



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

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

Bollettino SIGG

Anno IV

numero 2 – febbraio 2007

Direttore Responsabile

Roberto Bernabei

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Lettera al Presidente	pag.	2
Riprendiamo a parlare di Geriatria	"	3
International Society for the study of Aging Male	"	4
Piano sanitario Nazionale e Geriatria	"	5
Didattica e Geriatria	"	6
Forum sull'insegnamento della Geriatria	"	6
Messaggio del Papa per la XV Giornata Mondiale del Malato	"	13
La Giornata Mondiale del Malato a Pavia	"	15
Associazione Alzheimer Pavia	"	16
Notizie dalle sezioni regionali	"	17
I Soci scrivono	"	18
Congressi e Convegni	"	19



Lettera al Presidente

Caro Presidente,

continuando queste mie “prediche inutili” riguardanti compiti, doveri e interessi della nostra Società, oggi vorrei proporre che la Sigg faccia una piccola battaglia per cambiare l’uso di alcune parole, molto diffuse nel mondo medico, ma che non hanno nessun significato, ed, anzi, rischiano di dare una impressione distorta del nostro lavoro.

Due sono quelle che mi danno più fastidio; la prima è il termine umanizzazione della medicina. Ritengo che noi non dovremmo mai usare questa espressione, perché indica una prassi di cura nella quale un rapporto significativo tra medico e paziente ed il rispetto per la dignità e la libertà dell’ammalato siano opzioni volontaristiche e non componenti strutturali dello stesso atto di cura. Ciò vale in particolare con i pazienti anziani, ma ogni atto medico ne è profondamente permeato. Certo, in questo campo la geriatria ha aperto delle strade che molti vanno seguendo in modo più o meno convinto. Ma non dobbiamo preoccuparci di questi epigoni tardivi, quanto provare a spingere ancora più avanti la nostra elaborazione, costruendo una sintesi tra assessment multidimensionale, medicina narrativa, rapporto empatico con l’ammalato anziano, scelte organizzative “dolci”. Perché onestamente- su questi temi dobbiamo fare ancora qualche approfondimento, per sottrarli ad un pur utile empirismo e collocarli in una logica di elaborazioni approfondite, passando dalla pratica alla teoria in un continuo, importantissimo rinforzo reciproco.

Il secondo termine, largamente abusato in questi tempi-anch’esso in grado di darmi un certo fastidio, ma chiedo scusa al lettore per l’esternazione doverosa- è quello di accanimento. Ci sentiamo come medici dalle più diverse parti richiamati a non compiere atti di accanimento e alcuni colleghi dichiarano con orgoglio che non compiono mai atti di accanimento. Non si è capito che l’accanimento equivale a compiere atti contro il paziente e quindi a fare una pessima medicina. Una pessima medicina dalla quale ogni medico decente dovrebbe rifuggire. Ma anche a questo proposito la geriatria ha una responsabilità supplementare, perché dovrebbe aiutare ciascuno di noi a definire nel proprio lavoro quali sono i confini da non superare, non costruendo inutili e burocratiche linee guida, ma educandoci ad esercitare al meglio scienza e coscienza, senza essere travolti da motivazioni, emozioni, pressioni esterne. Anche questo, però, non è compito facile!

Come vedi, carissimo Roberto, io insisto in questo ripetuto richiamo alle cose da fare; ho sentito che alcuni soci hanno colto gli stimoli lanciati nei precedenti bollettini, cercando di discutere nelle sedi di ciascuno alcuni di questi aspetti. Mi sembrerebbe significativo che questi pochi coraggiosi dell’avventura clinico-intellettuale sentissero che la Sigg li capisce e li accompagna.

Sempre con amicizia e stima

Marco Trabucchi



Riprendiamo a parlare di Geriatria

C'è un generale “calo di tensione” in medicina, prevalentemente per gli aspetti culturali e formativi, presente anche in ambito geriatrico. Dall'inizio di quest'anno, a causa di tante incertezze ed instabilità politiche, sanitarie, economiche e sociali, molti colleghi riferiscono di essere in attesa di tempi migliori, che le Aziende riprendano ad investire in eventi, che si delinii uno scenario politico, e non solo, più chiaro, con minori restrizioni. Tale “prudenza” può essere condivisa per alcuni aspetti, in particolare per l'organizzazione di convegni o manifestazioni in genere, che richiedono impegni economici, attualmente non garantiti. L'esempio di Congressi anche nazionali, normalmente tenuti in questi primi mesi dell'anno, rimandati a data da destinarsi a causa di mancati finanziamenti, è la prova che viviamo, e non sappiamo quanto durerà, un periodo non felice. Questo clima “grigio” non deve tuttavia assolutamente ripercuotersi sulle nostre attività culturali, in particolare sulla necessità di portare avanti, rinnovare e migliorare la cultura geriatrica, continuando a parlare di temi che ci interessano dal punto di vista scientifico, formativo, assistenziale e fornendo il nostro contributo quando si discute di argomenti che ci coinvolgono direttamente, a volte trattati da chi non ha sufficiente competenza geriatrica. Ben vengano quindi le proposte formulate in queste pagine del Bollettino negli articoli di due “irriducibili” della promozione della cultura geriatrica, i Proff. Trabucchi e Salvioli, di tenere vivo il dibattito e l'attenzione su temi quali l'umanizzazione della medicina, l'accanimento terapeutico, il nuovo piano sanitario nazionale, la didattica in Geriatria. Sono solo alcuni degli argomenti di dibattito, che proponiamo insieme ad altri presentati nei numeri scorsi, che dovrebbero vedere coinvolti numerosi soci, soprattutto i più competenti nei singoli temi. La SIGG dovrebbe e potrebbe fare certamente di più. L'invito al Presidente è molto chiaro e certamente riceverà l'attenzione richiesta. Ricordo però che la SIGG non è solo il Presidente, c'è un Consiglio Direttivo, ci sono membri di Aree e Commissioni, ci sono Presidenti di sezioni regionali, ci sono tanti soci che potrebbero dare contributi, idee, proposte interventi su temi di largo interesse. Alcuni sono già intervenuti su argomenti specifici, ne prendiamo atto, ma auspichiamo in futuro sempre più una maggiore partecipazione ed interesse per mantenere viva l'attenzione e lo scambio di opinioni.

