



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

Bollettino SIGG

Anno II

numero 7 – luglio 2005

Direttore Responsabile

Marco Trabucchi

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario:

Editoriale	Pag. 3
Una ricerca per l'anziano fragile	“ 4
Decalogo per l'Assistenza Geriatrica	“ 5
Summer School SIGG 2005	“ 7
Congresso Mondiale di Gerontologia	“ 8
Ricordo di Franco Cravero	“ 9
Congressi e Convegni	“ 10



***BUONE
VACANZE***



EDITORIALE

Chi scrive questo editoriale è stato sempre certo della necessità di fondare su prove di evidenza la prassi clinico-assistenziale in ambito geriatrico. Proprio una convinzione fondata mi induce ad osservare con attenzione quanto viene presentato in letteratura pro e contro questa visione, per comprendere quali strade dovranno essere seguite nel prossimo futuro al fine di rendere sempre più “forte” un pensiero che radichi su basi scientifiche la prassi dell’assistenza all’anziano.

Recentemente Lancet riportava a caratteri cubitali in copertina (366, n. 9480) una frase ripresa dalla corrispondenza: “Se tutto deve essere in doppio cieco, randomizzato, e basato sull’evidenza, che spazio rimane per le nuove idee?” La lettera continuava così: “Io temo che se la medicina basata sull’evidenza diviene il pensiero dominante, questo atteggiamento potrebbe rappresentare un impedimento al progresso clinico”. Nessun commento accompagnava l’editoriale, come se la rivista volesse buttare un sasso nello stagno per vedere dove si sarebbe fermata l’onda d’urto e se qualche difesa dell’evidence based medicine originava da parte dei lettori. Staremo a vedere i prossimi numeri del giornale; a me piacerebbe se qualche nostro lettore vorrà interverrà nel dibattito, che ha una rilevanza del tutto particolare in area geriatrica, anche per le difficoltà oggettive di trasferire al mondo reale dell’età avanzata le conquiste raggiunte con le prove di evidenza (spesso derivate da studi formalmente inappuntabili, ma eseguiti senza la partecipazione di pazienti molto vecchi).

Negli stessi giorni veniva pubblicato da JAMA (294: 218-228, 2005) un articolo secondo il quale un terzo degli studi, farmacologici e non, pubblicati su riviste di grande prestigio viene smentito da altre ricerche condotte in un secondo tempo; nell’articolo si discutono le cause di questa instabilità del dato scientifico, che possono essere legate a motivi contingenti o a veri e propri errori (causali o anche voluti). Non si deve però interpretare pessimisticamente questa osservazione, ma sottolineare come il vero progresso non è indotto da singole osservazioni, ma da un insieme che, dopo un’analisi critica complessiva, diviene realmente un dato di progresso. Anche l’adattamento al mondo reale costituisce una tappa importante per controllare la qualità dell’innovazione.

Un terzo spunto su questo tema è originato da un editoriale comparso su Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (86: 1073-4, 2005), nel quale si assume una posizione molto critica rispetto al fondamento basato sull’evidenza delle pratiche riabilitative. Si sostengono cose ovvie, come la necessità di incorporare nella decisione clinica anche le scelte, i valori e le credenze dei pazienti, ma in un atteggiamento di fondo che tende a valorizzare le differenze tra le evidenze e la pratica clinica.

Dobbiamo lasciarci influenzare da queste posizioni? Pur ammettendo che la storia del pensiero (anche quello medico) è sempre caratterizzata da fluttuazioni (e per questo non ricorriamo a termini come “antiscientismo” nel commentare affermazioni difformi dalle nostre), l’impegno di fondo, che anche in geriatria dobbiamo esercitare, è verso una sempre migliore realizzazione di studi che possano fondare l’atto di cura. Con la serena certezza che non proponiamo “ricette di cucina” né violenze alla libertà del singolo geriatra (vedi il non più recente Rozzini e Trabucchi: Terapia Geriatrica, Utet 1999), ma solo strumenti per migliorare l’efficacia delle cure.

