



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze  
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 – [sigg@sigg.it](mailto:sigg@sigg.it)

# Bollettino SIGG

Anno VII

Numero 4-2010

*Direttore Responsabile*

Niccolò Marchionni

*A cura di Vincenzo Canonico*

*Tel. e Fax 081 7464297*

*e-mail: [vcanonic@unina.it](mailto:vcanonic@unina.it)*

## Sommario

Editoriale del Presidente	pag.	2
La SIGG, la buona notizia, il Congresso		5
Il Prof. Paolisso eletto Preside della Facoltà di Medicina della SUN		6
55° Congresso Nazionale SIGG: programma preliminare		8
11° Corso per Infermieri: programma preliminare		14
6° Corso per Psicologi: programma preliminare		16
9° Corso di Riabilitazione: programma preliminare		17
5° Corso per Assistenti Sociali: programma preliminare		18
Commenti alla lettera del Presidente del Colmed/09		19
Comunicazione del Prof. Bernabei		22
Bollettino Nursing		23
Notizie dalle Sezioni Regionali		28
Notizie dai Soci		29
Pubblicazioni dei Soci		30
Congressi e Convegni		31



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Editoriale del Presidente**

### **Ospedale per Intensità di Cura: un pericolo per il paziente anziano fragile?**

Le brevi note che seguono mirano ad avviare all'interno della SIGG un confronto, e non certamente ad avanzare considerazioni conclusive, su un tema ancora poco dibattuto, quale quello del ruolo della Geriatria all'interno dell'Ospedale per Intensità di Cura (OIC).

Da alcuni anni, in varie Regioni italiane sono allo studio modelli innovativi di assistenza ospedaliera che, pur con differenze locali, si richiamano comunque al principio di organizzazione per intensità di cura. In questi modelli, i pazienti sono assegnati primariamente ad un determinato livello di intensità di cura (elevata / intermedia / bassa) e solo in subordine ad una struttura organizzativa professionale specialistica. La stessa tradizionale articolazione dell'ospedale per reparti differenziati secondo discipline specialistiche, viene così largamente superata sul piano strutturale e – almeno in parte – anche organizzativo. Vengono, per contro, esaltati gli aspetti tecnologici dell'ospedale come luogo dell'acuzie e dell'intensità; al tempo stesso, secondo le intenzioni dei suoi promotori (1), il modello garantirebbe un processo di cura contraddistinto da presa in carico globale, elevato grado di coordinamento, integrazione e continuità nelle sue varie fasi, omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e delle prestazioni. È, in particolare, la Regione Toscana ad aver investito nell'OIC le maggiori iniziative progettuali, nonché risorse economiche e professionali, al punto di averne fatto, già da diversi anni, l'asse portante di una nuova pianificazione dell'assistenza ospedaliera, come documenta il suo Piano Sanitario attualmente in vigore. In Toscana, il modello ha trovato una sua applicazione relativamente facile in area chirurgica, mentre incontra maggiori difficoltà di realizzazione in area medica.

Da geriatri, non possiamo non esprimere non chiederci come, all'interno dell'OIC, possa essere garantita la tutela dell'anziano fragile, in quanto nel nuovo modello il ruolo delle specialità mediche, compresa la nostra, sarà certamente ridimensionato, mentre dell'anziano fragile la Geriatria rivendica, a buon diritto, la titolarità, fondata non sulla specificità d'organo, ma sulla dimostrazione di efficacia ed appropriatezza delle metodologie di valutazione e di cura. In linea di massima, i medesimi principi di centralità del paziente e valutazione dei suoi effettivi bisogni, di integrazione multiprofessionale e continuità delle cure attraverso *setting* assistenziali differenti, posti a fondamento dell'OIC, sono patrimonio indiscusso e riconosciuto della Geriatria che, anzi, ne è stata promotrice antesignana (ricordate il titolo della bellissima relazione di Mary Tinetti al nostro Congresso di Montecatini del 2002: “*Back to the future: time for Geriatrics to lead the way to the 21st century*”?). Si deve poi ricordare che, proprio fondando la propria cultura e prassi su quei principi, la Geriatria ha saputo dimostrare la sua efficacia nella cura dell'anziano fragile: lo documentano trial clinici randomizzati, a partire dalla storica pubblicazione di Rubenstein del 1984 (2), loro metanalisi, anche recentissime (3) e, guardando all'Italia, studi osservazionali su vasta scala, quali quello sul Codice Argento (4). Per contro, si deve rimarcare che, al momento, non è disponibile alcuna evidenza scientifica che questi obiettivi siano conseguiti dall'OIC con maggior certezza o estensione, rispetto al modello tradizionale di ospedale organizzato per specialità nel suo complesso e, nello specifico, rispetto al modello geriatrico per l'anziano fragile.



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

In ogni caso, crediamo che la Geriatria italiana sia in grado di, e si debba rendere disponibile a, apportare un contributo qualificato ed esperto all'ideazione e attuazione dell'OIC nelle Regioni dove questo è in sviluppo, a garanzia che, entro il modello, la salute degli anziani più bisognosi di cure sia adeguatamente tutelata. Suggestiscono l'apertura a questo confronto due considerazioni. In primo luogo, è probabile che il modello di OIC, sospinto da motivazioni economiche (che andrebbero, comunque, attentamente vagliate, soprattutto in termini di costo-efficacia) si estenda a molte Regioni e finisca col risultare dominante. A seguire, si deve riconoscere che la modalità attuale di organizzazione dei servizi ospedalieri e, soprattutto, di integrazione ospedale-territorio non soddisfano le esigenze che la Geriatria, in nome dei pazienti di cui si fa carico, giustamente avanza. Quindi, attenzione e disponibilità al dialogo e non mantenimento ostinato dello status quo, tutt'altro che ideale.

Quali spazi si offrono per la Geriatria all'interno dell'OIC? Gli "anziani" (ultra65enni) rappresentano il 20% della popolazione generale e oltre il 40% delle ammissioni ospedaliere: è evidente che, di questi, solo pochi rappresentano il target ideale della Geriatria, mentre la maggior parte trova risposte adeguate da parte di altre specialità. La diffusione del modello di OIC potrebbe (dovrebbe) portare ad un aumento della presenza di geriatri negli ospedali (all'interno di un'area medica indistinta negli ospedali più piccoli, con una specifica connotazione organizzativo-strutturale negli ospedali medio-grandi, e certamente nelle Aziende integrate, con più forte *mission* di ricerca e didattica), anche al fine di favorire la crescita e la penetrazione della cultura geriatrica. In assenza di questo auspicabile processo di "geriatrizzazione", nella sua duplice accezione tecnico-organizzativa e culturale, l'OIC potrebbe produrre effetti fortemente negativi su quella parte dell'utenza ospedaliera, rappresentata da pazienti anziani e complessi, spesso con gravi problemi di mobilità e ad alto rischio di delirium e sindrome da immobilizzazione.