Il messaggio del Papa che presentiamo contiene tanti spunti significativi sulla sofferenza umana, è rivolto a tutti i malati, soprattutto a quelli più gravi e quelli giudicati “incurabili” solo perché “non hanno accesso a risorse mediche molto necessarie”. Il Papa sottolinea la “necessità di più centri per le cure palliative” e sollecita le Istituzioni a creare strutture adeguate per chi soffre e necessita di assistenza dignitosa soprattutto quando è in fase terminale. Di questi temi la SIGG se ne occupa costantemente da tempo con l'istituzione di un gruppo di studio (Bollettino n. 10/2006) ed il recente simposio sulle cure nelle fasi terminali della vita tenuto all'ultimo Congresso. Mi chiedo se un intervento diretto della Chiesa sulle nostre Istituzioni potrebbe servire a promuovere una maggiore attenzione nei riguardi delle persona anziane che soffrono e ad evitare che la maggior parte di provvedimenti legislativi, o di piani sanitari, rimangano sulla carta, poco applicati, se non in parte in alcune realtà nazionali.

Un invito per tutti a “non abbassare la guardia” in Geriatria, a tenere viva l'attenzione sui temi più delicati, a continuare a diffondere la cultura geriatrica in tutte le sedi. Sarà certamente un vantaggio per noi e soprattutto per i pazienti anziani.

Vincenzo Canonico

Nel sito web SIGG alla pagina http://www.sigg.it/video_dettaglio.asp?id=50, con richiamo in home page, è disponibile il videoreport del simposio del 2 dicembre 2006 sulle fasi terminali della vita.



International Society for the Study of Aging Male (ISSAM)

L'ISSAM è stata fondata nel Regno Unito nel 1997 su iniziativa del Prof. Lunenfeld, attuale presidente. Aging Male si identifica in buona sostanza con i problemi clinici legati alla carenza di androgeni e prende in considerazione l'uomo nella sua globalità utilizzando un classico approccio multidisciplinare indirizzato agli aspetti sociali, psicologici e prettamente clinici. Tra questi ultimi il problema delle turbe della sessualità è uno dei tanti insieme a quelli della sarcopenia, osteopenia, affettività, cognitività, progressione della malattia aterosclerotica.

Negli ultimi anni si sono formate una trentina di sezioni nazionali in Europa, nell'America del Nord e del Sud ed in Asia. Nel Luglio 2002 si è costituita la Sezione Italiana col nome di ISSAM Italia. Dopo circa due anni di vita, essendo stato verificato il contenuto dello Statuto ed essendo stato preso atto della quantità e qualità delle iniziative svolte, la neonata società ha ricevuto la affiliazione ufficiale alla ISSAM Internazionale. Per ulteriori dettagli visitare il sito www.issamitalia.it.

Attualmente il consiglio direttivo presieduto dal sottoscritto si compone di sette membri per la maggior parte di estrazione geriatrica a differenza di molte altre sezioni nazionali ove la gestione è affidata prevalentemente ad andrologi, endocrinologi o urologi.

Sono convinto che la SIGG dovrebbe essere interessata a far sì che noi geriatri si mantenga il controllo della situazione in completa sintonia con le componenti endocrinologica e andrologica che per definizione sono parte integrante di ISSAM. Sarebbe perciò auspicabile che la SIGG sostenesse questa iniziativa, contribuisse alla sua visibilità e la inserisse nei suoi programmi promozionali.

Non va dimenticato che in questi ultimi anni l'industria farmaceutica ha perfezionato e moltiplicato le possibilità di terapie di sostituzione ormonale che sono purtroppo utilizzate assai spesso in modo non corretto: si passa dall'uso indiscriminato e sconsiderato agli eccessi di cautela talvolta assolutamente ingiustificata. E' indispensabile perciò un'adeguata promozione culturale su queste tematiche che il geriatra per la sua visione olistica dei problemi è sicuramente il protagonista più adatto per gestire. Ormai sono ben codificate le strategie per una adeguata individuazione dei potenziali candidati al trattamento, per una scelta di trattamenti personalizzati e soprattutto per inevitabili programmi di follow up al fine di garantire la protezione dagli eventi avversi.

Mi permetto infine di segnalare un prossimo evento che ritengo di un certo rilievo. Dal 14 al 16 Giugno 2007 si terrà a Varsavia il Primo Congresso Europeo su "AGING MALE". In tale occasione sarà formalizzata l'istituzione della Società Europea (al pari di quanto è avvenuto per l'America e per l'Asia) che avrà il compito di riunire le varie Sezioni Nazionali Europee che già da tempo sono operative. Per ulteriori dettagli su questo evento è possibile visitare il sito web: www.kenes.com/aging/essam- o contattare Kenes International al seguente indirizzo di email aging@kenes.com.

Ricordo che in tale occasione un simposio sarà gestito interamente da ISSAM Italia dal titolo "MUSCLE FRAILITY OF THE AGING MALE", io sarò chairman e due su cinque relazioni saranno affidate a geriatri.

Segnalo da ultimo che il 17 Marzo 2007 è convocata a Parma l'Assemblea dei Soci ISSAM Italia per un aggiornamento del Consiglio Direttivo. In tale occasione è prevista una Conferenza Dibattito aperta liberamente a tutti gli interessati su "Imbalance between anabolic and catabolic spurs in older men with heart failure (Cardiac Cachexia): New Therapeutical Approaches" tenuta dal Prof. Stefan D. ANKER, Università di Berlino, Professor of Applied Cachexia Research.

Giorgio Valenti



Piano Sanitario Nazionale e Geriatria

Le nuove direttive politiche nazionali si basano sulla competitività, mi stavo chiedendo perchè la sanità non sia stata obiettivo di questa ventata di liberalismo. La sanità che dovrebbe essere equa, sicura, efficace, mirata al paziente (con rispetto delle sue esigenze-preferenze), offerta al momento giusto, efficiente ed equa è in effetti ancora incapace di affrontare le esigenze dei vecchi malati, soprattutto di quelli più malati. Il servizio sanitario territoriale sembra il più problematico: i Medici italiani sono veramente tanti, ma quelli convenzionati sono in numero quasi chiuso; non si capisce perchè, in occasione delle liberalizzazioni, non sia stato deciso l'accesso al SSN di tutti i Medici con i requisiti dal momento che le cure territoriali sono indicate come punto critico e debole, ma oggetto di progressivi investimenti: una delle conseguenze evidenti è l'utilizzazione abusata del pronto soccorso degli ospedali. Nonostante questo la Federazione dei medici di famiglia manifesta vocazioni didattiche che trovano spazi nei corsi di laurea per diffondere modelli assistenziali con il consenso della Facoltà mediche.

Allego alcune diapositive del Piano sanitario 2006-8: la Geriatria ed i vecchi non sono ben rintracciabili nelle solite reti.