I punti fondamentali da chiarire sono: a) sviluppare un maggior numero di studi controllati comprendenti pazienti anziani e molto anziani; b) analizzare con attenzione i risultati ottenuti, in modo da costruire metaanalisi che riducano al massimo la possibilità di interpretazioni erranee dei dati; c) progettare studi che tengano in conto “il mondo reale”, cioè le normali condizioni di vita della persona che invecchia (la multidimensionalità non deve restare solo uno strumento di interpretazione clinica, ma essere il fondamento metodologico degli studi controllati).

Esprimo il convincimento (pur senza averne ancora le evidenze!) che attraverso la serietà del nostro impegno scientifico nei prossimi anni otterremo risultati in grado di migliorare significativamente la medicina geriatrica.

Marco Trabucchi



UNA RICERCA PER L'ANZIANO FRAGILE

Sono stati presentati nei giorni scorsi a Roma al Ministero della Salute alcuni dati preliminari del progetto di ricerca "La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive", organizzato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), finanziato dal Ministero della Salute, che ha coinvolto le Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, la Provincia autonoma di Trento, Federsanità-Anci e il Censis. Coordinatore Scientifico della Ricerca è il nostro Presidente Prof. Marco Trabucchi.

Il progetto ha come obiettivo di "fotografare" l'attuale situazione dell'assistenza agli anziani sul territorio nazionale ed in particolare nelle nove Regioni scelte come campione, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le residenze sanitarie assistenziali (RSA). E' stata elaborata inoltre una proposta di decalogo sulla rete dei servizi per l'anziano fragile che riportiamo integralmente nelle pagine successive; è il risultato di una mediazione tra le regioni, che vogliono mantenere la propria autonomia progettuale, ma accettano alcune "regole" comuni nell'organizzazione dei servizi.

Da una lettura dei primi dati della ricerca emerge che il 54,0% degli anziani è a conoscenza che tra i determinanti dello stato di salute vi è innanzitutto un corretto stile di vita nell'età presenile, in particolare il controllo dell'alimentazione, l'attività fisica e mentale. Un terzo del campione ha dichiarato di godere ottimo o buono stato di salute, un'altra piccola percentuale ha definito il proprio stato di salute soddisfacente, mentre circa la metà ha manifestato paura della non autosufficienza ed ha indicato come principale preoccupazione l'insorgenza di una malattia o un evento invalidante.

Nell'ambito delle malattie maggiormente presenti negli anziani l'80% ha dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica e in particolare più della metà di artrite, o di artrosi, nel 40% dei casi di ipertensione arteriosa, nel 25% di osteoporosi e nel 14% di diabete.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti è emerso che nella maggior parte dei casi, è sempre la famiglia che si fa carico dei problemi del paziente. Il 75% degli anziani, in caso di bisogno, è assistito dai figli, il 41% dal coniuge o dal convivente, il 20% da altri parenti ed il 4% da vicini di casa. Il volontariato è scarsamente coinvolto per i pazienti anziani, poco rilevante è anche l'aiuto da parte dei servizi sanitari territoriali e sociali. E' stato confermato il ruolo centrale dell'Ospedale nella cura dell'anziano fragile; poco utilizzati in molte realtà, perché insufficienti o non pubblicizzati, sono i servizi della medicina territoriale sia di tipo riabilitativo che per la cronicità. Molti anziani hanno rivelato scarsa conoscenza delle strutture alternative all'ospedale, più del 70% non conosce l'ADI, anche se il suo utilizzo in Italia è aumentato del 57% tra il 1997 e il 2003, con un volume di interventi tuttavia ancora inadeguato. Infatti solo il 2,5% degli ultra sessantacinquenni nel 2003 era assistito in ADI. Un quadro piuttosto eterogeneo emerge dall'esame dell'organizzazione generale e soprattutto dei costi sia per l'ADI che per le RSA con oscillazioni tra i 177 euro pro capite della Provincia di Trento e i 10 euro della Campania, a fronte di una media nazionale di 52 euro per cittadino residente.

