



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

# Bollettino SIGG

Anno II

numero 10 – ottobre 2005

*Direttore Responsabile*  
Marco Trabucchi

*A cura di*  
Vincenzo Canonico  
Tel. e fax 081 7464297  
e-mail: vcanonic@unina.it

**Sommario:**

|   |        |
|---|--------|
| Editoriale                                    | Pag. 3 |
| Malattie croniche, fragilità e luoghi di cura | " 4    |
| Decalogo per i nonni                          | " 5    |
| Scuole di Specializzazione                    | " 6    |
| Documento OMS                                 | " 9    |
| Ripensiamo al rapporto con gli infermieri     | " 11   |
| Saluto del Prof. Bergamini                    | " 12   |
| Notizie SIGG                                  | " 13   |
| Crediti ECM al Congresso ed ai Corsi          | " 14   |
| I Soci scrivono                               | " 15   |
| Recensione Libri                              | " 16   |
| Congressi e Convegni                          | " 17   |



***Ci vediamo  
a Firenze  
il 9 novembre!***



## EDITORIALE

Mancano pochi giorni al nostro Congresso Nazionale, la più importante vetrina con la quale la geriatria si presenta al mondo esterno, ma soprattutto il luogo privilegiato di discussione e di elaborazione tra di noi. Perché il lavoro culturale di un anno, che si esprime in mille diverse occasioni di incontro (anche quelle più formali, come i congressi delle sezioni regionali siciliana e veneta ai quali ho partecipato in questo mese), deve trovare nell'assemblea di tutti i geriatri il momento più alto. I consensi che abbiamo ricevuto durante la preparazione del programma confermano che la SIGG esprime –in tutte le sue sfaccettature- la vera anima di coloro che si occupano degli anziani in Italia (senza specificazioni, perché la Società da spazi paritari a chi si occupa di prevenzione, di cura e di riabilitazione, a chi dedica il proprio impegno professionale negli ospedali, nelle residenze o nel territorio, a chi si concentra sulla fragilità e sulla non autosufficienza e a chi studia l' "healthy aging"). Il nostro Congresso è aperto a tutti, con sincera amicizia, anche se la mia attenzione sarà dedicata soprattutto ai giovani e alla loro preparazione professionale (ed umana). Qualcuno mi ha rimproverato di non aver dedicato sufficiente tempo alle vicende della "politica societaria". Per me è stata una scelta senza tentennamenti: privilegiare le centinaia di soci ed amici lontani dal potere, senza perdere troppo tempo nei "corridoi"...

In questi giorni sono stato invitato a portare il saluto della SIGG al 106° congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna. L'atmosfera, creata in particolare dal Presidente Mannucci, è stata di grande cordialità e rispetto, anche se l'ambiente era solenne e si coglieva il senso di una storia ultracentenaria. Il mio intervento, che mirava a indicare le sinergie possibili tra le due società per il progresso dell'assistenza, è stato discusso in uno spirito di collaborazione. La geriatria in questi anni ha aperto molte strade che ora anche altri percorrono, nel comune intento di curare gli anziani fragili. Però i bisogni continuano a crescere e cambiare; vi è quindi sempre più l'esigenza che la nostra specialità trovi spazio nei vari luoghi di servizio, per esprimere, sperimentare e formalizzare atti di cura adeguati a nuovi e complessi bisogni.

Il 17 ottobre è stata celebrata la "Giornata mondiale del rifiuto della miseria". E' opportuno collegare questa occasione alle altre due di settembre ed ottobre, cioè la giornata dell'Alzheimer e la festa dei nonni. Infatti nel corso della giornata del rifiuto della miseria è stata data una definizione di povertà ("è l'assenza di sicurezze che permettono alle persone e alle famiglie di far fronte ai propri impegni professionali, familiari e sociali, e di usufruire dei propri diritti") che si adatta particolarmente alla condizione di molti anziani. Purtroppo non sono pochi coloro che per malattia, solitudine, ignoranza o mancanza di supporti economici vivono nella paura del futuro, nella frustrazione per l'impotenza rispetto a compiti che non riescono ad espletare, nell'assenza di diritti riconosciuti. La SIGG ha fatto proprie queste celebrazioni perché sente il dovere di dare una interpretazione unitaria alle diverse "povertà", partendo da presupposti culturali per predisporre concretamente risposte unitarie al bisogno delle persone anziane più deboli attraverso l'impegno clinico, educativo, di supporto sociale.

*Marco Trabucchi*



### **Malattie croniche, fragilità e luoghi di cura**

In questo numero diamo ampio spazio a problemi di cronicità, di bisogni assistenziali e di formazione per operatori. Nel mese corrente sono stati elaborati alcuni documenti in proposito che meritano da parte nostra la massima attenzione. Il rapporto dell'Organizzazione mondiale della Sanità illustrato da Angelo Bianchetti richiama l'attenzione sull'allarme dovuto al rapido espandersi delle patologie croniche nel mondo, che rappresentano la prima causa di morte ed il loro impatto non si arresterà se non con interventi specifici predisposti dai Governi e dalle Istituzioni sia pubbliche che private. Non è solo un problema di mortalità in aumento o una necessità impellente di diminuire la mortalità, sappiamo bene che la cronicità si accompagna spesso a disabilità di vario grado, se la patologia o la pluripatologia non vengono affrontate correttamente, a necessità di assistenza complessa, a costi aumentati, con risultati non sempre brillanti. Il problema principale è innanzitutto la prevenzione in età pre-senile. E' noto ad esempio che meno del 30% degli ipertesi viene curato adeguatamente, che più del 50% dei diabetici ha livelli di emoglobina glicosilata superiori al 7%, che una piccola parte dei pazienti con cardiopatia ischemica mantiene livelli di colesterolo Ldl suggeriti dalle linee guida internazionali, che pochi smettono di fumare anche dopo un evento significativo. Il medico è solo una pedina di un sistema complesso che prevede sinteticamente organizzazione, coinvolgimento di paziente famiglia e comunità, formazione ed informazione, integrazione delle cure primarie e secondarie, promozione della multidisciplinarietà. E' sempre più impellente la necessità di incrementare i servizi sul territorio, di integrarli con quelli ospedalieri, di collegarli con l'Università per l'aspetto formativo. Ritornano in gioco i concetti di continuità assistenziale, Rete dei Servizi, indicatori di qualità, a tutti noi noti, che ogni realtà regionale o territoriale nel nostro paese ha sviluppato in questi anni con modelli diversi e non sempre raggiungendo i risultati sperati.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che sarà discusso dal Consiglio dei Ministri tra qualche giorno, di cui sono già state diffuse alcune anticipazioni, è improntato su tre priorità: prevenzione, cure primarie, razionalizzazione dei percorsi di diagnosi e cura e, per quanto riguarda gli anziani, alcune indicazioni del Piano riguardano un'assistenza personalizzata, l'istituzione del care manager, l'utilizzo di cartelle uniche per pazienti anche a domicilio, la continuità di cure con equità di accesso ed interventi di sollievo per le famiglie.

