

ASMN-IRCCS-RE
Biblioteca-Palazzo Rocca-
Saporiti

Aula Congressi

Arcispedale S. Anna

Cona - Ferrara

29 2016
APRILE



CONVEGNO
LA GERIATRIA
IN EMILIA ROMAGNA 2016

Convegno Congiunto SIGG-SIGOT-AGE Regione Emilia Romagna

CON ATTRIBUZIONE CREDITI ECM PER MEDICI E INFERMIERI



SIGOT



ARCISPEDALE

SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA

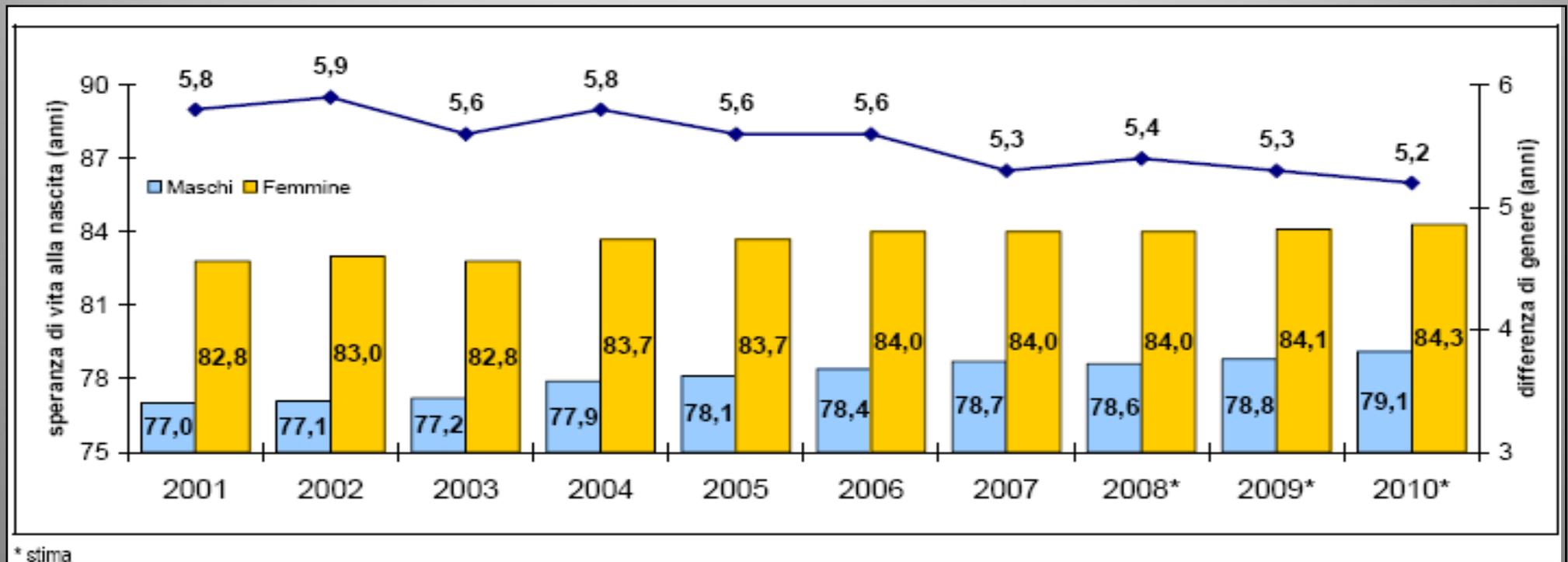
Il Paziente Anziano in Ospedale : I Vantaggi di un approccio dedicato alla luce delle evidenze disponibili

Alberto Ferrari : ASMN-IRCCS-Reggio Emilia – SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio)

LA RIVOLUZIONE DEMOGRAFICA

In Italia, come nella maggior parte dei paesi sviluppati, la durata media della vita ha raggiunto livelli inimmaginabili fino a pochi decenni or sono.

