



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 5 – maggio 2007

*Direttore Responsabile*

Roberto Bernabei

*A cura di*

Vincenzo Canonico

*Tel. e fax 081 7464297*

*e-mail: vcanonic@unina.it*

## **Sommario**

Verso un nuovo assetto della SIGG	pag. 2
La persona affetta da demenza in Ospedale	" 4
Main Topics 52° Congresso Nazionale SIGG	" 5
Summer School 2007 con elenco partecipanti	" 6
L'anziano fragile: problemi clinici?	" 8
Anziani sempre più protagonisti	" 9
Messaggio importante	" 11
Rete assistenziale per il paziente anziano in Trentino	" 12
Commissione sulla popolazione e lo sviluppo dell'ONU	" 16
Notizie dalle sezioni regionali	" 23
Premio Anchise 2007	" 25
I Soci Scrivono	" 26
Congressi e Convegni	" 27



## **VERSO UN NUOVO ASSETTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA**

Il prossimo 5 Giugno si terrà a Firenze un'Assemblea straordinaria nella quale verranno discusse alcune modifiche statutarie che determineranno cambiamenti non marginali dell'assetto istituzionale, giuridico ed amministrativo della nostra Società.

Come certo ricorderete, il processo di revisione ha preso inizio dalla mozione, approvata nell'Assemblea tenutasi a Firenze il 1 Dicembre 2006 nel corso del nostro Congresso Nazionale, che trascrivo di seguito. *“L'assemblea annuale della SIGG [omissis] ritiene opportuno approvare la proposta del Prof. Trabucchi di spostare a 3 anni la durata del mandato presidenziale ed a 6 anni quello del Consiglio Direttivo. Questa proposta viene approvata nell'ambito di una revisione complessiva dello statuto della SIGG che porti ad una maggiore presenza e incisività della nostra Società nel sistema sanitario italiano, anche attraverso una progressiva crescita del coinvolgimento di tutte le componenti professionali e di appartenenza. L'assemblea dà mandato al Presidente di indicare le concrete linee guida di modifica dello statuto, prevedendo di indire un'assemblea straordinaria entro la prossima primavera per l'analisi della nuova bozza di statuto”*.

Nei mesi trascorsi da allora il Presidente, la Giunta ed il Consiglio Direttivo hanno lavorato – attraverso costruttivi confronti – per mettere a punto una proposta di modifica statutaria che, dopo il dibattito assembleare, dovrà essere ufficialmente ratificata il 5 Giugno prossimo, nell'Assemblea straordinaria alla quale, per la sua determinante importanza, è auspicabile la partecipazione del maggior numero possibile di Soci.

Di seguito i punti salienti in discussione, con qualche piccolo commento che, nelle mie intenzioni, dovrebbe servire da spunto di riflessione per l'ormai prossimo dibattito:

1. prolungamento del mandato del Presidente a tre anni (e conseguente prolungamento del mandato del Consiglio Direttivo a 6 anni). Questa modifica è stata pensata per assicurare maggiore incisività e continuità all'azione degli organi direttivi della Società
2. eliminazione della figura dei “Soci Aggregati” (in pratica, gli iscritti alla Sezione Nursing), che attualmente hanno diritto di partecipare all'Assemblea solo con i due rappresentanti eletti nel Consiglio Direttivo. Quindi, si propone che esistano solo Soci Ordinari, tutti con uguali diritti. Il Presidente, la Giunta ed il Consiglio Direttivo stesso ritengono infatti che la Geriatria, in accordo con i suoi principi fondanti che vedono nella azione integrata di più figure professionali un essenziale caposaldo metodologico, debba assumere anche nel proprio assetto societario la volontà di continua e proficua collaborazione tra le sue diverse componenti
3. modificare l'assetto giuridico della SIGG, ottenendo il suo riconoscimento nazionale. Ciò non solo allo scopo di conseguire l'autonomia patrimoniale della Società, distinta da quella dei suoi rappresentanti *pro tempore*, ma anche per migliorare le sue possibilità di presentazione a possibili finanziatori, che potranno interloquire con un soggetto riconosciuto a livello nazionale. In parallelo con tale procedura, ma in ambito strettamente amministrativo, verrà fondata una “SIGG s.r.l.”, che dovrà gestire le attività più strettamente commerciali della nostra Società, correlate con la preparazione del Congresso nazionale e l'allestimento delle sue strutture, con eventuali pubblicazioni, con la preparazione e la possibile vendita di nuovi strumenti di valutazione, ecc. Il terzo polo amministrativo della SIGG continuerà ad essere



rappresentato dalla Fondazione Italiana per la Ricerca sull’Invecchiamento (FIRI) che, in quanto “fondazione” con le relative facilitazioni fiscali, avrà il ruolo di polo di attrazione di finanziamenti finalizzati ad attività di ricerca.

Questi, oltre a quelli che i Soci vorranno affrontare nella piena libertà dibattimentale che caratterizza da sempre l’Assemblea della SIGG, i temi sul tappeto il prossimo 5 Giugno.

A rivederci a Firenze!

*Niccolò Marchionni*  
*Presidente Eletto SIGG*



## **La persona affetta da demenza in Ospedale**

E' il titolo di un volume recentissimo, scritto da chi ha grande conoscenza dei problemi che ruotano intorno al paziente demente ed all'anziano in genere, che non ha avuto paura, né è nuovo ad esperienze innovative, di cimentarsi in un'impresa molto difficile, per la quale l'aiuto di collaboratori esperti e di riconosciuta fama è stato determinante.

Se attualmente con l'introduzione delle Unità di Valutazione Alzheimer la gestione ambulatoriale del paziente demente, pur nella sua complessità, in tanti casi risulta agevole, il paziente e la famiglia hanno un punto di riferimento per le numerose problematiche di diversa natura ed un rapporto stretto con il medico che riesce a dare suggerimenti e soluzioni idonee di ordine medico, assistenziale, sociale, etico ed altro, ciò non sempre avviene allorché il paziente demente ha bisogno di assistenza in ospedale, soprattutto in occasione di un evento serio ed improvviso.

Nell'introduzione del volume l'autore offre una panoramica completa dei problemi che il paziente affronta durante il ricovero, tra cui la necessità di adattamento ad un sistema e ad una struttura che non è preparata tante volte ad accoglierlo e ad affrontare le piccole o grandi emergenze, il difficile rapporto con il personale medico e paramedico, la perdita di riferimenti familiari e strutturali che lo destabilizzano e tanti altri. Viene dedicato ampio spazio al ruolo della comunicazione con il paziente, alla difficoltà di tradurre i messaggi che invia da parte di coloro che non vivono la realtà del mondo della demenza, al ruolo della comprensione in presenza di deficit sensoriali e di linguaggio che rendono estremamente difficile la comunicazione.

Il capitolo con il racconto di esperienze vissute in ospedale da pazienti dementi e loro familiari, dal quale consiglieri di iniziare la lettura del volume, racconta con linguaggio chiaro ed immediato quanto può essere drammatico ed a volte non risolutivo o addirittura dannoso un ricovero per un demente e come spesso il ricorso alla cura ospedaliera viene effettuato per mancanza di alternative assistenziali più semplici ed economiche, ma non disponibili solo per futili motivi burocratici.

Nel volume vengono analizzati gli aspetti più delicati del ricovero in diverse strutture ospedaliere, pronto soccorso, medicina interna, chirurgia, terapia intensiva, riabilitazione, con un'impostazione chiara e completa delle dimensioni del fenomeno, degli elementi di criticità maggiori e dei danni per il paziente, ma anche per la struttura, derivanti dall'utilizzo di metodologie non appropriate per il demente. Ampio spazio viene dedicato agli aspetti del nursing in tutte le fasi del ricovero, dall'accoglienza alla dimissione, vengono presentati e discussi criticamente modelli di assistenza internazionali, utili certamente per avere dei riferimenti e seguire percorsi stabiliti, anche se in tante occasioni l'esperienza e la sensibilità personale dell'operatore forniscono il miglior risultato nel breve e lungo termine. Gli aspetti etici con le numerose problematiche dalla comunicazione della diagnosi, al consenso, alle direttive anticipate vengono trattate con chiarezza e discusse per cercare di dare utili direttive in un campo in cui tante volte il medico si trova a decidere con grande difficoltà tra aspetti medico-legali, religiosi ed assistenziali.

Un libro molto utile non solo ai geriatri ma a tutti coloro che lavorano in reparti ospedalieri, dove sempre più spesso attualmente ed ancor più in futuro accedranno pazienti con demenza. Una guida ed un riferimento anche per chi quotidianamente è a contatto con i dementi ed utilizza gli strumenti più adeguati per prevenire tanti eventi che portano facilmente al ricovero ospedaliero.