Gianfranco Salvioli

Le diapositive sul PSN 2006-2008 sono nell'allegato PDF da pag. 1 a pag. 30 (NdR)



Didattica e Geriatria

Si parla troppo poco dell'insegnamento della Geriatria. Il curriculum nel corso di laurea si basa sulla tradizione e fa riferimento a misteriose e burocratiche unità didattiche elementari (UDE). Il curriculum didattico medico (vedi allegati) deve essere dinamico, basato sui bisogni sanitari reali ed integrato con altre discipline. L'integrazione massima è espressa dalla valutazione multidimensionale geriatrica: ma spesso è dimenticata e non utilizzata negli ospedali (vedi cartelle cliniche dei vecchi).

L'esposizione degli studenti ai vecchi anche malati è minima e manca, anche nei corsi di laurea semplici, un approccio al paziente che vive nella comunità (domicilio e strutture - dove si trova la maggior parte delle persone anziane). L'ageismo è sicuramente istituzionalizzato nell'Università e negli ospedali; leggo che per rimuovere questo aspetto negativo la Geriatria dovrebbe godere di maggiore autonomia!

Gianfranco Salvioli

I documenti sul curriculum didattico sono nell'allegato PDF pagg. 31 e 32 (NdR)

Sul problema didattico della Geriatria nel CLMC (e dei corsi di laurea semplici) c'è poca iniziativa. Sarebbe interessante conoscere le opinioni dei Colleghi MED09 che insegnano la nostra disciplina, sempre più importante e diffusa (allego un'aberrazione burocratica che riguarda la valutazione multidimensionale geriatrica). Si parla di -carico geriatrico- degli Ospedali (quanti sono il ricoverati con più di 65 anni?) e delle necessità di una più diffusa e qualificata consultazione geriatrica negli ospedali (già dal pronto soccorso) e sul territorio. Il problema didattico è: il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia insegna la vera Geriatria, cioè quella che serve ai vecchi?

Credo sia utile un forum per una discussione più ampia del problema, che richiede anche la raccolta di proposte innovative per migliorare il core curriculum.

Gianfranco Salvioli

“L'aberrazione burocratica” è allegata nel PDF da pag. 33 a pag. 36 (NdR)

Tentativo di Forum

L'insegnamento della Geriatria nel Curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

16.2.07 G. Salvioli, Mo

Si parla troppo poco dell'insegnamento della Geriatria. Il curriculum nel corso di laurea in medicina e chirurgia (CLMC) si basa sulla tradizione e fa riferimento a misteriose e burocratiche unità didattiche elementari o UDE consultabili al sito <http://www.presidentimedicina.unibo.it>. Il curriculum didattico medico deve essere dinamico, basato sui bisogni sanitari reali con ampie integrazioni fra le diverse discipline. La massima integrazione è espressa dalla valutazione multidimensionale geriatrica (VMD), metodica dimenticata nell'insegnamento e poco utilizzata nella documentazione sanitaria (vedi le cartelle cliniche ospedaliere dei pazienti anziani).

L'esposizione degli studenti del CLMC alle persone anziane anche malate è minima e manca persistentemente (anche nei corsi di laurea semplici della Facoltà) un approccio all'anziano, spesso malato, che vive nella comunità (domicilio e strutture) dove si trova il numero maggiori di anziani. Si



ha l'impressione che l'ageismo continui ad essere istituzionalizzato nelle facoltà mediche e negli ospedali, dove il problema della popolazione che invecchia con nuovi problemi è evitato; in alcuni documenti (Age Ageing, 2006; 35: 533-5) leggo che per rimuovere questo atteggiamento negativo, la Geriatria dovrebbe godere di maggior autonomia accademica ed operativa.

16.2.07 A. Gaddi, Bo

Sinceramente non apprezzo il tuo riferimento alle misteriose e burocratiche UDE del core curriculum. Credo sia uno dei modi per svilire il lavoro di svariate decine di Colleghi che hanno attentamente studiato e inserito nel core curriculum, tutti i riferimenti necessari all'insegnamento della geriatria, ivi compresi quelli di scuola inglese. Se tu o qualcuno dei colleghi volesse alcune decine di curricula inglesi e nord europei, per verificare come si insegna (e NON si insegna) la medicina dell'invecchiamento in UK e in altre sedi, non ha che da venire a Bologna (o può provare a convincermi a fare le centinaia di fotocopie necessarie e a spedirglielo). Invito tutti anche a nome di quanti hanno lavorato per bilanciare un core curriculum che contiene quello che serve ai medici (con molta clinica e clinica orientata ai problemi dell'anziano, ma non sostitutivo della specialità in geriatria) a studiare i numerosi documenti pubblicati e ad interpellare direttamente la commissione Core o la Conferenza permanente (sito web sopra citato). Per altro confermo che ogni suggerimento migliorativo, proposto da persone che abbiano studiato il problema e analizzato bene il core curriculum, non solo è ben accetto, ma ha una probabilità del 99% di essere inserito nel core, visto che siamo in cerca di aiuto costruttivo e non di aggettivazioni dispregiative al lavoro compiuto.

L'unica ipotesi di non accettazione di suggerimenti è che a) siano suggerimenti di UDE che ci sono già, oppure, b) che siano considerati di natura specialistica (cosa discutibile).

PS: il core curriculum tiene in conto:

the studentcentred/Teacher-centred learning; (2) problem-based learning/information gathering, (3) integrated/discipline-based teaching, (4) community-based/Hospital-based education. (5) electives with a core/uniform or standard programme, (6) systematic programme/apprenticeship or opportunistic

e tante altre cose che non sono nello SPICES, e mira ad evitare curricula statici non aggiornati, volendo essere solo un modello utile per le singole sedi, e non il Modello...An ideal curriculum exists only in the sense that it is designed to avoid stagnation...verissimo: ma per evitare la stagnazione si passa attraverso la faticosa collaborazione costruttiva di tutti e in tutte le sedi. Stiamo poi attenti a non far scendere sul MMG le specificità delle scuole di specializzazione di geriatria perché se gli undergraduate fanno già tutto (dalla VMD alle specificità terapeutiche) e i NUOVI corsi triennali per MMG (o la futura specialità di MMG: vedi riforma) danno i contenuti aggiuntivi non serviranno più geriatri, oppure diventeremo una annualità su 5 di Med Int. Credo al contrario che la forte crescita della popolazione anziana imponga la necessità di avere una più stretta e ampia (assieme!) cooperazione tra MMG e Geriatria del territorio ed ospedaliero.

