veramente anziani oggi, a 58, a 60, a 62, o a 70 anni? L'estendersi dei margini di vita la giustifica. E le statistiche parlano chiaro: la vita media dell'uomo è attualmente intorno ai 75 anni e quella della donna intorno agli 83. Nel 2030 arriveremo rispettivamente a 81 e 86. E quindi - sottinteso - il presunto vecchio da che momento dev'essere espulso dal mondo del lavoro? L'eventuale, ma non certa, modifica dell'età pensionabile proprio in queste settimane sta provocando una sorta di fuga dall'ufficio di dipendenti pubblici e privati che hanno compiuto i 57 anni e che possono vantare 35 di contributi. Una fuga secondo alcuni osservatori ingiustificata. Che si fa dai 57 anni in avanti? Bisogna tener presente che finora il sistema pensionistico si basa sul contributo delle forze nuove - i giovani che trovano una occupazione - al fondo comune. È pur vero che la curva demografica ha fatto registrare negli ultimi tempi qualche miglioramento ma i giovani sono numericamente ancora pochi. È stato calcolato che fra 4 anni, nel 2010 gli individui fra i 15 e i 34 anni saranno cinque milioni in meno mentre le persone con più di 65 anni rappresentano ora il 20 per cento della popolazione e fra un paio di decenni arriveranno al 27% (sia detto per inciso: non credo di essere tanto lontano dal vero quando dico e ripeto qui che gli anziani costituiscono il vero e unico partito di maggioranza in Italia). Se non ci sono giovani che subentrano con i loro versamenti, fra poco gli enti previdenziali non avranno più la capacità economica sufficiente per soddisfare tutte le richieste. La lettrice ha ragione poi, quando sostiene che le assicurazioni, come del resto le banche per i mutui, ignorano l'allungamento della vita media, «questi vent'anni in più - come lei dice - che ci



ritroviamo». Così come dovrà pure essere affrontato prima o poi il discorso relativo alla "utilizzazione" degli ultrasessantenni espulsi da ogni attività lavorativa. Il professore Roberto Bernabei, presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, che ho avuto spesso come ospite nelle trasmissioni televisive, ha più volte ribadito che entrare nel mondo dei pensionati è per molti rischioso, «il sentirsi inutili può ingenerare delle malattie». È un problema psicologico, sociale e politico allo stesso tempo. Qua e là in Italia si ha notizia di "corsi di formazione alla vecchiaia" ma basta la buona volontà di alcuni privati, immaginando che siano tutti qualificati ad aprirli? E sarebbero l'unico toccasana? Come vede, signora, alle sue domande aggiungo le mie.

Antonio Lubrano

Il Mattino 20 settembre 2006



Lettera sul tema “Eutanasia”

Caro Roberto,

perdonami se insisto ancora su argomenti già trattati in precedenti missive sul nostro bollettino.

Come avrai visto, la tematica direttive anticipate-eutanasia (anche se non sono la stessa cosa!) è esplosa e siamo spettatori di una fiera mediatica urlata e angosciante senza essere ascoltati. Ma abbiamo qualche cosa da dire? Purtroppo sono il primo a sentirmi in difficoltà su questi argomenti, anche perché mi pare sempre più debole la risposta di chi ritiene che l’abbandono dell’accanimento ed una certa capacità di vicinanza empatica al sofferente possano allontanare la richiesta di eutanasia. Il signor Welby infatti non è né solo né maltrattato né curato con mezzi eccezionali che si configurino come accanimento; eppure ha chiesto di morire. Non credo che sul piano deontologico e civile valgano le motivazioni religiose, che io e Te condividiamo e che pure personalmente costituiscono indirizzi precisi; il punto centrale è che noi per primi dobbiamo essere convinti del senso della vita -qui e ora- di persone in condizioni spesso precarie, molto precarie. Solo allora saremo capaci di fondare su basi solide il nostro intervento medico per permettere la continuazione della loro esistenza. Quale senso clinico hanno gli interventi in queste circostanze? Abbiamo scelto che l’atto di cura si limiti a migliorare la qualità della vita, cioè sia palliativo; dobbiamo però con determinazione evitare che questo obiettivo si dissolva e l’atto di cura diventi la ripetizione automatica di interventi dei quali abbiamo perso il significato, perchè non sappiamo dire dove ci portano.