Sul piano formativo si avverte la necessità di un continuo aggiornamento professionale per tutte le categorie coinvolte nella cronicità, numerosi sono gli eventi organizzati in tutto il territorio nazionale non solo per medici ma sempre più spesso per operatori. E' un segnale di crescita culturale, positivo sotto tutti gli aspetti. Per i giovani specializzandi geriatri è in corso da molti anni un dibattito sulle Scuole di Specializzazione, sul percorso formativo, sulla necessità di coniugare formazione di tipo ospedaliero ed extraospedaliero. Nell'articolo del Prof. Salvioli leggiamo che il problema è discusso con i Docenti Universitari di Medicina Interna con accordo e disaccordo su alcune tematiche proposte per cui è necessario seguirne attentamente lo sviluppo, per evitare errori di percorso a danno della formazione dei più giovani. L'impegno formativo della SIGG in tale ambito è altissimo, ne abbiamo parlato più volte, ed al prossimo Congresso sono state previste numerose sessioni su cronicità, fragilità e luoghi di cura. Segnalo l'incontro con i geriatri territoriali organizzato per uno scambio di esperienze e per tracciare ipotesi di lavoro sul piano formativo, assistenziale e di ricerca clinica, elementi a mio avviso che devono coesistere anche in chi lavora sul territorio, è a contatto quotidiano con la cronicità e fragilità, e "deve" necessariamente occuparsi di prevenzione, che in molti casi ha grossa validità anche in geriatria.

*Vincenzo Canonico*



*Questo decalogo è stato distribuito durante incontri organizzati per la festa dei nonni ed è stato ripreso da alcuni giornali. Si colloca sulla linea largamente diffusa nella nostra Società che mira ad aumentare la libertà delle persone anziane dai limiti che si vorrebbero imporre loro. E' lo stesso principio che porterà la SIGG ad organizzare in occasione del 2 ottobre 2006 la "Giornata nazionale della formazione geriatrica". Il modo migliore per esprimere gratitudine "ai nonni" è quello di essere meglio preparati nei diversi servizi di supporto alla loro libertà.*

### **Un Decalogo per i Nonni**

- 1) I nonni aspirano ad una vita normale, senza i limiti che tolgono la libertà di camminare sulle strade perché insicure, di usare i trasporti perché inadatti, di spendere il tempo libero insieme con gli altri, di consumare la giornata in attività significative per sé e per gli altri.
- 2) I nonni -non tutti- aspirano a continuare il lavoro che hanno fatto per decenni, fino a quando lo desiderano. L'età non è una barriera invalicabile per continuare a trovare soddisfazioni, a guadagnare, a insegnare un mestiere. Tutti devono essere lasciati liberi di decidere; qualcuno ama gli hobby, qualche altro non li ha mai coltivati e si sente ridicolo a iniziare a 70 anni!
- 3) I nonni aspirano a essere utili gli uni agli altri. Si rendono conto che molti obiettivi si possono raggiungere solo aiutandosi tra anziani e quindi cercano la possibilità di farsi reciprocamente del bene, sia dentro la casa che fuori. Però nulla è obbligatorio, a cominciare dal ruolo di nonni! Tutto quello che viene più o meno velatamente imposto è rifiutato "dentro", anche se si è costretti a fingere soddisfazione.
- 4) I nonni possono fare sogni e, come tutti, talvolta riescono a realizzarli. Guai a chi pensasse di togliere a chi non è più giovane la speranza di percorrere un pezzo di strada nuova, di arrivare in un posto diverso, di cambiare qualche cosa nella propria vita e in quella degli altri.
- 5) I nonni tengono alla loro salute, che si difende più con atteggiamenti positivi che non con una serie di divieti e di imposizioni che tolgono la gioia delle piccole cose. L'attività fisica, una dieta equilibrata, una vita sociale ricca di relazioni sono più utili di regole rigide, peraltro spesso inapplicabili.
- 6) I nonni, come le persone di ogni età possono essere sani o ammalati, sereni o tristi, forti o deboli, soli o in compagnia. Le condizioni negative sono infatti spesso conseguenza delle circostanze della vita e non un irrimediabile prodotto dell'età.
- 7) I nonni vogliono essere trattati bene sempre, anche quando stanno male. Chiedono di non dover fare file interminabili, di non dover aspettare mesi per un esame o una visita. Ma non è forse la nostra l'epoca delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione che permette di organizzare molti servizi meglio che in passato?
- 8) I nonni vogliono essere trattati bene quando vanno dal medico e quando devono essere ricoverati in ospedale. Perché "invecchiare non è una malattia" e quindi le malattie di ogni età sono uguali; ciò che cambia è solo il modo di presentarsi e certe attenzioni nelle cure. Chi dice solo "accontentati, i tuoi malanni sono quelli della vecchiaia" non ha a cuore la salute delle persone.
- 9) I nonni vogliono essere trattati bene quando sono colpiti da malattie di lunga durata, che possono provocare dolore e sofferenza. Per questo si affidano a chi ha cultura, esperienza e sensibilità geriatrica: in tutti i luoghi di assistenza vorrebbero mettersi nelle mani di chi sa coniugare le conoscenze più moderne in ambito medico con la capacità di ascolto e di comprensione.
- 10) I nonni vorrebbero talvolta -almeno un giorno all'anno- non essere più chiamati così, ma solo signora Luisa e signor Giovanni, come è stato per molti anni. Non per nascondersi, ma, anzi, per mostrarsi come sono, senza etichette, con i diritti e doveri di sempre!