*Vincenzo Canonico*

**La persona affetta da demenza in Ospedale - Marco Trabucchi**

Carocci Faber Editore 2007



## **52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**

### ***“Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia”***

Firenze 28 novembre-2 dicembre 2007

#### **MAIN TOPICS AGGIORNATI**

- “Nuovi” farmaci e tecnologie nella terapia dello scompenso cardiaco
- C’è un farmaco “migliore” per l’iperteso anziano?
- Ipertensione e rischio cardiovascolare: gli anti-ipertensivi sono tutti uguali?
- Depressione, antidepressivi ed outcome clinici
- Vaccino e nuove molecole per la demenza
- BPSD e antipsicotici atipici: contrordine?
- Le anemie sine causa
- I nuovi farmaci per l’osteoporosi
- Disfunzione erettile: psiche o organo?
- La prostata benigna e maligna: fino a quando la terapia farmacologica?
- Anticoagulazione oggi: oltre i dicumarolici
- 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<sub>2</sub>-inhibitors qualche anno dopo “lo stop”: si, no, non so
- Diabete a 360°
- BPCO a 360°
- Parkinson a 360°
- Incontinenza urinaria a 360°
- Farmacologia clinica geriatrica: polifarmacia, reazioni avverse, obiettivi. Come guidare le scelte terapeutiche nei molto anziani (Golden Symposium)
- La casa della salute: come? (Golden Symposium)
- La rete assistenziale per la fragilità (Golden Symposium)
- Cultura, tecnologia, compassione: interazione forte per la prassi geriatrica (Golden Symposium)
- Il paziente affetto da demenza nell’ospedale per acuti: è giusto limitare le risorse?
- Migliorare l’assistenza in RSA: cosa c’è di nuovo?
- “Post-acuzie” geriatrica: ruolo attuale e prospettive
- Riabilitazione geriatrica: intensiva, estensiva, di mantenimento

***E’ possibile inviare l’abstract per comunicazioni orali o poster anche on-line collegandosi al sito [www.sigg.it](http://www.sigg.it) rispettando la deadline del 30 giugno 2007***



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 17,00

R. Bernabei (Roma):

*“Geriatric Assessment nel 3° millennio”*

*Presiedono: N. Marchionni (Firenze) – M. Trabucchi (Brescia)*

Ore 18,00

S. Daniotti, Amministratore Delegato Boehringer Ingelheim Italia s.p.a., Vice Presidente Farminindustria, (Reggello, Firenze)  
*“Industria farmaceutica e classe medica”*

***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”*

Ore 16,00 **Lettura:**

B. Trimarco (Napoli): *“Come nasce un grande trial: focus su ONTARGET (ONgoing Telmsartant Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial)”*

***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 comorbilità”*

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*



### ELENCO PARTECIPANTI

- 1. ANGIOI Antonella Sassari
- 2. BAGLIO Isabella Roma
- 3. BARILLARO Christian Roma
- 4. BONCINELLI Marta Firenze
- 5. CALZOLARI Ivan Tavarnelle V.P. (Fi)
- 6. CANADE' Antonella Torino
- 7. CARRUCCIU Vittoria Sassari
- 8. CASELLA Silvia Lumezzane (Bs)
- 9. CECON Annamaria Trieste
- 10. CHIARANTINI Daniela Cellai-Rignano sull'Arno (Fi)
- 11. CORSINI Dalila Pistoia
- 12. D'AMBROSIO Daniele Napoli
- 13. DELEO Maria Palermo
- 14. FERRINI Alessandro Roma
- 15. FERRARO Ignazio Menfi (Ag)
- 16. FILIPPI Alessandra Sassari
- 17. FIORINO Ilaria Parma
- 18. GARGIULO Gaetano Napoli
- 19. GIULIANO Ketti Verona
- 20. GIUNTA Anna Palermo
- 21. GUERRA Gianluca Ferrara
- 22. LUCICESARE Anna Bologna
- 23. MALTESE Giuseppe Messina
- 24. MARCHESE Giovanni Palermo
- 25. MARGAPOTI Raffaella Parma
- 26. MUCCI Luciano Vasto (Ch)
- 27. NUNZIATA Eleonora Roma
- 28. PELIZZARI Luca Verona
- 29. PERUZZI Anna Firenze
- 30. PILATO Alida Messina
- 31. PULCINA Mariangela Sassari
- 32. RICCIO Daniela Cagliari
- 33. RINALDI Caterina Anna Verona
- 34. SIOULIS Fotini Ferrara
- 35. TRICERRI Francesca Genova
- 36. VELLO Natalia Genova
- 37. ZELIANI Chiara Brescia

I crediti ECM per la Summer School 2007 sono **27**

## L'ANZIANO FRAGILE : Problemi clinici ?

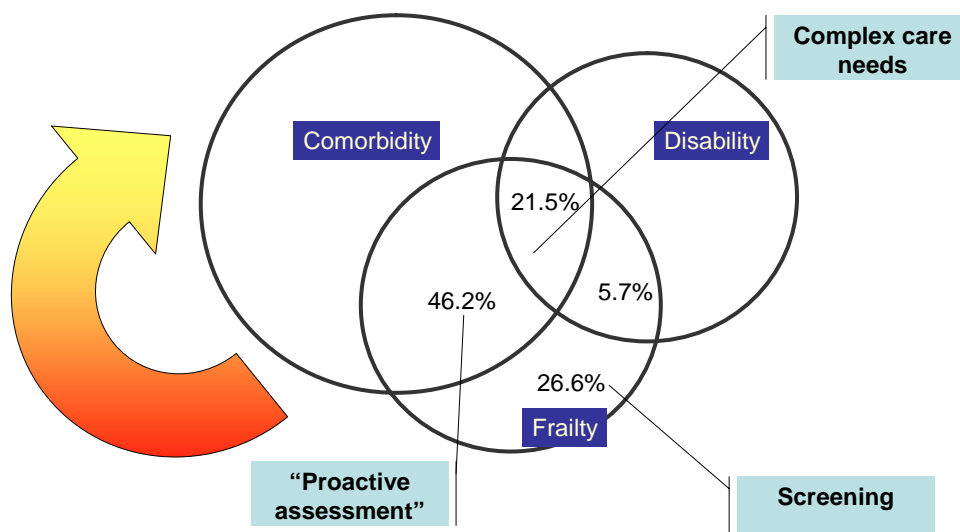
Da un Forum recente e partecipato è emersa l'ambiguità del termine *anziano fragile*; la sua definizione è incerta ed abusata; la conseguenza è che spesso il termine è utilizzato a sproposito e con obiettivi prevalentemente retorici. La Geriatria con la Gerontologia rappresenta una disciplina scientifica in forte progresso culturale; pertanto sono necessarie correttezza e uniformità nelle definizioni; queste poi devono essere motivate e riconoscibili oltre che condivise.

Si legge che il 7% e il 25-40% dei soggetti di età > a 65 e 80 anni, rispettivamente, siano "fragili"; in Italia il dato è ignoto e lo sarà ancora a lungo.

La fragilità indica un prevalente deterioramento funzionale; dovrebbe rappresentare una sindrome geriatrica a condizione che la si possa descrivere in modo chiaro e riproducibile. Sono stati riportati più volte i criteri della Fried; ma la letteratura sull'argomento è copiosa e spesso contraddittoria; si dovrebbero fare delle scelte culturali, ma soprattutto operative. Recentemente ho potuto apprezzare in una lettura di Bruno Bernardini (Ospedale Galliera, Genova) riferimenti molto lucidi alla fragilità dell'anziano – si veda la diapositiva che gentilmente ci ha fornito. L'anziano fragile è vulnerabile in quanto è più suscettibile e a rischio di malattie, di peggioramento delle prestazioni funzionali, e pertanto anche di ospedalizzazione, disabilità ed istituzionalizzazione. Pertanto la persona che invecchia dovrebbe essere oggetto di osservazioni mirate e di qualità da parte dei Medici di famiglia: ma a domicilio (e spesso in altri *setting*) non è oggetto delle valutazioni specifiche richieste per definire (*screening*) la fragilità. Purtroppo la didattica nei corsi di laurea medici e sanitari non insegna queste procedure anche per lo scarso interesse del curriculum formativo per gli anziani. Anche se la fragilità può essere intuitivamente diagnosticata, nella realtà è ignorata oppure confusa con la disabilità e la polipatologia. Così prevale la medicina d'attesa: si aspetta la manifestazione clinica, a volte acuta, per curarla: così si priva la medicina geriatrica delle risorse e dei risultati positivi di interventi riabilitativi e preventivi intrapresi tempestivamente.