Rimane cruciale il problema, già più volte dibattuto, dei criteri di assegnazione, da condividere con internisti e altri specialisti di area medica e del DEA, del paziente geriatrico, che sia dal momento della sua dimissione dal DEA dovrebbe essere assegnato contestualmente ad un livello di intensità e ad un'equipe specialistica. In particolare, tra i pazienti complessi e con pluripatologia si deve saper operare una distinzione – non certamente fondata su un mero criterio anagrafico – tra quelli di pertinenza della Medicina Interna e quelli da destinare alla Geriatria. La traduzione operativa di questo principio può sfruttare uno strumento basato su puri dati amministrativi, quale il Codice Argento (4): per essere prontamente disponibile all'ammissione al DEA, esso dovrebbe idealmente entrare a far parte della Carta Sanitaria del cittadino e venire costantemente aggiornato ad ogni nuovo evento. Al Codice Argento si potrebbero affiancare semplici strumenti di screening degli anziani a rischio, basati sulla valutazione multidimensionale, appositamente ideati e validati per il triage e applicati di regola dal personale infermieristico del DEA.

All'estremo opposto del percorso, un ulteriore aspetto critico è rappresentato dall'integrazione in rete con i servizi extra-ospedalieri in fase di dimissione. Il geriatra ha nelle sue radici la cultura della continuità assistenziale che, tuttavia, nella realtà italiana ben raramente ha potuto tradursi in un effettivo controllo dei percorsi, a tutt'oggi frammentati e gestiti da attori diversi. L'effettiva attuazione, nell'OIC, dei principi di integrazione e continuità delle cure dell'anziano fragile non può



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

avvenire se non assegnando al geriatra la titolarità del percorso, superando ostacoli e vincoli ancora oggi presenti, soprattutto da parte della Medicina Generale.

Con questa breve nota, intendiamo promuovere il coinvolgimento di tutti i Soci ad un dibattito, che auspichiamo generoso e propositivo, sul tema dell'OIC. Per farci trovare quanto più possibile pronti e partecipi alla sua ideale organizzazione, anziché passivamente subirla se, come sinora accaduto, faremo finta di ignorarne la probabile, prossima diffusione.

*Niccolò Marchionni e Mauro Di Bari*

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Lavazza L. Il modello Hub Spoke: l'ospedale organizzato per intensità delle cure. <http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/convegni>.
2. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-70.
3. Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Gosset C, Petermans J, Milisen K. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:83-92.
4. Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, Barchielli A, Fumagalli S, Ungar A, Bandinelli S, De Alfieri W, Gabbani L, Marchionni N. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010; 65: 159-64.



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **La SIGG, la buona notizia, il Congresso**

La buona notizia, recentissima, è l'elezione del nostro Presidente eletto SIGG a Preside della Facoltà di Medicina della Seconda Università di Napoli per i prossimi tre anni accademici. E' una carica autorevole, visto che è una Facoltà di grande prestigio oltre che tra le più antiche, dove hanno lavorato illustri Docenti e Ricercatori in svariati settori della medicina, riconosciuti in campo internazionale. Gli auguri da tutti i soci SIGG e dai geriatri italiani all'amico Peppe Paolisso per questa "tappa" importante della sua carriera, certo che saprà valorizzare, e soprattutto difendere, la geriatria accademica e non nelle sedi istituzionali, utilizzando anche il suo carattere deciso ed incisivo quando ce ne sarà bisogno, indipendentemente da compromessi ed interessi di parte, come ha già dimostrato in tante occasioni. Nicola Ferrara, su mandato del nostro Presidente, nelle pagine successive analizza "l'aspetto geriatrico" dell'elezione del futuro Preside.

Nei giorni scorsi a Firenze si è riunito il Consiglio Direttivo SIGG ed il Comitato Scientifico per il Congresso per rivedere ed approvare il programma del prossimo Congresso e dei Corsi. Come vedrete dai programmi preliminari presentati nelle pagine successive è pronta la struttura generale con le date, i titoli ed in alcuni casi anche dei relatori. La prima novità, come già annunciato in precedenza, è il giorno di inizio e fine del Congresso, quest'anno i lavori iniziano il martedì e terminano il sabato con la sessione mattutina. Questa modifica, dovuta in primis all'esigenza di dare maggiore spazio a simposi e letture, che negli anni precedenti erano spesso "comprese" e talvolta in sovrapposizione con altri eventi in sale diverse dall'auditorium, nonché dall'opportunità di escludere la domenica come giorno finale, anticipando quindi gli eventi pregressuali e l'inaugurazione al martedì, è stata a lungo dibattuta; alla fine si è deciso di sperimentarla per quest'anno, per poi valutare se mantenerla o meno. Il programma del Congresso presenta Simposi e Letture sia su temi cosiddetti "tradizionali" come BPCO, diabete mellito, demenza, depressione, ipertensione arteriosa, sia su argomenti nuovi come gli integratori nutrizionali, le nuove tecnologie in cardiologia geriatrica, le cellule staminali ed altri. Un'innovazione è l'organizzazione di un simposio di biogerontologia in Auditorium, nata dall'opportunità di dare maggiore visibilità alla Sezione di Biogerontologia della SIGG e di trattare in seduta plenaria la genetica dell'invecchiamento, che quest'anno è uno dei fili conduttori del Congresso, unitamente al ruolo dell'ambiente. Il sabato mattina i simposi in Auditorium sono organizzati in collaborazione con la Sessione Nursing, si cerca così di favorire l'integrazione tra geriatri e le altre figure professionali impegnate nella cura del paziente anziano, esigenza non sempre soddisfatta nei Corsi al Congresso. Sarà necessario quindi per le edizioni future stabilire "linee guida" con i responsabili dei Corsi, sia geriatri che non, per ottimizzare programmi e relatori ed avere così una migliore condivisione di interessi. Nella scelta dei relatori al Congresso e Corsi è stata sottolineata l'esigenza di affidare presentazioni a chi ha maggiore esperienza e può fornire, soprattutto ai giovani, dati, consigli, errori da evitare, ai fini di ottimizzare l'assistenza. Come sempre chi tra i Soci, vedendo i programmi preliminari, ha commenti, suggerimenti, proposte o altro può inviarcele, saranno valutate e nei limiti del possibile soddisfatte dai responsabili del Congresso.

Auguro buone vacanze a tutti.

*Vincenzo Canonico*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Il Prof. Paolisso eletto Preside della Facoltà di Medicina della SUN**

E' per me un grande piacere ed onore scrivere questa breve nota (su invito del Presidente) sulla recentissima elezione di Giuseppe Paolisso (per tutti noi, "Peppe") a Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli Studi di Napoli.

Conosco Peppe da una vita e mi legano a lui sentimenti di amicizia e di vicinanza accademica fin dagli inizi degli anni '90 quando, insieme a Franco Rengo e Michele Varricchio, elaborammo il progetto dell' "Osservatorio Geriatrico", la prima esperienza campana di epidemiologia geriatrica, che ancora oggi rappresenta una fonte di dati originali in chiave gerontologica.

I momenti di condivisione sono stati tanti, ma ho potuto apprezzare le sue capacità soprattutto quando per un breve periodo del mio percorso accademico ho condiviso con lui l'appartenenza alla stessa Facoltà ed allo stesso Dipartimento e da quando insieme partecipiamo attivamente alla vita della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Per le sue molte doti che io ho avuto modo di conoscere ed apprezzare, la sua elezione non mi meraviglia, ma ugualmente voglio esprimere il mio personale compiacimento per il conseguimento di questo prestigioso incarico e per ciò che questo rappresenta per la geriatria italiana.