Molti altri ancora sono, caro presidente, i motivi di meditazione su questi temi. Vorrei quindi invitare -assieme a Te- tutti i soci a non rinunciare ad esprimere le nostre preoccupazioni e le nostre idee su quello che facciamo ogni giorno. Senza protervia, ma con la serena certezza di conoscere da vicino la sofferenza umana, molto meglio di quanto non la conoscano coloro che urlano nelle piazze o cercano di convincerci con fatuità attraverso la televisione.

Marco Trabucchi

Caro Marco, sollecito i soci a rispondere al tuo saggio invito. Per il momento comunico a tutti che il Presidente della Commissione Sanità del Senato, Ignazio Marino, mi ha incluso nella trentina di persone (solo 5 medici) che verranno ascoltati dalla Commissione stessa sul testamento biologico. Mi impegno a tenere tutti aggiornati su quello che dirò io e sentirò dalla Commissione

Roberto Bernabei



Permessi per chi assiste i disabili

Roma, 28 agosto 2006



Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale

DIREZIONE GENERALE PER L'ATTIVITÀ ISPETTIVA

Prot. n. 25/I/0003003

*Alla Regione Liguria
Direzione centrale Risorse Umane Finanziarie
Strumentali e informatica
Settore Coordinamento e Gestione Risorse
Umane
Via Fieschi
16100 - Genova*

Oggetto: art. 9, D.Lgs. n. 124/2004 - risposta istanza di interpello avanzata dalla Regione Liguria – corretta interpretazione del combinato disposto dall'art. 33, comma 3, L. n. 104/1992 e art. 20 L. n. 53/2000 – permessi nel caso di più persone disabili da assistere.

La Regione Liguria ha avanzato richiesta di interpello per conoscere la corretta interpretazione del combinato disposto dell'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 e dell'art. 20, L. n. 53/2000, in merito alla possibilità di riconoscere al lavoratore che debba assistere due o più persone disabili, una pluralità di permessi mensili di tre giorni per ciascuno di tali soggetti. In particolare nell'interpello si chiede:

- a) *se, sussistendo i requisiti oggettivi e soggettivi stabiliti dall'art. 33, comma 3, della L. n. n. 104/1992, nel caso di lavoratore dipendente, il quale sia familiare entro il terzo grado di due persone disabili, tra loro conviventi, allo stesso possa essere riconosciuta la pluralità dei permessi per entrambi i soggetti;*
- b) *se la concessione di tale pluralità di permessi sia condizionata alla effettiva verifica che la presenza del dipendente sia disgiuntamente necessaria per l'assistenza dei due soggetti;*
- c) *se il requisito della necessità di assistenza disgiunta debba intendersi quale necessità che i due soggetti siano assistiti in tempi e secondo modalità diverse;*
- d) *se, in tali casi l'amministrazione possa o debba richiedere la certificazione delle circostanze che giustificano la necessità dell'assistenza disgiunta dei soggetti.*

In relazione a quanto sopra questa Direzione, acquisito il parere della Direzione generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro, rappresenta quanto segue.