In sintesi, con la presentazione dei primi dati è emerso che il carico assistenziale, che attualmente grava principalmente sulla famiglia, sarà sempre più difficile da sostenere, sia per l'incremento in futuro dei non autosufficienti che per la riduzione dei nuclei familiari a causa del calo demografico. Ne scaturisce una necessità impellente di una rete integrata di infrastrutture sanitarie e sociali con un ruolo centrale del medico di famiglia ed una formazione adeguata tra le diverse figure professionali dedicate all'assistenza dell'anziano fragile, problema ampiamente conosciuto dai geriatri. Speriamo che i dati significativi emersi da questa ricerca su scala nazionale serviranno per sensibilizzare gli addetti ai lavori su un problema di grossa attualità.

Vincenzo Canonico



Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

LA RETE DEI SERVIZI PER L’ANZIANO FRAGILE: APPUNTI PER UN DECALOGO

Premessa

L’analisi condotta nella ricerca promossa dall’ASSR evidenzia la diversità nell’approccio all’anziano fragile nei piani sanitari o sociosanitari e nei progetti obiettivo fino ad ora proposti, che talora si associa con una scarsa efficacia degli interventi.

La via percorribile è quindi la condivisione di alcune idee di fondo sul significato umano e pratico della rete dei servizi per gli anziani, nonché l’impegno ad un confronto tra i diversi modelli individuati dalle Regioni, rispetto alla configurazione organizzativa, alle procedure adottate e all’analisi dei risultati attesi.

In sintesi l’applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza e di poche ma indispensabili modalità organizzative può assicurare agli anziani il diritto alla salute.

1. L’approccio di una programmazione globale e omnicomprensiva deve lasciare spazio alla costruzione oggi e subito di segmenti della rete, collocati nell’ambito di una prospettiva strategica e misurati in base alla capacità di rispondere ad uno specifico bisogno. La via dei piccoli passi è l’unica percorribile, indipendentemente dal livello di partenza dei diversi sistemi regionali. E’ però irrinunciabile un sistema informativo che colleghi l’esistente, in modo da conoscere per ogni singola area i bisogni, la consistenza e la qualità di servizi di qualsiasi livello e forma giuridica.
2. La celerità è fondamentale di fronte ad uno scenario demografico e sociale caratterizzato da alcuni aspetti nodali:
 - a. invecchiamento della popolazione, in particolare aumento della speranza di vita in età avanzata;
 - b. aumento della prevalenza di anziani affetti da malattie croniche che inducono la perdita dell’autosufficienza;
 - c. crisi della famiglia, come luogo di contenimento delle difficoltà dei componenti più fragili e quindi incertezza sul futuro dei sistemi di “caregiving” informale;
 - d. difficoltà della cultura geriatrica a proporre modelli verificati di risposta agli specifici problemi clinico-assistenziali;
 - e. perdurante limitazione delle risorse destinate all’area della cronicità.

Questo quadro di assieme in continua evoluzione impone una logica di sperimentazioni allargate, evitando la diffusione di indagini demografico-epidemiologiche per indirizzarsi verso modelli di servizio da sperimentare concretamente rispetto a metodi, risultati e costi.
3. La casa è il luogo privilegiato di vita delle persone a qualsiasi età. La persona anziana fragile conserva quindi il diritto civile a ricevere assistenza, fino a quando è possibile, nel proprio ambiente naturale.

Il sistema dei servizi, opportunamente governati da una regia regionale, deve essere incentrato sulla casa per rispondere ai bisogni della persona che invecchia. In Italia l’attore principale è il medico di medicina generale, con il quale devono essere concordati con puntualità compiti, responsabilità, poteri e strumenti per esercitare la funzione centrale del sistema con una progressività in evoluzione.



