



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 IV

numero 3 – marzo 2007

*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
Fermenti in Geriatria	"	3
52° Congresso Nazionale SIGG	"	4
Summer School 2007	"	5
Lettera al Presidente	"	7
Forum su didattica ed assistenza in Geriatria	"	8
Anziani e cure ospedaliere	"	12
Recenti pubblicazioni di interesse geriatrico	"	13
Notizie dalle sezioni regionali	"	14
Recensione libri	"	15
Congressi e Convegni	"	16



## Editoriale del Presidente

Dedico l'editoriale a una serie di fatti che stanno succedendo dove sono coinvolto come Presidente SIGG:

- 1) Il Consiglio Superiore di Sanità e la Fondazione Italiani Europei vogliono "rifondare" le cure primarie. Mi sono allora trovato a... dibattere (leggasi scontri furibondi) con vari medici di medicina generale presenti in entrambe le sedi. In sintesi le cure primarie si rifondano attraverso l'istituzione delle UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria), cioè aggregati di medici di medicina generale afferenti allo stesso territorio che assicurano assistenza h 24. Tali aggregati risolvono (o dicono di) i codici bianchi e la cronicità poiché di queste evenienze si fanno carico. E vai! In più le UTAP si dotano della ciliegina sulla torta per la gestione della cronicità, i care manager. Interrompo il filo del racconto per spiegare che il care manager (non case, care) è professionista che si occupa della gestione accurata di una specifica patologia. Il diabete è la patologia più esemplificativa. Tornando al racconto io sostengo nelle discussioni di cui sopra che la non autosufficienza/fragilità, molto meglio di cronicità, è cosa che attiene alle strutture del distretto/casa della salute (comincia ad emergere) che se ne occupano anche raccordandosi al medico di medicina generale ma soprattutto sotto la coordinazione del professionista della valutazione/gestione a lungo termine del bisogno, i case (non care, case) manager. Figura a tutto tondo, onnicomprensiva, cardine per un anziano che non ha il diabete ma più patologie e non sa che farsene del "care" manager. La stessa cosa l'ho sostenuta alla presentazione del rapporto Censis sull'Alzheimer di fronte al Ministro della Salute che ha convenuto sulla necessità di creare "l'operatore della fragilità". In sostanza il case manager. Censis d'accordo. Vi terrò aggiornati.
- 2) AIFA. L'Agenzia Italiana del Farmaco, ente regolatore dell'utilizzo del farmaco in Italia, su sollecito dell'ex ministro Sirchia ha convocato i rappresentanti delle Società scientifiche (SIGG e SIGOs) e della farmindustria per la creazione al suo interno di un Geriatric Working Group che finalizzasse la creazione di una rete di pazienti molto anziani comorbidi ed in politerapia, residenti in RSA ed in ospedale, per il monitoraggio dell'uso dei farmaci in questa popolazione notoriamente sottostudiata. E, udite udite, per proporsi all'EMA (l'ente regolatore europeo) come sperimentatori su questa popolazione di molto anziani, dei farmaci nelle fasi 1, 2 e 3 che preludono alla messa in commercio. E' evidente che questa rete, vuoi di RSA che di divisioni ospedaliere, nascerà solo se i pazienti verranno seguiti elettronicamente e con il sistema VAOR che garantisce l'acquisizione di dati validati e con cui costruire le analisi di costo/beneficio e costo/efficacia. Dello stesso parere sono i colleghi Fini e Zuccaro rappresentanti SIGOs. Ho suggerito i nomi del prof. Marchionni, presidente eletto, e del prof. Mugelli, farmacologo dell'Università di Firenze, come membri del Geriatric Working Group. Vedremo.
- 3) I problemi economici sono sempre presenti. Sono allora da rammentare Boheringer Ingelheim che ci ospiterà per la Summer School di cui vedrete i dettagli più in là nel bollettino, Molteni che partecipa ad uno studio no-profit della SIGG, Angelini che ci ospita per la due giorni con gli specializzandi del terzo anno, INFORMA che ci ha chiesto un corso e-learning sulla gestione geriatrica per 500 medici.
- 4) Dal prossimo mese di aprile il bollettino sarà fortemente upgradato con una serie di servizi inclusi. Abstract della più recente letteratura geriatrica, notizie di rilievo dal mondo della Sanità italiana ed eventi legislativi che possano interessare i geriatri. E' sforzo notevole svolto in alleanza con Publicis con cui stiamo preparando una serie di eventi per dare visione (e procurare introiti...) alla Società.

*Roberto Bernabei*



## Fermenti in Geriatria

Dall'editoriale del Presidente abbiamo appreso delle "battaglie" che sta conducendo attualmente in favore della Geriatria, per divulgare le nostre idee e le nostre capacità e nello stesso tempo per difendere gli spazi e le posizioni, sempre più spesso soggette a tentativi di sottrazione. Siamo tutti al suo fianco, sosteniamo il suo difficile impegno, sicuri che la sua determinazione porterà risultati positivi. La buona notizia per la SIGG è la IV edizione della Summer School per i giovani geriatri, che si terrà anche quest'anno grazie all'impegno del Prof. Marchionni, che ha curato gli aspetti scientifici e della Boheringer Ingelheim, che sostiene gli oneri organizzativi. Presentiamo il programma preliminare, con l'invito ai giovani aspiranti di proporsi in tempo utile, vista l'esiguità dei posti e l'edizione unica della scuola. Ben vengano suggerimenti di carattere didattico-organizzativo, soprattutto da chi ha partecipato a precedenti seminari. Pubblichiamo anche i "topics" del prossimo Congresso SIGG. Siamo un po' in ritardo rispetto al passato, per le note problematiche finanziarie, contiamo comunque a breve di presentare un programma iniziale e decidere sui corsi. Chiunque può inviare proposte o suggerimenti sul Congresso, ne terremo conto e servirà a migliorarne la qualità.