Gianfranco Salvioli e Chiara Mussi

### Prevalence and overlaps of comorbidity, disability and frailty







## Anziani sempre più protagonisti

*Riportiamo l'articolo pubblicato nei giorni scorsi sul "Giornale di Brescia" in occasione dei vent'anni di collaborazione tra il Giornale ed il Prof. Trabucchi con il Gruppo di Ricerca Geriatrica. Mille articoli scritti in vent'anni sulla geriatria, sugli anziani, su piccoli e grandi problemi presenti tra le persone di una certa età, seguiti ogni settimana da tantissimi lettori. E' un'esperienza che ha richiesto un impegno ed una dedizione non comuni, che ha avuto come filo conduttore principale il mettere a disposizione della gente le proprie capacità comunicative, dando informazioni, suggerimenti ed occasioni di approfondimento culturale su argomenti di largo interesse tramite il quotidiano più importante della propria città o paese della provincia.*

*Testimonianza principale della ricaduta positiva sui lettori degli articoli pubblicati è la continuità della collaborazione negli anni, anche in seguito al cambio dei vertici dirigenziali del Giornale. Mille articoli che, insieme ai tantissimi scritti in questi anni per scopi scientifici e divulgativi, confermano la capacità del Gruppo di Ricerca Geriatrica di diffondere la cultura geriatrica in tante occasioni, dalla più nobile alla più semplice, come parlare ad anziani di piccole comunità, sempre affrontate con massimo impegno e dedizione, come accade quando si crede nelle proprie idee e nel valore di trasmettere il sapere alla comunità.*

*Ci auguriamo tutti, soprattutto i lettori bresciani, che "il soffio", che ha portato con se vent'anni di storia, aleggi ancora nei prossimi anni con altrettanta dedizione e passione, al fine di informare puntualmente i lettori sulle possibilità di cura per gli anziani e sui continui progressi della nostra disciplina. (NdR)*

Se penso ai mille articoli che abbiamo scritto in questi vent'anni sono colpito da una certa vertigine. Quanto impegno, generosità, fatiche si nascondono dietro le pagine che i lettori hanno potuto scorrere: giovani alle prime armi, onoratissimi di scrivere sul giornale della loro città, oppure professionisti maturi, che si sentono stimolati dal partecipare ad un'opera diffusa di educazione permanente degli anziani; di tutti ho visto e corretto i "pezzi", di tutti conservo il ricordo. Ma soprattutto ricordo i molti lettori che ci hanno seguito, anche quelli che ci leggono dal cielo (senza retorica: chi è in grado di negare che in paradiso non si legga il Giornale di Brescia?). Assieme abbiamo costruito un pezzo della nostra convivenza bresciana, fatta di rispetto reciproco, di impegno di aiuto, di lavoro inteso come fonte di coesione civile prima ancora che di guadagno, di cultura costruita per sé ma anche per migliorare e rendere più significativi i rapporti tra le persone. Vent'anni sono un soffio; ricordo benissimo quando decidemmo con il direttore Lanzani - nel suo studio - di iniziare questa presenza sul Giornale di Brescia. Così ricordo la lunga collaborazione con Camillo Facchini, che per molto tempo ha curato la pagina, con attenzione e pazienza. Poi il direttore Scanzi ci ha confermato la fiducia e la collaborazione; la pagina della salute è costruita adesso da Anna Della Moretta con competenza specifica in ambito medico-sanitario, ma anche - e soprattutto - con grande sensibilità culturale ed umana.

Il Giornale è cambiato in vent'anni, così come i sindaci, i vescovi..., il mondo del lavoro e quello dei pensionati! Vent'anni sono un soffio; chi scrive ha allargato in questo tempo la propria conoscenza sui problemi degli anziani, cercando di affinare gli strumenti per meglio affrontare la sofferenza di chi sta male in età avanzata e - più in generale - di tutti quei vecchi che da soli fanno fatica ad affrontare ogni giorno la luce del sole della mattina ed il buio della notte alla sera. Il Gruppo di Ricerca Geriatrica, al quale appartengono coloro che hanno scritto i mille articoli che oggi celebriamo, ha conquistato fama e rispetto a livello nazionale ed internazionale. Al lettore certamente non interessa quanti articoli scientifici o libri di geriatria o gerontologia abbiamo scritto (i curiosi oggi dispongono di pubmed, un elenco che si trova facilmente su internet e che è l'impetoso testimone delle



nostre bravure e dei nostri limiti); interessa però sapere che siamo rispettosi della nostra formazione al fine di poter offrire servizi sempre più qualificati nei diversi luoghi di lavoro (o -semplicemente- informazioni più puntuali, anche sul nostro Giornale). Vent'anni sono un soffio; però in questo lasso di tempo gli anziani italiani sono diventati di più (gli ultrasessantacinquenni sono cresciuti del 4%) ed è aumentata la speranza di vita alla nascita (un aumento di circa 4 anni!). Apparentemente lo scenario è più complesso, se si guardano solo i numeri; però, se si considerano anche altri parametri si comprende come i problemi indotti dall'invecchiamento hanno maggiore ascolto da parte del resto della società, che - lentamente ma sicuramente - sta imparando ad essere più attenta, più serena, più capace di cura. Infatti abbiamo maggiori servizi per gli anziani negli ospedali, nelle case di riposo, nel territorio (è sempre più chiara l'importanza del medico di famiglia e dei servizi domiciliari nel permettere alle persone non più giovani di restare nella loro casa, anche quando sono colpite da malattie e da riduzioni dell'autonomia). In questi anni la medicina ha dedicato attenzione - come mai nella sua storia precedente - ai problemi clinici degli anziani; la ricerca ha investito moltissimo, con alcuni successi e qualche fallimento. Però si è fatta strada in modo sistematico l'idea che l'anziano - il maggiore consumatore di farmaci - ha diritto ad assumere molecole che sono state espressamente studiate per lui, finendo di essere una sorta di ultima ruota del carro della medicina moderna. Allo stesso modo l'anziano non è più ritenuto un ospite sgradito di ospedali o di altri servizi sanitari ad alta tecnologia, ma sempre più si dedicano a lui le tecnologie complesse, perché può giovarsene al pari delle persone più giovani. Certo, molto deve essere ancora fatto per garantire una vecchiaia serena a tutti, però chi osserva i fenomeni con competenza e serenità non può non rilevare qualche nota di concreto ottimismo. Vent'anni sono stati un soffio da quando siamo partiti con lo slogan «invecchiare non è una malattia». Si è trattato allora di un'affermazione rivoluzionaria, che oggi è largamente confermata.

Per questo motivo oggi non è più un sogno pensare alla persona che in età matura si comporta in modo da evitare un invecchiamento in malattia e a chi da vecchia si comporta ogni giorno conquistando - pur con fatica - piccoli spazi per la propria libertà. Muoversi con la testa e le gambe, conservando sempre l'interesse per il mondo, anche quando costa fatica. Essere generosi, dedicando attenzione agli altri, anche quando gli altri sembrano sordi o addirittura ostili (nella famiglia, nel vicinato, tra gli amici).

Rischiare per fare troppo piuttosto che essere sicuri del danno che deriva dal fare - seppure comodamente - troppo poco! Vent'anni sono un soffio. Con ottimismo e orgoglio speriamo di poterci concedere il privilegio di servire gli anziani di Brescia anche per i prossimi venti!

*Marco Trabucchi*



## MESSAGGIO IMPORTANTE

La Fondazione Italiana per la Ricerca sull’Invecchiamento (FIRI) possiede i requisiti richiesti dalla legge finanziaria 2006, in quanto fondazione riconosciuta a livello nazionale, a cui si può destinare la quota del 5 per mille dell’imposta sui redditi (**Cud 2006, 730, 730-I, Modello Unico**).

Infatti, come per gli anni precedenti, c’è la possibilità per il contribuente di destinare una quota pari al 5 per mille ad enti che prevedano la ricerca scientifica tra i propri compiti istituzionali, come la FIRI.

Si invitano pertanto i Soci SIGG, unitamente ai familiari ed amici, in occasione del prossimo pagamento delle imposte, di destinare il 5 per mille alla FIRI.

E’ sufficiente apporre la propria firma nel riquadro (il primo a sinistra) dedicato al **“Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni e fondazioni”** ed indicare nello spazio sotto la firma, il numero di codice fiscale della FIRI:

**94075650484**

Grazie all’aiuto di tutti noi potremo potenziare i servizi della SIGG, destinando maggiori fondi per borse di studio ai giovani ricercatori e per iniziative nel campo della ricerca scientifica e della formazione.

*Franco Rengo*



## RETE ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE ANZIANO IN TRENTO\*

La geriatriizzazione degli ospedali è un fenomeno oramai diffuso in tutte le realtà italiane.

Il 34% dei ricoveri da Pronto Soccorso (Ospedale S. Chiara ed Ospedale Villa Igea) a Trento, nel biennio 2004-2005, ha riguardato ultra 65 anni.

