



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

Bollettino SIGG

numero 9 – settembre 2004

Direttore Responsabile
Marco Trabucchi

Acuradi
Vincenzo Canonico
Tel. e fax 081 7464297
email: vcanonic@unina.it

Sommario

Editoriale del Presidente	Pag. 1
Un Bollettino "corposo"	" 2
I Dibattiti del Bollettino	" 3
Il nuovo sito internet della SIGG	" 11
Notizie dalle Sezioni Regionali	" 12
Notizie utili	" 12
Notizie dai Soci	" 13
Assistenza domiciliare nel 1800	" 14
Segnalazioni Librarie	" 15
Master in Geriatria	" 17
Congressi e Corsi	" 18



EDITORIALE

In questi giorni le pagine dei giornali hanno dato spazio al rapporto tra mezzi e fini nell'ambito delle cure mediche. L'interrogativo posto era il seguente: "E' forse un peccato volere un figlio sano", qualsiasi siano gli atti da compiere? Tradotto in pratica: la battaglia contro la sofferenza non deve subire limiti? Premetto che personalmente sono sempre stato contrario a qualsiasi discussione che riguardi porre dei limiti agli interventi sanitari, anche perché di fronte a tante situazioni di abbandono dedico più attenzione a cosa si deve fare piuttosto che a cosa non si dovrebbe fare. Capisco però le critiche a questo mio ragionamento, troppo condizionato da motivi contingenti (il timore che l'anziano sia poco curato), mentre forse sarebbe opportuno occuparsi anche del senso generale dei nostri atti. Quindi la domanda si può riformulare così: la lotta contro il dolore deve essere combattuta con ogni mezzo, nella speranza di vincerla, oppure è più "umano" cercare di conquistare piccoli spazi qui e là, con un impegno totale, ma consci che forse mai arriveremo ad un pieno successo, anche facendo ricorso alle più recenti scoperte della scienza? E, poi, quali sarebbero i costi da pagare? E' molto facile la retorica sull'incapacità dell'uomo moderno di sopportare il dolore, sulla negazione della morte, sulla perdita di ideali che rendevano la sofferenza accettabile. Anche noi medici, in particolare chi è sempre a contatto con il dolore cronico, la perdita di autonomia, la morte, dovremmo ripensare a come accettare la precarietà, le parti più misteriose della nostra natura e al rifugiarci talvolta acriticamente nelle promesse ancora non realizzate della scienza. Forse non si arriverà ad una conclusione di queste analisi, anche perché le risposte di ciascuno saranno diverse a seconda della propria storia, dell'appartenenza ad una fede, della capacità psicologica di far fronte al disagio. Però almeno non associamoci in modo passivo alla corrente che sembra dimenticare i costi umani, culturali, civili di certe conquiste. E' forse un errore pensare che "i poveri rimarranno sempre in mezzo a voi" e che quindi la misericordia e l'amore (che per noi si declinano come capacità clinica e vicinanza umana) sono una realtà irrinunciabile e che solo una tecnica che non le cancellerà potrà dare un vero aiuto a chi soffre?

Marco Trabucchi



UN BOLLETTINO “CORPOSO”

L'attuale Bollettino contiene un numero di pagine superiore ai precedenti. E' un dato che ci soddisfa molto e che conferma il trend sempre più in crescita dell'interesse dei Soci di ricevere ed inviare notizie di utilità comune. La nuova rubrica “Dibattiti”, con i suoi articolati ed interessanti contributi di alcuni Soci, ha subito riscontrato il favore di tanti colleghi che ci hanno scritto in proposito. Abbiamo ricevuto contributi sia sul “Delirium” che sulle Unità Geriatriche per Acuti.

Sul primo argomento proposto da Rozzini (Bollettino n. 8) l'interesse dei geriatri e di tutti quelli che si occupano di emergenze e di cure intensive è alto, ed è testimoniato dai sempre più numerosi lavori presenti in letteratura (J. McCusker J Am Geriatr Soc 52: 1744, 2004, E. Wesley Ely Crit Care Med Vol. 32: 106, 2004, solo per citare alcuni dei più recenti). E' un tema di grossa attualità anche per le figure professionali non mediche e per i familiari che si occupano di assistenza a pazienti con delirium (C.A. Miller Geriatric Nursing 25:2, 2004, B. Roberts Intensive and Critical Care Nursing 20: 206, 2004) (possiamo inviare i suddetti lavori a chi ne fa richiesta). Pubblichiamo solo un commento in proposito delle “Delirium Room”, altri seguiranno nei prossimi numeri. Gli argomenti trattati nella rubrica «dibattiti» non si esauriscono in un unico numero del Bollettino, si possono inviare contributi anche a distanza di tempo.

Il secondo argomento sulle UGA è stato proposto dal Prof. Trabucchi che ha inviato in anteprima ai Soci, tramite l'ultimo supplemento del Bollettino, le diapositive della relazione al Congresso Internazionale di Vienna. E' un'iniziativa utilissima per una serie di motivi, innanzitutto dare la possibilità a chi non è presente (la maggior parte dei Soci SIGG) di ricevere un aggiornamento scientifico su un argomento di grande attualità non solo dal punto di vista assistenziale, ma anche da quello politico organizzativo. Sappiamo tutti che, in molte regioni italiane non è un momento felice per le UGA, con motivazioni che spesso vanno contro le evidenze scientifiche internazionali ed i documenti elaborati dai geriatri. Un secondo vantaggio è la stimolazione del confronto tra i Soci sull'argomento, con la divulgazione di esperienze personali nelle diverse realtà locali. Credo, come molti dei Soci, che tenere viva l'attenzione su un problema assistenziale così delicato può contribuire se non alla soluzione, almeno a limitare ulteriori danni, che in molte realtà si sono già verificati. Pubblichiamo sul tema due ampi interventi del Prof. Antonelli Incalzi e della Dott.ssa Maria Lia Lunardelli.

Il Prof. Salvioli propone un terzo dibattito sul tema “Scuole di Specializzazione in Geriatria” con un'analisi attenta e critica sullo stato dell'arte e su quello che sarebbe necessario fare. In proposito sono pronte nuove iniziative della SIGG per i prossimi giorni con il coinvolgimento dei Direttori delle Scuole. Seguiremo con attenzione l'argomento ed aspettiamo commenti in proposito.

Abbiamo unito in una pagina i Master di interesse geriatrico sia per medici che per operatori non medici che si svolgeranno nei prossimi mesi.

Una notizia recentissima è giunta dalla Commissione nazionale per la formazione continua (ECM) che ha accreditato il Seminario Estivo per giovani medici dal titolo “I Fondamenti della Geriatria”, organizzato a fine giugno dalla SIGG a Folgaria, attribuendo **41** crediti formativi. E' un riconoscimento importantissimo per la nostra Società, che premia un'idea formativa rivelatasi validissima per i giovani geriatri di cui sentiremo parlare in dettaglio al Congresso SIGG durante il Simposio a loro dedicato.