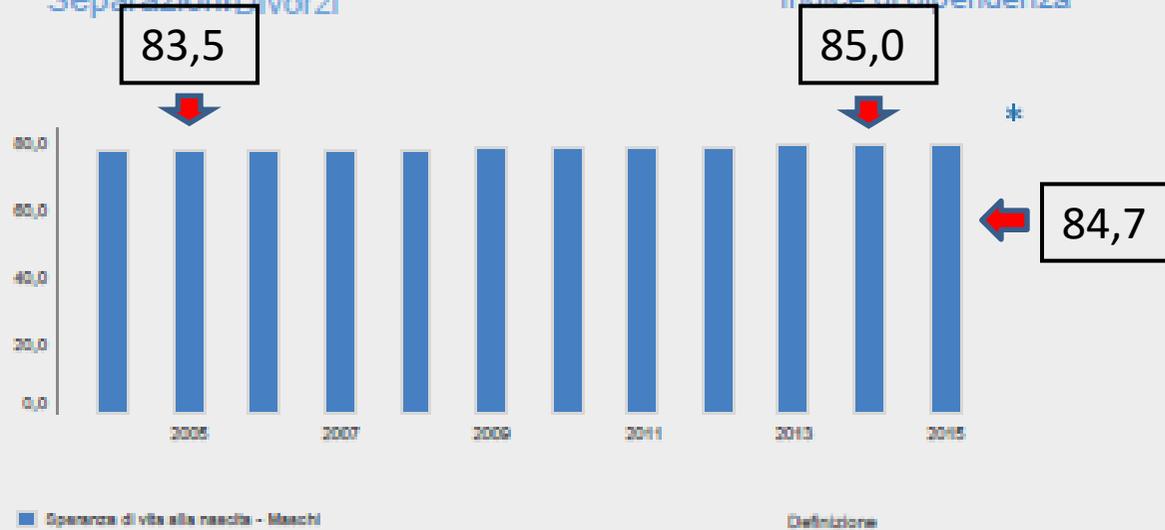
Negli ultimi due decenni l'invecchiamento della popolazione ha registrato un'accelerazione senza precedenti: in soli 17 anni, dal 1991 al 2008, l'indice di vecchiaia è incrementato con la stessa intensità del trentennio 1961-1991



ISTAT 2015 : una inversione di tendenza ?

Italia Regioni Europa

Quoziente di nuzialità Indice di vecchiaia
Tasso di crescita naturale Speranza di vita alla nascita - Femmine
Dinamica della popolazione
Tasso di fecondità Speranza di vita alla nascita - Maschi
Separazioni Divorzi Indice di dipendenza



LA RIVOLUZIONE DEMOGRAFICA

Le previsioni per i prossimi anni ci consegnano un'accentuazione di questo trend demografico in ragione dell'arrivo in età avanzata dei nati nel periodo del baby boom (dal primo dopoguerra al 1964): gli attuali cinquantenni e sessantenni.

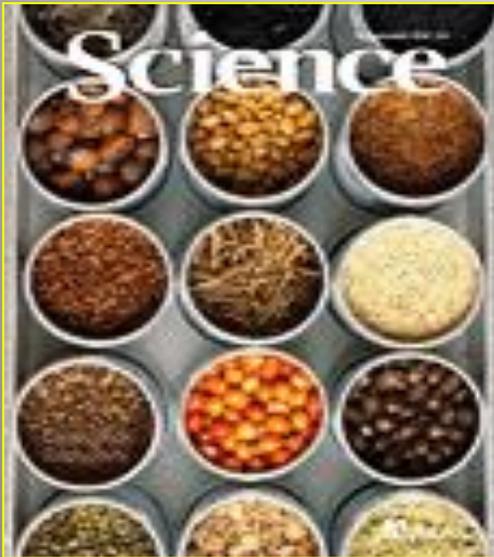
Parallelamente alle modificazioni demografiche e nonostante l'apporto dell'immigrazione, si sono modificati i rapporti tra popolazione inattiva (0-14 anni + 65 anni ed oltre) e popolazione attiva (15-64 anni).

L'indice di dipendenza, che esprime questo rapporto, **in Italia, ha raggiunto al primo Gennaio 2014 il 54,6%.**

Più elevato è l'indice di dipendenza più alto è il peso economico sulla popolazione attiva. **Questo dato è fonte di notevole preoccupazione per la sostenibilità dei sistemi di welfare** nelle società avanzate.

LA RIVOLUZIONE DEMOGRAFICA

Alcuni economisti tuttavia , in questo articolo pubblicato nel 2010 sulla prestigiosa rivista science, hanno fatto notare che queste preoccupazioni sono legate ad una concezione statica (legata all'età) del modello di invecchiamento **che non considera** le modificazioni qualitative intervenute nell'ambito della longevità nel corso degli ultimi decenni.



1. Warren C. Sanderson and Sergei Scherbov -
"Remeasuring Aging " - Science 10
September 2010 : Vol 329 no 5997 pp 1287-
1288

Se si considera, infatti, l'apporto di queste modificazioni qualitative, in particolare in termini di riduzione delle disabilità, **le previsioni** economiche e sociali **possono cambiare.**

QUALI GLI OBIETTIVI IN QUESTO CONTESTO ?



Foto di Angelo Farese

Appare del tutto evidente che in questo contesto l'obiettivo importante, strategico diventa quello di favorire in tutti i modi l'invecchiamento di qualità preservando l'autonomia della persona .