### **La Scuola di Specializzazione in Geriatria: cosa cambierà con il nuovo ordinamento?**

Il Bollettino del Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna (COLMED/09) ha riportato, nella sezione didattica, notizie riguardanti il riordino delle Scuole di specializzazione (SS) dell'area medica (comprendente anche la "classe" Geriatria che ha 33 sedi); nel documento redatto dal Prof G. Realdi dell'Università di Padova (leggibile a: <http://www.geriatria.unimo.it/Realdi.doc>) si tiene conto della raccomandata e stretta connessione degli ordinamenti didattici delle SS con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale. E' questa un'occasione fondamentale per proposte concrete nel settore di nostro interesse, soprattutto le attività professionalizzanti della disciplina Geriatria rivolte all'assistenza, alla ricerca e alla didattica. Lo specialista in Geriatria trova frequente occupazione nelle residenze per anziani (oltre 220.000 letti) o nei servizi destinati all'assistenza geriatrica. Le raccomandazioni relative ai contenuti del curriculum formativo delle SS in Geriatria sono da tempo leggibili al sito: [http://www.sigg.it/areeattivita\\_dettaglio.asp?id=6](http://www.sigg.it/areeattivita_dettaglio.asp?id=6); per quanto riguarda i risultati e le raccomandazioni riguardanti la tecnica fondamentale della Geriatria e cioè la valutazione multidimensionale geriatrica (VMG) si veda: <http://www.sigg.it/vmd/index.htm>. I Geriatri hanno avuto molte attenzioni ai contenuti professionalizzanti della loro attività didattica.

E' nozione condivisa che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, l'educazione medica richieda nuove conoscenze ed esperienze specifiche per affrontare i problemi demografici ed epidemiologici; in particolare le malattie cronico-degenerative spesso coesistenti e le loro manifestazioni cliniche atipiche, la prevalenza della incapacità funzionale con cadute, le risposte ai farmaci spesso avverse ed interazioni, il crescente impatto della compromissione cognitiva con frequenti episodi confusionali (quasi sempre non diagnosticati). I pazienti anziani non hanno bisogno di cure e di attenzioni importanti non sono però soltanto nell'ospedale, ma vivono a domicilio oppure sono ospiti delle strutture di vario tipo (cure intermedie) che rappresentano *setting* esclusi dagli interessi della Medicina interna accademica. Le SS dell'area medica non devono basarsi sulla tradizionale medicina di attesa; se lo Specialista, come il Medico, si formano esclusivamente nell'Ospedale, è lì che il cittadino sarà indirizzato quando le sue condizioni diventano precarie; nello schema riportato dal Prof. Realdi non è prevista la formazione nei settori delle cure primarie e secondarie, fondamentali per la corretta gestione dei pazienti soprattutto se anziani.

Il futuro ordinamento della SS prevede su 5 anni, due di tronco comune dedicato all'acquisizione del sapere comune e tre di qualificazione specifica; di 300 crediti formativi complessivi, ben 210 saranno dedicati alle attività professionalizzanti e caratterizzanti, prevalentemente pratiche e di tirocinio con la possibilità da parte del medico di scegliere specifici percorsi formativi di approfondimento. Nel biennio comune dovrebbe essere previsto l'approccio preciso al problema biologico e fisiologico dell'invecchiamento e alla dinamica della fragilità e della disabilità che presentano traiettorie ben riconoscibili a condizione però che siano oggetto di osservazione in occasione di ricoveri ospedalieri o di consultazioni/consulenze occasionali: questa raccomandazione è rivolta a tutte le SS, anche quelle non mediche (anestesia, chirurgia, ortopedia, oculistica, neurologia, psichiatria ecc).

Sul citato Bollettino COLMED09 si richiamano aspetti solitamente ignorati come l'organizzazione sanitaria, i problemi demografici, i "nuovi malati" che sono gli anziani instabili e non autosufficienti con polipatologia, con elevata complessità ecc. che occupano quasi il 50% delle giornate di degenza ospedaliera. Gli elementi innovativi ricordati dal Prof Realdi contrastano con la tendenza *ospedalocentrica* dell'organizzazione che sembra si voglia conservare anche in futuro alle SS di tipo medico; unica nota positiva (per i Geriatri che ritengono fondamentale l'autonomia della SS in Geriatria) è il rilievo della necessità di acquisire nella formazione competenze geriatriche per la gestione del paziente anziano "fragile"; il rapporto più costruttivo con la Geriatria richiede la disponibilità di un portale di educazione geriatrica online a disposizione di tutti e perfezionabile nel



tempo. Nel documento del prof Realdi, al quale va riconosciuta un'effettiva sensibilità ai problemi geriatrici, si fa riferimento alla cartella clinica orientata per problemi; a questa potrebbe essere preferita la valutazione multidimensionale geriatrica (VMG) che è l'essenza della Geriatria; i suoi elementi fondamentali sono ricordati nella tabella allegata. Sul Bollettino del COLMED/09 si rileva il crescente impatto delle difficoltà dell'iter che dal pronto soccorso porta il paziente al reparto dove la degenza termina con la dimissione che deve essere rapida; una soluzione potrebbe essere la VMG già al pronto soccorso per indirizzare con maggior appropriatezza alle unità operative o ai servizi i pazienti anziani con problemi medici multipli e con disabilità più o meno evidenti.