Niccolò ha giustamente sottolineato come, per la prima volta, un geriatra, inserito ai vertici della nostra Società, sia assunto all'apice di una prestigiosa Facoltà che, al di là dei problemi che tormentano in questo momento l'Accademia italiana, rappresenta un riferimento storico e culturale che supera i limiti della città di Napoli e della Regione Campania.

L'affermazione di Peppe evidenzia che essere e fare il geriatra in campo accademico non è assolutamente penalizzante e che le qualità personali ed il desiderio di identità sono un valore aggiunto per ottenere i giusti riconoscimenti.

Anche recentemente abbiamo vissuto momenti in cui la nostra disciplina sembrava destinata ad un ruolo ancillare. Voglio solo ricordare il problema delle scuole di specializzazione, il documento del Collegio degli Internisti MED/09 relativo alla riorganizzazione dell'assistenza, i problemi di identità didattica rispetto alla Medicina Interna e la non specificità del Settore Scientifico Disciplinare. Sembrava, in effetti, che nel momento in cui le caratteristiche e le peculiarità della medicina geriatrica acquisivano maggiore visibilità –anche grazie ad una ricca produzione scientifica connotata da forte specificità – ed identità a livello europeo e mondiale, in Italia tali aspetti fossero sacrificati sull'altare di una cultura e visione accademica tradizionali.

Devo dire che non sempre mi sono identificato nelle visioni catastrofistiche di alcuni di noi, forte della convinzione che, nonostante le difficoltà, la cultura geriatrica ed il messaggio di cui è portatrice non possano non affermarsi nel medio e lungo periodo. L'importante è crederci e non farsi coinvolgere dalle vicissitudini contingenti.



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Indirettamente, ma forse anche direttamente, l'elezione di un geriatra "giovane", Presidente Eletto della nostra Società, a Preside di una Facoltà di Medicina e Chirurgia (elezione ottenuta peraltro con un largo consenso in antitesi con candidature altrettanto forti e sostenute da "maggioranti"), oltre a rappresentare un evento eccezionale (e spero non unico) nella storia della nostra disciplina, deve convincerci ulteriormente che se l'accademia di Geriatria rimarrà forte nei contenuti scientifici, nel desiderio di cooptare docenti di qualità, nello sviluppare modelli assistenziali originali e rispondenti alla realtà epidemiologica e clinica del territorio non potrà non ottenere i riconoscimenti ed il ruolo di prestigio che le spettano.

Nella certezza che Peppe potrà, attraverso il suo nuovo ed autorevole incarico, dare maggiore visibilità ed impulso alla Geriatria tutta, sia accademica che ospedaliera e territoriale, e nel convincimento che la sua sarà una sfida che coinvolgerà tutta la comunità scientifica geriatrica, voglio rinnovargli i migliori auguri di buon lavoro ed il sostegno di noi tutti.

*Nicola Ferrara*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**55° Congresso Nazionale SIGG**  
**“INVECCHIAMENTO E LONGEVITA’:**  
**PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE?”**

Firenze, Palazzo dei Congressi 30 novembre-4 dicembre 2010

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**MARTEDI' 30 NOVEMBRE 2010**

**Sessioni pre-congressuali**

*SALA ONICE*

14.30-16.00 – SIMPOSIO  
**ODONTOIATRIA GERIATRICA**

*SALA VERDE*

14.30-16.00 Simposio Congiunto SIGG-AitAAL  
**LA TECNOLOGIA AL SERVIZIO DELL'ANZIANO**

*AUDITORIUM*

14.30-16.00 SIMPOSIO SIGG-AGE  
**LA GERIATRIA FUORI DALL'OSPEDALE: UNO STRUMENTO FORTE PER  
AFFRONTARE LA CRONICITÀ**

**INAUGURAZIONE**

*AUDITORIUM 16.30-18.30*

*Niccolò Marchionni*

Apertura del Congresso

Saluto del Preside della Facoltà Medica di Firenze e dei Presidenti delle Società Scientifiche

18.00 LETTURA

**CARDIOLOGIA GERIATRICA: IERI, OGGI, DOMANI**

Franco Rengo (Napoli)

**MERCOLEDÌ 1° DICEMBRE 2010**

*AUDITORIUM*

8.15-9.30 SIMPOSIO

**LA GOTTA: UNA MALATTIA MISCONOSCIUTA NELL'ANZIANO?**

*AUDITORIUM*

**9.30-11.45 SESSIONE DI BIOGERONTOLOGIA**

**INVECCHIAMENTO E LONGEVITA’: PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE?**

9.30-10.00 LETTURA DI BIOGERONTOLOGIA

**EPIGENETICA**

Emiliano Giardina (Roma)

10.00-11.45 SIMPOSIO DI BIOGERONTOLOGIA





SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

*segue* **MERCOLEDÌ 1° DICEMBRE 2010**

*AUDITORIUM*

11.45-13.15 SIMPOSIO

**NUOVI PAZIENTI, VECCHI METODI? LE SFIDE TERAPEUTICHE DELLA  
TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA**

*AUDITORIUM*

14.00-15.45 SIMPOSIO SIGG-SIN

**INSUFFICIENZA RENALE CRONICA E NEFROPROTEZIONE NELL'ANZIANO:  
DALLA PREVENZIONE AL TRATTAMENTO**

**MERCOLEDÌ 1° DICEMBRE 2010**

*LIMONAIA* 14.00-15.00

Poster con discussione

**MERCOLEDÌ 1° DICEMBRE 2010**

*SALA VERDE* 14.30-16.00

SIMPOSIO (Fondo Dott. Mario Gasparini Casari)

**RICONOSCERE E MISURARE LA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO**

*AUDITORIUM*

15.45-16.15 LETTURA

**BPCO: RISULTATI DEL PROGRAMMA LINK (Linking Innovation with Knowledge)**

Niccolò Marchionni (Firenze)

*Presiede:* Vincenzo Bellia (Palermo)

*AUDITORIUM*

16.15-16.45 LETTURA

**NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI ALLA DEPRESSIONE MINORE DELL'ANZIANO**

Enrico Smeraldi (Milano)

*Presiede:* Marco Trabucchi (Brescia)

*AUDITORIUM*

16.45-18.15 SIMPOSIO

**NUTRIZIONE CLINICA NELL'ANZIANO**

*CLINICAL NUTRITION AT OLDEST AGE*

**MERCOLEDÌ 1 DICEMBRE 2010**

*SALE VARIE* 17.00-18.00/18.30

Comunicazioni Orali e Simposi Monotematici



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

8.30-9.00 LETTURA SIGG-AIP

### **RIABILITAZIONE MOTORIA NELL'ANZIANO DEPRESSO**

Giuseppe Bellelli (Cremona)

*Presiede:* Bruno Bernardini (Milano)

*AUDITORIUM*

9.00-10.45 SIMPOSIO

### **RANOLAZINA UN NUOVO FARMACO ANTIANGINOSO A DISPOSIZIONE DEL GERIATRA**

*AUDITORIUM*

10.45-11.15 LETTURA

### **AGOMELATINA: INNOVAZIONE CLINICA E FARMACOLOGICA NELLA DEPRESSIONE MAGGIORE**

Claudio Vampini (Verona)