L'invecchiamento

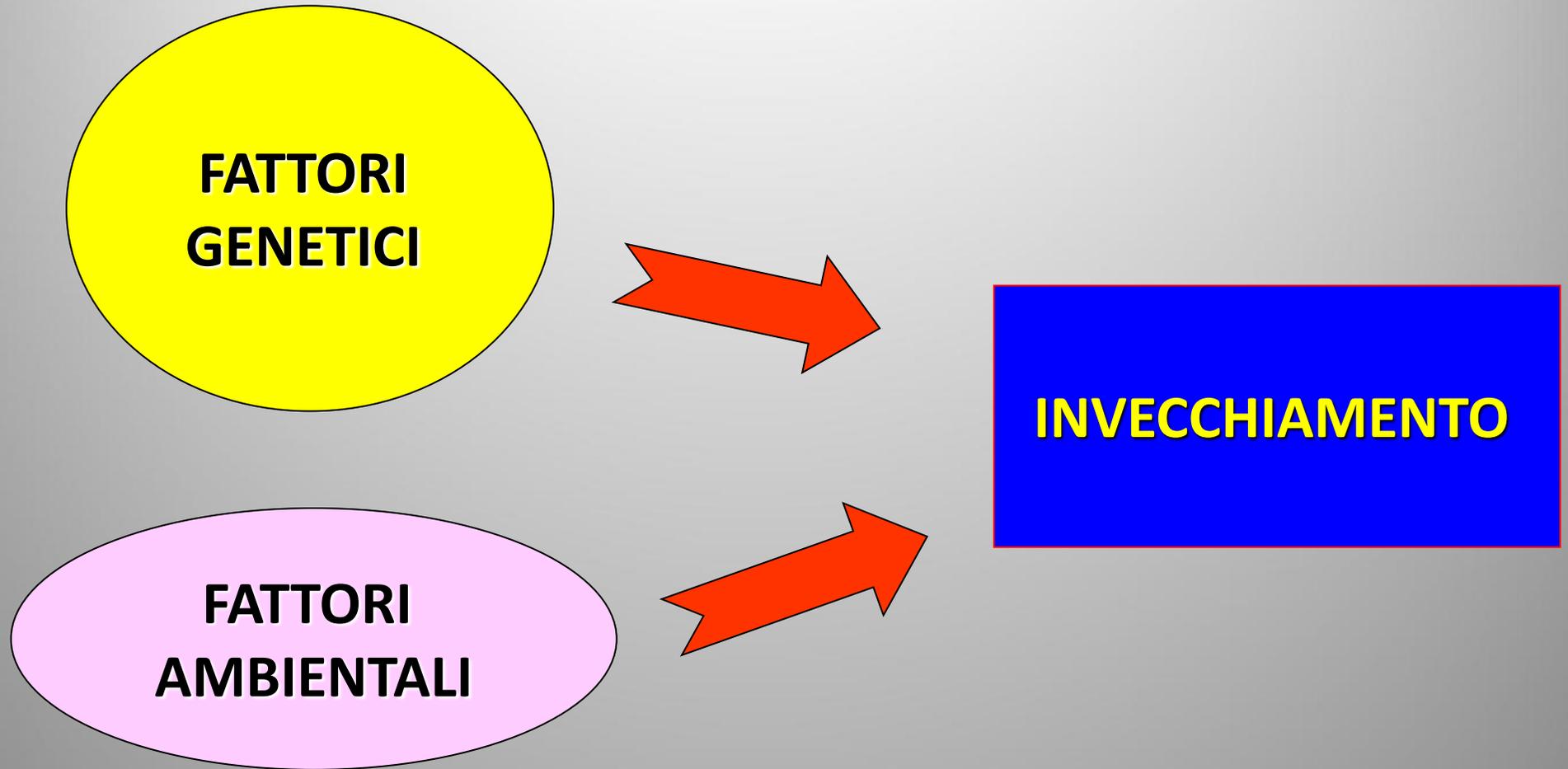
DAL PUNTO DI VISTA BIOLOGICO

L'invecchiamento è un processo che **interessa tutti gli organismi viventi** e che **comporta modificazioni biologiche** .

Nell'uomo modificazioni del corpo e delle sue funzioni, **seguite da un processo di adattamento psicofisico** , si evidenziano già dopo i trent'anni .

Il fenomeno è graduale e progressivo **anche se variabile per ogni individuo.**

L'INVECCHIAMENTO



LA FRAGILITA' UN FATTO FISIOLOGICO INDIVIDUALE

Perché inevitabilmente l'invecchiamento porta con sé **la Fragilità**

Si tratta di una **condizione predisponente di vulnerabilità variabile da individuo a individuo** che consegue ad una ridotta capacità di auto-adattamento.



Foto di Angelo Farese

Tabella 3.2 Identificazione della sindrome di fragilità secondo Fried et al.