Vincenzo Canonico



I DIBATTITI DEL BOLLETTINO

THE FUTURE OF GERIATRIC WARDS IN GENERAL HOSPITALS

Il futuro dei reparti geriatrici per acuti trova ampio sviluppo nella relazione del nostro Presidente all'EUMGS. Essa è fortemente centrata sul tema in sé, ma mi pare utile aggiungere qualche commento in merito alla necessaria integrazione della prospettiva d'uso di questi reparti con le prospettive generali della Geriatria:

1. Da un lato è indubbio che la geriatria si rivolga specialmente ai servizi territoriali e alle strutture geriatriche residenziali, dall'altro l'integrazione di questi con l'ospedale è fondamentale per evitare degenze protratte e improprie. Non è possibile razionalizzare l'assistenza geriatrica ospedaliera senza buoni servizi territoriali, ma addirittura senza una società globalmente più equa e attenta ai più deboli. Questa considerazione, che sembra andare fuori strada, è in realtà consona all'argomento: i dati dell'Osservatorio epidemiologico del Lazio mostrano come il tasso di ricovero degli anziani sia inversamente proporzionale al reddito sia per malattie croniche che per malattie acute legate a fattori di rischio modificabili, come l'ictus (dati non pubblicati). E' quindi evidente che una notevole "pressione geriatrica" sugli ospedali, specie sui reparti di Medicina, sia la conseguenza della disuguaglianza sociale. Quest'ultima non può esser eliminata, ma i suoi effetti sulla salute andrebbero contenuti mediante opportune politiche sociali e sanitarie. In tal modo si ridurrebbe il fabbisogno di assistenza geriatrica per acuti e si potrebbe migliorare la qualità della medesima e invocare maggiormente una specificità del ruolo della Geriatria, che al momento non mi pare ammissibile. Infatti, la tipologia dei malati è tale da fare sì che molti ricoveri non si caratterizzino per quel mix di condizioni ed esigenze ritenute proprie del malato geriatrico e teoricamente gestibili al meglio dal medico geriatra. Al tempo stesso, il numero di malati geriatrici in ospedale per acuti è così alto che ogni tentativo dei geriatri di affermare la specificità del proprio ruolo comporterebbe la reazione preoccupata o adirata dei medici "internisti" a difesa della quota ormai più consistente dei loro pazienti e, quindi, del loro lavoro. In tale contesto vanno bene gli esempi di realtà ospedaliere geriatriche "di nicchia" perché dimostrano che la geriatria può assolvere un ruolo proficuo in ambiti specifici, anche se - a dire il vero - l'evidenza a supporto non mi pare solidissima.

Dovremmo almeno impegnarci a garantire nei nostri reparti per acuti degli standard assistenziali, globalmente intesi, che dimostrino la specificità del loro ruolo, al tempo stesso puntando all'efficacia gestionale nel senso ineludibile del rapporto costo/ricavi. Un esempio di standard di minima e di eccellenza per un reparto di Geriatria per acuti è disponibile nel sito SIGG e rappresenta il frutto di un lungo e meditato lavoro di equipe. Ogni suggerimento per migliorarlo ulteriormente, sempre nella prospettiva del fattibile, è atteso e gradito. Bisognerà poi che ciascuno di noi, da solo o con il supporto di un osservatore esterno qualificato, cerchi di conformare il proprio reparto a tali standard, puntando così ad affermarne l'identità e unicità, premessa alla sua stessa sopravvivenza.

2. Merita, a mio avviso, maggiore attenzione il discorso della continuità di cura quale elemento giustificativo del ruolo del geriatra in ospedale. Mi spiego: malati con particolari problematiche, cioè prettamente geriatrici, potrebbero trovare la collocazione ideale in reparti di Geriatria non tanto per una superiore qualità dell'approccio alla condizione acuta intercorrente quanto in virtù dell'inserimento in un percorso assistenziale che l'integrazione con il territorio permette. Teoricamente, un tale percorso è praticabile anche dai reparti di Medicina, ma ovvi motivi legati alla formazione, all'attenzione posta ai problemi funzionali e medici apparentemente marginali ecc. ne ostacolano l'applicazione. In pratica, una corsia di



geriatria per acuti può trovare giustificazione non solo nella prospettiva di un'assistenza specializzata per determinate patologie, ma anche e soprattutto per la presa in carico di malati particolari in virtù dei molti e complessi determinanti del loro stato di salute e delle relative conseguenze sui fabbisogni assistenziali. Come selezionare questi pazienti, reputandoli di elezione per una corsia di Geriatria per acuti? Qualunque approccio categorico (età, patologia principale, stato nutrizionale o mentale..) sarebbe semplicistico e potenzialmente fallace. Da qui l'esigenza di una scelta basata su una mini valutazione multidimensionale, medica, sociale e funzionale. Ciò implica che il Pronto Soccorso, oltre a prestare l'assistenza di urgenza, effettui tale valutazione o la deleghi al geriatra reperibile o la affidi ad un'infermiera appositamente preparata, fermo restando il requisito di brevità. Si afferma in pratica l'esigenza di diffondere la cultura geriatrica nell'ospedale per permettere l'ottimale utilizzazione dei reparti di Geriatria.

3. Il principale limite alla diffusione o meglio alla sopravvivenza della geriatria ospedaliera secondo alcuni saremmo noi geriatri, per come mediamente lavoriamo, per la pretesa di mantenere in vita un reparto che in realtà ha senso solo se posto realmente al servizio dell'ospedale. Come si realizza il servizio? Non ricoverando tutti gli incurabili e i moribondi, chè in tal caso sarebbe un cimitero degli elefanti, ma selezionando i soggetti con elevata complessità gestionale logistica ai fini della dimissione in modo da alleviare il carico assistenziale negli altri reparti e ottimizzare le procedure di dimissione. E' evidente che questo implica un gioco di squadra tra geriatra ospedaliero e geriatra territoriale che in alcune ASL è semplice in virtù della presenza di una struttura geriatrica unitaria, altrove deve comunque essere realizzata se si intende fare sopravvivere la geriatria ospedaliera. Non solo: non è possibile comparare sic et simpliciter indicatori relativi a corsie geriatriche e internistiche, dove è invece indispensabile verificare il carico di cure e il tasso di ospedalizzazione nell'anno dopo la dimissione. Si tratta di indicatori che, se a noi favorevoli, darebbero dignità e giustificazione al ruolo dei reparti di geriatria; diversamente motiverebbero la chiusura e riconversione dei nostri reparti. E' quindi evidente che noi geriatri dovremmo cercare non solo di ottimizzare le procedure di gestione del reparto, ma -molto più importante- la gestione complessiva e "prospettica" del malato, intendendo la degenza nel reparto per acuti come una tappa di un iter assistenziale concordato con le figure professionali competenti sul territorio e caratterizzato da un livello di verifica periodica dello stato di salute la cui frequenza sia direttamente proporzionale alla rapidità del declino atteso. Qualunque divisione e mancanza di integrazione tra servizi geriatrici ospedalieri e territoriali sarebbe quindi deleteria.
4. Le unità di cura dedicate a classi particolari di pazienti hanno un senso in determinati contesti. In pratica, è la valutazione del fabbisogno del singolo ospedale, stimato in base ai dati storici, che permette di ipotizzare che una delirium room sia più o meno utile di una SICU. Sta anche a noi proporre iniziative del genere, avendone studiato il razionale garantendo le necessarie competenze. Unità di questo tipo potrebbero rappresentare anche un'alternativa a reparti tradizionali ove non si riesca a motivare l'esistenza di questi ultimi. Peraltro, il mancato conseguimento di un soddisfacente bilancio gestionale di un reparto tradizionale rende poco credibile il geriatra che si proponga come gestore di una unità di nicchia. Pertanto, è verosimile che le unità di nicchia rappresentino il coronamento di una geriatria ospedaliera già affermata e non l'alternativa ad una morente.
5. Ferma restando la necessità di perseguire un gestione efficiente ed efficace, in condizioni di difficoltà il rapporto costo/beneficio di un reparto di Geriatria dovrebbe essere valutato sia in termini tradizionali che in una versione comprensiva del minor costo correlato con la prevenzione di nuovi ricoveri in virtù delle procedure di "tracking" del malato dopo la dimissione (vedi punti 2. e 3.). Bisognerebbe essere in grado di farlo per difendere i nostri