*AUDITORIUM*

11.30-13.00 SIMPOSIO

### **MALATTIA DI ALZHEIMER: BARRIERE, BISOGNI E OPPORTUNITÀ IN UN'ITALIA CHE INVECCHIA**

## **GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

*LIMONAIA* 14.00-15.00

Poster con discussione

*AUDITORIUM*

14.00 - 15.30 SIMPOSIO

### **OSTEOPOROSI**

*AUDITORIUM*

15.30-16.00 LETTURA

### **INIBITORI DIRETTI DELLA TROMBINA: UNA "RIVOLUZIONE TERAPEUTICA"?**

Pier Mannuccio Mannucci (Milano)

*Presiede:* Giulio Masotti (Firenze)

*AUDITORIUM*

16.00-16.30 LETTURA

### **CELLULE STAMINALI CEREBRALI NELLE PATOLOGIE DEGENERATIVE**

Angelo Vescovi (San Giovanni Rotondo)

*AUDITORIUM*

16.30 - 18.00 SIMPOSIO

### **AGGIORNAMENTI IN TEMA CARDIO-METABOLICO**

## **GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

*SALE VARIE* 17.00-18.00/18.30

Comunicazioni Orali e Simposi Monotematici



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

*segue* **GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

*AUDITORIUM*

18.00-18.30 **LETTURA**

**BPCO**

Raffaele Antonelli Incalzi (Roma)

18.30-19.30 ASSEMBLEA DEI SOCI

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

*AUDITORIUM*

8.15-09.45 SIMPOSIO SIGG-SIOT-SIR

**DOLORE**

*AUDITORIUM*

9.45-11.15 SIMPOSIO SIGG-SIIA

**IPERTENSIONE ARTERIOSA: GLI ASPETTI PECULIARI NELL'ANZIANO**

*AUDITORIUM*

11.30-12.00 **LETTURA**

**LA DIAGNOSI DI DEMENZA: CHI, QUANDO, COME**

Marco Trabucchi (Brescia)

*Presiede:* Vincenzo Canonico (Napoli)

*AUDITORIUM*

12.00-12.30 **LETTURA**

**ONCOGERIATRIA**

Roberto Bernabei (Roma)

*AUDITORIUM*

12.30-13.00 **LETTURA**

**IPOGLICEMIE E RISCHIO CARDIOVASCOLARE NEL DIABETICO ANZIANO: I FARMACI INNOVATIVI**

Giuseppe Paolisso (Napoli)

*Presiede:* Gaetano Crepaldi (Padova)

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

**LIMONAIA** 14.00-15.00

Poster con discussione

*AUDITORIUM*

14.00 - 15.30 SIMPOSIO

**NUOVE TECNOLOGIE IN CARDIOLOGIA GERIATRICA**



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

*Segue VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010*

*AUDITORIUM*

15.30-16.00 LETTURA

**TERAPIA INSULINICA NEL PAZIENTE ANZIANO**

Dario Giuliano (Napoli)

*Presiede:* Gian Paolo Ceda (Parma)

*AUDITORIUM*

16.00-16.30 LETTURA

**PREDICT (Increasing the Participation of the Elderly in Clinical Trials): MIGLIORARE STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA DEGLI ANZIANI**

Antonio Cherubini (Perugia)

*Presiede:* Gian Franco Gensini (Firenze)

*AUDITORIUM*

16.30-17.00 LETTURA

**IL SISTEMA RANK/RANKL/OPG COME NUOVO BERSAGLIO TERAPEUTICO NELL'OSTEOPOROSI**

Giancarlo Isaia (Torino)

*AUDITORIUM*

17.00-17.30 LETTURA

**LE POLMONITI DEL PAZIENTE ANZIANO**

Renzo Rozzini (Brescia)

*Presiede:* Giorgio Annoni (Monza)

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

*SALE VARIE* 17.00-18.00/18.30

Comunicazioni Orali e Simposi Monotematici

*AUDITORIUM*

17.30-18.15 MINI SIMPOSIO

**INTEGRAZIONE NUTRIZIONALE: VANTAGGI E LIMITI**

**SABATO 4 DICEMBRE 2010**

*AUDITORIUM*

8.30-10.00 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

**TRANSIZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E OSPEDALE-TERRITORIO**

*AUDITORIUM*

10.00-11.30 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

**DISTURBI DEPRESSIVI NELL'ANZIANO: SPECIFICITÀ CLINICA E DI CONTESTO**

*segue SABATO 4 DICEMBRE 2010*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**AUDITORIUM**

11,30-13,30 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

*Gruppo di Studio SIGG “La cura nella fase terminale della vita”*

**LE CURE PALLIATIVE IN GERIATRIA: LA SEDAZIONE TERMINALE?**

**AUDITORIUM**

Premiazioni Giovani Soci SIGG

Premio Anziani *IN Immagini*

Chiusura del Congresso



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**11° Corso Infermieri**  
**“QUALITÀ, CONTINUITÀ E COMPLESSITÀ  
NELL’ASSISTENZA ALL’ANZIANO”**

**Firenze, Palazzo degli Affari 2-4 dicembre 2010**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

14.00-14.30

Saluto del Presidente della SIGG e del Coordinatore della Sezione Nursing

14.30-15.00 **Letture**

**QUALITÀ, CONTINUITÀ E COMPLESSITÀ NELL’ASSISTENZA ALL’ANZIANO**

Ermellina Zanetti (Brescia)

**15.00-17.45**

**QUALITÀ DELL’ASSISTENZA E DELLA VITA NEI SERVIZI RESIDENZIALI**

18.00-19.00

Riunione degli iscritti alla Sezione Nursing

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

9.00-10.45

**ANZIANI E OSPEDALE: OBIETTIVO QUALITÀ**

10.45-13.30

**CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: IL VALORE AGGIUNTO**

12.30-13.30

**Sessione poster con discussione**

14.30-16.30

**VALUTARE LA COMPLESSITÀ: QUALI INDICATORI?**

16.45-18.00

**Comunicazioni orali**



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**SABATO 4 DICEMBRE 2010**

**PALAZZO DEI CONGRESSI - AUDITORIUM**

*AUDITORIUM*

8.30-10.00 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

**TRANSIZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E OSPEDALE-TERRITORIO**

*AUDITORIUM*

10.00-11.30 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

**DISTURBI DEPRESSIVI NELL'ANZIANO: SPECIFICITA' CLINICA E DI CONTESTO**

*AUDITORIUM*

11,30-13,30 SIMPOSIO aperto a medici e infermieri

*Gruppo di Studio SIGG "La cura nella fase terminale della vita"*

**LE CURE PALLIATIVE IN GERIATRIA: LA SEDAZIONE TERMINALE?**



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**6° Corso per Psicologi**  
**“PSICOLOGIA DELL’INVECCHIAMENTO:  
DALLA VALUTAZIONE ALL’INTERVENTO”**  
**Firenze, Palazzo degli Affari, 2-3 dicembre 2010**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