Il fenotipo fragile

- Perdita di peso involontaria
- Bassa velocità del passo
- Scarsi livelli di attività fisica
- Facile affaticabilità
- Debolezza muscolare (*low grip strength*)
 - 3-5: Fragile
 - 1-2: Intermedio ("pre-fragile")
 - 0: Non fragile

Journal of Gerontology, MEDICAL SCIENCES
2001, VOL. 56B, NO. 3, M416-M426

Copyright 2001 by The Gerontological Society of America

Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype

Linda P. Fried,¹ Catherine M. Tangen,² Jeremy Walston,¹ Anne B. Newman,³ Calvin Hirsch,⁴
John Gottdiener,⁵ Teresa Secman,⁶ Russell Tracy,⁷ Willem J. Kop,⁸ Gregory Burke,⁹
and Mary Ann McBurnie² for the Cardiovascular Health Study
Collaborative Research Group

Ministero della salute: Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano –
Novembre-Dicembre 2010

L'INVECCHIAMENTO DI QUALITA'

Numerose sono le variabili che influiscono sulla qualità dell'invecchiamento. La figura sottostante ne fornisce un sintetico elenco.



FRAGILITA'

E la posta in gioco in queste persone è molto alta, molto più alta della semplice guarigione da un processo morboso.

Il lavoro di tutti noi esperti della persona anziana : medici , Infermieri , operatori socio-sanitari , volontari, famigliari , può fare la differenza tra il continuare in una vita attiva in rapporto con gli altri ed il precipitare nell'abisso della disabilità e della dipendenza dagli altri.



Foto di Angelo Farese

Comprehensive geriatric assessment for older adults
admitted to hospital (Review)

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D



THE COCHRANE
COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 7

<http://www.thecochranelibrary.com>



Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)
Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

“ More older patients are likely to survive and return home if they receive Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) whilst an inpatient.”

“Comparisons of different forms of CGA with each other seems reasonable but comparisons with usual care seem difficult to justify”

NNT (morte o istituzionalizzazione)

- a sei mesi.... **13**
- ad un anno...**20**

Ellis G , Whitehead MA , Robinson D , O'Neil D , Langhorne P. – *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised trials.* – **BMJ 2011 Oct 27 ; 343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553**

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neil D, Langhorne P, Robinson D - Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review) - The Cochrane Collaboration – the Cochrane Library 2011, issue 7.

SPECIAL ARTICLE

EFFECTIVENESS OF A GERIATRIC EVALUATION UNIT

A Randomized Clinical Trial

LAURENCE Z. RUBENSTEIN, M.D., M.P.H., KAREN R. JOSEPHSON, M.P.H., G. DARRYL WIELAND, PH.D., M.P.H.,
PATRICIA A. ENGLISH, M.S., JAMES A. SAYRE, DR.P.H., AND ROBERT L. KANE, M.D.

Abstract We randomly assigned frail elderly inpatients with a high probability of nursing-home placement to an innovative geriatric evaluation unit intended to provide improved diagnostic assessment, therapy, rehabilitation, and placement. Patients randomly assigned to the experimental (n = 63) and control (n = 60) groups were equivalent at entry.

At one year, patients who had been assigned to the geriatric unit had much lower mortality than controls (23.8 vs. 48.3 per cent, $P < 0.005$) and were less likely to have initially been discharged to a nursing home (12.7 vs. 30.0 per cent, $P < 0.05$) or to have spent any time in a nursing

INCREASED attention has been directed to the plight of disabled elderly patients being discharged from hospitals. One response has been the

From the Department of Medicine and the Geriatric Research, Education, and Clinical Center, Sepulveda Veterans Administration Medical Center, Sepulveda, Calif., and the Multicampus Division of Geriatric Medicine, University of California at Los Angeles School of Medicine, Los Angeles. Address reprint requests to Dr. Rubenstein at the Geriatric Research, Education, and Clinical Center (11E), Sepulveda Veterans Administration Medical Center, Sepulveda, CA 91343.

Supported by the Health Services Research and Development Service of the Veterans Administration.

home during the follow-up period (26.9 vs. 46.7 per cent, $P < 0.05$). The control-group patients had substantially more acute-care hospital days, nursing-home days, and acute-care hospital readmissions. Patients in the geriatric unit were significantly more likely to have improvement in functional status and morale than controls ($P < 0.05$). Direct costs for institutional care were lower for the experimental group, especially after adjustment for survival.

We conclude that geriatric evaluation units can provide substantial benefits at minimal cost for appropriate groups of elderly patients, over and above the benefits of traditional hospital approaches. (N Engl J Med 1984; 311:1664-70.)

development of specialized geriatric evaluation and treatment programs. Initially patterned after models developed in the United Kingdom,^{1,2} such programs usually have several goals, which include increasing the patient's level of functioning, improving diagnosis and treatment, achieving more appropriate placement, reducing the use of institutional services, and generally increasing the overall quality of care delivered to elderly patients. Although descriptive and semicontrolled studies of the programs suggest that they have positive effects,³ none has been subjected to

Reprinted from *The New England Journal of Medicine*
311:1664-1670 (December 27), 1984

Rubenstein LZ et al. - Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. - N Engl J Med 1984; 311:1664-70.