4. La continuità nell'assistenza è oggi spesso poco più che uno slogan. Prima ancora di prevedere concretamente tutti i segmenti della rete è necessario che l'ospedale adotti procedure di apertura verso il paziente dimesso, in modo da facilitare il trasferimento delle responsabilità al Medico di medicina generale ed ai servizi territoriali nelle loro espressioni di servizio sanitario e sociale.
5. L'ospedale è il luogo appropriato per la cura delle patologie cure dell'anziano, che deve essere assistito rispettandone la fragilità, la complessità clinica e l'eventuale limitazione delle funzioni cognitive. Gli interventi in ambito medico e chirurgico devono essere mirati anche ad un recupero dell'autosufficienza, valorizzando la dignità della persona. *A quando l'ospedale amico dell'anziano?*
6. L'area dell'assistenza post-ospedaliera prevede unità di riabilitazione e di lungodegenza, secondo soluzioni e modelli organizzativi molto variabili, da posti letto in RSA ad Ospedali di comunità. In quest'area devono essere chiariti sia gli obiettivi sia gli strumenti più adeguati per la cura di pazienti fragili, a rischio di perdita dell'autosufficienza o di un ulteriore aggravamento delle condizioni di autonomia.
7. L'assistenza domiciliare nei suoi vari aspetti costituisce un momento importante della rete, perché permette di mantenere il più possibile la persona a domicilio. La modellistica dei servizi domiciliari è oggi eccessivamente frammentaria; sarebbe invece necessario prevedere pochi livelli di intensità progressiva, riunendo sotto la stessa guida programmatica ed operativa le componenti sanitarie e quelle socio-assistenziali.
8. L'assistenza residenziale è caratterizzata da una forte variabilità dell'offerta, alla quale conseguono sistemi tariffari differenziati, sia per quanto riguarda la quota a carico del servizio pubblico, che per quella a carico dell'utente o della sua famiglia. Le sempre più elevate difficoltà economiche, nonché la pressione da parte dei cittadini per l'ottimizzazione qualitativa di queste strutture, deve indurre a restringere le tipologie di offerta soltanto a persone con rilevante compromissione dell'autosufficienza, analizzando l'opportunità di nuclei con compiti specifici: luoghi di sollievo per la persona disabile e la famiglia, nuclei per preminenti esigenze riabilitative o per problematiche cliniche, ecc.
9. L'assistenza all'anziano nel suo insieme non deve essere progettata come un'area marginale, con interventi limitati e caratterizzata da un basso uso della tecnologia, ma deve trovare la confluenza di più professionalità nella valutazione multidimensionale dei bisogni, effettuata in modo semplificato ed efficace. E' quindi necessaria un'affermazione di principio sulla parità dei diritti rispetto ai servizi, qualsiasi sia l'età e la condizione di salute della persona.
10. Ogni miglioramento pur piccolo nella quantità e qualità dei servizi rivolti all'anziano fragile rappresenta un rilevante progresso rispetto allo status quo, verso il quale è necessario adottare un criterio di intolleranza creativa, cioè il rifiuto di quanto fino ad ora è stato costruito senza rispettare la dignità della persona che invecchia ed ispirandosi ad una indispensabile creatività per sperimentare con coraggio soluzioni innovative.



SUMMER SCHOOL SIGG 2005

Le due edizioni della Summer School 2005 si sono svolte, rispettivamente, a San Giovanni Rotondo dal 19 al 23 Giugno e a Folgaria dal 3 al 7 Luglio. Ho molto apprezzato le modifiche che sono state fatte ad entrambe le edizioni in base alle osservazioni che io e la dottoressa Francesca Fortunato avevamo esposto durante il 49° Congresso Nazionale SIGG, segno che il nostro Presidente stima e valorizza noi “giovani geriatri”. Tuttavia, nonostante le due edizioni fossero molto bene organizzate sia dal punto di vista didattico sia da quello puramente “ambientale”, non ho riscontrato lo stesso affiatamento e la stessa complicità che si erano create con il gruppo dell’edizione 2004. L’anno scorso, il “pensiero forte” che aveva accomunato 25 persone era quello di crescere insieme per il futuro della Geriatria italiana e della SIGG. Quest’anno ho avuto la netta sensazione che si volesse crescere per il proprio futuro, per la propria voglia di emergere sugli altri, senza un obiettivo comune, senza un filo conduttore che portasse ad amare la geriatria.