9.00-13.00

Saluti della Presidente dell’Ordine degli Psicologi e del Presidente SIGG

Prima Sessione

**PREVENZIONE E QUALITÀ DI VITA DELL’ANZIANO**

Seconda Sessione

**L’HABITAT E IL SUO RUOLO PSICOLOGICO**

**Sessione Poster**

14.00-18.30

Terza Sessione

**VISSUTI NEI DISTURBI PSICOPATOLOGICI DELL’ANZIANO**

Quarta Sessione

**TAVOLA ROTONDA**

**TERAPIA FARMACOLOGICA E NON: INCONTRI O SCONTRI?**

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

9.00-13.00

Quinta Sessione

**CARICO ASSISTENZIALE E STRATEGIE DI INTERVENTO**

Sesta Sessione

**TRA CLINICA E RICERCA**





SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**9° Corso di Riabilitazione**  
**“LA RIABILITAZIONE NELLE  
STRUTTURE RESIDENZIALI”**  
Firenze, Palazzo degli Affari, 2-3 dicembre 2010

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

14.00-18.30

**L'EPIDEMIOLOGIA DELLA DISABILITÀ NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI**

**IL PROGETTO DI STRUTTURA: RUOLO E FUNZIONE DELLA RSA NELLA RETE DEI  
SERVIZI PER L'ANZIANO**

**LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI NEL “LONG-TERM CARE”**

**IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE ED IL RUOLO DELLE DIFFERENTI  
FIGURE PROFESSIONALI**

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

9.00-13.00

**DOLORE E DISABILITÀ: IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA**

**LA RIABILITAZIONE “MOTORIA”**

**I DISTURBI COMPORTAMENTALI ED IL LORO TRATTAMENTO**

**LA TERAPIA OCCUPAZIONALE**

14.00-18.30

**LE TERAPIE RIABILITATIVE “COMPLEMENTARI”: ARTE TERAPIA E MUSICO-  
TERAPIA**

**IL PAZIENTE ONCOLOGICO**

**VALUTAZIONE E CRITERI PER LA PRESCRIZIONE DEGLI AUSILI**

*PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DI CASI*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

**5° Corso per Assistenti Sociali**  
**“RISORSE E POTENZIALITÀ DEL SERVIZIO SOCIALE  
PER VALORIZZARE CAPACITÀ E RESPONSABILITÀ  
NEL PRENDERSI CURA”**

**Firenze, Palazzo degli Affari, 2-3 dicembre 2010**

**PROGRAMMA PRELIMINARE**

**GIOVEDÌ 2 DICEMBRE 2010**

9.00-13.00

Saluti e introduzione

Marco Trabucchi - Tiziano Vecchiato - Silvana Tonon Giraldo

**Prima sessione**

**AZIONI DI VALORIZZAZIONE E PROMOZIONE DELL'ADULTO E DELL'ANZIANO  
COME RISORSA SOCIALE**

Contributi preordinati

*Discussione*

14.00-18.30

**Seconda sessione**

**INTERVENTI TEMPESTIVI PER CONTRASTARE IL RISCHIO E LA FRAGILITÀ**

Contributi preordinati

*Discussione*

**VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010**

9.00-13.00

**Terza sessione**

**AZIONI FINALIZZATE A PRENDERSI CURA, VALORIZZANDO E PROMUOVENDO  
LE CAPACITÀ DELL'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE NEL SUO SPAZIO DI VITA**

Contributi Preordinati

*Discussione*

14.00-18.30

**Quarta sessione**

Tavola Rotonda

**VALUTAZIONE DEGLI APPRENDIMENTI, NELLA PROSPETTIVA DEL  
RICONOSCIMENTO DEI CREDITI FORMATIVI**

*Conclusioni e proposte per il 2011*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Commenti alla lettera del Prof. Roberto Corrocher** **Presidente del Collegio Colmed/09**

La lettera del Neopresidente del COLMED/09 pubblicata sul Bollettino della SIGG (Maggio 2010), i documenti relativi alla didattica-formazione e all'assistenza riguardanti Medicina Interna e Geriatria e le diapositive della relazione del Presidente al recente congresso nazionale (pubblicate sul sito COLMED – <http://www.colmed.it/news.interna.php?notizia=73>) contengono punti rilevanti anche per la disciplina Geriatria e Gerontologia; essi richiedono commenti e precisazioni.

Solo un terzo dei Docenti MED/09 risulta iscritto al COLMED/09: i motivi vanno ricercati anche nella scarsa evidenza di quanto è stato fatto, in particolare per la Geriatria e la Medicina generale. Ciò può aver indotto la disaffezione, soprattutto nei giovani, di cui parla il Presidente.

Gli obiettivi dei documenti recentemente inviati ai soci del COLMED/09 non sempre risultano chiari. Il programma didattico-formativo MED/09 da diffondere, da proporre e da implementare nei corsi di laurea delle Facoltà mediche ha dimensioni eccessive e scarsa immediatezza – ci si può chiedere quale lettore raggiungerà la fine del documento! Altri punti negativi dello stesso sono la didattica della medicina di comunità (chi la insegna?) - notoriamente appartiene a settore scientifico-disciplinare diverso dal MED/09 - e della striminzita Geriatria (non sembra proprio applicabile al 40% delle SDO ospedaliere!). Si legge poi che “La pandemia dell’anziano è l’emergenza della complessità”: questa affermazione cancella di fatto la Geriatria. Dubito che la “medicina interna sia la specialità della complessità”; la complessità in Geriatria fa riferimento soprattutto alla gestione dell’anziano affetto da variabile disabilità dal territorio alle cure integrate, fino alle cure palliative; essa si realizza in diversi setting (continuità assistenziale, cure coordinate): non sono certamente questi i contenuti della medicina interna!

L’affermata ridotta capacità metodologica del futuro medico di fronte al malato è una realtà; è stata provocata dalle incerte proposte formative, basate su schemi poco qualificati soprattutto in rapporto alla tipologia del più probabile paziente. Gli obiettivi formativi, oltre ai tradizionali skills, non sono stati aggiornati; lo si può fare agevolmente se dopo averli accuratamente selezionati, saranno inseriti in una corretta cartella clinica informatizzata che, prima o poi, dovrà essere utilizzata sia nella pratica medico-sanitaria che nella didattica clinica qualificata. L’apporto della medicina accademica in questo fondamentale settore è stato minimale (la medicina interna si è emarginata); la cartella informatizzata oltre a rappresentare una guida didattica, potrebbe migliorare la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (si pensi agli errori medici e alle interazioni farmacologiche). Non basta inserire nella cartella tradizionale il test di Barthel per definire la prevalenza della disabilità nei ricoverati in ospedale: solo la valutazione multidimensionale geriatrica consente al medico ed all’infermiere di redigere un piano terapeutico adeguato. Non so dove, quando e come la medicina di comunità (anche come letteratura scientifica) si è occupata della continuità delle cure (di solito essa fa riferimento all’assistenza 24 ore su 24, che è concetto molto diverso soprattutto in termini di qualità delle cure e dell’assistenza).