17.2.07 G. Salvioli, Mo

Rispondo riproponendo quanto inviai in un recente passato al prof Gaddi, al Presidente della Commissione Core curriculum e al mio Presidente del Corso di laurea. La formulazione delle UDE non può essere qualcosa che viene dall'alto ed accettato pedissequamente; almeno gli errori (per esempio delirio anziché delirium) devono essere rimossi; nonostante la segnalazione di tre mesi fa le



UDE 1569 e 1607 contengono ancora il termine errato *delirio*. Consultando il sito che contiene tutti gli UDE (a contenuto modificabile-influenzabile) si può constatare l'assenza di non poche e fondamentali sindromi geriatriche. Per quanto mi riguarda la collaborazione ci fu: è mancato invece l'ascolto. Credo ci debba essere consapevolezza che l'insegnamento della Geriatria manca di appropriatezza; leggendo le UDE di interesse geriatrico-gerontologico sembra che gli studenti debbano conoscere soprattutto le teorie dell'invecchiamento e non le grandi sindromi geriatriche (vedi miei commenti sotto che risalgono al novembre scorso). Non credo che i contenuti del core curriculum forniscano i presupposti per un adeguato insegnamento della medicina geriatrica. Non capisco come, quando e dove il punto (5) citato da Gaddi "*community-based education*" sia stato realizzato nei corsi di laurea di medicina; a meno che non si assimili la didattica del MMG a quella del docente universitario (la deriva è purtroppo questa); in ogni caso il MMG "insegna" Medicina generale e non Geriatria: questo è un punto fondamentale.

Credo di poter concludere che prevale una statica programmazione educativa, indifferente anche alla realtà epidemiologica dei pazienti che occupano i letti degli ospedali; gli anziani nelle RSA e a domicilio (che sono molti di più) sono ignorati da troppo tempo dal CLMC (e ora anche dalle UDE).

N.B. *Questo è un documento che ho fatto girare nel Novembre 06; il problema delle UDE è stato sollevato dal Corso di laurea della mia Università: mi chiedeva quali UDE erano di pertinenza geriatrica (anche per non determinare sovrapposizioni e ripetizioni nella didattica).*

UDE "GERIATRICI" modifiche proposte l'8.11.06 da me rivisti nei loro contenuti in modo da renderli accettabili

Il contenuto delle UDE è così descritto da sinistra a destra: c'è prima il n° ACI (ambiti culturali integrati)- n° della UDE -descrizione-livello di conoscenza-competenza- skill

Per precisazioni consultare il sito: www.presidentimedicina.unibo.it/sito_new

Si noti che: sono 41 gli UDE di interesse geriatrico-gerontologico; di questi solo 9 appartengono all'ACI 1 che è Clinica medica, Chirurgia e cure primarie (dove è inserita la medicina geriatrica). La pleora di UDE su teorie dell'invecchiamento non ha senso, quando mancano UDE riguardanti le grandi sindromi geriatriche – sarcopenia, incontinenze, ecc

6-227. Interpretare l'invecchiamento anche come espressione di alterazioni genetiche. Dal gene alla cellula; la genomica e la proteomica nell'interpretazione dell'invecchiamento e della grande longevità. Importanza dei meccanismi di riparazione
Particolareggiata - interpretativa – non richiesto

15-256. Descrivere le indicazioni al trattamento chirurgico palliativo e radicale delle neoplasie del vecchio tenendo conto dei benefici (speranza di vita, ma anche qualità della vita) e dei rischi legati all'intervento.
Generale – interpretativa - non richiesto

1-322. Descrivere le urgenze chirurgiche nell'anziano: possono avere manifestazioni cliniche atipiche. L'età influenza gli outcomes per le modificazioni dell'omeostasi.
Generale - interpretativa – non richiesto



1-323. Valutare in periodo preoperatorio il paziente geriatrico per definirne il rischio operatorio; particolare attenzione alle condizioni cardiocircolatorie e cognitive. L'assistenza postoperatoria deve evitare fra l'altro il delirium, il decadimento cognitivo, l'ulteriore compromissione della funzionalità glomerulare (formula per calcolarla) e la disidratazione.

Generale - interpretativa – non richiesto

1-324. Descrivere le modalità di comparsa delle piaghe da decubito e i fattori di rischio più importanti; loro prevenzione con l'aiuto del *nursing* attuando provvedimenti di comprovata efficacia.

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

1-326. Valutare il rischio operatorio nell'anziano elencando gli interventi chirurgici più frequenti come quelli ortopedici, da caduta. Ricorso ad una scala di valutazione. Si deve tener conto della riserva funzionale, della comorbidità e della corretta procedura anestesiológica.

Generale – interpretativa - non richiesto

4-734. Descrivere i processi neurofisiologici che sono compromessi nelle malattie neurodegenerative tipiche della età avanzata. Apoptosi e autofagia. La patologie dei neurofilamenti ed il deposito della β -amiloide.

Generale - mnemonica – non richiesto

2-742. Descrivere i fenomeni biologici e cronologici dell'invecchiamento. La possibile esistenza ed utilizzazione di marker d'invecchiamento. Significato dei marker prestazionali.

Generale - decisionale – non richiesto

2-743. Descrivere le teorie dell'invecchiamento e la terapia o comportamenti per raggiungere la massima longevità senza disabilità. Ruolo della prevenzione delle malattie croniche. L'ambiente, la genetica e la teoria stocastica.

Generale - mnemonica – non richiesto

2-744 . Dall'invecchiamento cellulare all'invecchiamento dei tessuti e degli organi; gli effetti si misurano con le prestazioni; il caso delle prestazioni cardiovascolari e della funzionalità renale in rapporto all'età.

Generale - mnemonica – non richiesto

8-896. Illustrare la rete dei servizi a disposizione a livello distrettuale; essa realizza la continuità assistenziale con il concorso di molteplici figure professionali, del *nursing* e dei servizi sociali. Necessità di disporre di sistemi di comunicazione rapidi e sicuri e di un sistema di valutazione e curativo unico ed in rete.

Generale – decisionale - non richiesto

2-934. L'invecchiamento in rapporto al sistema immunitario: interazioni.

Generale - mnemonica – non richiesto

12-1037. Illustrare e riconoscere le varie forme cliniche di sincope con l'iter diagnostico necessario: importanza dell'anamnesi per differenziare la forme neuromediata da quella cardiogena. Diagnosi differenziale con l'ipotensione ortostatica: algoritmo diagnostico.