La Summer School 2004 era composta da ragazzi con intenti comuni, nati dal confronto di realtà didattiche e lavorative diverse; la collaborazione che si è creata va al di là delle simpatie per uno piuttosto che per l’altro. Quest’anno, invece, mi è sembrato che i confronti tra le diverse realtà e le relazioni tra colleghi si basavano principalmente su simpatie e antipatie. Non è così che si crea una base salda per la Società. Siamo i più giovani, a noi sta il compito di portare avanti le idee innovative della Società quando i nostri primari o i nostri professori non potranno più farlo.

A questo proposito mi ricordo di una lettera scritta dal dottor Antonio Guaita nel supplemento del bollettino di Dicembre 2004 relativa alla Summer School 2004. Il dottor Guaita sottolineava come, nonostante il clima vivace che si era creato tra noi ragazzi, ognuno di noi fosse interessato al sé (aumento di conoscenza, possibilità di lavoro, carriera). La Summer School 2005 rispecchia molto di più le impressioni sopracitate; la Summer School 2005, per me, è sembrata un’iniziativa per migliorare la preparazione e il livello culturale dei giovani geriatri italiani non per il mondo esterno (SIGG; luogo di lavoro; confronto con colleghi) ma per la persona, per il singolo.

Spero vivamente che alla sessione che il Presidente ci ha nuovamente assegnato al 50° Congresso Nazionale SIGG siano presenti tutti i partecipanti alle due edizioni per poter discutere insieme e per rendere migliori le edizioni future.

Angela Cassinadri



IAG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY
Rio de Janeiro, June 26th –30th 2005

Abbiamo avuto l'onore di rappresentare la nostra Società al Congresso Mondiale di Rio de Janeiro, che ha visto la partecipazione di oltre 4000 delegati, metà dei quali dell'America del Sud.

Il Congresso, articolato in letture, simposi, comunicazioni e poster, ha affrontato vari problemi di ordine clinico, biologico e sociale con particolare attenzione a tutti i mezzi per la prevenzione primaria e secondaria e per la valutazione e il trattamento delle grandi sindromi geriatriche.

La depressione, le vaccinazioni, le infezioni, l'uso di antibiotici, l'ipertensione e l'ipotensione, la nutrizione in tutti i suoi aspetti, la demenza sono stati affrontati sotto tutti i possibili punti di vista e particolare rilevanza è stata data all'assessment nei vari settings assistenziali.

Anche le metodologie d'insegnamento della geriatria nell'ambito dell'educazione medica sono state oggetto di apposite sessioni scientifiche, così come il case management, l'ageismo e la chirurgia geriatrica.

Rispetto alle passate edizioni, si è avuta una minore partecipazione di Geriatri e Gerontologi Italiani.

Durante la riunione del Consiglio si è provveduto al rinnovo del Governing Body ed il Comitato Esecutivo per il periodo 2005-2009 è costituito da:

Presidente: Renato Maia Guimarães, MD, Brasili, e-mail: remaig@uol.com.br

Segretario generale: Claudia Burlá, MD, Rio de Janeiro, e-mail: iag@br.inter.net

Tesoriere: Monica Rodrigues Perracini, Sao Paulo, e-mail: mrperracini@ciudadesp.edu.br

Si è proceduto anche all'elezione del Presidente per il periodo 2009-2013:

Bruno Vellas, MD, Toulouse, e-mail: vellas.b@chu-toulouse.fr

Sono state attuate modifiche delle bylaws della IAG, ed è stato anticipato che vi sarà il cambiamento del nome dell'Associazione Internazionale da IAG (International Society of Gerontology) ad IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics), in quanto sono state ammesse alcune Società Geriatriche. Il nuovo nome dovrà essere ratificato dal Parlamento del Belgio, dove è stato depositato l'atto costitutivo dell'IAG nel 1950

La sede del prossimo IAG World Congress of Gerontology (19th) sarà Parigi dal 5 al 10 luglio 2009. Il 20° Congresso Mondiale si terrà a Seul in Corea, nel 2013.