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Il problema formativo è agganciato alla questione assistenziale: è storia l'errata decisione della medicina interna di "rinunciare" alla medicina emergenza-urgenza che fa parte del MED/09; pochi Docenti di questo settore hanno responsabilità assistenziali specifiche nei pronti soccorsi degli ospedali, punti cruciali del servizio sanitario nazionale. Ancor più grave la rinuncia ad insegnare la medicina territoriale, in particolare la medicina generale: questa ha il compito di realizzare la prevenzione e la salute del cittadino ricorrendo alla educazione sanitaria e proponendo corretti stili di vita: la didattica della medicina generale è stata addirittura delegata (dalle Facoltà mediche e con il placet dei Docenti MED/09 e del COLMED/09) al medico di famiglia che è diventato di fatto Docente autodidatta di medicina generale (che è disciplina MED/09).

Questo doloroso argomento è stato sottovalutato soprattutto ora in cui si parla di crisi numerica (e di qualità?) dei medici di famiglia (che fra l'altro si qualificano con un corso non universitario triennale di formazione specifica in Medicina generale); i medici di famiglia sarebbero 46478 su un totale di ben 332834; nei prossimi 15 anni 3 medici di famiglia su 4 andranno in pensione e non si capisce come saranno rimpiazzati; dei 6700 circa neolaureati in Medicina e Chirurgia ben pochi scelgono la medicina generale; circa 5000 sono destinati alle scuole di specialità. Non si può ignorare che le buone Facoltà mediche europee hanno un Dipartimento di cure primarie e di scienze della salute con Docenti universitari e non: in Italia no.

Se i giovani medici "non sanno più visitare i loro pazienti, né affrontare i malati del territorio" dipende dalla distorta impostazione dei problemi formativi del corso di laurea; questi hanno sottovalutato l'invecchiamento della popolazione (non si tratta di pandemia) con emergenza di patologie di lunga durata, suscettibili di prevenzione anche non farmacologica, che spesso esitano in disabilità richiedendo allora la *long-term care* per curare con appropriatezza e per evitare ripetuti, impropri ed inutili ricoveri ospedalieri. Anche il COLMED/09 dovrebbe chiedersi chi (medici ed infermieri) cura i 200.000 anziani ospiti di strutture protette o RSA e con quale preparazione specifica e con quali risultati? Il problema delle cure intermedie non è stato affrontato dalla Facoltà di Medicina (e dal COLMED) come avrebbe dovuto anche per il necessario coinvolgimento dei corsi di laurea per infermieri e per fisioterapisti: questa protratta dimenticanza-omissione è un caso tipico di ageismo.

Quale ruolo negativo ha avuto il Corso di laurea di Medicina e Chirurgia nel creare il disastro (delineato dal prof. Corrocher) che richiede il riposizionamento della medicina interna (e della geriatria) nel servizio sanitario di oggi? Le decisioni sanitarie sono state prese spesso senza tener conto delle richieste della medicina interna accademica, sempre deboli, settoriali e divise; questo è vero soprattutto per la Geriatria che in questi ultimi decenni ha avuto un'espansione numerica nei servizi ospedalieri e non, anche se spesso questi sono gestiti da non-geriatri. Il riposizionamento della medicina interna accademica è un obiettivo difficile: sono necessari obiettivi minimi ed irrinunciabili descrivendoli in dettaglio. I Geriatri docenti per esempio vorrebbero e dovrebbero curare, insegnare e fare ricerca negli ambiti dove si trovano gli anziani.

A proposito della revisione dell'iter formativo, non mi sembra che i documenti prodotti dal COLMED/09 possano affrontare adeguatamente i problemi reali.



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Ricordo il Minimum Geriatric Competencies (<http://www.giatria.unimo.it/doc/MINIMUM20%GERIATRIC%20COMPETENCIES.doc>) come esempio di qualificata semplicità del programma didattico della disciplina Geriatria nel corso di laurea. Sarebbe giunto il momento che, come in altre nazioni europee, i Docenti MED/09 operino (didattica, ricerca ed assistenza) anche in centri di cure primarie (*accademic community health centers* – in Italia sono stati ipotizzati i Nuclei di cure primarie; oppure le RSA d’insegnamento), finalmente fuori dall’ospedale. In tali centri si realizzerà la didattica formativa delle procedure medico-assistenziali necessarie ad un buon servizio sanitario basate sulla prevenzione, promozione della salute, corretta prescrizione dei farmaci e reazioni avverse, sicurezza del paziente (che non è soltanto un problema medico-legale), valutazione della qualità delle cure, biodemografia, rapporti con l’ospedale e gli altri *setting* curativo-assistenziali, continuità delle cure, attenzione alle traiettorie della prestazioni fisiche e mentali degli anziani assistiti. Sono questi i problemi reali della sanità che vuole farsi carico della popolazione anziana.....

Le Facoltà mediche devono proporre alle AUSL la disponibilità di Centri territoriali e/o di RSA per esigenze didattico-formative e anche di ricerca: una struttura opportunamente attrezzata, in collaborazione con l’AUSL, per ogni Facoltà (da gestire con le modalità previste per i reparti ospedalieri) è il presupposto per affrontare e migliorare la preparazione dei futuri medici in questo settore tanto dimenticato.

Non si deve dimenticare che recentemente in occasione di un incontro fra Governo e Regioni è stato detto autorevolmente che “le misure di riorganizzazione e di razionalizzazione dell’assistenza ospedaliera debbano necessariamente accompagnarsi ad estesi, complessi e costosi interventi di rafforzamento dei servizi territoriali, di natura residenziale, ambulatoriale e domiciliare, inclusi quelli convenzionalmente attribuiti al settore socio-sanitario” (Errani V, Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni). Non so cosa vorrà o potrà proporre la Medicina Interna accademica su questo delicato ed inevitabile passaggio, considerando la sua storica idiosincrasia per tutto quello che è extraospedaliero.

L’anagrafe scientifica è fondamentale per definire il profilo del Docente MED/09; il Docente clinico (è il caso del MED/09) non fa solo ricerca, ma deve trasmettere allo studente la capacità di affrontare i problemi del malato: anamnesi, colloquio, esame obiettivo, uso delle tecnologie al letto del malato, cartella clinica informatizzata; non sono questi aspetti secondari del profilo del Docente universitario clinico.

Il COLMED/09 dovrebbe cercare di proporre anche questi fondamentali elementi di giudizio nell’anagrafe in modo che per il profilo del Docente MED/09 non si basi sugli stessi criteri del Docente del settore biologico (come in realtà è): troppi Docenti clinici hanno curricula prevalentemente biologici e non possono pertanto essere ritenuti buoni Docenti di medicina interna (e soprattutto di Geriatria) avendo praticato in modo generico, insufficiente e sporadico l’assistenza e la didattica.

Gianfranco Salvioli



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **European Academy for Medicine of Aging (EAMA)**

### Comunicazione da parte del Prof. Bernabei

Con la presente sono a chiederVi di segnalarmi (dead line 15 settembre 2010) qualche promettente ricercatore (accademico/IRCCS/ospedaliero) intorno ai 35 anni (e comunque che non superi i 45 anni) per la partecipazione ad una importante iniziativa organizzata dall'European Academy for Medicine of Aging (EAMA).

A partire dal prossimo gennaio 2011 l'EAMA ha in programmazione un corso che prevede 4 settimane di studio intensivo da svolgere nell'arco di due anni (ultima settimana di gennaio, ultima settimana di giugno).