In questi giorni l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato il primo numero del nuovo bollettino di farmacovigilanza denominato "Rea" interamente dedicato alle reazioni avverse da farmaci. La nuova rivista, strumento di informazione ed aggiornamento, sostituisce la precedente "Farmacovigilanza news", destinata prevalentemente a chi effettuava segnalazioni di eventi avversi da farmaci all'AIFA, e sarà inviata gratuitamente a chi ne fa richiesta sul sito dell'AIFA ([www.agenziafarmaco.it](http://www.agenziafarmaco.it)). Tra breve uscirà anche una versione on line che sarà pubblicata ogni 10 giorni, che consentirà un'informazione più tempestiva su temi importanti nel campo della farmacovigilanza, ottenibile anche questa su richiesta (<http://aifa.progettoecce.it>). Il primo numero di "Rea" riporta tra gli articoli i dati sulle segnalazioni di eventi avversi in Italia negli ultimi anni. Vi sono grosse differenze tra le diverse regioni nel numero di segnalazioni, maggiori dove è attiva una rete di farmacovigilanza, è confermato che la maggior parte di eventi avversi da farmaci avvengono in ospedale, ma il dato che lascia un po' perplessi è che il medico di famiglia segnala di più (22%) rispetto agli specialisti (17%). Credo che questa differenza, a parte il dato sul maggior numero di farmaci e patologie di diversa natura che sono di pertinenza del MMG, sia dovuto ad una certa "distrazione" degli specialisti nel considerare importante questo compito. Anche i geriatri potrebbero fare di più visto il dato, sempre più evidente in letteratura, dell'aumento delle reazioni avverse con l'età e quello che avviene soprattutto tra i pazienti anziani in polifarmacoterapia. Rimanendo in tema di farmaci il 13 marzo scorso sono state pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale (Serie Generale 60) ([www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)) nuove indicazioni per la scheda tecnica di alcuni farmaci tipo aloperidolo, risperidone, quetiapina, clozapina ed altri, di frequente utilizzo nei pazienti anziani. Con tale provvedimento sono state aggiunte avvertenze e precauzioni speciali per l'utilizzo e sono state introdotte controindicazioni aggiuntive soprattutto nei cardiopatici, per l'allungamento del QT, e nei soggetti che assumono farmaci che determinano alterazioni degli elettroliti sierici.

*Vincenzo Canonico*

Nel sito web SIGG alla pagina [http://www.sigg.it/video\\_dettaglio.asp?id=51](http://www.sigg.it/video_dettaglio.asp?id=51) - con richiamo in home page - sono disponibili le video interviste realizzate nel corso dell'ultimo Congresso SIGG.



**52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**  
***“Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia”***  
 Firenze 28 novembre - 2 dicembre 2007

- Demenza a 360°
- Diabete a 360°
- BPCO a 360
- Parkinson a 360°
- Incontinenza a 360°
- I nuovi farmaci nella terapia dello scompenso?
- Sottoutilizzo dei farmaci nello scompenso
- C'è un farmaco “migliore” per l'iperteso anziano?
- Curare l'ipertensione fa male? I nuovi short acting
- Sartani, ipertensione e...
- Quanto la depressione modifica gli outcomes
- Vaccino e nuove molecole per la demenza: il ruolo degli inibitori dell'acetilcolinesterasi oggi
- BPSD: contrordine compagni??
- Le anemie sine causa
- I nuovi farmaci per l'osteoporosi
- Disfunzione erettile...meglio difficoltà all'erezione: psiche o organo? E i farmaci?
- La prostata benigna e maligna: fino a quando la terapia farmacologica?
- Cuore e cervello da scoagulare: anticoagulanti, antiaggreganti, tutti e due?
- Le infezioni delle vie urinarie
- Dislipidemie nell'anziano? Da quando, fino a quando trattarle?
- Il dolore lieve, moderato, grave. Quali farmaci nell'anziano?
- La terapia dell'artrosi
- Cox inhibitors: si, no, non so
- Farmacologia clinica geriatrica (Golden Symposium)
- La casa della salute: come? (Golden Symposium)
- La rete assistenziale per la fragilità (Golden Symposium)
- Aspetti etici in geriatria (Golden Symposium)



**4° SEMINARIO ESTIVO SIGG PER GIOVANI MEDICI**

***"I FONDAMENTI DELLA GERIATRIA"***

***Forum Brunelleschi – c/o Boehringer Ingelheim  
Reggello (Firenze), 17 – 21 Giugno 2007***

**PROGRAMMA**

***Domenica, 17 giugno 2007***

Ore 18,00

R. Bernabei (Roma):  
*"Geriatric Assessment nel 3° millennio"*

***Lunedì, 18 giugno 2007***

Ore 9,00

***COMPLICANZE DEL DIABETE NELL'ANZIANO***

M. Monami (Firenze):  
*"Il piede diabetico"*

Ore 11,00

E. Mannucci (Firenze):  
*"La nefropatia diabetica"*

Ore 15,00

G. Paolisso (Napoli):  
*"Diabete e disturbi cognitivi"*

***Martedì, 19 giugno 2007***

Ore 9,00

***FIBRILLAZIONE ATRIALE***

S. Fumagalli (Firenze):  
*"Epidemiologia e linee-guida di trattamento medico"*

Ore 15,00

L. Padeletti (Firenze):  
*"Il trattamento elettrico della fibrillazione atriale: dai pacemaker alla ablazione a radiofrequenza"*