Nel proposto programma di massima descritto dal Prof Realdi le UO di Geriatria sembrano assimilate alle UO di Medicina interna: l'accostamento non è condivisibile; la presenza della UO di Geriatria è raccomandata negli Ospedali perché è in grado di realizzare un trattamento multidisciplinare dei problemi dell'anziano ricoverato; la stessa UO ha quasi sempre collegamenti operativi effettivi con i servizi e strutture del territorio; il tutto eventualmente all'interno di un Dipartimento di Geriatria, ideale *setting* complessivo per un'efficace attività didattica e di ricerca. Non si deve dimenticare che durante il ricovero ospedaliero l'anziano perde una ADL nel 25-35% dei casi, il delirium si verifica nel 10-30%, l'incontinenza urinaria nel 40-50%; l'anziano è solitamente tenuto a letto andando incontro a processi di decondizionamento che rende problematica la stazione eretta e il cammino con possibili cadute; una settimana di allettamento induce la perdita del 10% della forza muscolare riducendo anche la risposta barocettiva soprattutto se si somministrano, come spesso succede, psicofarmaci: questi effetti sono ben noti e prevenuti nelle UO di Geriatria. La codifica ICD-9-CM dovrebbe fare riferimento (ma non è così) anche ai codici che individuano disabilità, problemi assistenziali: così la scheda di dimissione ospedaliera farebbe presagire una non facile gestione sanitaria e sociale post-ricovero.

Nella tabella, il prof. Realdi elenca le strutture e i servizi per realizzare la continuità delle cure; questi offrono competenze e prestazioni delle quali l'accademia non si è mai interessata. Sui servizi nominati la Geriatria propone di spalmare la VMG. Gli obiettivi di una buona medicina geriatrica saranno raggiunti se le strutture comunicheranno rapidamente fra loro (le liste di attesa dovrebbero essere citate come fattore di scarsa efficacia e qualità!) fornendo prestazioni tempestive, differenziate e soprattutto qualificate.

L'impianto complessivo delle SS mediche sembra ancora e insistentemente basato sul paziente all'ospedale. La realizzazione della continuità assistenziale richiede un'organizzazione che i Corsi di Laurea e le SS devono insegnare e proporre con la competenza che deriva dalla ricerca e dalla sperimentazione. L'elenco riportato nella tab della comunicazione del Prof Realdi è avaro di proposte in questo senso; non si accenna alle banche dati necessarie per valutare nel tempo le modificazioni delle prestazioni e della capacità funzionale di organi ed apparati (motilità, equilibrio, funzioni cognitive) e nemmeno ad una cartella clinica informatizzata. Credo che su questo punto il progetto didattico sia perfezionabile se si vogliono assecondare gli obiettivi e le esigenze del sistema sanitario nazionale. La formazione dello specialista in Geriatria è prevista anche fuori dall'ospedale (negli USA il medico qualificato come geriatra operava quasi esclusivamente nelle nursing home) dove si raccomanda l'utilizzazione di strumenti valutativo-diagnostici simili a quelli in uso negli altri *setting*; lo strumento ideale è una cartella necessariamente informatizzata e in rete; essa soddisfa un "*aged defined model*" di assistenza geriatrica basato sulla valutazione multidimensionale geriatrica (vedi tabella); essendo informatizzata, sarà possibile l'accesso da ogni sede ai dati clinici e valutativi eseguiti in precedenza: l'implementazione di questa metodologia di lavoro è la base della continuità assistenziale.

Un Collegio autorevole come quello MED09, comprendente anche i Geriatri, non può ignorare l'ageismo e i problemi provocati dalle previste modificazioni epidemiologico-demografiche. È auspicabile un indirizzo manageriale con investimento di risorse intellettuali per realizzare ed



insegnare un efficiente sistema di cura e di assistenza: è l'obiettivo didattico comune delle SS dell'area medica in cui alla Geriatria è affidato il compito di formare Medici capaci di gestire il paziente anziano nei vari settori del SSN. La metodologia geriatrica è preziosa ed esportabile, riduce gli errori, le omissioni e consente un'effettiva continuità e qualità delle procedure curative ed assistenziali.

E' pertanto augurabile che la Geriatria trovi spazi adeguati e autonomi sia nel Corso di laurea che nelle SS per riuscire nell'intento di portare la Medicina interna accademica fuori dagli ospedali conferendole la globalità richiesta dalla realtà sanitaria. L'invecchiamento della popolazione richiede profondi mutamenti e nuovi obiettivi in campo medico; sono necessarie maggiori conoscenze biologiche dell'invecchiamento, c'è bisogno di un numero maggiore di operatori reclutabili da altri settori, che sappiano utilizzare i principi della medicina geriatrica; per tutto questo si deve influenzare la *leadership* sanitaria affinché più risorse di ogni tipo siano riservate al problema sanitario degli anziani.

E' evidente che i Geriatri da soli non riusciranno a realizzare questi obiettivi accademici sia nelle SS che nei Corsi di laurea medico-sanitari; serve l'aiuto dei Colleghi MED09.

#### Tabella: **Modello di approccio al paziente anziano**

Valutazione multidimensionale geriatrica – serve a definire:

- salute: diagnosi e prognosi
- funzione: fisica e mentale
- bisogni: in base alla compromissione funzionale
- risorse: famiglia, ambiente, sociale, finanze
- necessità assistenziali

Obiettivi delle cure: cosa desidera il paziente? cosa si può fare? quale è il *setting* di cura più idoneo?

Piano di cure e gestione del paziente:

- obiettivi?
- modificazioni della terapia farmacologia e non farmacologica
- Interventi protesici (per ridurre la richieste ambientali)
- multidisciplinarietà dell'intervento
- importanza dell'infermiere e del *caregiver*

Revisione regolare nel tempo della terapia e del *setting* :

- c'è progresso? Cosa è cambiato? Nuove proposte come il trasferimento ad altro *setting*
- La cartella informatizzata *online* consente decisioni più rapide e qualificate

Indipendentemente dal *setting*; è necessaria la collaborazione diretta con i riabilitatori e il personale infermieristico preparato ai problemi degli anziani (non sempre è così).