Il corso, che si avvia a diventare un Master (in Francia è richiesto per intraprendere la carriera accademica), è rivolto a membri dei dipartimenti di geriatria, ad insegnanti universitari che vogliono intraprendere la carriera di geriatra, a ricercatori e a giovani universitari che lavorano in campi come medicina interna, biologia etc che comunque sono coinvolti nello studio dell'invecchiamento e nella cura delle persone anziane.

Il board è formato da C. Sieber (Germania), A. Benetos (Francia), R. Kressig (Svizzera), K. Pitkala (Finlandia), T. Van der Kammen (Olanda), T. Nikolaus (Germania) e da me.

Resto in attesa di Vostre indicazioni e di un breve CV che vi prego inoltrare a Gianna Fè ([giannafe@sigg.it](mailto:giannafe@sigg.it)). Prerequisito è la conoscenza dell'inglese. Fluente!

*Roberto Bernabei*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **BOLLETTINO NURSING**

### **Restare Accanto**

*Ermellina Zanetti*

Coordinatore Sezione Nursing SIGG

Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

*“Tempo fa mi è capitato di leggere la cartella clinica di una signora anziana, ricoverata nell’unità operativa di medicina per l’ennesimo episodio di insufficienza respiratoria acuta in paziente con esiti di mastectomia destra per adenocarcinoma e metastasi polmonari. La signora, come tanti vecchi, aveva una serie di patologie, accuratamente registrate nell’anamnesi e i suoi giorni di degenza erano dettagliatamente descritti nel diario medico e in quello infermieristico: i parametri vitali, la saturazione dell’ossigeno, lo stato di coscienza, regolarmente rilevati.*

*Le sue condizioni sono rapidamente peggiorate e nel diario medico dell’ultimo giorno compare l’informazione che la paziente, perfettamente lucida e consapevole, rifiuta di essere trasferita in terapia intensiva e di essere ventilata meccanicamente e che la sua volontà, considerata la terminalità delle condizioni cliniche, sarà rispettata. Nel diario infermieristico dello stesso giorno viene registrata l’informazione relativa alla criticità delle condizioni della paziente.*

*Dopo qualche ora, su entrambi i documenti, quella frase, che mi ha da sempre colpito, per la sua crudezza e la sua freddezza “si constata il decesso”.*

*E l’assenza, l’assenza di informazioni che potessero dar conto delle sfumature umane presenti in quella drammatica situazione: la signora era consapevole che il suo rifiuto alle cure intensive l’avrebbe condotta alla morte? Aveva paura? Poteva parlarne con qualcuno? E la sua famiglia, i suoi amici cosa ne pensavano? E i colleghi che le erano accanto, che si prendevano cura del suo corpo, che vigilavano sulle modificazioni dei riferimenti “biologici” cosa pensavano? Cosa sentivano?”(Iannelli, 2010)<sup>1</sup>*

Questo l’incipit di un percorso attivato dal Collegio infermieri della Provincia di Brescia per stimolare tra gli infermieri il dibattito sulle cure di fine vita.

Il momento della morte vede spesso la presenza dell’infermiere negli ambiti e nei luoghi più diversi: l’ospedale, la casa del paziente, la casa di riposo, l’hospice. Sappiamo come dobbiamo comportarci, quali procedure dobbiamo attuare, con quali colleghi collaborare, ma poco condivise sono le emozioni, i pensieri, i dubbi, che impregnano questo momento. Stare vicino, stare accanto è parte essenziale dell’assistenza infermieristica soprattutto quando l’altro vive il dolore, la sofferenza, l’angoscia. Ma stare accanto, esserci, non è indolore nemmeno per noi; emerge la difficoltà, il disagio, il “non trovare le parole”.

Non è stato facile convincere i colleghi ad abbandonare la sicurezza delle “cose che sono da fare” per raccontare dubbi, paure, sentimenti.

Nei contributi che seguono, e che con altri saranno oggetto di pubblicazione sulla rivista organo ufficiale del Collegio, l’esperienza faticosa del limite, del non “c’è più nulla da fare”, si trasforma in un’opportunità di crescita e di vicinanza che va oltre la dimensione professionale e rivela la ricchezza dello stare accanto, del rendere possibile anche un ultimo desiderio.

---

<sup>1</sup> Anna Maria Iannelli . Una premessa. *Tempo di Nursing* ; 57(1): in press



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **L'ultimo desiderio**

*Antonella Pastori<sup>2</sup>*

Azienda Ospedaliera “Spedali Civili” – Presidio Montichiari, Brescia

Era un paziente di 75 anni a cui era stato diagnosticato un tumore maligno con metastasi ossee. Era ricoverato da oltre 20 giorni. Le sue condizioni cliniche erano molto gravi e la prognosi era infausta.

Avevo conosciuto il paziente durante il primo ricovero in cui era stata riscontrata la patologia ed in quel periodo era stato molto difficile instaurare un rapporto con lui, in quanto si era chiuso “a riccio”.

A distanza di pochi mesi fu ricoverato per la seconda volta, le sue condizioni si erano molto aggravate: era in fase terminale.

Ogni giorno, entrando nella sua stanza, mi soffermavo a conversare con lui, si parlava di un po' di tutto, delle sue esperienze di vita, del suo stato di salute, della morte e da queste conversazioni mi accorgevo che ne ricavava beneficio: la sua ansia diminuiva. Era molto sereno, eravamo tutti molto sorpresi del suo modo di “vivere la malattia”: riusciva a vivere il tempo che gli rimaneva molto intensamente. Ogni volta che si entrava nella sua camera sapeva donare un sorriso faceva un complimento e si accorgeva dei piccoli dettagli; ad esempio, ricordo che un giorno notò i miei nuovi orecchini di perla.

Le sue condizioni cliniche peggioravano ogni giorno, si percepiva la sua sofferenza anche dal tono della sua voce.

I medici avevano prescritto di non farlo più alzare dal letto, poiché il rischio di fratture patologiche era molto elevato, gli somministravamo la morfina ad orario, ma ogni movimento gli provocava ormai molto dolore. La moglie era rimasta accanto a lui giorno e notte. Molto amorevolmente gli stava accanto e spesso gli teneva la mano. Ormai le ore erano contate ed anche il respiro era sempre più flebile.

Una mattina, dopo che io e una collega lo avevamo lavato e posizionato, ci chiese di essere messo in piedi.

Erano ormai giorni che era allettato ed avevamo l'ordine dei medici di muoverlo con la massima cautela per evitare fratture. Gli spiegammo che sarebbe stato molto doloroso ed anche molto rischioso, ma il suo sguardo era deciso e determinato, ci chiamò per nome e ci disse: “Vi prego voglio alzarmi, ho bisogno che mi aiutiate ad alzarmi, è il mio ultimo desiderio”; la sua voce era ferma, il suo sguardo era fisso su di noi, non era un'imposizione ma una preghiera, una richiesta di aiuto.

Quello sguardo mi colpì profondamente, avevo instaurato un bellissimo rapporto con il paziente basato sulla fiducia e sulla sincerità. Incrociai lo sguardo della collega, respirammo profondamente, sapevamo che era molto rischioso, la moglie era presente, lui continuava a guardarci, i suoi occhi così trasparenti imploravano un sì.

Acconsentimmo. I suoi occhi ci guardarono con gratitudine, ci sorrise, ci disse: “Grazie... sapevo di potermi fidare, sapevo che non mi avreste tradito”.