***Mercoledì, 20 giugno 2007***

Ore 9,00

***RIABILITAZIONE GERIATRICA***

M. Bejor (Pavia):  
*"Strumenti e metodi di valutazione"*

Ore 11,00

G. Bellelli (Brescia):  
*"Instabilità clinica e comorbidità"*

Ore 15,00

B. Bernardini (Genova):  
*"Profili di cura in riabilitazione"*

***Giovedì, 21 giugno 2007***

Ore 9,00

***DEMENZE NON ALZHEIMER***

L. Pantoni (Firenze):  
*"Demenza vascolare"*

Ore 15,00

O. Zanetti (Brescia):  
*"Demenze degenerative"*

Ore 17,00

*Chiusura del Corso*



## **MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLA SUMMER SCHOOL 2007**

Anche per il 2007, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ripropone la formula della Summer School dedicata a giovani medici, iscritti alla Società ed in regola con il pagamento della quota sociale, che non abbiano superato i 30 anni di età.

La Summer School 2007 si svolgerà, secondo il programma allegato, dal 17 al 21 Giugno 2007 a Reggello (Firenze) presso il Forum Brunelleschi della Boehringer Ingelheim, Azienda che offrirà l'iscrizione e l'ospitalità completa a tutti i partecipanti. I corsisti dovranno provvedere in proprio alle spese di viaggio.

Gli interessati dovranno inviare alla SIGG, tramite e-mail ([sigg@sigg.it](mailto:sigg@sigg.it)), un breve curriculum ed uno scritto di due cartelle nel quale esprimono la propria motivazione alla partecipazione al corso.

Sulla base del curriculum e delle motivazioni espresse, la Giunta della SIGG selezionerà un numero massimo di 30 partecipanti.

### **La dead line per la presentazione delle domande è il 13 Maggio 2007**

Nell'ambito del programma nazionale di Educazione Continua in Medicina la manifestazione ha ottenuto **27 crediti**.



## Lettera al Presidente

Caro Presidente,

proseguo con queste mie “prediche” mensili che ospiti con tanta cortesia sul nostro bollettino, strumento sempre vivo ed utilissimo. Grazie a Enzo Canonico che se ne occupa con intelligenza e continuità.

Vorrei richiamare l’attenzione Tua e dei soci della SIGG sull’istituzione dei cosiddetti ospedali di comunità; dopo le sperimentazioni del recente passato, adesso anche regioni “forti” come la Lombardia e il Veneto hanno in via di realizzazione un piano in questo ambito.

Non sono a priori contrario al modello, anche perché ogni intervento che aumenta l’offerta di servizi per l’anziano ammalato è sempre benvenuto; ritengo però che vadano definiti alcuni aspetti sostanziali e normativi, per evitare che gli anziani vengano immessi in circuiti sanitari di seconda (o ...decima) categoria. Ho il timore che a livello programmatico si ritenga che per gli anziani è sufficiente fare qualsiasi cosa, senza badare alla qualità degli interventi e alla misura degli eventuali risultati.

Una prima domanda: chi sono i potenziali fruitori dell’ospedale di comunità? In regioni dove funziona adeguatamente l’assistenza domiciliare, dove esiste una buona attenzione alla postacuzie (sia che si chiamano riabilitazione generale-geriatrica, RSA, o altro), dove la geriatria per acuti è una realtà viva e incisiva, dove ci auguriamo prendano presto piede le case della salute, volute con tanto intelligente e generoso impegno dal ministro Turco, a quali bisogni risponde l’ospedale di comunità?

Qualcuno sostiene che si tratta di un’assistenza domiciliare resa più intensiva per adeguarsi alle condizioni psicosociali del paziente anziano (solitudine, incapacità di rispettare le terapie, richiesta di protezione, ecc); in questo caso sarebbe una soluzione appropriata ed utile, che quindi andrebbe sostenuta. Però deve essere chiaro che il livello di gravità clinica del paziente non può essere più pesante di quello che potrebbe trovare risposta in un sistema di assistenza domiciliare integrata. Né a farne cambiare la mission basta la collocazione dell’ospedale di comunità all’interno di strutture ospedaliere dismesse, dove si trovano altri servizi di distretto compreso il 118; infatti, non è tanto la protezione esterna ad essere il punto critico, quanto la competenza ed il tempo disponibile da parte degli operatori (medici, infermieri, ecc.) direttamente responsabili del processo di cura. Se il paziente è instabile ha l’esigenza di un’assistenza qualificata e continua di livello ospedaliero e non può essere curato solo intervenendo alla comparsa di un nuovo sintomo o di un nuovo segno, spia del peggioramento del quadro clinico per il quale non era stato predisposto alcun intervento preventivo.

Una seconda domanda più critica: l’ospedale di comunità non è forse un modo per fornire servizi a costo più basso e di fatto meno efficaci di quanto invece sarebbe necessario? La loro frequente collocazione in ospedali che devono essere chiusi nell’ambito della programmazione regionale non è un’implicita dichiarazione di ridotta disponibilità economica e quindi di soluzioni affrettate e parziali?

La Sigg può accettare, caro Roberto, questa tendenza a risparmiare sulla testa delle persone anziane, quelle più bisognose di una medicina generosa e qualificata?

Spero che queste veloci considerazioni servano a richiamare l’attenzione dei nostri soci sul tema, in modo da poter alzare la qualità del dibattito ed impedire che si prendano decisioni inadeguate. Ripeto, non sono assolutamente contrario all’ospedale di comunità, ma dobbiamo definire con precisione ruolo e confini di questo nuovo modello assistenziale e chi è chiamato a operarvi. E’ un compito al quale non possiamo sottrarci.