L'aumento dell'età di ricovero è molto rilevante, in particolare per l'area medica, con un incremento costante dell'età estrema. Se si confrontano i dati dell'anno 2003 con quelli riferiti all'anno 1994 (Tab. 1) è possibile rilevare che il numero degli utenti con età maggiore di 75 anni è percentualmente aumentato in tutti gli ospedali della provincia di Trento in cui è presente l'U.O. di Geriatria.

Nell'ultimo biennio 2005-2006, il numero di utenti ultra 75enni dimessi dagli ospedali dell'A.P.S.S. è risultato rispettivamente del 28,6% (valore assoluto n.14.732) e del 28% (valore assoluto n.14.339) confermando un fenomeno che interessa in modo evidente la popolazione anziana di età avanzata.

Se si confrontano i soli dimessi da UU.OO. di tipo medico degli ospedali della A.P.S.S., è possibile evidenziare che il numero di utenti di età maggiore di 75 anni è passato da n. 8.685 (a. 2005) a n. 9.073 (a. 2006) con un incremento del 4,46% (Tab. 2).

**Tab. 1: Ricoveri oltre 75 anni nel 1994 e nel 2003 nei tre principali ospedali provinciali**

Ricoverati con età >75 anni	a. 1994	a. 2003
Ospedale Trento	4.842 (13%)	6.987 (19%)
Ospedale Rovereto	2.290 (13%)	3.521 (22%)
Ospedale Cles	1.443 (18%)	1.451 (24%)
Ospedali della provincia di Trento	15.927 (16%)	21.092 (23%)

**Tab. 2: Dimessi >75 anni da UU.OO. di tipo medico degli ospedali dell'APSS: distribuzione per classe di età**

Reparto dimissione	classi di età						totale dimessi	
	75 - 85		86 - 95		96 - 105		2005	2006
	2005	2006	2005	2006	2005	2006		
Gastroenterologia	56	75	6	10	2		64	85
Geriatria	2.135	2.221	891	966	102	113	3.128	3.300
Malattie infettive	33	47	4	3	1		38	50
Medicina generale	2.311	2.411	647	752	63	67	3.021	3230
Medicina generale 1	481	418	161	154	17	11	659	583
Medicina generale 2	608	596	201	194	16	10	825	800
Medicina generale (Mezzolombardo)	180	266	48	71	5	4	233	341
Nefrologia	152	124	12	17		1	164	142
Neurologia	308	320	67	54	3	1	378	375
Oncologia medica	99	96		1			99	97
Pneumologia	73	64	3	6			76	70
<b>Totale</b>	<b>6.436</b>	<b>6.638</b>	<b>2.040</b>	<b>2.228</b>	<b>209</b>	<b>207</b>	<b>8.685</b>	<b>9.073</b>

Il paziente anziano non presenta differenze, rispetto ad altre età, per quanto riguarda specifiche necessità organizzative ospedaliere generali.

La durata media della degenza nelle UU.OO. di Geriatria del Trentino, che è in costante riduzione (da 16 a 12 giorni), è comunque determinata da una serie di fattori che sono principalmente da riferire:



- alla complessità assistenziale intrinseca al paziente (sempre più anziano);
- alla celerità dei servizi diagnostici specialistici;
- alle difficoltà delle dimissioni.

I dati relativi alle richieste di trasferimento in strutture per post acuti dal reparto di geriatria dell'Ospedale di Trento indicano che solo il 62% dei richiedenti riesce ad usufruire di tale opportunità. In particolare anche nella popolazione ultra ottantenne la durata delle degenza potrebbe essere contenuta in tempi brevi in relazione a una rete efficiente di strutture per pazienti post acuti in grado di garantire un periodo di riabilitazione o convalescenza (rapporto sanità 2000 Fondazione SKF).

La degenza ospedaliera, quando è contenuta in ambiti limitati ed è accompagnata da opportuni provvedimenti organizzativi, non induce effetti negativi nemmeno nel paziente molto anziano.

Si deve tener presente che nei ricoveri di breve durata non è necessario instaurare specifici interventi riabilitativi (oltre alla mobilitazione) che invece devono trovar spazio in un periodo post acuto in quei pazienti che hanno subito una riduzione della autonomia a causa della patologia che ha causato il ricovero.

La durata della degenza è determinata anche dalla presenza, in rete, di strutture e servizi in grado di accogliere il paziente post acuto; si deve peraltro sottolineare che l'insieme dei fattori clinici spiegano l'aumento della durata della degenza solo nel 10% dei casi.

L'insieme delle osservazioni esposte indica che per fornire all'anziano una adeguata assistenza ospedaliera, nell'ambito del vigente sistema sanitario nazionale e provinciale, è necessario che la rete di cura sia organizzata in maniera equilibrata e completa sia nella gestione intra che extra ospedaliera, supportata da precise regole organizzative e gestionali a cui quotidianamente ci si deve attenere.

D'altro canto, valutando il trend degli anziani afferenti all'ospedale S. Chiara negli ultimi anni, si osserva che:

- il numero crescente di essi pone, quale assoluta priorità, l'adozione di modelli organizzativi di gestione complessiva;
- assume carattere di priorità la necessità di acquisire una visione che, pur nella complessità dei modelli organizzativi, rispetti gli aspetti clinici legati alle patologie "critiche" difficilmente trattate al di fuori dall'ospedale.

E' infatti dimostrato che l'ospedale mantiene la sua centralità nella cura dell'acuzie e della complessità.

Discorso a parte deve essere fatto sul trend di aumento dei ricoveri, riportato nella presente relazione, relativamente alla loro appropriatezza; peraltro, pur in presenza di qualche possibile ricovero inappropriato, l'evoluzione epidemiologica diffusa in tutto il mondo occidentale conferma l'invecchiamento della popolazione e le notevoli difficoltà di gestione relativamente alla popolazione molto anziana. (Rapporto sanità 2000 ed. il Mulino)

Uno degli obiettivi primari è quello di ridurre i ricoveri inappropriati che esprimono bisogno sociale legato all'emarginazione dell'anziano piuttosto che ad un effettivo bisogno di cura.

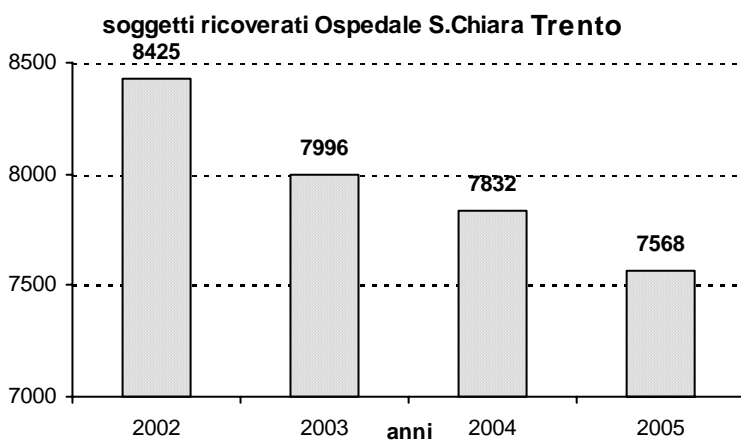
Per questo motivo devono essere favorite soluzioni che facilitino i rapporti con gli anziani e le loro famiglie. Si segnala ad esempio un dato relativo all'Ospedale S. Chiara che stima, tra i pazienti ricoverati nelle UU.OO. dell'area medica che presentano bisogni sociali e difficoltà alla dimissione, una prevalenza del 35%.

Potrebbe essere interessante, al fine di prevenire tali fenomeni e fornire un raccordo immediato con il territorio, sperimentare *la consulenza* geriatrica in pronto soccorso, al momento dell'accesso dell'anziano, definendo preliminarmente i criteri di richiesta da parte degli operatori del Pronto Soccorso (ad esempio introducendo un triage geriatrico).

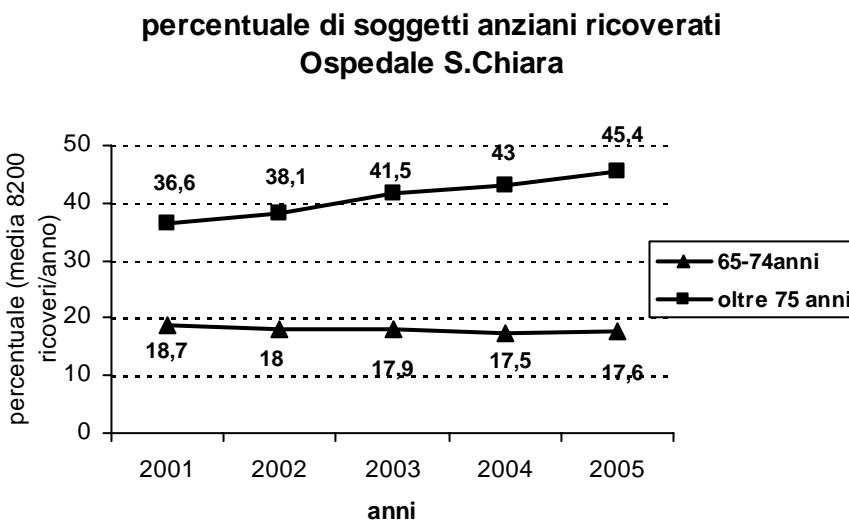
Altro aspetto importante da monitorare è quello relativo alla "fragilità" dell'anziano.