reparti in condizioni particolarmente difficili. Se però emergesse che neppure questo obiettivo è stato conseguito, in tal caso sarebbe giusto, ancorchè doloroso, chiudere il reparto di Geriatria.

Queste brevi considerazioni prospettano l'enorme impegno che ci attende per giustificare l'esistenza dei nostri reparti per acuti, rendendoli unici, utili e necessari all'Ospedale e al SSN. Sta a noi impegnarci per dimostrare che lo sono.

Raffaele Antonelli Incalzi

UNITA' GERIATRICA PER ACUTI E DELIRIUM

Vedrei una possibile organizzazione della UO complessa di Geriatria o Dipartimento geriatrico dell'Azienda ospedaliera articolata in **aree** in cui la UGA assume il ruolo di "HUB" rispetto alla organizzazione dei processi assistenziali sia all'interno dell'ospedale che sul territorio:

Area Intensiva

- Unità geriatrica per acuti con sezione sub-intensiva (all'interno della struttura ospedaliera la geriatria, può farsi carico di casi geriatrici ad alta intensività quali ictus, gravi scompensi cardiaci e multiorgano attraverso la gestione multiprofessionale, un buon livello di nursing ed alcune tecnologie di base)
- OrtoGeriatria (sono ancora da creare i presupposti minimi)

Area Intermedia

- Sezione demenza (disturbi del comportamento acuti o ricoverati per patologie di tipo acuto – fase acuta seguita da LD)
- Lungodegenza (a cui accedono i pazienti dall'area intensiva geriatrica)
- Consulenze geriatriche intraospedaliere
- Unità di Assessment (valutazione multidimensionale)

Area Ambulatoriale/Continuità delle cure

- Ambulatorio Geriatrico intraospedaliero
- Day service – Day Hospital
- Centro per lo studio dei disturbi cognitivi (in convenzione con AUSL)
- Consulenze al distretto in collaborazione con i Nuclei Cure primarie (attivazione di percorsi diagnostico assistenziali da seguire in Day service)
- Consulenze presso Case protette RSA
- Valutazione multidimensionale (attualmente un medico della UO geriatria svolge attività di UVG distretto di Parma)

Aggiungo alcune riflessioni sulla Delirium Room e le Cure Intermedie, quest'ultime molto di moda negli ultimi tempi e che vengono presentate spesso in alternativa alle cure ospedaliere (nella mia realtà devo vigilare continuamente).



DELIRIUM ROOM

Riporto la mia esperienza che è nata con presupposti diversi, ma può essere concepita anche come Delirium Room. Allego un abstract:

«La gestione assistenziale del paziente con demenza complicata da sintomi comportamentali e psichici (BPSD) ricoverato in reparto geriatrico per acuti»

L'Unità Operativa di Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Parma, che partecipa alle attività diagnostiche e di cura nel Consultorio per i disturbi cognitivi dell'AUSL, ha promosso un progetto per la gestione del paziente con demenza complicata da sintomi comportamentali e psichici (BPSD) ricoverato in reparto geriatrico per acuti dal PS o per trasferimento da altri reparti.

Migliorare l'assistenza al paziente con BPSD e ridurre nel contempo il disagio agli altri degenti erano le esigenze primarie emerse dalla nostra esperienza. Perciò era necessario pensare ad un modello specifico con un ambiente dedicato all'interno del reparto, in cui il paziente potesse ricevere le cure appropriate (trattamento farmacologico, riattivazione funzionale) e vi fosse la possibilità di coinvolgere il caregiver in maniera continuativa e complementare alla nostra assistenza. L'intento era quello di creare una sinergia tra personale del reparto, il caregiver e l'ambiente. Il periodo di degenza poteva diventare un'occasione di supporto psicologico e formativo al caregiver oltre che di indirizzo per la gestione del paziente a domicilio. Per questo motivo è stata considerata una équipe integrata, composta oltre che da personale sanitario e assistenziale della UO geriatria, dalla psicologa e dall'assistente sociale afferenti al dipartimento. La realizzazione di questo progetto prevedeva una prima fase di ristrutturazione ambientale che, limitatamente alle risorse del reparto, ha interessato una stanza di degenza che per la collocazione (ambiente luminoso con possibilità di accesso ad una veranda-soggiorno) e la disponibilità di servizi igienici personali, si prestava a tale utilizzo con alcune modifiche relative all'uso del colore (per discriminare gli spazi) e agli arredi. Contemporaneamente è stata avviata la fase di **"formazione sul campo"** di tutto il personale con l'obiettivo di :

- Accrescere le conoscenze teoriche
- Migliorare le abilità tecniche di approccio a questa tipologia di pazienti definendo le linee guida assistenziali di reparto
- Migliorare le capacità relazionali e comunicative con i pazienti e la famiglia

Dopo il corso di formazione teorica di tipo multiprofessionale (medici, infermieri, personale OTA-OSS, assistente sociale, psicologa), a dicembre 2003 abbiamo iniziato la **fase di implementazione clinica**, mettendo in pratica il modello organizzativo e l'idea di approccio integrato con la formulazione di progetti personalizzati. A supporto di questo modello abbiamo utilizzato una valutazione multidimensionale per la rilevazione dei vari aspetti (clinici, cognitivi, funzionali, comportamentali e di assistenza) affidata alle diverse competenze professionali coinvolte. Una parte è stata dedicata alla valutazione del caregiver sia dal punto di vista del carico assistenziale che di quello psicologico.

I risultati ottenuti nei singoli casi finora trattati sono stati ottimali sotto il profilo comportamentale, funzionale e della soddisfazione del caregiver. Tali risultati sono rimasti stabili nel tempo e vengono monitorati attraverso controlli mensili. La casistica attualmente limitata non permette di trarre conclusioni definitive sul modello organizzativo proposto che peraltro rappresenta una possibile risposta alla cura del paziente con disturbi comportamentali in ambito ospedaliero.