Per quanto riguarda il quesito sub a), esso trova risposta già nella circolare della Funzione Pubblica 30 ottobre 1995 n. 20, nella circolare 31 ottobre 1996 n. 211 dell'INPS e nella circolare del Ministero del lavoro n. 59/1996, che fanno proprio il contenuto del parere n. 785/95 del Consiglio di Stato: "la commisurazione del beneficio da parte del legislatore all'esigenza di assistenza di una persona in tali condizioni comporta che quando le persone da assistere siano più di una, debbano essere riconosciuti, pure allo stesso lavoratore, una pluralità di permessi"; "il cumulo dei benefici non potrà



essere riconosciuto quando altre persone possano fornire l'assistenza o quando lo stesso lavoratore possa, per la natura dell'handicap, sopperire congiuntamente alle necessità assistenziali nel corso dello stesso periodo. Quando invece la presenza del lavoratore sia disgiuntamente necessaria per l'assistenza di più persone con handicap, il cumulo dei permessi deve ritenersi garantito dalla citata norma [i.e. art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992]".

Per quanto riguarda il quesito sub c), viste le considerazioni sopra riportate ed in virtù del combinato disposto degli artt. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 e 20 della L. n. 53/2000, l'assistenza può intendersi "disgiunta" quando la prestazione nei confronti di due o più soggetti portatori di handicap può assicurarsi solo con modalità ed in tempi diversi, richiedendosi che l'assistenza sia contemporaneamente esclusiva e continua per ciascuno degli assistiti.

Al fine di chiarire il significato da attribuire alla continuità ed esclusività dell'assistenza, si ritengono utili le osservazioni fornite dall'INPS, che con circolare n. 133/2000 ha specificato quando ricorrano tali requisiti: "la continuità consiste nell'effettiva assistenza del soggetto handicappato, per le sue necessità quotidiane, da parte del lavoratore, genitore o parente del soggetto stesso, per il quale vengono richiesti i giorni di permesso. Pertanto la continuità di assistenza non è individuabile nei casi di oggettiva lontananza delle abitazioni, lontananza da considerare non necessariamente in senso spaziale, ma anche soltanto semplicemente temporale (...) La esclusività va intesa nel senso che il lavoratore richiedente i permessi deve essere l'unico soggetto che presta assistenza alla persona handicappata: la esclusività stessa non può perciò considerarsi realizzata quando il soggetto handicappato non convivente con il lavoratore richiedente, risulta convivere, a sua volta, in un nucleo familiare in cui sono presenti lavoratori che beneficiano dei permessi per questo stesso handicappato, ovvero soggetti non lavoratori in grado di assisterlo".

Alla luce di quanto sopra, quindi, si ha assistenza "disgiunta" quando ricorrono i seguenti requisiti essenziali: 1) la particolare natura dell'handicap tale da richiedere l'assistenza continua ed esclusiva; 2) l'assenza di altri soggetti che possano accudire il disabile; 3) la conseguente necessità di assistere i disabili con modalità ed in tempi diversi.

Pertanto, ed in risposta ai quesiti sub b) e d), per riconoscere il cumulo dei permessi si ritiene necessario procedere alla verifica delle richiamate condizioni che impongono l'assistenza disgiunta. In tal senso, appare opportuno prevedere l'onere, per il richiedente: 1) di presentare tante domande quanti sono i soggetti per i quali si chiedono i permessi; 2) di allegare alla domanda idonea certificazione relativa alla particolare natura dell'handicap, accompagnata da dichiarazione di responsabilità circa la sussistenza delle suddette circostanze che giustificano la necessità di assistenza disgiunta (dichiarazione da cui risulti che il richiedente non è in grado, per la natura dell'handicap, di fornire l'assistenza fruendo di soli 3 giorni di permesso; che nessun'altra persona può prestare assistenza all'altro soggetto handicappato; che nessun altro fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza all'altro soggetto; che i soggetti per i quali si richiede il permesso non svolgono attività lavorativa [e quindi non hanno diritto ad usufruire a loro volta di permesso in qualità di lavoratori portatori di handicap]).

*Il Direttore Generale
Mario Notaro*

E' la recente risposta del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ad un quesito posto dalla Regione Liguria su problemi di permessi a chi assiste disabili. (La redazione)



Notizie dai Soci

Geriatra allo show dei Rolling Stones

IN NORVEGIA

L'età avanza e il passare del tempo comincia a fare brutti scherzi a star come i Rolling Stones. Tanto che su richiesta degli organizzatori, saranno accompagnati da un geriatra nel loro concerto in programma domani in Norvegia. Il fortunato medico è Paul Naals, direttore del dipartimento di Geriatria dell'ospedale di Bergen.