Quelle riportate in questa tabella sono le attività professionalizzanti che caratterizzano la Geriatria e la sua SS e che individuano le attività specifiche del Geriatra nei vari *setting* assistenziali

Gianfranco Salvioli





### **La lotta alle malattie croniche: un obiettivo per l'Organizzazione Mondiale della Sanità**

Siamo abituati a pensare che le malattie croniche siano un problema che affligge i sistemi sanitari dei paesi ricchi ed opulenti, quale conseguenza dell'efficace lotta a molte malattie acute e dell'assunzione di stili di vita che ne favoriscono lo sviluppo. Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità reso disponibile il 5 ottobre (dal titolo "*Preventing Chronic Diseases: a vital investment*" - "La prevenzione delle malattie croniche: un investimento fondamentale") ci ricorda invece che l'80% delle persone affette da malattie croniche quali cardiopatie, stroke, cancro, malattie respiratorie e diabete, vivono in paesi con basso o medio reddito (il documento non affronta volutamente le malattie neurodegenerative e le malattie mentali per le quali viene fatto riferimento ad una precedente pubblicazione: *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva. WHO, 2001*). Complessivamente l'OMS stima che dei 58 milioni di morti attesi nel 2005 circa 35 milioni saranno il risultato di malattie croniche. Perciò le malattie croniche sono oggi la principale causa di morte degli adulti sostanzialmente in tutti i paesi del mondo e si ipotizza che nei prossimi dieci anni vi sia un ulteriore incremento del 17%. La lotta alle malattie croniche rappresenta pertanto un obiettivo prioritario per tutti i sistemi sanitari e richiede un aumento degli investimenti per la prevenzione e il controllo di queste condizioni.

Il rapporto Oms fornisce i dati relativi a nove Paesi: Brasile, Canada, Cina, India, Nigeria, Pakistan, Russia, Gran Bretagna e Tanzania.

E' interessante, ad esempio, osservare come in Nigeria, uno dei paesi africani maggiormente popolati, in cui malattie infettive quali AIDS, malaria, tubercolosi sono tuttora endemiche, si ritiene che nel 2015 la principale causa di morte saranno le malattie croniche. In questo paese il 35% delle donne è attualmente in sovrappeso e nel 2010 questa proporzione salirà al 44%. Oltre un miliardo di persone, nel mondo, sono oggi sovrappeso o obese, e l'Oms prevede che questo numero salirà a 1,5 miliardi entro il 2015, se non si prendono contromisure immediate. In Cina si stima che 300 milioni di adulti maschi siano fumatori e 160 milioni siano ipertesi; il 20% dei giovani fra 7 e 17 anni che vivono in aree urbane sono sovrappeso od obesi. In tutti i paesi del mondo vi è un forte legame fra povertà e sviluppo di malattie croniche.

L'OMS dà anche nuove proiezioni dell'impatto economico delle malattie croniche. Per esempio, in Cina, India e Russia miliardi di dollari potrebbero andare perduti nei prossimi dieci anni a causa di queste patologie. La stima delle perdite totali, solo nel caso della Cina, tra il 2005 e il 2015, è pari a 558 miliardi di dollari, a 236 per l'India e a 303 per la Russia.

Nel suo rapporto, l'Oms si pone un nuovo obiettivo globale: ridurre il trend stimato di morte per malattia cronica del 2% ogni anno fino al 2015. Questa riduzione potrebbe evitare la morte di 36 milioni di persone nei prossimi dieci anni, metà delle quali altrimenti morirebbe prima di aver compiuto 70 anni.

Tuttavia, la risoluzione di questi problemi non è sotto il controllo di un unico settore: è quindi necessario il coinvolgimento di tutte le strutture governative, dell'industria privata, della società civile e delle comunità che devono collaborare congiuntamente.

Nella maggioranza dei casi, i fattori di rischio delle malattie croniche sono pochi, conosciuti e prevenibili. Tre dei più importanti sono una dieta inadeguata, la scarsa attività fisica e il consumo di tabacco. Globalmente, questi fattori di rischio stanno aumentando soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Le popolazioni infatti tendono a convertire la propria dieta sempre più verso una alimentazione ricca di grassi e di zuccheri, mentre al tempo stesso le situazioni abitative e lavorative inducono a ridurre notevolmente l'attività fisica. L'aumento di attività di marketing e di vendita di



tabacco e sigarette nei Paesi a basso e medio reddito comporta una crescente esposizione ai rischi da fumo.

Nel rapporto, vengono discusse le numerose conoscenze, su basi di provata evidenza, relative a misure poco costose ed efficaci che consentono rapidi miglioramenti dello stato di salute e per le quali i benefici sono ben superiori ai costi. Tra gli esempi citati: la riduzione di sale nei cibi lavorati, il miglioramento dei pasti scolastici, la tassazione di tabacco e derivati, che tra l'altro non solo abbate i costi ma addirittura aumenta le entrate per i governi che la introducono.

Nel documento dell'Oms l'utilizzo del termine "malattia cronica" viene preferito a quello di "malattia non trasmissibile" e di "malattia legata allo stile di vita" perché rende meglio ragione del fatto che i fattori di rischio richiedono anni o decenni per manifestarsi in termini di malattia, che proprio per questo le opportunità di prevenzione sono possibili ad ogni età, che la prevenzione e il trattamento stesso richiedono tempi lunghi e che, infine, le risposte a queste malattie richiede una integrazione con i servizi per le malattie acute e infettive. Le malattie croniche si manifestano principalmente nel soggetto anziano, ma l'approccio a queste condizioni deve riguardare tutte le epoche della vita.

Il documento sottolineando come la cronicità rappresenti la vera sfida alla sanità dei prossimi anni rafforza, in modo certamente implicito, chi, come i geriatri, si occupa in prima linea di questa tipologia di malati e delle complesse problematiche di gestione. A questa sfida dobbiamo essere sempre più preparati.