**Comprehensive
Geriatric Assessment
C.G.A**

“ a patient's medical , psychosocial and functional status assessment that is used to finalize a specific treatment plan including: drug therapy, rehabilitation and discharge ”

*“Consensus Document
on the
Management of the Hospitalized Older Patient”.*

INTRODUCTION

1. More than 25 years have passed since the Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment sponsored by the National Institute on Aging and the Office of Medical Applications of Research of The National Institutes of Health together with the National Institute of Mental Health, the Veteran Administration and the Henry J. Kaiser Family Foundation (1). From that time, much scientific and clinical evidences have accumulated pertaining the care of older patients. Thus, it is justified to propose an International Consensus Document on the management of older patients hospitalized because of acute diseases .
2. Worldwide, the life expectancy at birth is progressively increasing and in the most developed countries life expectancy has reached levels that were unimaginable a few decades ago. As a consequence, dependency ratio is steadily increasing (2), thereby raising concerns about the sustainability of the welfare systems. Some authors, however, authoritatively argue that this concern should be reconsidered in the light of the qualitative changes that occurred with longevity (3). In this scenario, the challenge for the future is to ensure that people around the world may be able to age with security and dignity and to continue fully participating in their societies (4).
3. Older people are among the main users of health services, particularly hospitals (5). Hospitalization plays a major role in the trajectory leading to functional impairment in older persons. Indeed, about 35% of older persons are discharged from the hospital with new disabilities compared to the pre-morbid baseline functional level (6-8).
4. For these reasons, it seems important to share the opinions of the international scientific geriatric societies in a consensus document which authoritatively declares what the appropriate approach and path to the older patient in hospital should be, in order to preserve, as far as possible, autonomy and quality of life during and after hospitalization of the older subject.

STATEMENTS

1. As already defined in the 1987 Consensus Conference (1), the appropriate approach to hospitalized older patients is based upon the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), a methodology which generates a priority system of interventions and medical care aimed at preserving self-sufficiency and quality of life.
2. According to recent studies, the CGA-based approach has proved to reduce the rate of post-discharge institutionalization, death and disability in comparison with the traditional management, without any cost increase (9-21). In other words, older patients admitted to Geriatric wards who underwent a CGA-based multidimensional management were more likely to return home after hospitalization and were discharged from hospitals with better



functional and cognitive status compared to those who received usual medical care. These benefits implies a smaller burden on families and health care or welfare systems compared to older patients who did not receive a CGA-based approach.

3. The benefits, in terms of lower rates of disability and institutionalization, are achieved only if the same team performs both the assessment and the clinical management; conversely, when assessment was performed by a consulting service and a second team provides clinical management, no significant benefit was demonstrated (20-22).
4. Best results are obtained when all members of the team involved in the management of acute elderly patients, i.e. physicians, nurses, social workers, clinical nutrition and physiotherapy staff members, have specific skills and experience in geriatrics and a geriatrician plays a leading role in the multidisciplinary team (19, 23-25).
5. The benefits of the specific approach to hospitalized older persons based on the CGA in terms of lower rates of disability and institutionalization and to stratify different mortality risk groups are obtained in older patients with specific clinical disorders, i.e. cancer (26), renal failure (27), and other common conditions leading to death in older age (28).
6. Drug treatment in hospitalized older patients is a challenging issue, because of the increased risk of adverse drug reactions and the limited usefulness of scientific evidence. The lack of evidence is due to the very common exclusion of older patients with comorbid conditions from randomized clinical trials and meta-analyses, which generate clinical practice guidelines for younger people (29, 30).
7. The CGA-based approach has proved effective in reducing the number of prescriptions and daily drug doses by facilitating discontinuation of unnecessary or inappropriate medications. CGA-based approach has also demonstrated an ability to optimize treatment by increasing the number of drugs taken in cases where under-treatment has been identified (31).
8. Daily review of drug treatment is strongly indicated in the hospital management of elderly patients in both medical and surgical settings (10, 23).
9. The perioperative phase (preoperative and postoperative) in older patients is particularly delicate. In this clinical setting, the multidisciplinary approach by a team involving the Geriatrician reduces the rate of adverse outcomes (16, 23, 32-35). In other words older patients with surgical diseases should be treated by both surgeons, anesthesiologist and geriatricians on the basis of specific paths that needs to be defined and validated.
10. Older patients hospitalized for acute diseases require specific paths to ensure continuity of treatment and care between hospital and home (9, 23). A specific task is to detect frailty at all levels of care by using CGA-based instruments suitable in the different settings and primary care (36)