Corriere della sera 31 agosto 2006

Antonio Guaita

Aggiornamenti sul sito SIGG

Nella nuova sezione del sito www.sigg.it dedicata al Gruppo di Studio su “La cura nella fase terminale della vita” http://www.sigg.it/gruppi_dettaglio.asp?id=1 è inserita la documentazione definitiva dell'attività del gruppo.

Sono indicati i componenti del gruppo di studio e riportati i seguenti documenti:

- 1) Documento esplicativo della posizione culturale del gruppo;
- 2) Questionario sugli atteggiamenti degli operatori nell'assistenza alla persona anziana nella fase terminale;
- 3) Bioetica e diritti degli anziani.

Nicola Buonaiuto



Appunti dal 4° Congresso EUGMS

A Ginevra, città internazionale per eccellenza, all'ombra delle monumentali sedi delle maggiori istituzioni sopranazionali che si preoccupano di assicurare la pace e la salute nel mondo, si è tenuto dal 23 al 26 agosto, il 4° Congresso della European Union Geriatric Medicine Society, dal titolo "Geriatrics: towards a common European approach"

Il congresso, co-presieduto dall'elvetico J. P. Michel e dall'italiano A. Cherubini, ha accolto oltre 300 contributi scientifici dall'Europa e da altri continenti.

L'Italia ha contribuito con ben 50 abstract, seguita dal Regno Unito (40), dai padroni di casa della Confederazione Elvetica (37), da Irlanda (21), Francia (19) e Spagna (15).

Il continente europeo ha fornito l'86% degli abstract, mentre i restanti contributi extraeuropei provenivano soprattutto da Stati Uniti e Giappone.

I paesi membri dell'Unione Europea hanno fornito il 68% dei contributi scientifici; meno del 9% lo hanno portato gli stati neo-membri UE, mentre ben 15 abstract (5% sul totale) provenivano da paesi che hanno in corso le pratiche d'ammissione.

Il 45% dei lavori inviati era stato elaborato in un paese del G8; ma al Congresso erano presenti anche contributi da Israele, India, Cina, Corea, Brasile, Argentina, Iran e Oman; nulla invece dal continente africano.

Qualche commento ed alcune impressioni. Se facciamo riferimento ai paesi ricchi, l'auspicato approccio comune è, in buona sostanza, raggiunto; ma se parliamo dei paesi neo-membri UE o candidati all'ingresso in essa, la situazione è ben diversa. Le conversazioni, che ho avuto l'occasione di intrattenere mentre presidiavo il nostro poster e durante le visite agli altri, mi hanno offerto opportunità di verificare questa impressione. Non ho trovato sostanziali differenze d'approccio clinico e metodologico tra le diverse nazionalità. Ho piuttosto riscontrato che in alcuni paesi meno fortunati del nostro l'auspicato "common approach" non è attualmente praticabile per la presenza di gravi carenze strutturali e normative. Una collega estone, moderatrice di una sessione sul trattamento del dolore, ha pacatamente esposto le difficoltà che nei paesi ex-sovietici ancora s'incontrano nella prescrizione degli oppiacei forti per il trattamento del dolore severo non oncologico. Un poster bulgaro suggerisce ai propri governanti le politiche sanitarie da adottare per soddisfare i bisogni della popolazione anziana; un poster rumeno evidenzia le attuali carenze del sistema sanitario e suggerisce gli opportuni correttivi, mentre dalla Repubblica Ceca e dalla Polonia si lamentano carenze della formazione geriatrica dei medici, a fronte di una mutata demografia anche di questi paesi, e si evidenzia la necessità di adottare urgenti misure. Quando ad un Congresso europeo emergono simili problemi nazionali, è ragionevole ritenere che ampie porzioni di disagio restino sommerse e che le soluzioni siano da ricercarsi anche a livello sopranazionale.