Il documento si può scaricare nella versione originale all'indirizzo:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr47/en/index.html>

*Angelo Bianchetti*



### **Ripensiamo al rapporto con gli infermieri**

Sono stato invitato al XIV Congresso Nazionale dell'IPASVI per partecipare ad una tavola rotonda dal titolo: "Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea". Ho ricevuto un'accoglienza calorosa ed ho espresso il punto di vista esigente della geriatria sulle aspettative rivolte alla professione infermieristica e sulla collaborazione tra medico e infermiere per la cura e le cure delle persone anziane. Non voglio in questa sede soffermarmi sui contenuti della tavola rotonda, peraltro di alto livello, ma riferire l'impressione forte che mi ha fatto l'aggressività e il rifiuto nei riguardi dei medici (non verso chi scrive, che peraltro può vantare una storia quasi ventennale di collaborazione e di reciproco rispetto con la professione infermieristica; si veda la sezione di nursing geriatrico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia) da parte di un'assemblea compatta di oltre 5000 infermieri. La SIGG si può in qualche modo considerare immune da critiche troppo pesanti, perché è stata una delle prime società scientifiche ad aprirsi ad altre professioni di cura (lascio, a questo proposito, in eredità ai miei successori un caldo appello perché la rappresentanza delle diverse professionalità negli organi societari possa essere aumentata, così come lo spazio per contenuti scientifici all'interno delle diverse attività congressuali e degli organi di stampa della società); il fenomeno però ha dimensioni molto più vaste.

Perché una tale aggressività nei riguardi dei medici? Sarebbe superficiale in questa sede qualsiasi analisi, che rimandiamo ad un prossimo serio studio sulla condizione delle relazioni medico-infermiere. Ma alcune domande si possono porre sin da ora: abbiamo mai pensato al fatto che la formazione universitaria infermieristica è fatta senza rispettare una vera autonomia culturale della professione? Quante cattedre di scienze infermieristiche vengono occupate da universitari falliti in altri concorsi? Quanto spazio lasciamo agli infermieri anche in ambiti che dovrebbero essere loro propri? Quanti sforzi abbiamo fatto, nei servizi geriatrici e della continuità delle cure, per definire assieme agli infermieri le reciproche competenze? Queste e molte altre motivazioni sono alla base di un disagio fortissimo, che si esprime in forma civile, ma che non può non impressionare. Invito quindi tutti i nostri iscritti a non trascurare il problema, che potrebbe in un prossimo futuro portare a conflitti gravi, con un danno certo per i nostri pazienti che non possono rinunciare né al lavoro del medico né a quello dell'infermiere, possibilmente condotti in armonia.

*Marco Trabucchi*



### **Saluto ai Soci del Prof. Bergamini**

Carissimi,

E' giunto il tempo di accomiatarmi. Prima o poi tutte le cose hanno fine, e le cose belle non fanno eccezione.

Siamo al termine dell'impegno che mi fu dato dalla SIGG, di seguire lo sviluppo della sezione di Biogerontologia.

Sono stati anni esaltanti. Grazie alla vostra passione, la ricerca italiana in questo settore è tra le prime del mondo. Confesso che mi rattrista un po' esser divenuto vecchio e meno utile.

Mi consola però sapere che candidato alla mia successione è Patrizio Odetti, persona squisita e ricercatore stimato a livello internazionale per la mirabile capacità di coniugare le anime clinica e biologica che danno vita e originalità al nostro pensiero scientifico.

A lui vada, pubblicamente, tutta la mia stima e il mio augurio di successo.

A voi tutti il mio ringraziamento per questi anni felici, e i più fervidi auguri.

Cordialmente

*Ettore Bergamini*



### Notizie giunte in Segreteria SIGG

Il 18 ottobre è stato presentato a Roma presso la regione Lazio il **“Rapporto sullo stato di salute della popolazione anziana del Lazio Anno 2003”**. E’ una pubblicazione di grande interesse perché l’Agenzia di Sanità Pubblica della regione è l’unica che, assieme a quella Toscana, abbia prodotto in questi anni dati significativi riguardo ai servizi dedicati agli anziani. Si tratta invece di un modello di studio che dovrebbe diffondersi in ogni area del paese dove si volessero realmente monitorare la condizione degli anziani fragili, in particolare nel momento di contatto con i servizi.

Copie del Rapporto saranno in distribuzione a Firenze nel corso del nostro 50° Congresso Nazionale.

L’AGER, associazione per la ricerca geriatrica e lo studio della longevità, desidera segnalare che sul proprio sito [www.ageronline.it](http://www.ageronline.it) è scaricabile il software Diager elaborato dal prof. Carlo Vergani in collaborazione con il dr. Maurizio Corsi ed il prof. Tiziano Vecchiato.

Tale software consente di effettuare ed aggregare in un “diagramma polare” numerosi test per una valutazione multidimensionale del soggetto anziano che tiene in considerazione lo stato organico, funzionale e cognitivo, l’apporto familiare e i fattori socio-ambientali e relazionali che incidono sulla salute.

Il diagramma polare consente, inoltre, di verificare nel tempo le condizioni generali della persona e di valutare i risultati ottenuti.

AGER, da 10 anni impegnata in Lombardia con lo scopo di identificare i bisogni-socio sanitari degli anziani e di dare le risposte più idonee per migliorarne la qualità di vita, ritiene particolarmente utile segnalare ai geriatri questo valido e moderno ausilio per la gestione del paziente anziano.

Il Dott. Giuseppe De Tommaso dell’INRCA di Ancona è stato eletto Presidente della Sezione Marche della SIGG.