*Marco Trabucchi*



### **Forum su didattica ed assistenza in Geriatria**

Credo che in questo momento sia importante ogni intervento che proponga la rilevanza dell'invecchiamento della popolazione e l'importanza che i Corsi di laurea, anche quelle triennali, recepiscano finalmente l'importanza dei mutamenti demografico-epidemiologici anche nella didattica e nella formazione.

L'assenza di Docenti di cure primarie (anche MED09-Medicina generale) nei corsi di laurea e lo scarso interesse culturale per questo crescente e fondamentale settore della medicina-sanità (in particolare per la Geriatria) non fanno ben sperare. Credo che localmente (nelle singole Facoltà) si debba condurre una specie di battaglia perchè il Corso di laurea esca dall'ospedale per interessarsi attivamente anche della Casa della salute e non deleghi tutto, come sta succedendo, ai Medici di Medicina Generale, promossi docenti con motivazioni non utili alla nostra credibilità.

Purtroppo la realtà è varia; ritengo però che nel nostro ambito si debba e si possa fare di più: mi chiedo sconsolato come possano essere stati compilate le UDE (unità didattiche elementari) con i contenuti segnalati e comunque ampiamente noti, senza sollevare lo "sdegno" dei Geriatri universitari. La ragione è che troppo diffusamente manca la voluntas di essere geriatri e soprattutto di svolgere il ruolo dei "medici dei vecchi" con tante e troppe incombenze.

Sono certo che Roberto stia facendo il possibile; vorrei però che chiedesse un maggior impegno a tutti noi perchè siano rispettate le nostre competenze in tutti gli ambiti, a cominciare dalle Facoltà di medicina.

*Gianfranco Salvioli*

Ringrazio Gianfranco per la sua preziosa opera di raccordo.

Vi racconto quello che sto facendo come presidente SIGG per mantenere un ruolo della Geriatria nel dibattito attuale sul riordino del SSN. Tale riordino è tutto centrato sulle cure primarie dove la Geriatria o i geriatri non compaiono per il vizio antico della 833 che non prevedeva alcunchè di specifico per i vecchi. E per il vizio moderno di non produrre evidenze che dimostrino che è meglio avere il geriatra del MMG...o comunque dell'esistente. E lo dico da tempo: siamo autoreferenziali? Non si va da nessuna parte.

Per fortuna però anche i MMG quando parlano di UTAP non hanno uno straccio di evidenza e ho possibilità, tirando fuori il case manager, di aprire "varchi" geriatrici. Almeno. E questo lo sto facendo a diversi livelli: Consiglio Superiore di Sanità, Fondazione Italiani Europei, CENSIS, Studio Ambrosetti, direttamente con il ministro. Non mi stupisco poi se nella casa della salute la parola geriatria/geriatri non compare ma lo sportello unico, l'operatore della fragilità (leggasi case manager) sono concetti/professionalità nostre propedeutiche a una necessità geriatrica. E nella testa del ministro e dei suoi. Insomma: ho la sensazione netta che, un po' come Villaggio e la corazzata Potemkin, oggi si può dire (come ho fatto ricevendo un mucchio di: "finalmente!!!") la fragilità/disabilità/non autosufficienza NON è affare del MMG. E' affare del distretto con le professionalità del caso. In collaborazione con il MMG quando bisogna. Se qualcuno ha voglia di commentare e darmi spunti ulteriori o qualche benedetto numero...son qui.

*Roberto Bernabei*





Complimenti a Bernabei e Salvioli per quello che stanno facendo, per le numerose iniziative e la fervida attività.

E' importante aver sollevato il problema, che nasce molto lontano e sul quale in effetti in Italia ci siamo mossi a macchia di leopardo. Sono perfettamente d'accordo che l'evidenza del Geriatria nel SSN non nascerà solo per "legge", ma anche per le evidenze che sapremo dare. Certo dovremmo chiederci ed evidenziare perché i letti di geriatria sono diminuiti o spariti, e perché sono cresciuti i letti riabilitativi affidati ai fisiatristi e perché si sono ridotti i posti nelle specialità di geriatria.

In effetti i problemi che si incrociano e su cui dovremmo poter agire sono veramente tanti: amministrativi, didattici, legislativi, organizzativi, nazionali, regionali, specifici di ogni ente. Siamo in un sistema ove il principio delle autonomie locali ed accademiche è in costante conflitto con esigenze generali e di livello superiore, condizionato sempre da problemi economici che appaiono purtroppo sempre e comunque prioritari. Alla faccia di studi mirati o della EBM ovvero EBP ovvero della Evidence-Based Geriatric Medicine (<http://www.cebm.utoronto.ca/syllabi/gm/print/whole.htm>)

E' vero che localmente dobbiamo fare, ma 1 o 2 unità (accademiche) per sede universitaria che peso riescono ad avere? "Contro" gli Specialisti. Che dal punto di vista immagine ed economico-sanitario rendono di più. Inoltre gli ospedalieri o i medici delle strutture residenziali territoriali, quelli che dovrebbero essere al nostro fianco, spesso agiscono indipendentemente e con la loro Società e le loro organizzazioni sindacali. Esempi ne sono le Commissioni Territoriali e RSA presso molti Ordini dei Medici nelle quali noi non siamo stati coinvolti.