Particolareggiata – decisionale – richiesto



12-1070. Descrivere i problemi della disfagia organica e funzionale a diverse localizzazioni; problemi della patologia *ab ingestis*; comportamenti assistenziali conseguenti.

Generale – decisionale - non richiesto

12.1365. Esporre il calendario delle vaccinazioni e i problemi delle vaccinazioni nelle diverse età: vantaggi e rischi.

Generale – decisionale - autonoma

15-1573. Esporre le modalità per identificare prevenzione e terapia in condizioni climatiche estreme, in particolare nel paziente anziano.

Generale - decisionale – non richiesto

1-1574. saper fare l'anamnesi e l'esame obiettivo nel paziente anziano; modalità basate sulla valutazione multidimensionale per rilevare anche i suoi bisogni. La cartella informatizzata: esempi, sue caratteristiche ed utilità per realizzare la continuità assistenziale dell'anziano.

Generale - decisionale – richiesto

1-1593. Conoscere il ruolo della Geriatria nelle cure primarie; il problema dell'identificazione precoce dell'anziano fragile. Implicazioni economico-sanitarie dell'invecchiamento della popolazione in rapporto all'estensione e qualità dei servizi socio-sanitari territoriali.

Generale - interpretativa – non richiesto

1-1594. Individuare, valutandoli, i bisogni dell'anziano utilizzando scale idonee che lo studente sarà in grado di compilare (*skill* con verifica); riconoscere possibili effetti avversi derivanti dalla numericamente eccessiva prescrizione ed assunzione di farmaci; prevenzione degli effetti avversi partendo dal riconoscimento dalle loro più frequenti manifestazioni cliniche. Capacità di compilare la scheda di segnalazione delle reazioni avverse.

Generale – interpretativa – richiesto

1-1595. Spiegare, discutere criticamente i principi, metodologia e strumenti della valutazione multidimensionale geriatrica; le modalità operative della unità di valutazione geriatrica. Esempi pratici di valutazione multidimensionale

Particolareggiata - interpretativa – richiesto

8-1601. Descrivere i vantaggi dell'integrazione dei servizi socio-sanitari organizzati nella rete dei servizi per realizzare la continuità assistenziale. Utilizzazione di strumenti unici di valutazione.

Generale – interpretativa – richiesto

1-1604. Descrivere gli aspetti demografici dell'invecchiamento; la speranza di vita e la vita media nella società che invecchia; fattori che influenzano questi parametri. Il problema degli ultra 80enni spesso disabili e dementi. *Disability adjusted life years* parametro che misura l'impatto delle malattie cronico degenerative. Come si rileva l'iniziale fragilità dell'anziano. Problemi sociali: la povertà.

Generale - decisionale – non richiesto

8-1606. Descrivere le caratteristiche dell'anziano fragile elementi diagnostici per definire la sindrome da fragilità e il ruolo del Medico di Famiglia nella sua individuazione diagnostica utilizzando precise



prove per individuare la iniziale compromissione delle prestazioni fisiche. Test per la sua identificazione.

Particolareggiata – decisionale – richiesto

13-1607. Indicare gli interventi più semplici in presenza di disturbi di comportamento nella persona anziana, in particolare in presenza di depressione, delirium e demenza che sollevano problemi diversi in rapporto al setting assistenziale (ospedale, strutture e domicilio)

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

15-1610. Illustrare il problema delle cadute nell'anziano: epidemiologia, cause più frequenti (sincope, disequilibrio, vertigine, ipotensione ortostatica anche iatrogena). Possibili conseguenze e loro prevenzione.. Eseguire test semplici diagnostici.

Particolareggiata – decisionale - richiesto

15-1611. Conoscere la malnutrizione nel soggetto anziano. Come rilevarla (peso, altezza, circonferenza del braccio, parametri bioumorali). Prevenzione e trattamento nei vari setting assistenziali.

Generale - decisionale – richiesto

15-1612. Individuare la sindrome da ipomobilità e da allettamento protratto; sua rilevanza nei diversi setting di cura. Conseguenze più comuni: fra queste la disabilità motoria e le piaghe da decubito.

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

3-1614. Conoscere i principi generali di riabilitazione dell'anziano: sua attuazione non solo in condizioni specifiche e all'interno dell'ospedale ma anche per prevenire il decadimento funzionale dell'anziano fragile e con esso la disabilità e la non-autosufficienza a domicilio e nelle strutture. Elencare le indicazioni alla riabilitazione nell'anziano; importanza della riattivazione. Scale di attività motoria giornaliera; uso dei pedometri; l'obiettivo è valutare la quantità di moto, incentivarlo per prevenire il declino motorio e anche cognitivo.

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

15-1632. Descrivere la terapia farmacologia e non farmacologia dell'osteoporosi e dell'osteomalacia; metodi per valutarne l'efficacia. La densitometria ossea e l'esame radiografico.

Particolareggiata – decisionale - richiesto

3-1839. Descrivere le malattie dell'osso primitive e secondarie anche di natura endocrina e metabolica. Ruolo della immobilità, dell'età, degli stili di vita e della alimentazione (Calcio, vitamina D, esposizione alla luce)

Particolareggiata – interpretativa – non richiesto

3-1847. Conoscere la disabilità: è preceduta dalla malattia e dalla menomazione oppure da lente modificazioni degli organi ed apparati da imputare all'invecchiamento; Metodologie per la loro definizione come scale IADL, Barthel e ADL.

Generale - decisionale - richiesto

3-1848. Illustrare le modalità di valutazione chinesiologica nel vecchio in particolare del cammino, equilibrio, postura e forza muscolare. Tali valutazioni hanno come obiettivo quello di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale.. valutazioni elementari.

Generale – interpretativa – richiesto



3-1851. Descrivere i fattori di rischio e le cause (la più comune è la caduta) di frattura del femore nell'anziano; necessità di trattamento chirurgico precoce e problemi del periodo postoperatorio.

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

2-1906. Conoscere l'invecchiamento cellulare.

Generale - mnemonica – non richiesto

13-2030. Descrivere le manifestazioni psicogeriatriche più comuni: demenza, delirium e depressione con casi clinici; importanza della comorbidità somatica nel paziente geriatrico. Ruolo del medico di famiglia a cogliere le manifestazioni iniziali utilizzando appropriati strumenti diagnostici necessari anche per seguirne il decorso e per valutare l'efficace dei provvedimenti terapeutici; si illustrano i disturbi del comportamento e del ritmo del sonno.