L'anziano funzionalmente integro è equiparabile all'adulto e quindi può essere ricoverato in qualsiasi reparto specialistico; l'anziano fragile, invece, richiede una specifica competenza sia per l'intrinseca condizione biologica sia perchè le malattie sono correlate ad un maggior rischio di disabilità e mortalità. In questi casi la sensibilità e la cultura geriatrica sono indispensabili e queste priorità devono essere inserite, vista la elevata prevalenza dei casi, tra quelle più importanti dei reparti di medicina.

I dati relativi ai ricoveri degli anziani negli ospedali trentini (Fig. 1-3), particolarmente utili a rilevare come siano principalmente i grandi vecchi a rivolgersi all'ospedale, rivelano che essi rappresentano ancora un punto di riferimento importante per la popolazione, tuttavia la crescente domanda e la scarsità di strutture intermedie post acuzie sta mettendo in crisi anche questo sistema.



**Fig. 1: andamento temporale del numero di ricoveri presso l'ospedale S.Chiara di Trento**



**Fig. 2 andamento temporale della percentuale di ricoverati presso l'ospedale S.Chiara di Trento**

Come gruppo dipartimentale sulla base delle valutazioni formulate, ancorché incomplete, consci che alcune scelte necessitano evidentemente di tempi adeguati e convincimenti istituzionali, oltre che di decisioni programmatiche, si formulano alcune ipotesi di lavoro:

- la prospettiva indicata dalle linee guida della P.A.T. aventi ad oggetto: *“Qualificazione e riorganizzazione delle rete ospedaliera provinciale e dell’assistenza sanitaria primaria”*, di una organizzazione basata sul Dipartimento al fine di adottare *“regole condivise di comportamento*



*assistenziale, formativo, etico ed economico, nonché forme di integrazione fisica, organizzativa clinica e culturale*”, potrebbe essere declinata nella individuazione di nuove modalità operative per realizzare una integrazione tra l’Azienda Sanitaria e le RSA;

- b) la possibilità di sviluppare percorsi assistenziali intraospedalieri per assicurare il supporto geriatrico ad utenti anziani critici ricoverati in altre unità operative di degenza (es. anziani critici ricoverati in ortopedia);
- c) lo sviluppo di migliori sinergie tra i sistemi R.S.A., U.V.M. e Dipartimento Anziani non tanto per la gestione degli ingressi degli utenti in R.S.A., che al momento appare ben governata, quanto per le funzioni di coordinamento ed indirizzo delle attività sanitarie in collaborazione con i coordinatori delle R.S.A. medesime. In tale prospettiva il ruolo del Dipartimento Anziani e delle Geriatriche diviene strategico e garantisce un forte coordinamento delle attività professionali e degli indirizzi clinici.

Tra i bisogni che il Dipartimento rileva si individuano i seguenti punti:

- la necessità di aumentare il numero di posti letto per le attività di lungodegenza-riabilitazione nel post acuzie, commisurando la distribuzione territoriale degli stessi alle effettive necessità epidemiologiche della popolazione di riferimento;
- l’esigenza di una rete assistenziale in grado di assicurare i bisogni assistenziali e di garantire la risposta appropriata, nel momento appropriato ed all’interno del livello appropriato. Sotto questo aspetto il Dipartimento di Geriatria può rappresentare un valido strumento per la gestione di aspetti clinici e formativi;
- una maggiore attenzione alla gestione degli utenti anziani critici fin dal loro primo contatto con la struttura ospedaliera (Pronto Soccorso) e nel caso di un loro ricovero presso i reparti chirurgici (Ortopedia, Chirurgia, etc)

I bisogni rilevati e le osservazioni sopra riportate nonché le proposte formulate si inseriscono nella constatazione finale che in questi ultimi anni l’offerta ospedaliera complessiva provinciale si è progressivamente e giustamente ridotta di n. 1.880 posti letto (59,3%) dal 1982, raggiungendo i n. 2.480 posti letto totali nel 2006.

Tuttavia mentre la riduzione dei posti letto è stata effettuata in modo omogeneo in tutta la provincia, il numero dei ricoveri nella Valle dell’Adige si è mantenuto particolarmente elevato in modo tale da determinare una notevole pressione sull’Ospedale S. Chiara di Trento i cui dati di utilizzo (Tab. 3), in alcuni reparti di tale struttura, risultano in continua crescita ponendo in risalto come effettivamente l’Ospedale di Trento sia sottoposto ad un “assedio di richieste”.

**Tab. 3.: Tasso di utilizzo dei posti letto. Raffronto tra anno 2003 ed anno 2006**

	Tasso di utilizzo posti letto	
	Anno 2003	Anno 2006
Medicine	95,49	101,59
Geriatria	99,92	103,41

*Gabriele Noro*

\* Relazione presentata alla Direzione dell’Azienda dei Servizi Sanitari, come relazione finale annuale dell’attività del Dipartimento Anziani.



## **Commissione sulla Popolazione e lo Sviluppo dell'ONU. Quarta Sessione.**

*Nel mese scorso si è tenuta a New York l'annuale sessione della Commissione dell'ONU su Popolazione e sviluppo, di cui è membro il Prof. Antonio Golini, una delle Commissioni più antiche delle Nazioni Unite. La Commissione analizza i problemi e le tendenze della popolazione del mondo intero e dei singoli paesi, dà indicazioni sul programma di lavoro della Population Division, esprime raccomandazioni tecnico politiche che ispirano l'azione della United Nations Fund for Population activities (il Fondo che opera interventi in materia di popolazione) e dei Governi nazionali. Il tema specifico di quest'anno era: "I cambiamenti della struttura per età delle popolazioni e le loro implicazioni per lo sviluppo". Il Prof. Golini ha inviato al nostro Presidente il testo intero della risoluzione, tradotto cortesemente da Alessia Lombardo della segreteria SIGG. Ci sono una serie di punti che interessano le persone anziane. (NdR)*

### **Cambiamenti delle strutture delle popolazioni in età avanzata e le loro implicazioni per lo sviluppo**

La Commissione sulla Popolazione e lo Sviluppo:

PP1. Ricorda il Programma di Azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo adottata al Cairo,<sup>1</sup> in particolare il VI capitolo sulla crescita e la struttura della popolazione ed il criterio di azioni per l'ulteriore implementazione del Programma di Azione,<sup>2</sup> in particolare la sezione II.B sul cambiamento strutturale e l'invecchiamento della popolazione;

PP2. Riconosce che l'implementazione del Programma di Azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo ed il criterio di azioni per la sua ulteriore implementazione è integralmente collegata agli sforzi mondiali per sradicare la povertà ed ottenere uno sviluppo sostenibile e che il raggiungimento degli scopi del Programma di Azione è conforme e apporta un fondamentale contributo al raggiungimento degli scopi di sviluppo concordati a livello internazionale, incluso i Traguardi di Sviluppo Millennium;

PP3. Ricorda la Dichiarazione Politica ed il Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'invecchiamento adottato nel 2002<sup>3</sup> così come l'Assemblea Generale, delibera 58/134 del 26 Gennaio 2004 sul percorso per l'implementazione del Piano di Azione di Madrid, delibera 59/150 del 1° Febbraio 2005, 60/135 del 2 Febbraio 2006 e 61/142 del 30 Gennaio 2007, facendo seguito alla Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento;

PP4. Ricorda anche gli importanti provvedimenti sul cambiamento delle strutture delle popolazioni in età avanzata e le loro implicazioni per lo sviluppo contenuto nella Dichiarazione di Copenhagen sullo Sviluppo Sociale,<sup>4</sup> il Programma di Azione del Vertice Mondiale per lo Sviluppo Sociale,<sup>5</sup> la Dichiarazione di Beijing e la Piattaforma di Azione<sup>6</sup> e le loro periodiche revisioni, la Dichiarazione di Durban ed il Programma di Azione adottato dalla Conferenza Mondiale contro il Razzismo, Discriminazioni Razziali, Xenofobia e la Relativa Intolleranza dell'8 Settembre 2001;<sup>7</sup>

PP5. Ricorda inoltre la Dichiarazione di un Millennio e l'Esito del Vertice Mondiale del 2005;