Ho l'impressione che la dicotomia Stato/Regioni sia un ostacolo quasi invalicabile per alcuni di noi e che sia importante prima di tutto rivedere una progettualità organizzativa generale e comune da riproporre tutti assieme alle nostre Regioni, Province e Comuni competenti in tema di assistenza agli anziani.

Il Progetto Città della Salute porterà circa 400.000,00 euro ad ogni Regione, pochi per risolvere i problemi, forse solo sufficienti per impostare una sola sperimentazione per regione, forse già appaltata. E' sicuramente entusiasmante il progetto, ho già chiesto di poterlo discutere, ma le nostre proposte dovrebbero essere unitarie e soprattutto poter contare sulla collaborazione dei geriatri di zona e degli enti coinvolti. Problema difficile se non ci saranno ampi finanziamenti sul tappeto (saranno utili i contributi per la non autosufficienza?). Già allo stato attuale il "leopardo" della geriatria ha difficile sopravvivenza ed in alcune realtà non c'è neppure la geriatria come reparto o non si riesce a farla nascere. Qui dovremmo impegnarci anche come Società. Inoltre pare che tutti ora siano diventati i "competenti" per gli anziani e che la "fragilità" sia la parola d'ordine in uso più comune.

E' vero che i MMG sono i gestori delle cure territoriali e della centralità dell'assistenza. Le UTAP o i gruppi Associati prevedono MMG + specialisti + la gestione di diabete ed ipertensione e dei voucher. In UK prevedono tutto (La città della salute) con un ospedale collegato e da loro gestito ed un programma specifico per gli anziani con un Geriatra. Sono in contatto con loro perché mando lì i miei studenti per la pratica. Non dimentichiamo che in UK e nei paesi anglosassoni c'è addirittura un insegnamento/reparto Geriatric Emergency Medicine ed un Pronto Soccorso Geriatrico con Centri Ospedalieri Geriatrici a 360 gradi (impensabili in Italia?).

Il contatto con i MMG è rilevante, ma occorre valutare il loro coinvolgimento. A suo tempo noi abbiamo organizzato, tra i primi, (si veda Bollettino SIMI di anni or sono), il Corso di Medicina del territorio, prima facoltativo ed ora obbligatorio, come a Firenze, Udine, Modena e Bologna, tenendolo collegato col Med09 ed ora con la Geriatria, non lasciato in mano ai soli MMG, responsabili del tirocinio. L'ipotesi è di realizzare una stretta collaborazione didattico-sanitaria-assistenziale con i MMG. La metodologia è che tutti in Italia si realizzi un Corso integrato abbastanza uguale nella didattica (geriatria + Medicina del territorio). Questo contatto didattico ha una ricaduta di tipo formativo con la organizzazione di Corsi di Formazione per MMG e la elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici da proporre alle ASL. Conseguenza finale potrebbe essere una ipotesi di una



unità operativa funzionale territoriale virtuale (tipo il Dipartimento oncologico territoriale) esistente solo in pochissime fortunate realtà. Sempre che lo vogliano i Medici delle Strutture Territoriali.

Lo stato e le regioni hanno elaborato molti documenti e molti piani, esistono due importantissimi documenti del 2005 e del 2006 del Comitato di Bioetica sugli Anziani e sulla Riabilitazione per gli Anziani, (che posso inviare a chi lo desidera), esistono molti progetti per gli Anziani: ciononostante non sono né pubblicizzati né applicati e si ha l'impressione che il geriatra sia uno specialista "minore". Sarà per carenze nell'approccio o nella cura delle malattie (non certo del soggetto)?

Alle mie proposte organizzative e di percorsi assistenziali gli amministratori hanno risposto: perché dobbiamo mandare gli anziani a curarsi ed a visitarsi nella tua struttura quando a Pavia abbiamo tre ospedali IRCCS? Il problema è squisitamente della torta economica.

Il goal potrebbe essere di chiedere una Commissione Geriatria Nazionale ed una per ogni Regione allo scopo auspicabile di rielaborare una rete geriatrica nazionale e regionale uniforme. Se abbiamo proposte innovative economicamente vantaggiose. Purtroppo sfuggono molti dei Medici delle Residenze Territoriali che non ho capito a chi facciano riferimento.

Al di là delle parole e dei documenti, l'incisività emerge se si toccano i bisogni e si propongono risoluzioni, come giustamente stanno facendo i nostri Presidenti.

Quali sono le informazioni ed i numeri che il Presidente desidera ricevere? Potrebbero essere i documenti del CBN, i dati economici delle pensioni, i dati dell'INPS e della CISL, n. degli anziani per zona e per ASL, n. prescrizioni, n. ricoveri, n. ricoveri assistenziali, n. voucher, n. RSA, n. letti geriatria, n. letti riabilitativi, n. CDI, tempi di attesa, ecc.??

Lasciamo al nostro Presidente le azioni giuste nei posti giusti col nostro grazie.

*Giovanni Ricevuti*

Non vi è dubbio che con l'autoreferenzialità non si va da nessuna parte e che occorre lavorare per produrre evidenze. Tuttavia l'utilizzo crescente, anche in ambiti diversi dalla Geriatria (psichiatria, pediatria ecc.), di modelli sperimentati da molti anni in ambito geriatrico, è, comunque, dimostrazione indiretta che si ritiene che questi modelli siano vincenti.

La motivazione reale che, a mio parere, sta alla base del sempre minor utilizzo dei geriatri nella cura del paziente anziano e nel governo dei processi clinico-assistenziali dello stesso è di tipo prettamente economico. Un'organizzazione imperniata sui Geriatri ha certamente un costo immediato maggiore di altre organizzazioni che utilizzino il MMG pagandolo poco più di quanto già percepisce normalmente.