Particolareggiata – decisionale – richiesto

13-2031. Descrivere la comorbidità in rapporto alla patologia psicogeriatrica; diagnosi differenziale e ruoli del geriatra, psichiatra e del medico di medicina generale.

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

13-2041. Descrivere il ruolo e il comportamento nel colloquio che deve essere empatico fra medico e paziente: l'obiettivo è migliorare lo stile di vita (fumo, alimentazione, attività motoria).

Particolareggiata – decisionale – non richiesto

13-2048. Conoscere i problemi del ricovero e della dimissione nelle diverse età della vita loro differenza. Segnalare la riduzione delle prestazioni funzionali nell'anziano ricoverato: problemi alla sua dimissione. Come rilevarle.

Particolareggiata – interpretativa – richiesto

3-2076. Illustrare la differenza fra osteopenia ed osteoporosi: epidemiologia; manifestazioni cliniche e terapie utili. Strumenti diagnostici *skill*?

Particolareggiata – interpretativa – richiesto

10-2085. Metodologia di corretta raccolta dell'anamnesi che comprenda anche la storia familiare e genetica; eventuale utilizzazione di un modello che guidi alla sistematica descrizione degli elementi cruciali ed irrinunciabili. La presenza di problemi complessi, di età avanzata e di comorbidità rende necessaria la valutazione multidimensionale geriatrica.

Generale - interpretativa – richiesto

14-2253. Discutere situazioni complesse in cui i rapporti fra medico e paziente sono resi più difficili dall'eventuale o necessaria presenza del *caregiver*, dell'assistente sociale o del tutor.

Generale - interpretativa – richiesto



Messaggio del Papa in occasione della XV Giornata Mondiale del Malato

Cari fratelli e care sorelle,

L'11 febbraio 2007, giorno in cui la Chiesa celebra la memoria liturgica di Nostra Signora di Lourdes, si svolgerà a Seoul, in Corea, la Quindicesima Giornata Mondiale del Malato. Un certo numero di incontri, conferenze, raduni pastorali e celebrazioni liturgiche avrà luogo con i rappresentanti della Chiesa in Corea, con il personale sanitario, i malati e le loro famiglie. Ancora una volta, la Chiesa guarda a quanti soffrono e richiama l'attenzione sui malati incurabili, molti dei quali stanno morendo a causa di malattie in fase terminale. Essi sono presenti in ogni continente, in particolare in luoghi in cui la povertà e le difficoltà causano miseria e dolore immensi. Conscio di tali sofferenze, sarò spiritualmente presente alla Giornata Mondiale del Malato, unito a quanti si incontreranno per discutere della piaga delle malattie incurabili nel nostro mondo e incoraggeranno gli sforzi delle comunità cristiane nella loro testimonianza della tenerezza e della misericordia del Signore.

L'essere malati porta inevitabilmente con sé un momento di crisi e un serio confronto con la propria situazione personale. I progressi nelle scienze mediche spesso offrono gli strumenti necessari ad affrontare questa sfida, almeno relativamente ai suoi aspetti fisici. La vita umana, comunque, ha i suoi limiti intrinseci, e, prima o poi, termina con la morte. Questa è un'esperienza alla quale è chiamato ogni essere umano e alla quale deve essere preparato. Nonostante i progressi della scienza, non si può trovare una cura per ogni malattia, e, quindi, negli ospedali, negli ospizi e nelle case in tutto il mondo ci imbattiamo nella sofferenza di numerosi nostri fratelli e numerose nostre sorelle incurabili e spesso in fase terminale. Inoltre, molti milioni di persone nel mondo vivono ancora in condizioni insalubri e non hanno accesso a risorse mediche molto necessarie, spesso del tipo più basilare, con il risultato che il numero di esseri umani considerato "incurabile" è grandemente aumentato.

La Chiesa desidera sostenere i malati incurabili e quelli in fase terminale esortando a politiche sociali eque che possano contribuire a eliminare le cause di molte malattie e chiedendo con urgenza migliore assistenza per quanti stanno morendo e per quanti non possono contare su alcuna cura medica. È necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna. A questo proposito, è necessario sottolineare ancora una volta la necessità di più centri per le cure palliative che offrano un'assistenza integrale, fornendo ai malati l'aiuto umano e l'accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno.

Questo è un diritto che appartiene a ogni essere umano e che tutti dobbiamo impegnarci a difendere.

Desidero incoraggiare gli sforzi di quanti operano quotidianamente per garantire che i malati incurabili e quelli che si trovano nella fase terminale, insieme alle proprie famiglie, ricevano un'assistenza adeguata e amorevole.

La Chiesa, seguendo l'esempio del Buon Samaritano, ha sempre mostrato particolare sollecitudine per gli infermi. Mediante i suoi singoli membri e le sue istituzioni, continua a stare accanto ai sofferenti e ai morenti, cercando di preservare la loro dignità in questi momenti significativi dell'esistenza umana. Molti di questi individui, personale sanitario, agenti pastorali e volontari, e istituzioni in tutto il mondo, servono instancabilmente i malati, negli ospedali e nelle unità per le cure palliative, nelle strade cittadine, nell'ambito dei progetti di assistenza domiciliare e nelle parrocchie.

Ora, mi rivolgo a voi, cari fratelli e care sorelle che soffrite di malattie incurabili e che siete nella fase terminale. Vi incoraggio a contemplare le sofferenze di Cristo crocifisso e, in unione con Lui, a rivolgervi al Padre con totale fiducia nel fatto che tutta la vita, e la vostra in particolare, è nelle sue mani. Sappiate che le vostre sofferenze, unite a quelle di Cristo, si dimostreranno feconde per le



necessità della Chiesa e del mondo. Chiedo al Signore di rafforzare la vostra fede nel Suo amore, in particolare durante queste prove che state affrontando. Spero che, ovunque voi siate, troviate sempre l'incoraggiamento e la forza spirituali necessari a nutrire la vostra fede e a condurvi più vicini al Padre della vita. Attraverso i suoi sacerdoti e i suoi collaboratori pastorali, la Chiesa desidera assistervi e stare al vostro fianco, aiutandovi nell'ora del bisogno, e quindi, rendendo presente l'amorevole misericordia di Cristo verso chi soffre.

Infine, chiedo alle comunità ecclesiali in tutto il mondo, e in particolare a quante si dedicano al servizio degli infermi, a continuare, con l'ausilio di Maria, *Salus Infirmorum*, a rendere un'efficace testimonianza della sollecitudine amorevole di Dio, nostro Padre. Che la Beata Vergine, nostra Madre, conforti quanti sono malati e sostenga quanti hanno dedicato la propria vita, come Buoni Samaritani, a curare le ferite fisiche e spirituali dei sofferenti. Unito a voi nel pensiero e nella preghiera, imparto di cuore la mia Benedizione Apostolica quale pegno di forza e di pace nel Signore.