Nel presentare i risultati, in particolare alla direzione, ho indicato anche le seguenti **CRITICITA'**:
I TEMPI DI DEGENZA



Pur presentando una fase di intensività, esiste un periodo di degenza che di fatto è da considerare come fase post-acuzie riabilitativa

L'AMBIENTE

Non sono state realizzate tutte le caratteristiche indicate nel progetto (una sola stanza ubicata in una zona centrale del reparto, spazio insufficiente per il wandering)

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Deve divenire un processo continuo per mantenere la motivazione e contrastare il burn-out.

Perché ci dobbiamo occupare di questi aspetti?

- per motivi epidemiologici
- perché abbiamo competenze da spendere e valorizzare
- perché i risultati ci confortano e di questo ne sono testimonianza le dichiarazioni dei familiari che colgono la differenza tra questi modelli assistenziali e quelli tradizionali degli altri reparti. Dobbiamo quindi sviluppare la partnership con le famiglie coinvolgendoli nel percorso.

Riflessioni critiche sulle Cure Intermedie (estratto e rielaborato da un documento della British Geriatric Society che ho utilizzato come background per contrastare un progetto presentato a Parma)

Sebbene gli investimenti in servizi di tipo territoriale per la continuità delle cure e la riabilitazione siano auspicabili, si devono evidenziare gli enormi benefici che le persone anziane hanno ottenuto attraverso l'accesso agli ospedali per acuti e come l'esistenza di reparti ospedalieri specializzati per l'assistenza all'anziano acuto e complesso abbia migliorato la qualità assistenziale e prodotto una cultura di gestione geriatrica capace di stimolare gli altri servizi della rete.

Alternative assistenziali di tipo innovativo sul territorio devono quindi dimostrare di essere efficaci, efficienti, sicure ed economicamente compatibili.

L'esperienza di paesi come la Gran Bretagna in cui vi è stata una significativa espansione del modello di "cure intermedie" dimostra che è difficile dimostrare se queste hanno giovato realmente agli anziani a causa di:

- Definizione imprecisa
- Mancanza di evidenze di efficacia
- Serio pericolo che l'assistenza delle persone più malate e disabili venga affidata a personale non preparato
- Possibilità che si vada verso una esclusione dalle cure ospedaliere dei soggetti anziani più fragili

Alcune Definizioni di Cure Intermedie :

- 1) "un approccio all'assistenza sanitaria intesa a facilitare la transizione del paziente dalla malattia al recupero, o a prevenire la transizione dalla gestione domiciliare della malattia cronica alla istituzionalizzazione, o per aiutare le persone con malattie terminali alla fine della loro vita"
- 2) "l'insieme dei servizi designati a facilitare la transizione dall'ospedale al domicilio, e dalla dipendenza medica alla indipendenza funzionale, laddove gli obiettivi di assistenza non sono primariamente medici, la dimissione del paziente è anticipata e l'outcome clinico di recupero dello stato di salute è atteso"

Queste definizioni includono varie condizioni assistenziali e in ambienti di tipo diverso e sono in parte contraddittorie (in particolare quando riferite alle cure di tipo palliativo).

- 3) Una definizione operativa è la seguente: **"quei servizi che non richiedono le risorse di un ospedale generale, ma vanno oltre gli scopi di una tradizionale assistenza domiciliare.**



Questi servizi possono includere “assistenza sostitutiva” e assistenza per persone con bisogni complessi”

La nozione di cure intermedie include quindi componenti di convalescenza, sollievo e riabilitazione e può comportare il rischio di duplicazioni, perdita di massa critica di expertise e divenire un elemento di procrastinazione delle decisioni cliniche.

In questo senso, data la finitezza delle risorse finanziarie e professionali, la dispersione di tali risorse può andare a discapito della struttura ospedaliera e dei servizi territoriali.

Sono fortemente motivata a credere che in un sistema di servizi integrato in cui l’offerta ospedaliera prevede la lungodegenza (postacuzie e riabilitativa) e il territorio è attrezzato per le cure domiciliari e per quelle residenziali comprese quelle temporanee in strutture (CP, RSA) in grado di fornire un buon livello assistenziale, non vi sia la necessità di creare contenitori nuovi di cui non sia chiara la gestione e gli obiettivi e che rischiano di diventare delle “fabbriche della cronicità”.

Riguardo ai cosiddetti “Country hospital” la mia preoccupazione è che la motivazione di evitare le cure ospedaliere, per cui i medici generalisti vengono incentivati, nel caso specifico degli anziani, potrebbe rappresentare un vero “ageismo” creando di fatto un percorso sanitario low level per le persone anziane fragili e disabili procrastinando interventi sanitari che successivamente si renderanno necessari con maggior rischio per l’anziano e maggiori costi.

Maria Lia Lunardelli

NUOVO DIBATTITO

L’AUTONOMIA UNIVERSITARIA ED OSPEDALIERA DELLA GERIATRIA: OBIETTIVI CHE LA SIGG PUÒ O DEVE PERSEGUIRE?

La SIGG rappresenta una sede idonea per gli interventi che hanno come obiettivo il miglioramento e il raggiungimento di riconoscimenti istituzionali della disciplina Geriatria; inoltre la SIGG può svolgere un’attività di coordinamento delle attività delle Scuole di specializzazione in Geriatria (SSG); non risultano sviluppati i rapporti con i pochi istituti di ricerca sull’invecchiamento esistenti in Italia: la SIGG deve correggere questa tendenza. Sono affermazioni personali: rappresentino quesiti che dal momento della loro lettura aspettano risposte ed opinioni da diffondere utilizzando questo Bollettino.

La partecipazione dei Direttori delle SSG alla riunione convocata dal Presidente della SIGG nel Luglio 2004 è stata buona, è servita a sollecitare l’interesse storicamente scarso su questa area (SSG). E’ singolare che in passato non si sia realizzato un efficace coordinamento delle SSG; ciò ha concorso all’oblio che potrà essere corretto per esempio con i Consorzi regionali fra SSG. Si è parlato, forse troppo, di assetti futuri delle SSG evitando invece i problemi presenti ed in particolare gli effetti che saranno provocati dal mutato rapporto di lavoro dei Medici specializzandi.

Faccio notare che in altre Nazioni come l’Inghilterra la Società di Geriatria (British Geriatric Society-BGS) si è interessata e si interessa del curriculum formativo del futuro medico (si veda: *The Medical Undergraduate Curriculum in Geriatric Medicine-* (<http://www.bgs.org.uk/compendium/compf2.htm>): la BGS si preoccupa della formazione dei Medici e cerca di fare in modo che i futuri professionisti siano effettivamente in grado di gestire correttamente il paziente anziano. Le direttive della comunità europea sul curriculum delle facoltà di Medicina raccomandano l’insegnamento clinico sul territorio dove vivono in condizioni ambientali e sanitarie molto diverse un crescente numero di anziani. La didattica delle cure primarie e secondarie (strutture)



che tanto da vicino riguardano la Geriatria sono state dimenticate e il Geriatra sa quanto esse siano importanti e peculiari per la cura e l'assistenza dell'anziano; la competenza culturale, che si realizza attraverso l'educazione e l'aggiornamento, è indispensabile per ottenere risultati tangibili e duraturi e in particolare per realizzare la continuità terapeutico-assistenziale e per rimuovere il persistente ageismo.