I paesi dell'est europeo, oltretutto, devono affrontare contemporaneamente una serie di problemi le cui soluzioni talora appaiono contrastanti. In essi si assiste a mutamenti demografici, sociali ed economici, compaiono nuovi vecchi, nuovi poveri e nuovi ricchi, nuovi malati e nuove disuguaglianze nell'accesso alle cure, si deve gestire ad un tempo il cambiamento strutturale, normativo e formativo. Sorge, in essi, la necessità di mettere in atto nuovi approcci caratterizzati da bassa tecnologia, elevato contatto umano ed alta integrazione socio sanitaria (come gli interventi di prevenzione, riabilitazione e sollievo a favore dei soggetti vulnerabili), in contesti dove le più moderne tecnologie non sono ancora presenti in adeguata misura.

Ma un congresso europeo è anche un luogo accogliente d'incontro tra colleghi, di confronto d'esperienze e catalizzatore di progetti per il futuro. E per me così è stato. Dopo un'interessante sessione congressuale sulla valutazione ed il controllo del dolore nell'anziano, un piccolo gruppo di persone di varia provenienza (Svizzera, Germania, Belgio e Italia) che, come il sottoscritto, appartiene



alla sottospecie dei Geriatri-Palliativisti, si è confrontato sui comuni problemi ed ambiti d'interesse, giungendo infine unanimemente alla proposta di formare, in seno alla European Union Geriatric Medicine Society, un Interest Group dedicato alla Geriatria Palliativa. Per Geriatria Palliativa o Medicina Geriatrica Palliativa ovvero Cure Palliative in ambito geriatrico intendiamo un approccio dedicato alle problematiche di fine vita nell'anziano, di natura clinica, organizzativa ed etica. Per qualsiasi patologia progressiva ad esito letale, tumorale e no, che esiti in una fase terminale con sintomi disturbanti o che sollevi problematiche di natura etica in merito alle scelte del paziente ed alle possibili opzioni terapeutiche, è applicabile l'approccio palliativo. Riteniamo che la geriatria sia un ambito d'intervento nel quale i bisogni di cure palliative dei pazienti sono significativamente presenti e necessitano di una continuità e appropriatezza terapeutica che può essere ben assicurata da personale con formazione geriatrica. Numerose, e non di rado eccellenti, sono infatti in Europa, specie nelle aree francofone, le realtà di cure palliative nate e sviluppate in seno alla geriatria.

Ci siamo quindi congedati da questo primissimo incontro con un'agenda che prevede da parte di ognuno noi l'impegno a reclutare nella propria nazione i colleghi interessati a quest'iniziativa, a chiedere l'avallo e il sostegno da parte degli organi direttivi della propria società scientifica nazionale e a partecipare attivamente alla prima riunione del costituendo gruppo, che si terrà a Ginevra la primavera prossima.

Concludo pertanto questi appunti, invitando chi fosse interessato all'iniziativa, sia per discuterla che per parteciparvi, a mettersi in contatto con me.

Vito Curiale

E.O. "Ospedali Galliera"
Dipartimento di Gerontologia e Scienze Motorie
SC di Geriatria
Corso Mentana 10
16128 Genova
Telefono: 0105634915
e-mail: vito.curiale@galliera.it