Dal Vaticano.

Benedetto XVI



Giornata Mondiale del Malato 2007 a Pavia

Quest'anno per la "Giornata Mondiale del Malato 2007" ho proposto la celebrazione dell'evento attraverso la realizzazione di una serie di eventi a largo spettro di interessi centrati sull'anziano col coinvolgimento della Diocesi di Pavia "Servizio Pastorale della Sanità", l'Almo Collegio Borromeo, l'Università di Pavia, l'Azienda Servizi alla Persona e l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Pavia. Queste istituzioni hanno aderito alla proposta e si è dato l'avvio ad un progetto a varie espressività intitolato:

L'AUTUNNO DELLA VITA NELLA SOCIETA' CONTEMPORANEA

Trattasi di una rassegna di eventi che, attraverso un percorso non limitato nel tempo ma diluito nell'arco di alcuni mesi, focalizza l'attenzione sulla persona anziana nella sua fragilità e nelle sue potenzialità, e vuol portare i cittadini e tutte le categorie di operatori sanitari a riflettere sui problemi che riguardano la terza e la quarta età attraverso occasioni d'incontro, di scambio e di riflessione in un'ottica di valorizzazione di questa importante fascia di popolazione depositaria anche della nostra memoria.

All'interno della nostra società la persona, grazie ai progressi medico-scientifici e al miglioramento delle condizioni di vita, si incammina verso la terza età con tante risorse per essere ancora protagonista, ma si imbatte con una realtà che non è in grado di valorizzare questa ricchezza e di far fronte ai nuovi bisogni di questi cittadini, motivo per cui si rende necessario delineare nuove strategie di assistenza e di cura per garantire agli anziani più deboli la maggior qualità di vita possibile, pur in presenza di patologie invalidanti.

Le iniziative, Convegno e Seminari, vedono la presenza di personalità di rilievo nel mondo della ricerca scientifica, della cura, della tutela e dell'associazionismo, quotidianamente impegnate nello studio delle problematiche, nella progettazione di interventi, nella messa in atto di azioni, volti alla promozione a trecentosessanta gradi del benessere della persona anziana.

Certo dell'interesse che le problematiche trattate possano rivestire per l'operato quotidiano di tutti gli operatori sanitari in ambito geriatrico, trasmetto l'allegata brochure con l'indicazione delle iniziative proposte.

Giovanni Ricevuti

La brochure è allegata nel PDF pagg. 37 e 38 (NdR)



Associazione Alzheimer Pavia

Il 13 dicembre 2006 si è costituita la prima associazione cittadina di familiari di malati di Alzheimer, **l'Associazione Alzheimer Pavia**. A dar vita all'Associazione sono stati i famigliari degli ammalati che per un anno si sono periodicamente incontrati come gruppo di auto-aiuto, il GRAAL (Gruppo Automutuoaiuto Alzheimer), utile strumento per affrontare le difficoltà di gestione che le patologie dementigene comportano. Proprio dagli incontri è emersa, con sempre maggior chiarezza, l'esigenza di fare tesoro dell'esperienza acquisita per renderla disponibile alla collettività, costituendo un'associazione che possa diventare portavoce dei bisogni e diritti delle famiglie e degli ammalati. Il gruppo di auto-mutuo-aiuto rimarrà uno dei servizi che l'associazione continuerà a fornire. Ma qual è l'intento comune dei gruppi di auto mutuo aiuto? Si tratta di trasformare coloro che domandano aiuto in persone in grado di fornirlo. L'adesione al gruppo, libera e gratuita, offre la possibilità di condividere esperienze, di identificare strategie di soluzione di problemi comuni, di dare e ricevere aiuto, di scambiarsi informazioni, di chiarire dubbi e paure, in un clima accogliente e informale.

L'Associazione Alzheimer Pavia si propone di rispondere a un bisogno che in tale ambito è particolarmente sentito: nel nostro territorio solo il 20% delle persone anziane affette da demenza viene assistito in strutture residenziali protette; il restante 80% viene assistito dai familiari nella propria abitazione.

L'attività dell'Associazione è rivolta ad offrire risposte a bisogni di assistenza e a incrementare il supporto al disagio che la costante e impegnativa convivenza con la malattia spesso comporta, tramite l'ascolto, lo scambio di esperienze, la condivisione di problematiche. Attraverso l'Associazione i famigliari avranno la possibilità di costruire un patrimonio di conoscenze condivise e su tutti quegli aspetti che la malattia mette ogni giorno in discussione: dalla difficoltà nella comunicazione, ai problemi cognitivi; dalla possibilità di sollievo per il familiare, alle informazioni sui servizi esistenti sul territorio.

L'Associazione Alzheimer Pavia è ospitata presso l'IDR Santa Margherita, Via Emilia 12; il gruppo di auto-aiuto si incontra ogni primo giovedì del mese alle ore 15.

Info: 335.6942448 (Vittoria), 347.5108245 (Lorena), 333.4209367 (Marta), 339.1373938 (Salvo).

Si ringraziano per il sostegno offerto il Presidente del CdA ASP Sergio Contrini ed il Consiglio di Amministrazione, Il Direttore Generale Maurizio Niutta, il Direttore Sanitario Carlo Antonio Chiriaco, il Direttore della Divisione di Geriatria Giovanni Ricevuti.



Notizie dalle Sezioni Regionali

Sezione Liguria

Il giorno 9 febbraio 2007 si è svolta l'assemblea dei soci della Sezione Ligure della SIGG per il rinnovo delle cariche direttive.

Dopo una relazione introduttiva del presidente uscente sul tema " Il ruolo della sezione ligure della SIGG alla luce delle nuove normative regionali: criticità e prospettive" ed un ampio e costruttivo dibattito alla presenza di geriatri e infermieri soci e non soci della SIGG si è proceduto alla votazione che ha dato i seguenti risultati:

SOCI ORDINARI VOTANTI: 31 + 3 deleghe per un totale di 34 votanti

Nessuna scheda bianca e nessuna scheda nulla.

Risultati ed eletti:

Prof. Patrizio Odetti voti 30

Dr. Maurizio Modenesi voti 18

Dr. Federico Astengo voti 16

Dr. Vito Curiale voti 13

SOCI AGGREGATI VOTANTI: 2 + 1 delega per un totale di 3 votanti

Nessuna scheda bianca e nessuna scheda nulla.