Proporre esigenze culturali ed innovativi programmi didattici per la Geriatria (e per i Corsi di Laurea sanitari) può (deve) essere uno dei compiti fondamentali della SIGG; infatti i contenuti del suo statuto tendono a promuovere la miglior assistenza per gli anziani. C'è da chiedersi se i tentativi fatti in passato siano stati appropriati: se si considerano i risultati ottenuti a livello accademico e sanitario, la risposta è negativa. La SIGG ha sempre tenuto un comportamento defilato e passivo sui problemi operativi anche su quelli che prevedevano importanti decisioni di politica sanitaria ed accademica che storicamente non ci hanno favorito.

La nostra disciplina non ha l'autonomia disciplinare e concorsuale: ciò ha concorso non poco agli scarsi successi complessivi della Geriatria ad ogni livello, anche ospedaliero ed assistenziale; non ha consentito la creazione di una solida *leadership* di riferimento e la realizzazione di un valido e diffuso *know how* geriatrico: ambedue sono richiesti non solo per migliorare la qualità clinica e i risultati delle cure agli anziani, ma anche per renderci più visibili ed apprezzati. Il risultato complessivo è che la nostra disciplina continua ad essere virtuale e facilmente vicariabile; è ritenuta priva di contenuti specifici e rilevanti.

Il sistema universitario è tradizionalmente impermeabile ai cambiamenti e, nel caso della Medicina e della Sanità, non si è adeguato all'evoluzione della società e ai profondi mutamenti demografici. I contenuti e la missione dei Corsi di laurea sanitari sono da rivedere perché essi non tengono conto delle esigenze reali della popolazione che, presentando mutate caratteristiche (alta prevalenza di malattie cronico-degenerative e disabilità – loro prevenzione), richiedono approccio e modalità curative ed assistenziali diverse da quelle che si attuano nell'ospedale; in questo ci differenziamo abbastanza nettamente dalla medicina interna.

Anche la strumentazione operativa e critica della SIGG non si è sviluppata; non sono stati ben selezionati gli argomenti e i contenuti da comunicare o da smorzare; si pensi all'insistenza con la quale è affrontato il problema delle cure acute ed intensive per i vecchi all'interno degli ospedali (dove i letti geriatrici sono una piccola percentuale - 3% - e stanno diminuendo rispetto al totale e le giornate di degenza ospedaliera dedicate agli ultra65enni sono intorno al 40-45%); non si è insistito abbastanza sulla crescente richiesta di un'accettabile ed organizzata continuità assistenziale e curativa a livello di territorio e di personale non medico esperto di procedure geriatriche: queste direttive e strategie sono lasciate prevalentemente alle decisioni del compartimento politico-sociale; non si sollecita con forza la riproduzione nelle diverse regioni di modelli raramente realizzati come i Dipartimenti di geriatria; si dimenticano le procedure preventive anche anti-aging (che comprende anche la medicina riparativa e rigenerativa).

Le Università devono garantire che i Corsi di Laurea siano organizzati con risorse e strutture adeguate; la SIGG potrebbe intervenire definendo in dettaglio i requisiti di sua competenza. La distribuzione dei crediti formativi può essere modificata, ma servono proposte. Ricordo il disagio dei Corsi di laurea in medicina in occasione dell'applicazione della nuova normativa per l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo (decreto MIUR n° 445): ci si è accorti che la Medicina generale o primary care non è mai stata insegnata nonostante la direttiva della Comunità europea del 1996 che raccomandava l'insegnamento al letto del malato e l'aumento del numero di ore di attività didattica pratica.

Il comportamento e le direttive della SIGG nei settori citati sono stati poveri ed episodici; una logica conseguenza è il recente inserimento della valutazione multidimensionale geriatrica (è la nostra metodologia) nella semeiotica e metodologia clinica medica e chirurgica (si legge: "lo studente dovrà



aver esercitato tale procedura personalmente almeno una volta, sotto il controllo del tutore”); mentre, per esempio, l’esame obiettivo dell’apparato respiratorio è inserito saldamente nella “specialistica” pneumologica (vedi: Vettore L, Tenore A Presentazione del *core curriculum* per le abilità pratiche. *Quaderni delle Conferenze permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia – Med Chir* 24, 693, 2004): sembra strano, ma è proprio così, sta succedendo con il consenso ed il silenzio dei più.

Complessivamente la realtà accademica italiana riguardante la Geriatria e Gerontologia è ben diversa da quella riportata su *Academic Medicine*, suppl del n° 7 del 2004 dove sono riportati i *Geriatrics Curricula at 40 U.S. Medical School* (tutti i Geriatri e i colleghi del MED09 dovrebbero leggerlo attentamente e fare il confronto con la nostra situazione); nella citata pubblicazione l’insegnamento della Geriatria è spalmato su molti anni del Corso di Laurea e la preparazione avviene anche nei setting assistenziali più reali (nursing home e domicilio); la valutazione multidimensionale non è dispersa nella Semeiotica e Metodologia clinica.

La consistenza scientifica, didattica ed assistenziale della Geriatria nelle varie sedi universitarie italiane sembra indefinita, incerta, complementare: sarebbe utile saperne di più censendo le risorse geriatriche effettivamente disponibili in ogni Università; analogo discorso si può fare sulla qualità delle SSG e dei Medici geriatri specializzati (*know how?*) che ogni anno vanno ad operare nel settore più specifico che è quello territoriale; in questa sede essi rendono visibile e fanno valere la loro specifica professionalità.

Penso che la qualità didattica e professionalizzante delle SSG esprima al meglio la validità e la specificità della disciplina Geriatria nelle varie sedi universitarie e sanitarie; per questo la loro strutturazione, organizzazione ed adeguatezza entrano nelle competenze della SIGG.

In passato la specificità della nostra disciplina non è stata illustrata in modo esauriente ai vari livelli (stampa, convegni, politica, facoltà) e nemmeno adeguatamente salvaguardata; prevalse come argomento il tradizionale (anche se fondamentale) problema di concorsi, ma non è certo questo il punto più rilevante anche perché è stato in parte risolto.