PP6. Ricorda inoltre la Delibera 60/265 del 12 Luglio 2006 a seguito dell'esito dello sviluppo del Vertice Mondiale del 2005, incluso i Traguardi di Sviluppo Millennium e gli altri traguardi di sviluppo concordati a livello internazionale e la Delibera 61/16 del 20 Novembre 2006 nel Consolidamento dell'ECOSOC;

PP7. Richiama inoltre il Programma di Azione Mondiale per i Giovani verso l'anno 2000 e oltre<sup>8</sup> e l'Assemblea Generale, delibera 60/2 del 27 Ottobre 2005, sui piani di azione ed i programmi che coinvolgono i Giovani, così come le precedenti decisioni dell'Assemblea Generale relative ai diritti del bambino;

PP8. Ricorda inoltre la Dichiarazione sull'HIV/AIDS di giugno 2006;

PP9. Riconosce che tutte le popolazioni del mondo sono sottoposte ad un'unica, storica transizione da alti livelli di fertilità e mortalità a bassi livelli di fertilità e mortalità, conosciuta come la transizione demografica, che ha forti effetti sulla struttura dell'età delle popolazioni ed essendo coscienti del fatto che i paesi si trovano a diversi stadi di questa transizione mentre alcuni paesi ancora stanno sperimentando alti livelli di fertilità;

PP10. Riconosce inoltre che nella prima fase della transizione demografica, quando la mortalità sta precipitando, la proporzione dei bambini aumenta, che nella seconda fase quando entrambe la fertilità e mortalità stanno precipitando, la proporzione degli adulti in età lavorativa aumenta e che nella terza fase quando la fertilità e la mortalità raggiungono livelli bassi, aumenta soltanto la proporzione delle persone anziane;

PP11. Riconosce inoltre che la seconda fase della transizione demografica presenta un'apertura di opportunità per lo sviluppo e che la conversione di questa apertura di opportunità in benefici per lo sviluppo richieda piani di azioni nazionali ed un contesto di utilizzo economico internazionale tendente all'investimento, al lavoro ed allo sviluppo del sostegno economico ed ulteriore integrazione e la completa partecipazione dei paesi in via di sviluppo nell'economia mondiale;

PP13. Riconosce che la popolazione anziana sta prendendo campo ad un passo così veloce sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli sviluppati, dando ai primi meno tempo per adattarsi al crescente numero di persone anziane, rendendo difficile mobilitare risorse per il loro supporto;

PP14. Rileva che i bambini ed i giovani costituiscono quasi la metà della popolazione dei paesi in via di sviluppo e che due terzi delle persone anziane del mondo vivono nei paesi in via di sviluppo;

PP15. Riafferma che l'uguaglianza fra i sessi e la promozione e la protezione del completo godimento di tutti i diritti umani e le fondamentali libertà per tutti sono essenziali per promuovere lo sviluppo e per affrontare le implicazioni dello sviluppo del cambiamento delle strutture delle popolazioni in età avanzata

PP16. Riafferma anche che lo sviluppo è di per sé un traguardo fondamentale e che lo sviluppo sostenibile nei suoi aspetti economici, sociali ed ambientali costituisce un elemento chiave della struttura di volta delle attività delle Nazioni Unite;



PP17. Riafferma inoltre le tre indicazioni prioritarie concordate nel Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento: le persone Anziane e lo sviluppo; promuovere la salute ed il benessere nell'età avanzata ed assicurare le condizioni ambientali idonee e di sostegno;

PP18. Rileva con preoccupazione che la povertà è una delle maggiori minacce per il benessere delle persone, in particolare per i bambini, i giovani e le persone anziane;

PP19. Ricorda che le donne costituiscono la maggioranza delle persone anziane in quasi tutte le società e che questa aumenta con l'avanzare dell'età;

PP20. Riconosce che una pesante infermità specialmente in molti paesi in via di sviluppo, in particolare il pandemico HIV/AIDS, che colpisce le dinamiche della popolazione, accorcia le aspettative di vita e rallenta la crescita economica attraverso una perdita di produttività ed altri fattori che minano lo sviluppo;

PP21. Riconosce anche l'importante ruolo delle famiglie nell'incontrare le innumerevoli sfide sollevate dal cambiamento strutturale d'età delle popolazioni;

PP22. Osserva la valutazione dei rapporti della Segreteria Generale sul monitoraggio della popolazione mondiale<sup>9</sup> e sul monitoraggio dei programmi della popolazione,<sup>10</sup> entrambi i quali focalizzano sul cambiamento strutturale d'età delle popolazioni e le loro implicazioni per lo sviluppo, e prende nota anche del rapporto della Segreteria Generale sul flusso delle risorse finanziarie per l'assistenza nell'implementazione del Programma di Azione Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo;<sup>11</sup>

OP1. Riafferma il Programma di Azione della Conferenza Internazionale sulla Popolazione<sup>12</sup> e lo Sviluppo e la chiave di azione per la sua ulteriore implementazione;<sup>13</sup>

OP2. Sottolinea che da quando i paesi sono a diversi stadi della transizione demografica e sperimentano diverse condizioni sociali ed economiche, lo sviluppo e le implicazioni politiche variano da paese a paese a seconda del loro livello di sviluppo sociale ed economico;

OP3. Incoraggia i Governi, il Sistema delle Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali rilevanti ad assistere i paesi in via di sviluppo valutando il possibile impatto del cambiamento strutturale d'età delle popolazioni e nelle capacità costruttive per rispondere alle sfide ed alle opportunità derivanti dal cambiamento delle strutture per le popolazioni anziane;

OP4. Riafferma gli impegni ed enfatizza il bisogno di implementare completamente le società mondiali per la proposta di sviluppo nella Dichiarazione Millennium delle Nazioni Unite, il Consenso Monterrey della Conferenza Internazionale sul Finanziamento per lo Sviluppo ed il Piano di implementazione del Vertice Mondiale sullo Sviluppo Sostenibile ("Piano di Implementazione di Johannesburg") e per intensificare l'impulso generato dal Vertice Mondiale del 2005 allo scopo di far funzionare ed implementare, a tutti i livelli, gli impegni enunciati nei risultati delle più importanti conferenze ed incontri delle Nazioni Unite, incluso il Vertice Mondiale del 2005, nei relativi settori economici e sociali;



OP5. Riafferma che ogni paese deve prendersi la responsabilità per il proprio sviluppo e che il ruolo delle politiche nazionali e le strategie di sviluppo non possono essere enfatizzate troppo nel conseguimento dello sviluppo sostenibile;

OP6. Fa appello ai Governi tenendo conto della la situazione di sviluppo in ogni paese, per promuovere sia l'equità intergenerazionale che la solidarietà considerando le implicazioni del cambiamento delle strutture per le popolazioni anziane nel medio e lungo termine del piano di sviluppo e considerando le conseguenze politiche, sociali ed economiche;

OP7. Sottolinea l'importanza di un'identità futura tradizionalista in politica nei processi di pianificazione a tutti i livelli ed il bisogno di eliminare discriminazioni in base al sesso e all'età, incluso l'eliminazione di tutte le forme di violenza contro le donne di ogni età, assicurando loro uguali diritti ed il loro completo godimento;

OP8. Riconosce che investire nelle persone giovani è una priorità di sviluppo urgente e che contribuirà al conseguimento dei traguardi di sviluppo internazionali concordati incluso i traguardi di sviluppo Millennium;

OP9. Riafferma la decisione, espressa nella Dichiarazione Millennium delle Nazioni Unite, di assicurare che, entro il 2015, i bambini di ogni luogo, ragazzi e ragazze allo stesso modo, siano in grado di completare un intero corso di scuola elementare; incoraggia i Governi a fornire ai giovani le opportunità per ottenere ulteriore istruzione, per acquisire capacità e per partecipare ampiamente a tutti gli aspetti della società, allo scopo di migliorare il loro impiego produttivo e rendersi indipendenti; richiama alla mente che una società basata sulla conoscenza richieda anche che le politiche siano istituite per assicurare l'accesso all'istruzione e alla formazione per un lungo periodo;

OP10. Esprime la sua preoccupazione che al giorno d'oggi i paesi in via di sviluppo hanno un grande numero di persone che sta raggiungendo l'età avanzata con il minimo grado di istruzione e preparazione matematica e scientifica che limita la loro capacità di guadagnarsi un mezzo di sostentamento e potrebbe, di conseguenza, influenzare la loro salute ed il loro benessere;

OP11. Riafferma la Struttura di Azione Dakar adottata al Forum di Istruzione Mondiale nel 2000 e sottolinea l'importanza dell'Istruzione per tutte le società come uno strumento per realizzare il traguardo di sviluppo del millennio dell'Istruzione Primaria Universale entro il 2015;