**Crediti ECM assegnati al Congresso ed ai Corsi SIGG di novembre**

|   |             |             |  |
|---|-------------|-------------|--|
| VI° Corso Nursing<br>Firenze, 10.11.05              | 1945-216978 | Accreditato | Assistente<br>Sanitario<br>11 CREDITI                      |
| VI° Corso Nursing<br>Firenze, 10.11.05              | 1945-216979 | In attesa   | Fisioterapista   |
| VI° Corso Nursing<br>Firenze, 10.11.05              | 1945-216980 | Accreditato | Infermiere<br>10 CREDITI                                   |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216989 | Accreditato | Medico Chirurgo<br>8 CREDITI                               |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216990 | Accreditato | Psicologo<br>7 CREDITI                                     |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216991 | Accreditato | Educatore<br>Professionale<br>9 CREDITI                    |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216992 | Accreditato | Fisioterapista<br>7 CREDITI                                |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216993 | Accreditato | Infermiere<br>8 CREDITI                                    |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216994 | Accreditato | Logopedista<br>7 CREDITI                                   |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216995 | Accreditato | Tecnico<br>educazione e<br>riabilit.psichiatr<br>7 CREDITI |
| IV° Corso Riabilitazione<br>Firenze, 10.11.05       | 1945-216996 | Accreditato | Terapista<br>occupazionale<br>8 CREDITI                    |
| 50° CONGRESSO<br>I.a parte<br>Firenze, 9-10.11.05   | 1945-217229 | Accreditato | Medico Chirurgo<br>12 CREDITI                              |
| 50° CONGRESSO<br>I.a parte<br>Firenze, 9-10.11.05   | 1945-217230 | Accreditato | Psicologo<br>9 CREDITI                                     |
| 50° CONGRESSO<br>II.a parte<br>Firenze, 11-13.11.05 | 1945-217397 | Accreditato | Medico Chirurgo<br>17 CREDITI                              |
| 50° CONGRESSO<br>II.a parte<br>Firenze, 11-13.11.05 | 1945-217398 | Accreditato | Psicologo<br>12 CREDITI                                    |
| I° Corso Psicologi<br>Firenze, 12.11.05             | 1945-216970 | Accreditato | Psicologo<br>6 CREDITI                                     |
| I° Corso Psicologi<br>Firenze, 12.11.05             | 1945-216969 | Accreditato | Medico Chirurgo<br>7 CREDITI                               |



## I Soci scrivono

### Sezione Regionale Siciliana

Il 24 settembre u.s. presso l'Hotel Nettuno di Catania ha avuto luogo il corso interattivo di aggiornamento su "Problemi di antibioticoterapia nel paziente anziano critico", coordinato dal Prof. Marco Trabucchi e organizzato dallo scrivente in collaborazione con l'Accademia Nazionale di Medicina.

Il corso ha goduto del patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Catania, dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n.3 di Catania. I lavori sono stati aperti dallo scrivente, che ha portato i saluti del Presidente nazionale della SIGG, Prof. Marco Trabucchi, e del Direttore Generale dell'AUSL 3 di Catania, Dott. Antonio Scavone.

Insieme ai Proff. Domenico Cucinotta e Filippo Drago sono stati trattati temi inerenti le problematiche del paziente anziano critico e le infezioni maggiormente frequenti nonché i principi per una corretta antibioticoterapia.

Gli argomenti svolti sono stati oggetto di vivace dibattito, con interrogazioni puntuali e precise da parte dell'uditorio ai docenti.

Nella seduta pomeridiana sono stati organizzati gruppi di lavoro per la presentazione di casi clinici di PAC con malattie infettive che sono stati discussi successivamente in seduta plenaria, suscitando ulteriore interesse.

Organizzato dal Dott. Michele Trimarchi Direttore della U.O. di Geriatria e Lungodegenza della Azienda Ospedaliera Umberto I° (EN), si è svolto ad Enna nei giorni 14-15 ottobre il 30° Congresso della Sezione Regionale Siciliana della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

I lavori hanno avuto inizio nel pomeriggio del 14; nella cerimonia inaugurale hanno preso la parola il Sindaco di Enna, il Direttore Sanitario ed il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera; il Presidente della Sezione Regionale SIGG Santo Branca ha presentato il Prof. Marco Trabucchi Presidente Nazionale della SIGG che ha tenuto una lettura magistrale sul tema: "Il paziente anziano nell'Ospedale moderno".

Sono seguite relazioni dei D.ri Vincenzo Vassallo e Michele Trimarchi impregnate sulle più recenti acquisizioni nel campo del diabete e sulla sindrome plurimetabolica. La seduta ha avuto come conclusione la lettura del Prof. Mario Barbagallo Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università di Palermo dal titolo "Valutazione Multidimensionale dell'anziano".

Nella giornata del 15 si sono avute le relazioni del Prof. Vittorio Nicita Mauro Direttore della Scuola di Specializzazione di Geriatria dell'Università di Messina sul tema "Tabagismo invecchiamento e longevità", del Prof. Sergio Siragusa dell'Università di Palermo sul tema "Rischio cardio-embolico nel paziente anziano critico", del Prof. Domenico Maugeri Direttore della Scuola di Specializzazione di Geriatria dell'Università di Catania sul tema "Osteoporosi oggi" ed infine quella del Prof. Santo Branca dal titolo "Dai grandi trials alla pratica clinica: nuovi target terapeutici nella prevenzione cardio-vascolare del PAC".

Il congresso ha avuto notevole successo sia perché si sono alternati temi di carattere clinico-assistenziale riguardanti il paziente anziano ed alcuni aspetti della sua criticità, sia per lo spessore dei relatori; l'uditorio, piuttosto folto ed attento, costituito da Geriatri provenienti da tutta l'Isola da Specializzandi delle varie scuole isolate nonché da medici di Medicina Generale, ha partecipato a tutta la manifestazione scientifica sviluppando ampi dibattiti a conclusione di ogni relazione.

*Santi Branca*



### Recensione libri

Moyra Jones: **Gentlecare. Un modello positivo di assistenza all'Alzheimer**

Edizione italiana a cura di Luisa Bartorelli.

Carocci Faber. Pagine 351. €29,00.

*Gentlecare* rappresenta un approccio alternativo alle cure per la persona affetta da demenza. Sulla base di una comprensione profonda delle peculiarità della malattia e del tipo di disabilità che essa provoca, il modello di assistenza proposto riesce a cogliere e valorizzare le abilità ancora presenti nel malato, tenendo conto anche della sua storia personale e dei suoi desideri, perseguendo l'obiettivo del suo benessere con un sistema in grado di sostenerlo, senza sfidarlo.