Recensione libri

Giuseppe Guglielmi, Francesco Schiavon, Teresa Cammarota

Radiologia geriatrica

Pagine 532

Springer-Verlag Italia 2006

La "cultura geriatrica" - intesa come conoscenza e dominio dei processi di invecchiamento - non ha avuto ancora piena affermazione in campo medico-sanitario. Questo comporta che il più delle volte non si sappia distinguere a pieno il limite tra il fisiologico e il patologico che distingue l'anziano sano con gli inevitabili "acciacchi" dovuti all'invecchiamento da quello abbisognevole di supporti sanitari e/o assistenziali. Finora si è spesso trattato l'anziano con la cultura dell'adulto, molto diversa da quella geriatrica, con il risultato di considerare malato anche chi ha solo il torto di dimostrare i propri anni. In sostanza, mentre le età della crescita e della piena efficienza sono ben conosciute nei loro aspetti normali e patologici, non altrettanto avviene per l'età della decadenza, per la quale ci si avvale impropriamente di un altro metro di valutazione. Il risultato inevitabile di tutto questo è che gli interventi di supporto per la terza età possono essere scorretti, così come l'impiego delle risorse umane e finanziarie ad essa destinate. I vincoli economici sempre più stretti da un lato e il progressivo allargamento della popolazione anziana dall'altro rendono ormai ineludibile l'affermarsi di una vera e propria "cultura geriatrica" non solo in campo diagnostico radiologico ma anche in tutte le altre discipline specialistiche.

Nel volume vengono riportati i quadri radiologici e più in generale di diagnostica per immagini dei più importanti apparati che subiscono modificazioni sia per processi fisiologici di invecchiamento che a causa di patologie insorgenti o complicate in seguito all'invecchiamento. Vengono esaminati in particolare l'apparato cardiovascolare, il respiratorio, il muscolo-scheletrico, il gastrointestinale, l'urogenitale ed il cerebrale. Il testo rappresenta un ottimo punto di riferimento per i geriatri i radiologi gli internisti ed in genere per tutti quelli che si occupano di problematiche cliniche delle persone anziane.



CONGRESSI/CONVEGNI

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA - ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA
CATTEDRA DI GERIATRIA

LA DEPRESSIONE NELLA SOCIETA' ODIERNA

Pavia, 4 ottobre 2006

Segreteria scientifica: Prof. G. Ricevuti

Segreteria organizzativa: Dr.ssa Barbara Magnani

Tel. 0382 381360.376 - Fax 0382 381395

e- mail: info@asppavia.it

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

Perugia 5-7 ottobre 2006

Segreteria Scientifica: Patrizia Mecocci

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 519511 - Fax 06 5033071

congressi@gegcongressi.com - www.gegcongressi.com

FESTA DEI NONNI 2006: SEMINARIO DI STUDIO
**I SERVIZI PER GLI ANZIANI:
IL MODELLO DI CRESCITA TRA LOW COST E SVILUPPO SENZA LIMITI**

Brescia 6 ottobre 2006

Università Cattolica del Sacro Cuore

Servizio Formazione Permanente Brescia

tel. 030 2406501-504 fax 030 2406505

e-mail: form.permanente-bs@unicatt.it - www.bs.unicatt.it

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA
SEZIONE REGIONALE MARCHE
GERIATRIA "MARCHE 2006": REALTÀ E PROSPETTIVE

Ancona 13-14 ottobre 2006

Segreteria Scientifica: Fabio Salvi

tel. 071 5963241; e-mail: fbislv@libero.it

Fiorella Marcellini

tel. 071 8004788; e-mail: f.marcellini@inrca.it

Segreteria Organizzativa: Top Congress Ancona

tel. 071 36370 - fax 071 3589110

e-mail: info@topcongress.com



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA - ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE DI PAVIA
CATTEDRA DI GERIATRIA

EVIDENCE-BASED NEL PAZIENTE EPATOPATICO ANZIANO

Pavia 14 ottobre 2006

Segreteria scientifica: Prof. G. Ricevuti

Segreteria Organizzativa: Studio Congressi Pavia.