REFERENCES

1. Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision making. NIH Consensus Statement 1987 Oct 19-21;6(13):1-21.
<http://consensus.nih.gov/1987/1987geriatricassessment065html.htm>
2. United Nations – World Population Ageing 1950-2050 –Changing Balance between Age Group.
http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/81chapt_eri.pdf
3. Warren CS et al. Demography. Remeasuring aging. Science 2010; 329:1287-88
<http://www.sciencemaq.org/content/329/5997/1287.summary>
4. United Nations – World Population Ageing 1950-2050 – Conclusions -
http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/92chapt_ervi.pdf
5. National Hospital discharge Survey: 2007 Summary-
<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr029.pdf>
6. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 1993;118:219–23
7. Palleschi L et al. Functional recovery of elderly patients hospitalized in geriatric and general medicine units. The PROgetto Dmissioni in GERiatria study. J Am Geriatr Soc 2011; 59:193-9.
8. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA 2011; 306: 1782-93.
9. Rubenstein LZ et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311:1664-70.
10. Landefeld CS et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients N Engl J Med 1995; 332:1338-44
11. Covinsky KE et al. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. J Am Geriatr Soc 1997; 45:729-34.
12. Counsell SR et al. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care to Elders (ACE) in a community hospital. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1572-81
13. Saltvedt I et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50:792-8.
14. Cohen HJ et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. N Engl J Med 2002; 346:905-12
15. Saltvedt I et al. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. Aging Clin Exp Res 2004; 16:300-6.
16. Vidan M et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2005; 53:1476-82
17. Baztan JJ et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009; 338:b50
18. Van Craen K et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2010; 58:83-92.
19. Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jul 6;(7):CD006211



20. Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised trials. BMJ 2011 Oct 27; 343:d6553. doi:10.1136/bmj.d6553
21. Graf CE et al. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. Aging Clin Exp Res 2011; 23: 244-54.
22. Reuben DB et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N Engl J Med 1995; 332:1345-50
23. NCEPOD: National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. – http://www.ncepod.org.uk/2010report3/downloads/EESE_fullReport.pdf
24. British Geriatrics Society. Acute Care of Elderly People, update December 2012. http://www.bgs.org.uk/index.php/topresources/publicationfind/goodpractice/44_gpacutecare
25. Royal College of Physicians. Acute medical care for frail older people. March 2012.
26. Friedrich C, Kolb G, Wedding U. Comprehensive Geriatric Assessment in the Elderly Cancer Patient. Onkologie 2003; 26: 355-60.
27. Wiggins J, Bitzer M. Geriatric Assessment for the Nephrologist. Semin Dial 2012; 25:623-7.
28. Pilotto A, Panza F, Ferrucci L. A Multidimensional Prognostic Index in common conditions leading to death in older patients. Arch Intern Med 2012; 172: 594-5
29. Cherubini A et al. The persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure. Arch Intern Med 2011; 171:550-6
30. Boyd CM et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005; 294:716-24
31. Sergi G et al. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? Drugs Aging 2011; 28:509-18
32. Giusti A et al. Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture. Eur J Phys Rehabil Med. 2011; 47: 281-96
33. Friedman SM et al. Geriatric Co-Management of Proximal Femur Fractures :Total Quality Management and Protocol-Driven Care Result in Better Outcomes for a Frail Patient Population. J Am Geriatr Soc 2008; 56: 1349-1356
34. Kates SL et al. The Value of an Organized Fracture Program for the Elderly :Early Results. J.Orthop Trauma 2011; 25 : 233-237
35. British Geriatrics Society. Peri-operative Care for Older Patients Undergoing Surgery. January 2013.
http://www.bgs.org.uk/index.php/topresources/publicationfind/goodpractice/2402_bpg-pops
36. Clegg A et al. Frailty in elderly people. Lancet 2013; 381: 752-62.

CONCLUSIONI

E' in atto una profonda rivoluzione demografica.

In questo scenario : obiettivo strategico diventa il sostenere l'invecchiamento di qualità ed il mantenimento dell'autonomia.

L'invecchiamento comporta modificazioni del nostro organismo cui conseguono adattamenti . E' un processo che varia da individuo ad individuo rende ragione del diverso grado di fragilità.

La malattia , in rapporto alla tipologia ed all'efficacia delle cure , interferisce in modo importante sulla qualità dell'invecchiamento.

La ricerca geriatrica ci ha messo a disposizione uno strumento di lavoro (il **C.G.A) che , **attraverso l'assessment ed il management tarato sulla fragilità individuale** , ci consente di affrontare la malattia con migliori risultati in termini di sopravvivenza e di autonomia funzionale.**

Le evidenze a favore del CGA sono fortissime.

Genova – E.O. Ospedali Galliera :

Ruolo delle Società Scientifiche nel Promuovere le Cure Geriatriche

Alberto Ferrari – ASMN-IRCCS- RE - Presidente Nazionale SIGOT



LE SOCIETÀ MEDICO SCIENTIFICHE : UN MONDO VARIEGATO QUANTOMENO DA ORDINARE.

Sono Moltissime e costituiscono un mondo estremamente variegato

Solo le affiliate FISM → 152

Quelle di ambito geriatrico a mia conoscenza sono 5 (AIP a parte) . Di queste solo due (SIGOT e SIGG) affiliate FISM.