Risultato ed eletto:

I.P. Ivan Santoro voti 3

Dopo la nomina degli eletti da parte del presidente uscente si è riunito il nuovo Consiglio di sezione e su proposta del presidente uscente Dr. Paolo Cavagnaro è stato eletto presidente della Sezione Ligure della SIGG all'unanimità il Prof. Patrizio Odetti.

Successivamente e all'unanimità è stato nominato segretario il Dr. Claudio Ivaldi.

Il nuovo Consiglio Direttivo della Sezione Ligure della SIGG è quindi composto da:

Prof. Patrizio Odetti Presidente

Dr. Maurizio Modenesi consigliere

Dr. Federico Astengo consigliere

Dr. Vito Curiale consigliere

I.P. Ivan Santoro consigliere per la Sezione Nursing

Dr. Claudi Ivaldi segretario

Dr. Paolo Cavagnaro Past- president

Paolo Cavagnaro



I Soci scrivono

Forse molti hanno già avuto modo di vedere (lo ha pubblicato il settimanale “Oggi”, con un bell’articolo della Dottoressa Campanelli) che l’ASL 11 (Empoli) della Regione Toscana ha attivato definitivamente il primo servizio ambulatoriale italiano di monitoraggio della progressione del processo di invecchiamento presso una struttura del servizio sanitario pubblico.

Mi ha reso particolarmente lieto che questa struttura, attivata in collaborazione con il Centro di Ricerca sull’Invecchiamento dell’Università di Pisa, sia stata affidata dalla ASL al Geriatra locale (il dott. Vismara). Con ciò, infatti, la Medicina pubblica ha riconosciuto che il campo della lotta all’invecchiamento per la prevenzione delle malattie età-associate e della fragilità (oggi occupato, favoriti anche da un nostro ritardo, da Cardiologi, Diabetologi, Neurologi, Nutrizionisti, Oncologi e altri ancora, in modo non sempre ben coordinato) merita di essere ricondotto nell’alveo più appropriato, che è quello della Gerontologia.

Ettore Bergamini



CONGRESSI/CONVEGNI

SEMINARI ANCHISE 2007

LA CAPACITAZIONE NELLA CURA DELL'ANZIANO FRAGILE: PAROLE E GESTI CAPACITANTI

Milano, Gennaio-Novembre 2007

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli pietro.vigorelli@formalzheimer.it
www.gruppoanchise.it - info@gruppoanchise.it

CORSO ANNUALE DI FORMAZIONE PER PSICOLOGI LA PAROLA AL CENTRO DELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER E DEI SUOI FAMILIARI

Milano, Febbraio-Novembre 2007

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli pietro.vigorelli@formalzheimer.it
www.gruppoanchise.it - info@gruppoanchise.it

CORSO DI FORMAZIONE MULTIPROFESSIONALE L'APPROCCIO CONVERSAZIONALE NELLA CURA DEL MALATO ALZHEIMER

Milano, Febbraio-Giugno 2007

Responsabile didattico: Pietro Vigorelli pietro.vigorelli@formalzheimer.it
www.gruppoanchise.it - info@gruppoanchise.it

LE PATOLOGIE DA INFEZIONE NELLA TERZA ETÀ

Trieste 29 - 30 marzo 2007

Segreteria Organizzativa: Alpha Studio Trieste

Tel. 040 7600101 Fax 040 7600123

info@alphastudio.it - www.alphastudio.it

REGIONE CALABRIA – A.S.L. N. 8 - VIBO VALENTIA
STABILIMENTO OSPEDALIERO DI SORIANO CALABRO
DIPARTIMENTO MEDICINA DELL'INVECCHIAMENTO

4ª CONFERENZA NAZIONALE GERONTOLOGIA:

LE NUOVE FRONTIERE DELLA GERIATRIA.

CAPIRE LA NORMALITÀ DELL'ANZIANO PER INTERPRETARNE IL BISOGNO MULTIDIMENSIONALE

Soriano Calabro 30-31 marzo 2007

Segreteria Scientifica: G. Battaglia, S. Fiorillo

Tel. e Fax: 0963/357773; e-mail: geriatria.soriano@asl8vv.it

Segreteria Organizzativa: L'Orsa Maggiore Vibo Valentia

Tel. e Fax: 0963/43538 – E-mail: info@lorsamaggiore.it

THE IAHSa 7TH INTERNATIONAL CONFERENCE THE GLOBAL AGEING NETWORK: LEADING CHANGE, SHARING INNOVATION, ENHANCING LIFE

St. Julian's, Malta 18 -20 June 2007

iahsa@aahsa.org - <http://www.iahsa.net/>



MEDICINA CLINICA, DOMANDE E RISPOSTE

Milano 25-27 giugno 2007

Segreteria Organizzativa: Depha Congress Milano

Manuela Sovilla, Tel. 02-23955440

e-mail: manuela.sovilla@dephacongress.com

**VI EUROPEAN CONGRESS INTERNATIONAL ASSOCIATION
OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS**

HEALTHY AND ACTIVE AGEING FOR ALL EUROPEANS

Saint Petersburg, Russia July 5-8, 2007

Organizing Secretariat

St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

3, Dynamo Prospect, 197110 St. Petersburg, Russia

e-mail: congress2007@gerontology.ru - www.gerontology.ru/congress2007

GIOVANNI LORENZINI MEDICAL FOUNDATION

**XVI INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON
“DRUGS AFFECTING LIPID METABOLISM”**

New York 4-7 ottobre 2007

e-mail: dalm@bcm.tmc.edu - www.lorenzinifoundation.org

FIFTH INTERNATIONAL CONGRESS ON VASCULAR DEMENTIA

Budapest 8-11 Novembre 2007

Segreteria Organizzativa: Vascular Dementia 2007

Kenes International CH-1211 Geneva 1, Switzerland

Tel: +41 22 908 0488, Fax +41 22 732 2850

e-mail: vascular@kenes.co

GRUPPO ITALIANO MULTIDISCIPLINARE PER LO STUDIO DELLA SINCOPE

3° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE SULLA SINCOPE

Firenze 18-20 novembre 2007

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex Bologna

Tel. 051 7457070 Fax 051 7457071

e-mail info.sincope2007@adriacongrex.it - www.adriacongrex.it

SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

52° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Firenze 28 novembre-2 dicembre 2007

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: Zeroseicongressi - Roma

Tel. 06 8416681 - Fax 06 85352882 e-mail: info@zeroseicongressi.it