Durante la riunione del Consiglio, il Professor Jesús Mazzei E. Berti ha distribuito un libretto sulla storia della Geriatria e della Gerontologia, in cui è riportato anche il Professor E. Greppi, quarto Presidente della IAG che ha organizzato il Congresso Mondiale a Merano e Venezia dal 14 al 19 luglio 1957. È forse giunto il momento che l'Italia si riproponga come organizzatrice di un futuro Congresso Mondiale nel 2017? Ai giovani Geriatri il compito di decidere in merito e di darsi da fare...

Roberto Bernabei
Domenico Cucinotta



FRANCO CRAVERO (14 Marzo 1935 – 5 Giugno 2005)

Il Dr. Cravero è stato un medico che ha percorso tutti i sentieri della medicina interna, da quello di medico condotto, a quello di specialista cardiologo ospedaliero ed ambulatoriale, a quello di Primario Ospedaliero di Medicina, fino ad approdare per scelta critica e vocazionale e mai di comodo alla specializzazione in Gerontologia e Geriatria a Firenze presso la Scuola del Prof. Antonini, scelta che ha costituito la passione degli anni della sua maturità professionale.

Il suo corso professionale e le sue opere ripercorrono gli sviluppi della Geriatria moderna e contemporanea dalla partenza internistica agli interessi culturali verso nuove scienze, alle implicazioni organizzative per la tutela della salute dell'anziano. Trent'anni fa, nella sua realtà di provincia, improntava il suo reparto su scelte di continua qualificazione e di apertura dell'ospedale al territorio.

Aveva pensato e realizzato il primo Centro Antidiabetico ad Alba, il primo Day Hospital multidisciplinare (medico internistico, diabetologico, oncologico) della Provincia di Cuneo, l'Ambulatorio di Gastroenterologia e quello di Diagnostica Vascolare con Doppler ed Ecodoppler. In seguito sotto la sua direzione prese le mosse una delle prime Unità per la cura dell'Ictus cerebrale, e, soprattutto, lo sviluppo della continuità assistenziale con l'inserimento nella sua Geriatria di un reparto collegato in una sede distaccata: "l'Ospedale per Cure Intermedie e riabilitazione di Canale d'Alba", a cui si era particolarmente dedicato. Negli ultimi tempi, sorgevano ad Alba, sotto la sua direzione, il Centro per la prevenzione e cura dell'osteoporosi, l'Unità Valutativa Geriatrica, e quella per la malattia di Alzheimer. Queste sue opere segnano il ricordo di un medico impegnato che in tempi ormai lontani aveva compreso l'importanza delle patologie legate alla vecchiaia e intuito che l'emergenza anziani sarebbe stato il problema più rilevante della sanità dei paesi occidentali. Le sue proposte e realizzazioni misero in luce doti di combattente, intelligente, discreto, ma coriaceo quando, troppo anticipatore per il senso medio della gente, non veniva assecondato dagli altri di minore perspicacia.

Le testimonianze dei suoi collaboratori e dei molti medici che gli devono l'insegnamento hanno fatto emergere come le sue mosse sono state importanti per condurli a fare e soprattutto ad essere dei geriatri. Un uomo energico, capace di schierarsi, un uomo dolce, ricco di umanità e di gioia di vivere che traeva da una fede robusta, vissuta senza esibizione, frequentando in solitudine le primissime messe del mattino, oppure fermandosi in una chiesa solitaria a godere un pò di pace in una vita così intensamente spesa. E' in una di queste mattine limpide, in una di queste strade piene di luce, tante volte percorse, che è avvenuto il suo appuntamento con l'eternità.