Da alcuni anni FISM si è posta l'obiettivo di arrivare a definire criteri minimi di accreditamento delle Società Medico Scientifiche .

Nel Gennaio 2011 l'assemblea dei soci FISM ha approvato una griglia di criteri in ragione dei quali una Società Medico Scientifica potrebbe essere accreditata come tale.

QUALI GLI OBIETTIVI

SVILUPPARE PERCORSI DI FORMAZIONE SIA IN AMBITO CULTURALE CHE PROFESSIONALE

PROMUOVERE LA CULTURA DELLA DISCIPLINA OGGETTO DELL'INTERESSE DELLA SOCIETA' SCIENTIFICA.

PROMUOVERE LA RICERCA SCIENTIFICA NELL'AMBITO DELLA DISCIPLINA SVILUPPANDO E FINANZIANDO PRIORITARIAMENTE PROGETTI INDIPENDENTI DI SPECIFICO INTERESSE PER LA DISCIPLINA STESSA

Gli strumenti per sviluppare Formazione Culturale e Professionale

PROGETTAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DI **EVENTI**

RIVISTA SOCIETARIA

SITO WEB

COSTRUZIONE , ANCHE IN COLLABORAZIONE CON ALTRE SOCIETA' MEDICO SCIENTIFICHE , **DI LINEE GUIDA , CONSENSUS DI ESPERTI , PDTA** ED ALTRI STRUMENTI UTILI A MIGLIORARE ED UNIFORMARE LE BUONE PRATICHE CLINICHE RIGUARDANTI LA DISCIPLINA.

COSTRUZIONE DI UNA **ORGANIZZAZIONE SOCIETARIA CAPILLARE ED INCLUSIVA DEI SOCI** CHE SIA CAPACE DI INTERCETTARE RAPIDAMENTE I BISOGNI FORMATIVI DEGLI STESSI.

Gli strumenti per promuovere la disciplina

ORGANIZZAZIONE DI CONFERENZE , ARTICOLI DI STAMPA , INTERVENTI SU CANALI TELEVISIVI , PARTECIPAZIONE A DIBATTITI PUBBLICI ECC.

UFFICIO STAMPA DEDICATO .

FAVORIRE LO SVILUPPO DI ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO CHE ABBIANO COME SCOPO QUELLO DI FAVORIRE LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA DISCIPLINA.

Gli strumenti per promuovere la ricerca scientifica sviluppare e finanziare progetti di ricerca indipendenti

**COSTRUIRE E CONSOLIDARE UN NETWORK CAPILLARE,
UNIFORME ED AFFIDABILE NELL'AMBITO DEL QUALE
IMPLEMENTARE I PROGETTI.**

**DOTARSI DI UNA DIREZIONE SCIENTIFICA COMPETENTE ED
ESPERTA CHE POSSA SVILUPPARE ED OTTIMIZZARE LE IDEE
PROGETTUALI PROVENIENTI DAI SOCI TRAMUTANDOLE IN
PROGETTI OPERATIVI.**

**DOTARSI DI UNA ORGANIZZAZIONE SOCIETARIA ADEGUATA CHE
POSSA SUPPORTARE LA DIREZIONE SCIENTIFICA
NELL'IMPLEMENTAZIONE OPERATIVA DEI PROGETTI .**

DOTARSI DI RISORSE FINANZIARIE CERTE ED INDIPENDENTI.

Quali gli snodi che consentono all'impianto teorico di funzionare ?

LA POSSIBILITA' DI **POTER PRODURRE FORMAZIONE IN PROPRIO** SENZA APPOGGIARSI AD ALTRI → **PROVIDER DI RICERCA RICONOSCIUTO** SECONDO LA VIGENTE NORMATIVA

LA **DISPONIBILITA' DI RISORSE FINANZIARIE PROVENIENTI DA FONTI PROPRIE** ADEGUATE A SOSTENERE GLI IMPEGNI DI **FORMAZIONE E RICERCA INDIPENDENTE** OLTRECHE' L'ORGANIZZAZIONE SOCIETARIA CAPILLARE ED INCLUSIVA DEI SOCI.

IMPOSTAZIONE STATUTARIA TALE DA CONSENTIRE UN RICAMBIO TEMPORALMENTE ADEGUATO ED UN SUFFICIENTE CONTROLLO SULLE ATTIVITA' PROMOSSE DALLA SOCIETA'.

Quali gli snodi che consentono all'impianto teorico di funzionare ?