OP12. Fa appello ai Governi perché creino un contesto di utilizzo legale a tutti i livelli per accrescere la partecipazione dei mercati del lavoro, includendo particolari sforzi per far aumentare la partecipazione delle donne, delle persone anziane, dei giovani e dei gruppi svantaggiati, così come i disoccupati a lungo termine e le persone con invalidità, con lo scopo di ridurre il rischio di esclusione o di dipendenza nell'età avanzata;

OP13. Sottolinea l'importanza di mobilitare interamente la popolazione attiva attraverso piani di azione familiari che supportino i genitori ed i tutori legali nell'unire il lavoro ed i ruoli dei genitori;

OP14. Invita i paesi con popolazioni in età avanzata a promuovere misure per indirizzare questa situazione, includendo le politiche familiari-amichevoli;



OP15. Incoraggia i Governi ad applicare politiche d'azione che supportino l'uguaglianza del sesso, proteggano i diritti umani delle persone anziane, in particolare le donne anziane, ed assistano le persone anziane insultate vittime d'abuso;

OP16. Incoraggia i Governi, in cooperazione con i relativi terzi fiduciari a cui le parti in lite affidano la custodia di cose, incluso le società civili, ad accrescere attraverso appropriati meccanismi, l'autonomia delle persone anziane. Tali meccanismi potrebbero includere, dove appropriato, la promozione di una partecipazione continuativa nella vita lavorativa, se desiderato, promuovendo un nuovo approccio al pensionamento, che tiene conto dei bisogni dei lavoratori dipendenti tanto quanto i datori di lavoro, in particolare applicando il principio delle politiche e norme di pensionamento flessibile e nello stesso tempo mantenendo i diritti di pensionamento acquisiti. Tali meccanismi potrebbero anche includere la creazione di condizioni che promuovono la qualità della vita delle persone anziane e metterle in grado di lavorare e vivere indipendentemente nelle proprie comunità il più a lungo o desiderato possibile ed assicurando uguale accesso a servizi sociali e di salute di elevata qualità;

OP17. Fa appello ai Governi per sviluppare ed implementare i piani di azione mirati ad assicurare l'integrità, la sostenibilità, la solvibilità e la trasparenza degli schemi della pensione e, dove appropriato, le assicurazioni di invalidità e, nello stesso tempo, facendo attenzione ai loro impatti intergenerazionali in modo che il peso non sia sostenuto principalmente solo da alcune generazioni;

OP18. Invita i Governi, memori degli ostacoli economici che possono esistere in alcuni paesi in via di sviluppo ed altri paesi, per facilitare la capitalizzazione delle risorse attraverso risparmi ed investimenti personali da parte degli individui allo scopo di coprire i consumi ad età avanzata, costituendo o promuovendo meccanismi istituzionali appropriati, se essi non esistono di già e per assicurare un effettivo monitoraggio di tali meccanismi;

OP19. Invita i Governi a sviluppare strategie di vasta portata per affrontare la crescente domanda per le cure a lungo-termine per le persone anziane adottando ed implementando misure che assistano i familiari fornendo le cure di base ed il supporto per i loro anziani assicurando che le donne e le ragazze non siano gravate in modo sproporzionato;

OP20. Richiama il bisogno mondiale di espandere le opportunità di istruzione nel settore di geriatria e gerontologia per tutti i professionisti della salute che lavorano con le persone anziane, così come quello di migliorare l'informazione e la formazione per i medici e para-medici verso i bisogni delle persone anziane ed in questo contesto riconosce il bisogno di intensificare la cooperazione internazionale;

OP21. Incoraggia i Governi a promuovere condizioni di vita salutari a tutte le età ed in tutte le sfere della salute, incluso la salute sessuale e riproduttiva, in particolare il miglioramento della salute delle madri, dei bambini e degli adolescenti, così come gli sforzi per ridurre la mortalità materna ed infantile e per prendere provvedimenti per preparare i sistemi di cura della salute per andare incontro alle sfide proposte dal cambiamento delle strutture in età avanzata;

OP22. Ricorda che l'HIV/AIDS colpisce la popolazione in molti paesi in via di sviluppo, specialmente in Africa e pone importanti sfide alla stabilità economica e sociale nei paesi più colpiti ed incoraggia i Governi a divulgare le crescenti stime dell'infezione dell'HIV tra le persone giovani per assicurare una generazione futura libera dall'HIV attraverso l'implementazione di vasta portata di



strategie di prevenzione basate sull'evidenza, comportamento sessuale responsabile, incluso l'uso del profilattico, dimostrazione e capacità di base, informazione sull'HIV specifica per i giovani, interventi dei mezzi di comunicazione e la fornitura di servizi di salute appropriati per i giovani;

OP23. Riconosce la gravità dei problemi di salute pubblica che affliggono molti paesi in via di sviluppo e meno i paesi sviluppati, specialmente quelli derivanti da HIV/AIDS, tubercolosi, malaria e altre malattie contagiose ed incoraggia i Governi ad adottare misure che si rivolgano a queste sfide;

OP24. Sottolinea l'importanza della raccolta, dell'analisi e della divulgazione di dati e statistiche sulla popolazione che si differenzia per età e per sesso su tutti gli aspetti di formulazione politica da parte di tutti i paesi ed incoraggia le importanti organizzazioni delle Nazioni Unite a supportare gli sforzi nazionali nella capacità di costruire, specialmente nei dei paesi in via di sviluppo e nei paesi con l'economia in via di transizione;

OP25. Fa appello alle importanti Agenzie delle Nazioni Unite, ai Fondi e ai Programmi per continuare a sostenere le associazioni a livelli nazionali ed internazionali per promuovere un insieme di proposte di interventi per assicurare il benessere delle persone giovani e migliorare le loro prospettive di vita con l'accrescere della loro formazione culturale, promuovendo stili di vita salutari e salvaguardando la loro salute, incluso la salute sessuale e riproduttiva ed incoraggiando l'impegno sociale e la partecipazione delle persone giovani coinvolgendole in attività per ridurre la povertà e l'emarginazione;

OP26. Accoglie le risorse in aumento che diventeranno disponibili come un risultato della creazione di tabelle di marcia da parte di molti paesi sviluppati per realizzare il target dello 0,7% di un evidente prodotto nazionale per uno sviluppo ufficiale di assistenza entro il 2010 così come, conforme al Programma di Azione di Bruxelles per i Paesi Meno Sviluppati per la Decade 2001-2010, lo 0,15% per i paesi meno sviluppati non più tardi del 2010 ed incoraggia quei paesi sviluppati che non lo hanno ancora fatto così da rendere concreti gli sforzi a questo riguardo in conformità con i loro committenti;

OP27. Accoglie inoltre i recenti sforzi e le iniziative per accrescere la qualità dell'aiuto e per aumentare il suo impatto, incluso la Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia dell'Aiuto, e richiede un'azione concreta, effettiva e tempestiva nell'implementare tutti gli impegni concordati sull'efficacia dell'aiuto, con chiaro monitoraggio e scadenze, includendo fino all'ulteriore allineamento assistenza con strategie di paesi, capacità istituzionali costruttive, riducendo i costi di transazione ed eliminando le procedure burocratiche, rendendo il progresso svincolato dall'aiuto, intensificando la capacità e la gestione finanziaria dei paesi ricettivi e consolidando l'interesse sullo sviluppo dei risultati;

OP28. Riconosce che per i paesi in via di sviluppo che non possono generare risorse a sufficienza, la mancanza di adeguati capitali rimane il principale limite per la completa realizzazione del Programma di Azione ICPD;

OP29. Rileva che i recenti aumenti nel flusso delle risorse finanziarie per l'assistenza nella realizzazione del Programma di Azione sono stati principalmente un risultato dell'aumento dei fondi per le attività di ricerca dell'HIV/AIDS ed esprime la preoccupazione che il capitale per i piani familiari, che è stato costantemente decrescente, è al di sotto del target di livello consigliato e perciò enfatizza l'importanza di una mobilitazione delle risorse richieste per realizzare l'agenda ICPD da parte della comunità internazionale, compreso i Governi sia del donatore che dei paesi in via di sviluppo;



OP30. Sollecita la Segreteria Generale a continuare il suo considerevole lavoro sul cambiamento delle strutture delle popolazioni in età avanzata, incluso i livelli, le tendenze che determinano le conseguenze ed i piani di azione, dando la dovuta attenzione alle loro implicazioni per lo sviluppo.

*Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XIII.18), chap. I, resolution 1, annex.

<sup>2</sup> General Assembly resolution S-21/2 of 2 July 1999, annex, and *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Special Session, Supplement No. 3 (A/S-21/5/Rev.1)* and A/S-21/PV.9.

<sup>3</sup> *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002* (United Nations publication, Sales No. E.02.IV.4), chap. I, resolution 1, annex I and II.

<sup>4</sup> *Report of the World Summit for Social Development, Copenhagen, 6-12 March 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.8), chap. I, resolution 1, annex I.