Luigi Pernigotti



CONGRESSI/CONVEGNI

XIII Congresso Internazionale ANTI-AGING MEDICINE

Chicago 19 - 21 Agosto 2005

<http://www.worldhealth.net/event>

Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani V.E.II Roma IPERTENSIONE ARTERIOSA E DANNO COGNITIVO NELL' ANZIANO

Roma, 16 settembre 2005

Segreteria Organizzativa: UNIVERS Roma

Tel. 06 4450290 - Fax 06 4457019

www.universeventi.it e-mail: congressi@universeventi.it

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, IRCCS - Centro S. Giovanni di Dio - Fatebenefratelli
in collaborazione con l'Università degli Studi di Brescia

NUOVE STRATEGIE TERAPEUTICHE PER LA MALATTIA DI ALZHEIMER

Brescia 16 settembre 2005

Segreteria ECM: Ornella Bonometti

IRCCS - Centro S. Giovanni di Dio - FBF – Brescia Tel 030 3501 345 - E.mail: obonometti@oh-fbf.i

Segreteria organizzativa: G&G International Congress srl

Tel. 06 5043441 – fax 06 5033071 - e-mail: congressi@gegcongressi.com

Dipartimento Rete Servizi degli Anziani ReSA – ASL 3 Torino

ARGOMENTI DI CURA NELL'ANZIANO: UNA REALTÀ COMPLESSA

Torino 17 settembre 2005

Segreteria scientifica

Dott. Antonino Maria Cotroneo, Sig.ra Nicoletta Nicoletti

Tel 011/4393702 e-mail: amcotroneo@libero.it, nicoletta.nicoletti@libero.it

Segreteria Organizzativa

PLANET Eventi & Congressi Torino

Tel 011/52.14.008 – Fax 011/43.62.949

e-mail: info@planetcongressi.it

Dipartimento Rete Servizi degli Anziani ReSA – ASL 3 Torino

ARGOMENTI DI NURSING NELL'ANZIANO: UNA REALTÀ COMPLESSA

Torino 17 settembre 2005

Segreteria scientifica

Sig.ra Nicoletta Nicoletti, Dott. Antonino Maria Cotroneo

Tel 011/4393702 e-mail: nicoletta.nicoletti@libero.it, amcotroneo@libero.it

Segreteria Organizzativa

PLANET Eventi & Congressi Torino

Tel 011/52.14.008 – Fax 011/43.62.949

e-mail: info@planetcongressi.it



**ALZHEIMER VII: GENTLE CARE UN MODELLO POSITIVO DI ASSISTENZA
ALZHEIMER VII: DOMANDE PROBABILI, RISPOSTE POSSIBILI**

Roma 19 e 20 settembre 2005

Segreteria scientifica: Dr. Alessandra Tognetti
Tel. 06-51002480/1/

Segreteria organizzativa: Dr. Federica Marini
Tel: 06 58899345 Cell: 338 2844976 - e-mail: aimaromaonlus@mclink.it

UNA ALLEANZA TERAPEUTICA PER UNA LONGEVITÀ IN SALUTE DELLA DONNA

Bologna 21 Settembre 2005

Informazioni:

Sigo2005@gegcongressi.com

www.sigo2005.it

**ASSISTERE CHI ASSISTE
L'ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA**

Monza, 14,17,28 Settembre, 1 Ottobre 2005

Segreteria organizzativa: Formazione Professionale
ASL 3 Provincia di Milano - Monza – tel. 039 2384343

EURAG - European federation of Older Persons

XVIII CONGRESSO INTERNAZIONALE

Lubiana, 29 settembre - 1 Ottobre 2005.

<http://www.eurag-congress2005.org> - Altre notizie a <http://www.eurag-europe.org>

Per informazioni e comunicazioni: janja.drole@infos.si

UROLOGICAL AGEING: WHAT'S NEW?

Trieste 23-24 Settembre 2005

Segreteria Scientifica: S. Siracusano, C. Trombetta

e-mail siracus@univ.trieste.it; trombcar@univ.trieste.it

Segreteria Organizzativa: The office s.r.l. Tel. 040/ 368343 - int. 16

Fax 040/368808 e-mail: urologia@theoffice.it - www.theoffice.it

XVI Corso Nazionale per Infermieri

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE ANZIANO

Folgaria (Trento), 29 settembre - 2 ottobre 2005

Segreteria scientifica: F. Castelletti, E. Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica – Brescia