Per i motivi ricordati la richiesta di autonomia per la Geriatria e Gerontologia è sempre attuale e risulta ampiamente motivabile una nuova richiesta. E’ di aiuto ricordare che i settori scientifico-disciplinari si qualificano in base ai loro contenuti; essi rappresentano un insieme ben riconoscibile e coerente di ambiti specifici e di competenze in campo clinico, definiti e diversificati; la consistenza numerica dei docenti di un settore deve essere tale da configurare una reale comunità con obiettivi ed intenti ben riconoscibili e basati su evidenze; deve essere verosimile la possibilità di un’evoluzione degli interessi scientifici e didattici del settore in modo da attirare forze nuove con prospettive di sviluppo qualitativo e quantitativo del settore. La Geriatria e Gerontologia sono in possesso di molte di queste caratteristiche.

Come proposta si potrebbe inizialmente organizzare (chi?: forse la SIGG, eventualmente con la SIGOs) un incontro (invitando i colleghi MED09 e anche i politici che non raramente parlano nei nostri convegni) per individuare le reali motivazioni e gli argomenti che giustificano la nostra autonomia fino ad oggi negata, per riproporli poi nelle sedi opportune. Anche l’informatica è un mezzo idoneo per esprimere, anche con insistenza, il proprio pensiero in modo diffuso e libero, prima fra noi e poi ai Colleghi di altri gruppi scientifico-disciplinari; le opinioni (anche contrarie) dei Geriatri, soprattutto dei più giovani, sarebbero molto utili ed incentivanti; purtroppo il citato mezzo di comunicazione è poco utilizzato, direi evitato; così continuano a mancare le riflessioni importanti e la visibilità dei singoli su questo argomento vitale; ancora è prevalente la metodologia antica e dolorosa del silenzio (che significa: va bene così!) e del porta a porta.

A mio parere il Presidente e il Consiglio direttivo della SIGG sono tenuti a promuovere interventi autorevoli e documentati su tutti i problemi che affliggono la Geriatria, impedendone l’agognata autonomia; io ne ho elencati soltanto alcuni.



La ricerca geriatrica nel nostro paese è sicuramente di buon livello se si utilizzano gli indicatori tradizionali (mi riferisco all'*impact factor*); purtroppo (ed è proprio il caso della Geriatria) la ricerca realizzata non risulta sempre praticamente innovativa, come si evince dal modesto sviluppo della medicina geriatrica negli ospedali e sul territorio in questo ultimo decennio.

Gianfranco Salvioli

IL NUOVO SITO INTERNET DELLA SIGG

www.sigg.it

Dall'11 ottobre sarà attivo il nuovo sito internet della SIGG. Grazie all'impegno di Fernando Anzivino e Geriatriaonline i Soci potranno disporre di un nuovo strumento d'incontro e di dibattito. Il nuovo sito è aperto alla collaborazione di tutti.



NOTIZIE DALLE SEZIONI REGIONALI

Sezione Siciliana

Il XXIX Congresso della Sezione Siciliana della S.I.G.G. avrà luogo nei giorni 7 e 8 ottobre 2004 presso il President Park Hotel di Acicastello (CT). Nei giorni 6 e 8 ottobre si terranno inoltre due Corsi di formazione per specializzandi in Geriatria, Reumatologia, Oncologia e Gastroenterologia, dal titolo "Oncologia gastroenterologica nell'anziano" e "Patologia osteodegenerativa e osteoporosi".

Il Congresso e i due Corsi di formazione sono stati accreditati dal Ministero della Salute per complessivi 15 crediti formativi.

Il Congresso avrà come tematiche fondamentali il rischio cardio e cerebrovascolare, sotto il profilo epidemiologico e clinico-terapeutico.

I Corsi di formazione focalizzeranno l'attenzione sull'informazione e sulle conoscenze più moderne in tema di gastroenterologia oncologica geriatrica e di patologie osteodegenerative.

Santo Branca

Sezione Apulo-Lucana

Il Congresso della Sezione Regionale della SIGG dal titolo "La geriatria al servizio dell'Anziano" si terrà a Lecce il 16 ottobre p.v presso la Sala Conferenze della ASL LE/1.

La partecipazione al Congresso è gratuita. Sono stati richiesti i crediti ECM per medici.

Si svolgerà inoltre il 16 novembre p.v. presso la Casa Sollievo della Sofferenza un Corso Teorico-Pratico a numero chiuso per Infermieri Professionali su "La valutazione geriatrica multidimensionale". Il Corso sarà ripetuto il 13/12/2004. Anche per questo Corso sono stati richiesti i crediti ECM per infermieri professionali.

Alberto Pilotto

NOTIZIE UTILI

Gruppo di Ricerca Geriatrica

ON LINE I SEMINARI DEL VENERDI'

Il Gruppo di Ricerca Geriatrica mette a disposizione di studiosi ed operatori le diapositive dei seminari settimanali ECM che vengono tenuti presso la nostra sede (il programma trimestrale è pubblicato sul sito). Si ritiene in questo modo di offrire un utile strumento di aggiornamento personale ed anche un supporto a chi volesse a sua volta introdurre seminari sui diversi argomenti. Ovviamente i testi ed i loro contenuti riflettono la cultura e la sensibilità degli oratori e non presuppongono un endorsement da parte del GRG; non viene infatti riportata la discussione che fa seguito ad ogni presentazione e che spesso puntualizza o corregge specifici aspetti del tema trattato.

www.grg-bs.it



NOTIZIE DAI SOCI

Nel presidio ospedaliero di Montebelluna (TV- ULSS n°8 Regione Veneto) nel luglio 1997 venne attivato un servizio di assistenza domiciliare geriatrico affiancato ad una attività di Day Hospital Geriatrico ed ambulatoriale.

Iniziarono così numerosi incontri con i Medici di Medicina Generale per illustrare le nuove possibilità di assistenza domiciliare e le modalità di *presa in carico* dei pazienti geriatrici, ed inoltre attività di sensibilizzazione sulle sindromi geriatriche rivolta sia a medici ed operatori sanitari che, in altre sedi, alla popolazione.

Con *D.G.R.V. n° 5273 del 29/12/1998* la Regione Veneto definì e regolamentò i vari profili assistenziali domiciliari indicando la valutazione multidimensionale quale *unica porta di entrata* alla rete dei servizi. L'attività domiciliare divenne rapidamente rilevante (consistenza intervallare assistiti=1.616; totale prestazioni sanitarie =59.563; n°ADI=1.866; n.° ADI-HR [Osp.Domiciliare]=131), ma la rete dei servizi poteva contare esclusivamente sulle attività domiciliari e residenziali mancando, all'epoca, qualsiasi U.O. dedicata alla popolazione geriatrica in Ospedale.

Con il gennaio 2000, nel medesimo Ospedale, veniva attivata una U.O. di Lungodegenza (25 p.l.) a seguito del trasferimento della stessa da un vicino Ospedale che veniva dismesso.

La gestione della U.O. di Lungodegenza veniva affidata alla medesima Direzione dell'attività territoriale iniziando così a connotarsi il reale *continuum* Ospedale-Territorio fondamento della continuità assistenziale necessaria in ambito geriatrico.

Le necessità organizzative resero necessaria una gestione rapida (nel 2003 n.°ricoveri=506; degenza media=15,1gg.; ricoveri ripetuti da 6,80% a 1,36%; con riduzione della % di decessi).