Tel: 0382 21424 - Fax 0382 303082

e-mail: info@studio-congressi.com - www.studio-congressi.com

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ONCOLOGIA - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA

UNIVERSITÀ DI PADOVA

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN ONCOLOGIA GERIATRICA

Padova, 16-20 ottobre e 6-10 novembre 2006

Segreteria organizzativa: The Office Trieste

tel. 040 368343 +1 int.19

e-mail: oncologia@theoffice.it - www.theoffice.it/oncologia

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
CATTEDRA E SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GERIATRIA
INCONTRI VERONESI DI AGGIORNAMENTO GERIATRICO

Verona 18 ottobre 2006

Segreteria Scientifica Organizzativa: Cattedra di Geriatria Verona

Tel. 045 807 2537 - Fax 045 807 2043

e-mail: graziana.brunetta@azosp.vr.it

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI 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 - www.makevent.it

AZIENDA USL DI MODENA DISTRETTO DI MIRANDOLA
L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO IN FASE TERMINALE DI MALATTIA

Mirandola (MO) 27 ottobre -24 novembre 2006

Segreteria scientifica: Andrea Fabbo

Tel.0535 29697 fax 0535 29691 mail: a.fabbo@ausl.mo.it

Daniela Mazzali Tel.0535 29690 fax 0535 29691

mail: daniela.mazzali@comune.mirandola.mo.it

Segreteria Organizzativa: sig.ra Arta Guicciardi

Tel.0535 29692 fax 0535 29691

e-mail: arta.guicciardi@comune.mirandola.mo.it



**ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA - SEZIONE REGIONALE CAMPANA
CORSO DI FORMAZIONE ECM**

“CUORE E CERVELLO NEL PAZIENTE ANZIANO” II Edizione

Vietri sul Mare (Salerno) 10-11 Novembre 2006

Segreteria Scientifica: Vincenzo Canonico e Aniello Ambrosio

Tel. e fax 081 7464297 Tel 0828 674517 fax 0828 674515

e-mail: vcanonic@unina.it - a.ambrosio11@tiscali.it

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 519511 – fax 06 5033071 - e-mail: congressi@gegcongressi.com

**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: sigg2006@zeroseicongressi.it

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BRESCIA - GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA
ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA**

LA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO: IL CONFINE LABILE TRA DISAGIO E MALATTIA

Brescia 14-16 dicembre 2006

Segreteria Scientifica: Sandra Martini - Brescia

Tel 030 3757538 - fax 030 48508

e-mail: smartini@grg-bs.it

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi - Roma

Tel 06 519511 Fax 06 5033071

e-mail congressi@gegcongressi.com - www.gruppogeg.com

**SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROGERIATRIA - XVI CONVEGNO NAZIONALE
NUOVE FRONTIERE IN NEUROGERIATRIA**

Milano 14-16 Dicembre 2006

Segreteria Scientifica: P. Barbanti, G. Fabbrini

e-mail giovanni.fabbrini@uniroma1.it

Segreteria Organizzativa: ARISTEA ROMA

Tel. 06 845431 • Fax 06 84543700

e-mail roma@aristea.com - www.aristea.com



**ISTITUTI MILANESI MARTINOTTI E STELLINE E PIO ALBERGO TRIVULZIO
L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA:
presa in carico globale, dalla diagnosi al piano terapeutico - assistenziale individuale**

Milano 16 Dicembre 2006

Segreteria Scientifica: Massimo Monti, Ivana Santi

Tel. 02 4029572-527 - fax 02 4029592

e-mail: monti.massimo@tin.it

Segreteria Organizzativa: Sig.ra Antonietta Porro

Tel.: 02 4029652 - Fax 02 4029592

e-mail: servizio.2@pioalbergotrivulzio.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 - www.iahsa.net/

**VIth EUROPEAN CONGRESS INTERNATIONAL
ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS
HEALTHY AND ACTIVE AGEING FOR ALL EUROPEANS**

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

FIFTH INTERNATIONAL CONGRESS ON VASCULAR DEMENTIA

Budapest 8-11 Novembre 2007

Segreteria Organizzativa: Vascular Dementia 2007

Kenes International CH-1211 Geneva 1, Switzerland

Tel: +41 22 908 0488, Fax +41 22 732 2850

e-mail: vascular@kenes.com