<sup>5</sup> *Ibid.*, annex II.

<sup>6</sup> *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995* (United Nations publication, Sales No. E.96.IV.13), chap. I, resolution 1, annexes I and II.

<sup>7</sup> See A/CONF.189/12 and Corr.1, chap. I.

<sup>8</sup> Resolution 50/81, annex.

<sup>9</sup> E/CN.9/2007/3

<sup>10</sup> E/CN.9/2007/4

<sup>11</sup> E/CN.9/2007/5

<sup>12</sup> See *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (United Nations publication, Sales No. 95.XIII.18).

<sup>13</sup> See General Assembly resolution S-21/2 of 2 July 1999, annex, and *Official Records of the General Assembly, Twenty-first Special Session, Supplement No. 3 (A/S-21/5/Rev.1)* and A/S-21/PV.9.



## Notizie dalle Sezioni Regionali

### Sezione Lazio

Proposte di candidature pervenute per il rinnovo del Consiglio Direttivo:

Aloisi Ombretta (per il Nursing)  
Antonelli Incalzi Raffaele  
Bartorelli Luisa  
Mastromattei Antonio  
Pedone Claudio  
Scuteri Angelo  
Sergio Giovanni

Le votazioni si terranno **lunedì 18 giugno 2007** al **Ce.M.I.** (Centro Medicina dell'Invecchiamento) 1° piano - Policlinico Gemelli – Largo Agostino Gemelli 8 - ROMA.

Le operazioni di voto inizieranno, dopo l'insediamento del seggio elettorale, alle ore 12,00 e termineranno alle ore 16,00.

Saranno eletti 5 Consiglieri, di cui 1 tra i soci aggregati della sezione Nursing (attualmente 13).

Hanno diritto di voto i Soci in regola con il pagamento della quota sociale dell'anno in corso.

E' ammessa una delega per ogni socio votante; sia il delegato che il delegante devono essere in regola con il pagamento della quota sociale.

E' possibile pagare la quota anche al seggio elettorale.

*Raffaele Antonelli Incalzi*  
Commissario ad acta

### Sezione Campania

Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della Sezione Campania

Il giorno 9/5/2007, alle ore 16,00, presso la RSA “ Villa delle Terrazze” in Torre del Greco, come da convocazione, si è tenuta l'assemblea dei soci della sezione Campania per le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo.

La partecipazione dei soci è stata ampia e si sono contati, fra presenti e deleghe, 111 votanti.

Lo scrutinio delle schede si è concluso alle 18,40.

I cinque soci che hanno ottenuto più voti sono (in ordine alfabetico):

Pasquale Abete  
Luigi Ferrara  
Luigi Forgione  
Antonio Gambardella  
Clelia Volpe

A seguire si è tenuta la prima riunione del rinnovato Consiglio Direttivo che ha eletto all'unanimità quale Presidente Pasquale Abete ed ha nominato Saverio Marino quale Segretario.

Pertanto la composizione del Consiglio Direttivo SIGG Campania (2007-2010) è la seguente:



Pasquale Abete	Presidente
Gerardo De Martino	Past President
Antonio Gambardella	Componente
Luigi Ferrara	Componente
Luigi Forgione	Componente
Clelia Volpe	Componente
Saverio Marino	Segretario

*Gerardo De Martino*





## **PREMIO ANCHISE 2007**

1. **L'Associazione Gruppo Anchise**, usufruendo del contributo della **UBI - Banca Regionale Europea**, istituisce per l'anno 2007 un **Premio di ricerca** finalizzato a promuovere il riconoscimento e la promozione della dignità, dell'autonomia e della felicità possibile della persona anziana, sia sana che malata, sia in casa che in situazione di ricovero.
2. La ricerca sarà svolta in conformità all'articolo 4 dello Statuto: "(...) la parola viene considerata al centro della scena e costituisce l'oggetto principale della ricerca dell'associazione; il tener vivo l'uso della parola è un fine specifico del suo operare. L'uso consapevole dell'ascolto e della parola è considerato uno strumento privilegiato di cura e un motivo di benessere per gli anziani, i familiari e i curanti professionali (...)".
3. I concorrenti devono presentare un elaborato, frutto di lavoro personale, che sia basato sullo studio di testi registrati e trascritti di conversazioni professionali con persone anziane.
4. Gli elaborati devono essere inviati alla Sede legale dell'Associazione in Milano (CAP 20149), via Giovanni da Procida 37, sia in formato elettronico che cartaceo (in duplice copia), **entro il 30 novembre 2007**.
5. Gli elaborati verranno valutati dal Consiglio Direttivo dell'Associazione che attribuirà il Premio riunendosi in sessione straordinaria entro il 31 gennaio 2008.
6. L'ammontare del Premio pari a Euro 500,00 verrà consegnato al vincitore entro il 31 marzo 2008.
7. Ulteriori informazioni possono essere lette sul sito ufficiale dell'Associazione [www.gruppoanchise.it](http://www.gruppoanchise.it)

*Associazione Gruppo Anchise*



### **I Soci scrivono**

Ho molto apprezzato il testo di Luigi Maria Pernigotti sul tema dell'eutanasia e testamento biologico comparso sul Bollettino SIGG n. 4. Il suo commento va ben oltre le contingenti problematiche che tali temi suscitano, ed egli iniziaticamente sconfinava in un giustissimo grido di riconquista delle Virtù di una Via, quella Medica, che, prima di essere scienza, deve essere Coscienza. Grazie Pernigotti!

*Giovanni Sergio*



## CONGRESSI/CONVEGNI

FERB-ONLUS SPERIMENTAZIONE GESTIONALE CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CURA  
DEI MALATI DI ALZHEIMER

### LA CURA DEL PAZIENTE CON DEMENZA ALLA FINE DELLA VITA

*Bergamo 1 giugno 2007*

Segreteria scientifica: FERB Gazzaniga (BG)

Tel. 035 3065206 - Fax 035 3065233

[centroalzheimer@libero.it](mailto:centroalzheimer@libero.it)

Segreteria organizzativa: Glasor Bergamo

Tel. 035 224072 - Fax 035 232980

[glasor.bg@tin.it](mailto:glasor.bg@tin.it)

### 1st EUROPEAN CONGRESS ON THE AGING MALE

*Warsaw, Poland, June 14-16, 2007*

Congress Secretariat: [aging@kenes.com](mailto:aging@kenes.com)

websites [www.issam.ch](http://www.issam.ch) - [www.issamitalia.it](http://www.issamitalia.it)

### COOPERATIVA SERENA SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI DIGNITA' E PROTAGONISMO DELLA PERSONA CHE INVECCHIA

*Ferrara 15 giugno 2007*

Segreteria Organizzativa:

Dott.ssa Barbara Bottoni, Ferrara

Tel. 0532/63810 e-mail [coopserena@iol.it](mailto:coopserena@iol.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)

**ASSOCIAZIONE INTERREGIONALE CARDIOLOGI  
E SPECIALISTI MEDICI AMBULATORIALI  
III CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE NAZIONALE**

*Roma 3-6 Ottobre 2007*

Segreteria Scientifica: ACSA Torino

Tel. 011/6693210 Fax 011/6501607

e-mail: [presidenza@acsa-onlus.it](mailto:presidenza@acsa-onlus.it)- [segreteria@acsa-onlus.it](mailto:segreteria@acsa-onlus.it)

Segreteria Organizzativa: Delphi Line Milano

Tel 02/70006051 Fax 02/71090028

e-mail: [info@delphiline.com](mailto:info@delphiline.com)

**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.lorenzinifoundation.org](http://www.lorenzinifoundation.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*

**8° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING**

“Assistere l’anziano: vecchie e nuove sfide”

*Firenze, 29 novembre-1° dicembre 2007*

**6° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA**

"La riabilitazione neuropsicologica nella malattia di Alzheimer.

Come valutare gli outcome"

*Firenze, 29-30 novembre 2007*



### **3° CORSO PER PSICOLOGI**

"Le perdite, reali e immaginarie, degli operatori sanitari nella attività assistenziale di pazienti in tarda età"  
*Firenze, 30 novembre-1° dicembre 2007*

### **2° CORSO PER ASSISTENTI SOCIALI**

*Firenze, 29-30 novembre 2007*

### **1° CORSO PER FISIOTERAPISTI**

"Riabilitazione geriatrica: realtà e prospettive"  
*Firenze, 29-30 novembre 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: [sigg2007@zeroseicongressi.it](mailto:sigg2007@zeroseicongressi.it)

### **5th CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICIN SOCIETY GERIATRIC MEDICINE IN A TIME OF GENERATIONAL SHIFT**

*Copenhagen 3-6 Settembre 2008*

[www.eugms2008.org](http://www.eugms2008.org).

e-mail: [info@eugms2008.org](mailto:info@eugms2008.org)