Tel. 030 3757538 – fax 030 48508 – e.mail progetti@grg-bs.it

Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedalieri

**L'OSPEDALE NEGLI ANNI 2000: SFIDE, RESPONSABILITÀ, SOLUZIONI PER UNA
PATOLOGIA CHE CAMBIA**

Verona 6-8 ottobre 2005

Segreteria organizzativa: Fedra Congressi ed Eventi ROMA

Tel. 06 52247328 - Fax 06 5205625

info@fedracongressi.it - www.fedracongressi.it



Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio
LA STIPSI NELL'ANZIANO: ASPETTI CLINICI, ASSISTENZIALI E TERAPEUTICI

Milano 7 ottobre 2005

Segreteria Organizzativa: tel. 02.4029652, 024020572; fax: 024020592
 e-mail: servizio.2@pioalbergotrivulzio.it

**2ND EUGMS SYMPOSIUM: "GERIATRIC CARDIOLOGY"
 A MEETING POINT FOR GERIATRICIANS AND CARDIOLOGIST**

Madrid, 21-22 ottobre 2005

Segreteria organizzativa: BIOTOUR S.A. Madrid
 e-mail: gc2005@biotour.es - www.biotour.es/gc2005 - www.eugms.org

Società Italiana di Odontostomatologia Geriatria-Gruppo Geriatrico Genovese
APPROCCIO ALLA COMPLESSITA' DELLA RIABILITAZIONE ORALE NELL'ANZIANO

Genova 22 Ottobre 2005

Segreteria scientifica: Dott. Claudio Ivaldi, Dott. Massimo Ragonesi
 Per informazioni: 010 357407 dalle 14,30 alle 18,00 lunedì-venerdì.

**33RD CONGRESS OF THE EUROPEAN
 ASSOCIATION OF GERIATRIC PSYCHIATRY (EAGP)**

Basilea 27 - 27 Ottobre 2005

<http://www.eagp.com>.

Convegno regionale della Sezione Sardegna della SIGG
**L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE :
 STRATEGIE PREVENTIVE, TERAPEUTICHE ED ASSISTENZIALI**

Cagliari, 28 ottobre 2005

Segreteria organizzativa: Corsi e Congressi - Dott. Alfredo Sirianni
 Tel.070 383373-070 383126 - email asirianni@corsiegressi.it

I° CONGRESSO ISPANO-AMERICANO DI PSICOGERIATRIA

Buenos Aires, 3-5 Novembre 2005

<http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/congreso/>

Istituto di Scienza dell'Alimentazione dell'Università di Roma "La Sapienza" - l'International
 Academy of Nutrition and Aging

Simposio Internazionale "OBESITY IN THE ELDERLY"

Roma, 26-28 Gennaio 2006.

<http://www.uniroma1.it/scialim> - valeria.delbalzo@uniroma1.it

VIth EUROPEAN CONGRESS of GERONTOLOGY

Saint Petersburg, Russia July 5 - 8, 2007

Organizing Secretariat

St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

3, Dynamo Prospect,

197110 St. Petersburg, Russia



*Il nostro 50° Congresso Nazionale!
Un'occasione per ricordare e per costruire*

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
50° CONGRESSO NAZIONALE SIGG
 “LA GERIATRIA ITALIANA:
 50 ANNI ALLA RICERCA DEL NUOVO”
Firenze 9-13 novembre 2005

6° CORSO MULTIPROFESSIONALE DI NURSING
 “L’INFERMIERE IN GERIATRIA:
 UN RUOLO CENTRALE NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE”
Firenze 10-12 novembre 2005

4° CORSO DI RIABILITAZIONE COGNITIVA
 “PLASTICITÀ NEURONALE, PREVENZIONE E RIABILITAZIONE COGNITIVA
 DELLE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE”
Firenze 10-11 novembre 2005

1° CORSO PER PSICOLOGI
 “LA PSICOLOGIA E LO PSICOLOGO DI FRONTE AI GRANDI TEMI DELLA TERZA ETA’ ”
Firenze 12-13 novembre 2005

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
 Tel.055 474330 – Fax 055 461217 - e-mail: sigg@sigg.it - www.sigg.it
 Segreteria organizzativa: G&G International Congress srl
 Tel. 06 5043441 – fax 06 5033071 e-mail: congressi@gegcongressi.com