Questo può accadere perché IN UNA FASE IN CUI LE RISORSE ECONOMICHE SONO LIMITATE ED I COSTI SANITARI SONO CRESCENTI SI CERCA DI RECUPERARE RISORSE DALLE AREE PIU DEBOLI (intendendo per aree più deboli quelle che hanno minori possibilità di esercitare pressioni sull'opinione pubblica, pressioni che certamente influenzano gli orientamenti dei decisori ).

Gli anziani sono assai numerosi, potrebbero configurarsi come un importante gruppo di pressione; purtroppo, come categoria, non riescono ad essere sufficientemente incisivi sia nelle organizzazioni sindacali che in altri ambiti che li vedono rappresentati. Non riescono inoltre a comprendere che, sempre come categoria, è determinante, in questi tempi, presidiare LA QUALITA' delle cure e la qualità dell'assistenza ad essi dedicata.

Sarebbe molto utile, a mio parere, adoperarsi per favorire la creazione di una associazione volontaristica che operi a livello nazionale e che abbia come finalità quella di porsi al fianco delle persone che invecchiano per presidiarne l'invecchiamento di qualità che è influenzato certamente dagli stili di vita ma anche dagli interventi sanitari ed assistenziali adeguati. Questa ipotetica



associazione dovrebbe poi, sensibilizzando l'opinione pubblica ogni qual volta si verificassero situazioni tali da configurare una perdita di qualità nei servizi sanitari ed assistenziali destinati agli anziani, configurarsi come strumento di pressione sui decisori. Per favorire la nascita di una organizzazione di questo tipo occorre anzitutto individuare una personalità con sufficiente carisma e progettualità che creda ed intenda impegnarsi in una operazione di questo tipo per poi dargli il sostegno necessario.

E' evidente che la geriatria quale reale riferimento culturale, didattico, scientifico e professionale delle persone anziane (altre discipline si sono avvicinate solo da pochi anni a questo tipo di pazienti) sarebbe il naturale punto di riferimento di questa associazione.

Noi naturalmente, come il Presidente ha già ben evidenziato, dobbiamo lavorare bene e.....produrre evidenza..... che il nostro lavoro, in questo ambito, è migliore di quello di altri.

*Alberto Ferrari*



## **SANITA': CISL PENSIONATI, AD ANZIANI SERVONO PIU' CURE OSPEDALIERE**

Agli anziani servono più le cure ospedaliere che l'assistenza domiciliare e la lungodegenza. Va nettamente controcorrente il VI rapporto sulla condizione anziana presentato oggi a Roma dalla Cisl pensionati. Secondo il sindacato, infatti, "è assolutamente erronea e fuorviante, nell'ottica delle politiche sanitarie, e non suffragata da evidenze epidemiologiche, la mentalità prevalente che vede nelle persone anziane affette da più malattie cronico-degenerative dei malati cronici, che necessitano esclusivamente di essere assistiti per gli aspetti puramente 'custodistici' ". Conclusioni che vanno poco d'accordo con i nuovi indirizzi di politica sanitaria, che puntano sulla riorganizzazione degli ospedali a favore di una medicina del territorio più vicina alle case e ai bisogni dei malati. Indirizzi contenuti anche nel 'New Deal' della salute presentato dal ministro Livia Turco. "Al contrario - riferisce il rapporto - le persone di età avanzata affette da più malattie cronico-degenerative, specialmente se associate a uno stato di disabilità, hanno una minore capacità di adattamento. Quindi una maggiore probabilità di andare incontro a ulteriori eventi clinici avversi, dunque è proprio questo tipo di malati che più frequentemente fa ricorso all'ospedale". A sostegno di questa tesi, la Cisl riporta i dati secondo cui "i ricoveri ospedalieri per emergenze mediche hanno subito un progressivo incremento negli ultimi anni, in particolare nella fascia di popolazione over 65, motivo per il quale alcuni epidemiologi hanno affermato che il futuro della medicina d'urgenza è costituito dalla cura del malato anziano". I più recenti dati internazionali, prosegue il rapporto, indicano che gli anziani "fanno maggior ricorso al pronto soccorso dei dipartimenti di emergenza (Dea) rispetto ai più giovani, e presentano mediamente un livello di urgenza superiore: rappresentano infatti il 39% dei pazienti trasportati al Dea in ambulanza, e il 47% dei pazienti che vengono ricoverati in terapia intensiva". E ancora, "hanno una più lunga permanenza all'interno del Dea, una maggiore probabilità di essere ricoverati, vanno più frequentemente incontro ad accessi ripetuti al Dea e a eventi clinici avversi dopo la dimissione". In sostanza, continua la Cisl, "gli anziani che ricorrono all'ospedale sono generalmente malati gravi che hanno bisogno di misure tempestive, intensive e adeguate alle loro peculiarità cliniche. La domanda di assistenza ospedaliera - incalza il sindacato - sarà sempre più costituita da una popolazione di pazienti anziani, frequentemente affetti da più malattie, spesso già con problemi di autonomia funzionale, ma che si rivolge all'ospedale per patologie acute che hanno le caratteristiche di urgenza ed emergenza".

Da qui l'invito della Cisl a "non ridurre il problema dell'assistenza sanitaria agli anziani alla sola valorizzazione di quella domiciliare integrata, all'istituzione di reparti ospedalieri per post-acuzie o al potenziamento delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa). È assolutamente necessario, invece - prosegue - costituire una rete integrata di servizi socio-sanitari, laddove le strutture territoriali e le cure domiciliari rappresentino un pilastro irrinunciabile per l'assistenza alle persone anziane, ma in cui l'ospedale continui a rappresentarne il nodo centrale, con l'obiettivo prioritario di preservare l'autonomia funzionale della persona anziana colpita da una malattia acuta, o da una riacutizzazione di una malattia cronica, determinante essenziale della qualità della vita". Roma, 26 feb. (Adnkronos Salute).