Con il tentativo di mantenere sempre l'attenzione sulle Linee Guida Geriatriche si iniziava così una intensa attività consulenziale basata sulla VMD pur con la ferma consapevolezza che i risultati ottenibili con l'attività consulenziale sono assai diversi da quelli derivanti da una presa in cura diretta dell'anziano fragile ricoverato in U.O. per acuti.

I parziali, ma positivi risultati ottenuti evidenziati come *outcome* della gestione geriatrica hanno determinato l'attivazione di 24 p.l. di Geriatria per acuti dal 1° Ottobre p.v. nell'ambito dell'istituendo Dipartimento Geriatrico e di Continuità Assistenziale (funzionale).

Massimo Calabrò

La notizia ci dà grande gioia: congratulazioni a Calabrò che è riuscito ad attivare ex novo una geriatria per acuti. Evidentemente si era fatto stimare dall'ULSS: un esempio per tutti!



ASSISTENZA DOMICILIARE NEL 1800

Il Gonfaloniere di Ferrara

Ferrara 14 luglio 1845

Al Signor Sindaco di Vigarano,

Accade talvolta che famiglie povere di campagna per sollevarsi dal peso, dalla custodia e dalla cura di alcuni infermi di malattie croniche cercano che questi siano ricoverati nell'Arcispedale di Sant'Anna e le loro istanze trovano appoggio presso i RR. Parrochi ed anche presso ai Medici locali, per cui i Sindaci non possono fare a meno di accompagnarli, tanto per secondare gl'impulsi del loro animo caritatevole, quanto per esimersi da qualsiasi responsabilità. Da ciò ne viene che le Comunità vengono obbligate a sostenere gravi spese senza un'assoluta necessità, mentre tali infermi, che più abbisognano di mezzi di sussistenza che delle opere del Medico, potrebbero essere loccati a domicilio con anche maggior loro comodo e minor aggravio della Comune.

Mentre vado a pregare i Presidenti del Pio Luogo d'informarmi se ora si verifichi il su indicato caso, prego Vostra Signoria di mettere in avvertenza codesto Medico Condotta perché, senza mancare al proprio dovere ed a quei sentimenti di umanità che lo guidano nell'esercizio della sua nobile professione, voglia dichiarare alla evenienza de' casi la necessità di procurare il ricovero e la cura nel detto luogo Pio.

Sono con distinta stima.

Pel Gonfaloniere indisposto

Devoto obbediente servitore

Dottor Eugenio Righini Anz.

Archivio di Stato di Ferrara, Archivio Storico Comunale Ferrara, Delegazioni del forese, Vigarano Mainarda, 1845, fascicolo IV, inserto 3.

Da molti anni cerchiamo di interpretare i fenomeni di abbandono sociale, tra cui l'ospedalizzazione impropria che spesso viene evidenziata come l'emblema più disdicevole e pericoloso per il paziente e il più oneroso per il SSN, come l'espressione di un mutamento della struttura sociale familiare. Il passaggio, cioè, da una famiglia patriarcale ad una nucleare, post-industriale, ha fatto perdere quei legami che da sempre hanno permesso di radicare al proprio domicilio la persona anziana, indipendentemente dal censo. Semmai era solo l'ambiente urbano che favoriva una certa disgregazione che, nell'immaginario collettivo, non avveniva nelle famiglie rurali che, seppur povere, fondavano nell'organizzazione familiare la loro forza e la loro coesione. Questo editto di circa 150 anni fa, ritrovato negli archivi storici di Ferrara, potrebbe costituire un breve articolo da pubblicare sul Sole 24Ore Sanità come esempio di inappropriata cura e di inefficienza del sistema di tutela, con evidente clamoroso fallimento delle garanzie sociali. Provate ad attualizzarlo cambiando alcuni nomi e qualche arcaicismo linguistico e vedrete che 150 anni sono passati invano. Buona lettura.

Fernando Anzivino



SEGNALAZIONI LIBRARIE

Etica e Legge nella Malattia di Alzheimer

a cura di Maurizio Gallucci

3° libro della Collana Editoriale dell'ARGel

Edizioni ANTILIA pagg. 152

Il volume consiste in due sezioni: la prima dedicata all'Etica e la seconda riguardante la Legge, entrambe in relazione al decadimento cognitivo e in particolare alla Malattia di Alzheimer. Nella prima sezione gli aspetti etici sono trattati da diversi punti di vista. Sono illustrate le problematiche etiche per l'operatore socio-sanitario, con contributi anche di neurologi e geriatri americani. Nelle pagine dell'Etica risalta in modo chiaro come il curare debba sempre esprimersi entro gli orizzonti più ampi e completi del "prendersi cura". La sezione è arricchita da originali riflessioni sull'elaborazione del cordoglio in relazione alle specificità della Malattia di Alzheimer. Concludono la prima parte le pagine dedicate al limite delle cure, allo stato vegetativo permanente, alla nutrizione artificiale, alle direttive anticipate e alle problematiche inerenti i test genetici.

Nella sezione dedicata alla Legge, sono trattati i diritti dei malati di Alzheimer e la posizione delle loro famiglie, la legge italiana in confronto con quella degli altri Paesi Europei, gli aspetti dell'inabilitazione e dell'interdizione ed, infine, l'accertamento dell'invalidità civile in questa particolare tipologia di malati. Il libro è quindi dedicato a tutte le professionalità che operano accanto al malato con decadimento cognitivo, ma anche alle famiglie dei malati di Alzheimer ed agli amministratori della Salute. Il volume vuole essere, inoltre, una guida pratica anche per avvocati e notai che sempre più spesso si imbattono in situazioni possibili di inabilitazione o interdizione legate al decadimento cognitivo.

La conversazione possibile con il malato Alzheimer

a cura di Pietro Vigorelli

Franco Angeli, Milano 2004, pp. 382

Presentazione di Marco Trabucchi, prefazione di Giampaolo Lai

Il libro propone un nuovo approccio al malato Alzheimer: la demenza viene considerata nel suo aspetto di malattia della parola. È la parola che deve essere curata e la cura si fa con le parole.

La terapia conversazionale si propone di instaurare un circolo virtuoso che parte da una speciale attenzione alle parole e cerca di arrivare al maggior grado possibile di felicità conversazionale. Felicità che viene riferita alle parole, ma che forse corrisponde anche a quella intesa in senso psicologico.

La trattazione ha un intento sia scientifico che pedagogico e segue il metodo del Conversazionalismo di Giampaolo Lai: parte dall'analisi dei testi registrati e trascritti delle conversazioni per mostrare le tecniche che vengono descritte. Anche i risultati vengono valutati con criteri oggettivi, basati sull'analisi dei testi.

Una intera parte del volume è dedicata alla formazione dei familiari e degli operatori.

Gli Autori fanno per lo più riferimento ad un'unica scuola, l'Accademia delle tecniche conversazionali, ma il libro è arricchito anche dal contributo di esperti che provengono da esperienze diverse.