Infatti, per Moyra il *benessere* è rappresentato dal miglior livello funzionale possibile percepito soggettivamente, in assenza di stress; per conseguirlo è necessario che competenza, consapevolezza, affettività, creatività e senso pratico si combinino in un programma di assistenza personalizzato, che affianca il malato e chi lo assiste nel pur doloroso sentiero che sono costretti a compiere.

Tale è il significato di *Gentlecare*, parola che di proposito non è stata tradotta nell'edizione italiana, per non perderne l'efficacia e l'immediatezza che può avere sugli operatori dedicati. Molti di loro già concepiscono e aderiscono nelle intenzioni a tale modello, ma lo praticano spesso in modo disgregato, quindi scarsamente misurabile nell'efficacia; nel testo esso viene invece ordinato e codificato in tante azioni e interventi, anche i più apparentemente semplici, ma sicuramente innovativi nei riguardi delle procedure consuete delle istituzioni.

Moyra, fortemente coinvolta emotivamente a causa della malattia del proprio padre, fa emergere il mondo reale, che si intravede attraverso le singole storie, al di là degli schemi e delle indicazioni, che arricchiscono il libro: un modo di mettersi coraggiosamente sempre dalla parte del malato, ma anche di andare incontro alle ragioni degli operatori e dei caregiver.

L'impianto del libro, che segue la triade protesica "spazio – persone – programmi", comprende sei parti, (più un prologo e un epilogo), che possono essere lette anche separatamente, ma che messe insieme vanno a costituire il puzzle del *Gentlecare*.

Un testo destinato in modo specifico agli operatori dei nuclei Alzheimer, delle RSA, delle case di riposo o di lungodegenza, ma anche a tutti coloro che sono coinvolti nella vita delle persone affette da demenza e che ne vogliono migliorare la qualità; sarà facile comunque a tutti gli addetti ai lavori trasferire i concetti, gli intendimenti e le buone pratiche ai servizi domiciliari e semiresidenziali.

L'augurio è che questo libro aiuti tutti loro a risolvere i problemi che via via si presentino, ma che soprattutto inneschi un clima di comprensione e di condivisione del lavoro, che sono le caratteristiche del modello che ora viene proposto ai lettori italiani.





## CONGRESSI/CONVEGNI

### **I° CONGRESSO ISPANO-AMERICANO DI PSICOGERIATRIA**

*Buenos Aires, 3-5 Novembre 2005*

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

### **Centro Regionale di Riferimento per il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SANITARIE DELLA REGIONE VENETO: I PROGETTI REGIONALI E LE ESPERIENZE LOCALI**

*Castelfranco Veneto 18 Novembre 2005*

Per informazioni: Dr. Paolo Spolore

tel. 0423/732790 fax. 0423/732791

[www.ser-veneto.it](http://www.ser-veneto.it)

### **Società Italiana di Psicopsintesi Terapeutica Istituto di Psicopsintesi LA PERSONA MALATA DI DEMENZA. SGUARDO MULTIDIMENSIONALE ATTRAVERSO LA COMPLESSITÀ**

*Firenze 2 dicembre 2005*

Segreteria Organizzativa SIPT- Firenze - tel e fax 055/570140

### **Associazione Italiana Psicogeriatrics Sezione Regionale Campania CORSO DI FORMAZIONE ECM: "CUORE E CERVELLO NEL PAZIENTE ANZIANO"**

*Napoli 9 - 10 Dicembre 2005*

Segreteria Scientifica: Vincenzo Canonico

tel e fax 081/7464297 e-mail: [vcanonic@unina.it](mailto:vcanonic@unina.it)

Segreteria Organizzativa: G&G Congressi Roma

Tel. 06 5043441 - fax 06 5033071 e-mail: [congressi@gegcongressi.com](mailto:congressi@gegcongressi.com)

### **Quarte Giornate Geriatriche Novaresi INVECCHIAMENTO CEREBRALE TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA: IL MODELLO DI CURA DELLA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ. UNA PROPOSTA DELLA GERIATRIA PER IL SSN**

*Novara 15 - 17 dicembre 2005*

Segreteria Scientifica : S.C. Geriatria Novara tel-fax 0321 3734814 -e-mail:

[Aldo.Biolcati@Maggioreosp.Novara.It](mailto:Aldo.Biolcati@Maggioreosp.Novara.It)

Segreteria Organizzativa : Aima Novara tel-fax 0321 442084

e mail: [Aima.Novara@Inwind.It](mailto:Aima.Novara@Inwind.It)

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](mailto:valeria.delbalzo@uniroma1.it)

### **GERIATRIC CLINICAL MANAGEMENT IN EUROPE**

*Ostend 16-18 febbraio 2006*

[www.iag-er.org](http://www.iag-er.org)



**9TH INTERNATIONAL GENEVA/SPRINGFIELD SYMPOSIUM ON ADVANCES IN  
ALZHEIMER THERAPY**

*Ginevra 19-22 Aprile 2006*

[www.siumed.edu/cme](http://www.siumed.edu/cme)

**AFFECTIVE, BEHAVIORAL AND COGNITIVE DISORDERS IN THE ELDERLY - ABCDE**

*Bologna 15-17 giugno 2006*

Segreteria Scientifica: ABCDE Tel: 339 6316166 Fax: 051 63 62262

[www.gegcongressi.com/abcde](http://www.gegcongressi.com/abcde) e-mail: [abcde@aosp.bo.it](mailto:abcde@aosp.bo.it)

Segreteria Organizzativa:

G&G International Congress Roma

Tel: 06 5043441 Fax: 06 5033071

e-mail: [congressi@gegcongressi.com](mailto:congressi@gegcongressi.com) - [www.gegcongressi.com](http://www.gegcongressi.com)

**VI<sup>th</sup> 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](mailto:sigg@sigg.it) - [www.sigg.it](http://www.sigg.it)

Segreteria organizzativa: G&G International Congress Roma

Tel. 06 5043441 – fax 06 5033071 e-mail: [congressi@gegcongressi.com](mailto:congressi@gegcongressi.com)