*Un'associazione sindacale evidenzia che almeno il 50% dei ricoverati in Ospedale è > 65 anni; anche i DEA sono invasi dai vecchietti che sono catalogati con il sistema tradizionale dei 4 colori (triage), probabilmente inadeguato. Noi Geriatri dovremmo fare qualcosa...dopo aver letto la nota stampa.*

*Gianfranco Salvioli*



## Recenti pubblicazioni di interesse geriatrico

### **CISL Anziani 2007**

a cura di Maurizio Giordano e Giovanni B. Sgritta

### **Who will care for the oldest people in our ageing society?**

Jean-Marie Robine, Jean-Pierre Michel and François R Herrmann

*British Medical Journal* 2007; 334; 570-571

### **The State of Aging and Health in America 2007**

The Merck Company Foundation

### **Alzheimer's Disease Facts and Figures 2007**

U.S. data on Alzheimer's disease published by the Alzheimer's Association

### **I costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer: cosa è cambiato?**

AIMA-Censis Marzo 2007

### **Exercise on Prescription: trial protocol and evaluation of outcomes**

Jes B Sørensen, Jakob Kragstrup, Kirsten Kjær and Lis Puggaard

*Biomedcentral Health Services Research* 2007, 7:36

### **Occupational health for an ageing workforce: do we need a geriatric perspective?**

Gerald Choon-Huat Koh and David Koh

*Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2006, 1:8

### **The causes and effects of socio-demographic exclusions from clinical trials**

C Bartlett, L Doyal, S Ebrahim, P Davey, M Bachmann, M Egger and P Dieppe

*Health Technology Assessment* 2005; Vol. 9: No. 38

### **Aging, Adiposity, and Calorie Restriction**

Luigi Fontana, Samuel Klein

*JAMA*. 2007; 297:986-994

### **Indicatori demografici anno 2006**

Istituto Nazionale di Statistica 26 marzo 2007

### **La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale**

**Intervento del Ministro della Salute Livia Turco**

Roma, 22 marzo 2007

*Gianfranco Salvioli*

*I Soci che desiderano gli articoli in pdf via e-mail possono farne richiesta alla segreteria SIGG*



## **Notizie dalle Sezioni Regionali**

### **Sezione Campania**

#### **Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo (2007-2010) – Torre del Greco, 9 maggio 2007**

Le votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione Campania si terranno il giorno 9 maggio 2007 alle ore 16.00 presso la RSA “Villa delle Terrazze” c/o “Distretto 85 – ex Bottazzi” in Torre del Greco via C. Colombo.

Hanno diritto di voto i Soci in regola con il pagamento della quota sociale dell'anno in corso. E' ammessa n.1 (una) delega per ogni socio votante; sia il delegato che il delegante devono essere in regola con il pagamento della quota sociale.

Si ricorda che, ai sensi del regolamento vigente della Sezione Regionale della SIGG, coloro che desiderano candidarsi per l'elezione nel Consiglio Direttivo devono comunicarlo almeno 30 giorni prima della data dell'Assemblea elettorale al seguente indirizzo mail: [webmaster@siggcampania.it](mailto:webmaster@siggcampania.it), richiedendo conferma di lettura. I soci che si propongono saranno elencati sul sito regionale [www.siggcampania.it](http://www.siggcampania.it).

*Gerardo De Martino*



## Recensione libri

### **Anziani: analisi demografica**

a cura di Flavia Filippi

Centro Maderna ([www.centromaderna.it](http://www.centromaderna.it))

Documentazione, formazione e ricerca sulla condizione anziana

Febbraio 2007

La composizione demografica della popolazione italiana si sta profondamente modificando a causa della concomitanza tra il progressivo calo della natalità e l'aumento della durata della vita. Il dato più rilevante, ribadito costantemente da tutte le fonti, è costituito dall'invecchiamento della popolazione (fenomeno che peraltro interessa tutti i Paesi sviluppati), con progressivo aumento della fascia più anziana e contestuale diminuzione della fascia più giovane.

Per fornire un quadro aggiornato del fenomeno e per rispondere alle crescenti esigenze informative dell'utenza, il Centro Maderna pubblica la nuova Guida: "Anziani: un'analisi demografica", che costituisce l'aggiornamento dell'analogha Guida pubblicata in prima edizione nel gennaio 2003.

La guida, con l'ausilio di tabelle e grafici, risponde alle più comuni domande sul "mondo degli anziani", ovvero:

Chi sono?

Quanti sono?

Dove vivono?

Come stanno?

Quanti sono non autosufficienti?

Quanti sono in Europa?

Quanti nel mondo?

E' possibile ricevere la guida previo versamento di euro 8,00 (otto) tramite bonifico bancario sul C/C 48201/87 presso Banca Intesa Verbania Pallanza agenzia n. 1 CAB 22401 ABI 03069, oppure tramite versamento su C/C postale n. 12975280 intestato a Coop. Centro A.M. Maderna. Via Vittorio Veneto, 8 - 28922 Verbania Pallanza.

Dopo il versamento è necessario inviare una mail a: [documentazione@centromaderna.it](mailto:documentazione@centromaderna.it), indicando i dati per la fatturazione: Cognome e Nome, Residenza, Codice fiscale o Partiva IVA, Indirizzo mail al quale si desidera ricevere la guida.