SPI-CGIL Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti

Questo volume, sottotitolato “Un contributo alla definizione dei livelli essenziali dei servizi sociali e sanitari”, offre uno scenario nazionale per costruire una tutela moderna delle persone non autosufficienti. In questo modo sarà possibile avviare un programma di intervento che aiuti il nostro paese a sviluppare “modelli completi”, come avviene in Germania e in Giappone, dove siano specificati i diritti dei beneficiari, le responsabilità degli attori che devono offrire servizi, le modalità di controllo e le eventuali sanzioni, le fonti del finanziamento necessarie per sostenere l’integrazione dei servizi prestati, in un arco temporale sufficientemente ampio.

Un volume di grande interesse per chi si occupa del futuro delle persone anziane in un mondo in piena crisi culturale, organizzativa ed economica.



MASTER IN GERIATRIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
ANNO ACCADEMICO 2004/2005
MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO IN:

INFERMIERISTICA IN ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE

Scadenza della domanda di ammissione : 11/10/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master
 Viale Morgagni 85, 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Student Point dell' Università di Firenze
 presso il Dipartimento Formazione AUSL 11 Empoli

tel. 0571/78.841-fax 0571/72.855

e-mail master@usl11.tos.it

INFERMIERISTICA IN AREA GERIATRICA

Scadenza della domanda di ammissione : 05/11/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master
 Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Sig.ra Monica Marini

cell. 340/2300048 e-mail: monicamarini2@virgilio.it

RIABILITAZIONE GERIATRICA

Scadenza della domanda di ammissione : 05/11/2004

Informazioni organizzative: Segreteria Scuole di Specializzazione e Master
 Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze

tel. 055 41.88.93/41.86.08 – fax 055/ 41.76.36

e-mail: master@polobiomedico.unifi.it.

Informazioni didattiche: Dr. L. A. Rinaldi

tel. 055/4378632 fax 055/430207

e-mail: lucio@unifi.it

2° MASTER IN

MANAGEMENT DEL PAZIENTE GERIATRICO A RISCHIO DI DISABILITÀ O DISABILE

Roma, a partire da gennaio-febbraio 2005

Coordinatore e Responsabile Scientifico del Corso: Prof. Vincenzo Marigliano

Riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, Psicologia Clinica, Diploma Universitario per Infermiere Professionale o in Riabilitazione, secondo la normativa del Diploma di Laurea triennale/specialistica conseguito presso Università Italiana o di titolo equipollente. L'ammissione è regolata da una selezione per titoli. La scadenza per l'iscrizione è indicativamente fissata per dicembre 2004.

Segreteria Organizzativa: tel. 3475396716; fax 06 4456316.



CONGRESSI/CORSI

Università di Roma "La Sapienza" Istituto di Scienza dell'Alimentazione
Casa di Cura "Villa delle Querce"

LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE NELLA RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE

Nemi (Roma) 2 Ottobre 2004

Segreteria organizzativa JMB Congressi
e-mail: mb.edizioni@libero.it

Università di Padova, Cattedra e Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio
SIGG Sezione Veneto-Trentino Alto Adige

LA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NELL'ANZIANO

Padova 2 Ottobre 2004

Segreteria Organizzativa: Key Congress & Communication Padova
Tel. 049 659330 Fax 049-8763081 e-mail: b.boaretto@keycongress.com

XXIX CONGRESSO SEZIONE REGIONALE SICILIANA S.I.G.G.

Acicastello (CT) 7-8 ottobre 2004

Segreteria Organizzativa: Fininvest Congressi
Tel. 095-383412 fax 095-370419
e-mail: info@fininvestcongressi.it

Fondazione Smith Kline

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E SERVIZI SANITARI: DALLA STRUTTURA DELLA RETE ALLA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE

Gardone Riviera (Brescia) 7-9 Ottobre 2004

Segreteria Organizzativa: tel. 02 4817098 Fax 024819224
www.fondazione-smithkline.it

IL GERIATRA E LA PRESA IN CARICO DEL SOGGETTO DEMENTE: METODOLOGIE ED INDICATORI

Modena, 11 ottobre e 22 novembre 2004

Segreteria Scientifica: Dott. Piero Angelo Bonati – bonatip@ausl.re.it
Segreteria Organizzativa: Ornella Billone – Tel. 0584 436082

Congresso Sezione Regionale SIGG Apulo-Lucana LA GERIATRIA AL SERVIZIO DELL'ANZIANO

Lecce 16 ottobre 2004

Segreteria Organizzativa: Blumarton Enterprise
Tel. 099/7354333 Fax 099/7363399
e-mail: congressi@brumarton.it



Gruppo Geriatrico Genovese

LA RIABILITAZIONE DELL'ANZIANO: VERSO UN'APPROCCIO SCIENTIFICO

Genova 23 Ottobre 2004

Segreteria Scientifica ed Organizzativa
tel 010/255107 e-mail: claiva@libero.it

Accreditato ECM per:

Medico (5 crediti)

Infermiere (5 crediti)

Fisioterapista (6 crediti)

**PREVENZIONE DELLA DISABILITA' NELL'ANZIANO FRAGILE IL PROGETTO
VENETO ANZIANI PRO.VA LA PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE**

Rovigo 23 ottobre 2004

Segreteria Organizzativa: Forteventi Padova

Tel 049 8761221 Fax 049 8788839 e-mail forteventi@virgilio.it

Dipartimento interaziendale dell'Anziano-Azienda Ospedaliera-ULSS 16 Padova

MEETINGS INTERDISCIPLINARI DI GERIATRIA

Padova Settembre-Dicembre 2004

Segreteria Scientifica ed Organizzativa: Dott. Valter Giantin

Tel. 049 821 8959/8960 e-mail: valter.giantin@unipd.it

SIGG Sezione Apulo-Lucana e Unità Operativa Geriatria, Casa Sollievo della Sofferenza

LA VALUTAZIONE GERIATRICA MULTIDIMENSIONALE

Corso Teorico-Pratico per Infermieri Professionali

San Giovanni Rotondo (FG) 16 Novembre e 13 Dicembre 2004

Segreteria organizzativa : Dott. Piero D'Ambrosio, Dr. Francesco Paris

Tel 0882.410467 - Fax 0882.410.271

e-mail: geriatria@operapadrepio.it

Giornate Italiane di Endocrinologia Geriatrica dedicate al problema dell' «Aging male»

INVECCHIAMENTO E ORMONI

Parma 6-7 dicembre 2004

Segreteria Scientifica: Tel. 0521 236422 - fax 0521 237761 e-mail: geriat@unipr.it

Segreteria Organizzativa: Medicina Viva - Servizio Congressi

Tel. 0521 290191 - fax 0521 291314

e-mail: lucia@mvcongressi.it - www.mvcongressi.it

II° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

Bologna 3-4 marzo 2005

Comitato Organizzatore: Pietro Cortelli cortelli@med.unibo.it

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex

Tel. 051 7457070- Fax 051 7457071

bologna@adriacongrex.it www.adriacongrex.it/sincope