EVENTI CONGRESSUALI

QUOTE SOCIALI

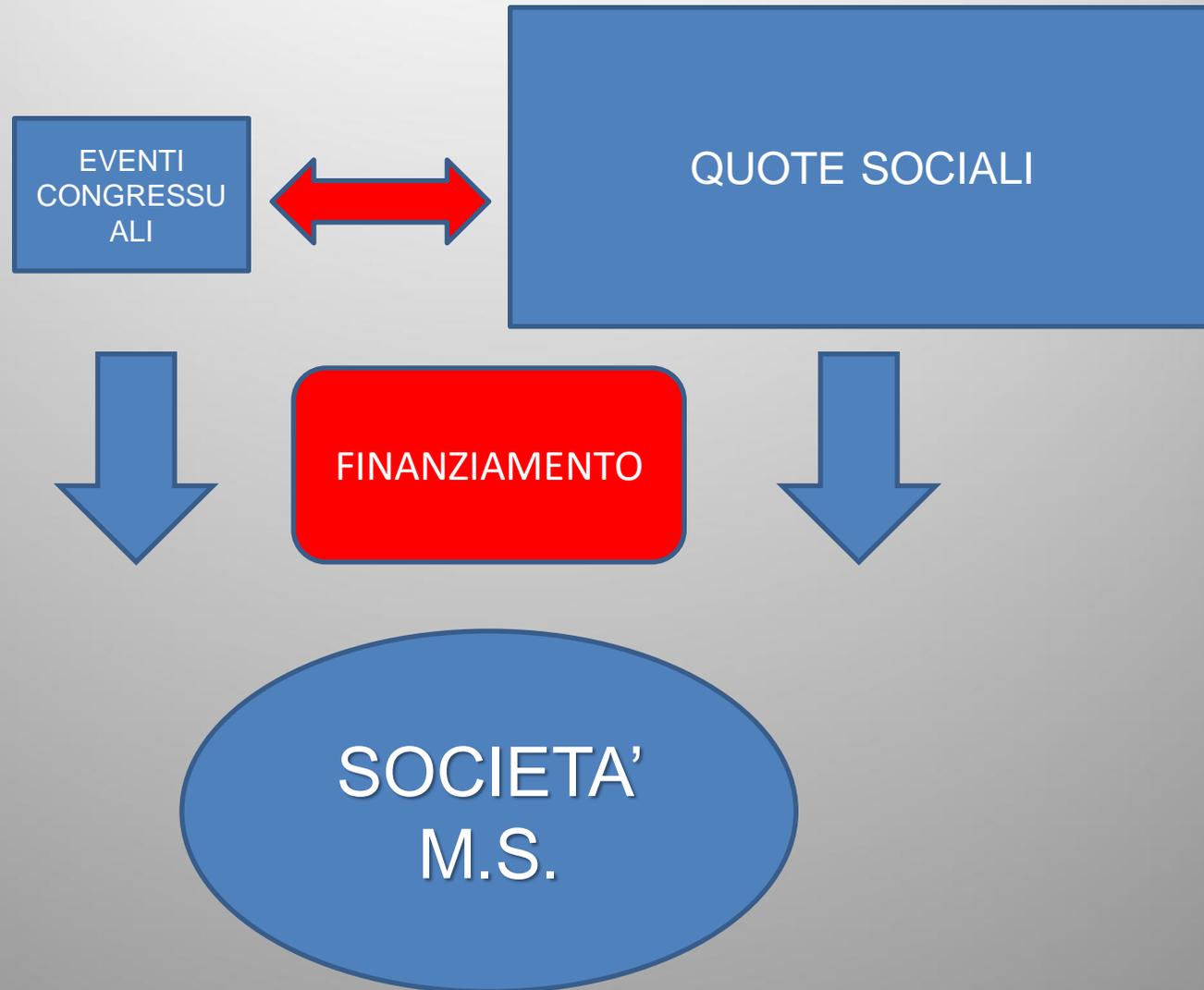


FINANZIAMENTO



SOCIETA'
M.S.

Quali gli snodi che consentono all'impianto teorico di funzionare ?



LE PARTICOLARITA' DELLA GERIATRIA



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



Associazione
Geriatrici
Extraospedalieri

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE



Associazione Multidisciplinare
di Geriatria



SIGOT

LE PARTICOLARITA' DELLA GERIATRIA

MONDO
ACCADEMICO



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

PECULIARITA'
DISTINTE MA
INTERDIPENDENZA

IN TUTTE LE DISCIPLINE
ED ANCHE IN GERIATRIA
DUE MONDI
INTERAGISCONO TRA LORO

MONDO
PROFESSIONALE



SIGOT



Associazione
Geriatrici
Extraospedalieri

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

CONCLUSIONI

Le società' medico scientifiche hanno un ruolo molto importante :

- Nella formazione culturale e professionale dei professionisti
- Nella promozione della disciplina
- Nella progettazione finanziamento e implementazione di progetti di ricerca indipendente

Per poter esercitare appieno questo loro ruolo devono :

- Dotarsi di una organizzazione stabile , consolidata, efficace, dinamica ed inclusiva.
- Avere a disposizione finanziamenti certi in larga parte indipendenti provenienti prevalentemente dalle quote sociali dei soci.

Stante l'incertezza che aleggia ancora sulla geriatria il ruolo delle Società' Medico Scientifiche e' ancora piu' importante se non determinante.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