*Flavia Filippi*



## CONGRESSI/CONVEGNI

SEMINARI ANCHISE 2007

### **LA CAPACITAZIONE NELLA CURA DELL'ANZIANO FRAGILE: PAROLE E GESTI CAPACITANTI**

*Milano, Gennaio-Novembre 2007*

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli [pietro.vigorelli@formalzheim.it](mailto:pietro.vigorelli@formalzheim.it)  
[www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it) - [info@gruppoanchise.it](mailto:info@gruppoanchise.it)

### **CORSO ANNUALE DI FORMAZIONE PER PSICOLOGI LA PAROLA AL CENTRO DELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER E DEI SUOI FAMILIARI**

*Milano, Febbraio-Novembre 2007*

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli [pietro.vigorelli@formalzheim.it](mailto:pietro.vigorelli@formalzheim.it)  
[www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it) - [info@gruppoanchise.it](mailto:info@gruppoanchise.it)

### **CORSO DI FORMAZIONE MULTIPROFESSIONALE L'APPROCCIO CONVERSAZIONALE NELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER**

*Milano, Febbraio-Giugno 2007*

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli [pietro.vigorelli@formalzheim.it](mailto:pietro.vigorelli@formalzheim.it)  
[www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it) - [info@gruppoanchise.it](mailto:info@gruppoanchise.it)

### **AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA PIO ALBERGO TRIVULZIO GLI APPROCCI TERAPEUTICI NON FARMACOLOGICI NEL PAZIENTE ANZIANO CON DEMENZA**

*Milano 16 aprile e 14 maggio 2007*

Segreteria Scientifica: Massimo Monti e Ivana Santi

Tel. 02.4029572-527, fax: 02.4029592;

e-mail: [sez.zonda@pioalbergotrivulzio.it](mailto:sez.zonda@pioalbergotrivulzio.it)

Segreteria Organizzativa: Antonietta Porro

Tel.: 02.4029652; Fax: 02.4029592

e-mail: [servizio.2@pioalbergotrivulzio.it](mailto:servizio.2@pioalbergotrivulzio.it)

### **L'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI: i risultati di una ricerca italiana multicentrica e gli standard ottimali di assistenza**

*Verona 17 aprile 2007*

Segreteria Organizzativa: OSC Healthcare Bologna

Tel. 051- 226232 - Fax 051 226855

[info@oscbologna.com](mailto:info@oscbologna.com) - [www.oscbologna.com](http://www.oscbologna.com)

### **INCONTRI DI GERIATRIA 2007 A CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA L'ANZIANO FRAGILE: DALLA DIAGNOSI ALLA PREVENZIONE**

*San Giovanni Rotondo (FG) 19 e 26 maggio 2007*

Segreteria scientifica: Piero D'Ambrosio, Francesco Paris

Tel 0882.410467 - Fax 0882.410.271 e-mail: [geriatria@operapadrepio.it](mailto:geriatria@operapadrepio.it)

Segreteria organizzativa : Regia Congressi Firenze

Tel.055271171, Fax 0552711780, e-mail [info@regiacongressi.it](mailto:info@regiacongressi.it)





**ISTITUTI DI S. MARIA IN AQUIRO - ROMA**  
**L'ANZIANO NELLA RETE DEI SERVIZI**  
*Roma 30-31 maggio 2007*

Responsabile Scientifico: Luisa Bartorelli tel 06 58899345  
 Responsabile Organizzativo: Patrizia Di Carlo Tel. 06 6788894/6792533  
 339/2753814 - e-mail: [info@isma.roma.it](mailto:info@isma.roma.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](mailto:iahsa@aahsa.org) - <http://www.iahsa.net/>

**MEDICINA CLINICA, DOMANDE E RISPOSTE**  
*Milano 25-27 giugno 2007*

Segreteria Organizzativa: Depha Congress Milano  
 Manuela Sovilla, Tel. 02-23955440  
 e-mail: [manuela.sovilla@dephacongress.com](mailto:manuela.sovilla@dephacongress.com)

**VI 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](mailto:congress2007@gerontology.ru) - [www.gerontology.ru/congress2007](http://www.gerontology.ru/congress2007)

**3RD SYMPOSIUM OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY**  
**INFECTIONS IN OLDER PEOPLE**

*Francoforte 28-29 settembre 2007*  
[www.eugms.org](http://www.eugms.org)

**GIOVANNI LORENZINI MEDICAL FOUNDATION**  
**XVI INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON**  
**“DRUGS AFFECTING LIPID METABOLISM”**

*New York 4-7 ottobre 2007*  
 e-mail: [dalm@bcm.tmc.edu](mailto:dalm@bcm.tmc.edu) - [www.lorenzinfoundation.org](http://www.lorenzinfoundation.org)

**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.co](mailto:vascular@kenes.co)



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

*Firenze 18-20 novembre 2007*

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex Bologna

Tel. 051 7457070 Fax 051 7457071

e-mail [info.sincope2007@adriacongrex.it](mailto:info.sincope2007@adriacongrex.it) - [www.adriacongrex.it](http://www.adriacongrex.it)

**SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA**

**52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**

**“PAESE VECCHIO, ASSISTENZA NUOVA: IL CASO ITALIA”**

*Firenze 28 novembre-2 dicembre 2007*

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

Tel.055 474330 – Fax 055 461217 - e-mail: [sigg@sigg.it](mailto:sigg@sigg.it) - [www.sigg.it](http://www.sigg.it)

Segreteria Organizzativa: Zeroseicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: [info@zeroseicongressi.it](mailto:info@zeroseicongressi.it)