---

2 Antonella Pastori . L'ultimo desiderio. *Tempo di Nursing*; 57(1): in press





SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Forse quello era il suo ultimo giorno e se quello era il suo desiderio, sentivo che aiutarlo a realizzarlo, era la cosa giusta da fare. Con la massima cautela iniziammo a mobilitarlo come si muove un prezioso e fragile vaso di cristallo, avevo paura per lui, paura di fargli molto più male di quanto non ne avesse già. Nel suo sguardo c'era una luce, una grande emozione. Nessuna parola poteva essere opportuna in quel momento. Eravamo una al fianco destro ed una al fianco sinistro per sorreggerlo, una volta raggiunta la posizione eretta sorrise ad entrambe lasciò le nostre braccia, guardò la moglie che era di fronte a lui e la strinse a se abbracciandola intensamente con tutto l'amore possibile. Le lacrime scendevano dai suoi occhi, dagli occhi della moglie, da quelli della mia collega e dai miei. Non so quanto durò questo abbraccio, fu un momento molto intenso, molto emozionante. Poi guardò la moglie negli occhi e disse: "Grazie per tutto quello che hai fatto per me, grazie per tutti i giorni che mi sei stata vicina" In silenzio e con la massima cautela lo aiutammo a sedersi, perché le forze lo stavano abbandonando, e a rimettersi a letto. Ci ringraziò, e ci disse che era l'ultima cosa che desiderava fare e che ora era veramente sereno. Il giorno dopo ci lasciò. Non potrò mai dimenticare questo paziente: mi ha insegnato che ognuno di noi deve vivere come se ogni istante fosse l'ultimo e vivere come se non dovessimo morire mai.

## **Cosa ne sarà di lei**

*Adele Rovati*<sup>3</sup>

Demenza a corpi di Lewy: la diagnosi non è arrivata subito, ma dopo un paziente lavoro di incasellamento di sintomi e segni, ma, al contrario, la malattia è evoluta rapidamente.

### **Luglio 2002**

La prima caduta accidentale "importante" perché mette tutti in allarme. E' notte, ha necessità di andare in bagno, si alza come sempre e cade. Risultato: un grande spavento e una frattura di femore: "Come è successo?" "Non lo so, non trovavo il pavimento. Qualcuno l'ha spostato, forse la signora bionda" "?!?" e a seguire una serie di ipotesi e la mente che richiama alla memoria episodi liquidati come stranezze o banali dimenticanze: le luci accese di giorno, il pane dimenticato sul davanzale, la cucina in disordine (lei così precisa e ordinata), l'abbigliamento non sempre appropriato, i discorsi sempre più futili, lo stesso piatto -wuster in padella- cucinato per giorni e giorni (con i rimbrotti del marito e la gioia dei nipoti cui non dispiaceva affatto), qualche caduta accidentale senza conseguenze e con conseguenti esami del sangue, controllo pressione, ECG, visita dall'ortopedico, dal cardiologo.

Ha 70 anni Gemma e l'intervento conseguente alla frattura di femore riesce perfettamente, ma la ripresa è lentissima: dopo 5 giorni a letto sembra non ricordare come si cammina, la fisioterapista insiste, ma lei si distrae, piange, vuole la mamma... Le allucinazioni visive sono frequenti e la spaventano, a volte si rannicchia nel letto con gli occhi chiusi e non li riapre per ore. Un lungo periodo in riabilitazione e poi il ritorno a casa. La situazione di Gemma sembra migliorare, ma è solo per poco.

### **Aprile 2004**

Inesorabile la malattia erode la sua capacità di giudizio con conseguenze disastrose sulle sue capacità di gestire la casa e se stessa. Il marito ce la mette tutta per sostenerla, sostituirla, accudirla. La sorte le porta via anche lui: tumore del pancreas. I medici gli danno 6 mesi di vita, lui ne vive 9 con la tenacia e la determinazione di chi non sa, ma comprende, che tante cose sono "per l'ultima volta". Le sue montagne, la passione per la fotografia, l'amore per la moglie, i suoi nipoti, la sua famiglia. A 70 anni compiuti da pochi giorni, in una meravigliosa domenica di

---

<sup>3</sup> Adele Rovati . Cosa ne sarà di lei. *Tempo di Nursing* 57(1): in press



aprile, una di quelle in cui avrebbe chiesto alle figlie due o tre ore di libertà dalla cura/sorveglianza della moglie per salire sulle sue amate montagne, chiude per sempre i suoi occhi azzurri e curiosi. Il suo ultimo pensiero è per Gemma che mi affida perché da ora in poi, io figlia maggiore e per di più infermiera, ne abbia cura.

Non mi perdo d'animo, so muovermi in questo mondo sconosciuto ai più, ma per me fortunatamente noto nei suoi meccanismi e nelle sue regole: la ricerca di una badante, l'attivazione della fornitura dei pannoloni (la mamma dopo la morte di papà peggiora di giorno in giorno), l'adattamento della casa perché la mamma possa muoversi con sicurezza.

A giorni sereni si alternano giornate burrascose: la mamma accusa la badante di improbabili furti (il cappotto di seta, l'acqua della pentola). La televisione diventa una fonte di terribili allucinazioni, ogni lettera recapitata dal postino è una grave minaccia: è agitata, dorme poco e tutti i suoi tentativi di alzarsi da sola esitano in rovinose cadute. Diventiamo clienti fissi del pronto soccorso per radiografie di controllo e suture. E' necessario contenerla. Per me è uno smacco legare la mamma: ogni volta è un colpo al cuore.

### **Settembre 2005**

Lentamente, ma inesorabilmente perde la capacità di camminare. Solo pochi passi, sempre più incerti e confusi. Le sue giornate sono un alternarsi di letto e poltrona. Poi, terribile, compare la disfagia. Perde peso, i movimenti spontanei sono sempre più ridotti dalla malattia e dalla terapia per ridurre le frequenti e disturbanti allucinazioni. Si rende necessario intervenire per evitare le lesioni da decubito. Non mi perdo d'animo: fornitura di letto ospedaliero e materasso antidecubito per il letto e cuscino antidecubito per la poltrona. Insegno alla badante a mobilizzarla, a controllare almeno tre volte al giorno le zone a rischio. E' brava, Lucia, si alza anche di notte per mobilizzare la mamma, mette le crocette sull'apposito modulo e mi manda SMS per rassicurarmi che tutto è ok. Ma accade qualcosa di imprevisto: per una intera notte il materasso non funziona. Qualcuno ha erroneamente spento l'interruttore del compressore che immette aria nel materasso. Lucia non se ne accorge e il danno è fatto: compare una lesione da decubito. Era inevitabile. La mamma è magra, faticiamo ad alimentarla, ha già avuto una polmonite ab ingestis. Penso alla possibilità di inserire una PEG. Servirà, mi chiedo, a migliorare la sua situazione? Non voglio rispondere a questa domanda, per farlo dovrei pormi il problema della prognosi. Non me lo ero ancora posto. La necessità di organizzare l'assistenza giorno dopo giorno ha assorbito tutte le energie. O forse è solo paura di un pensiero che voglio ad ogni costo allontanare. Rimando. Pochi giorni, poi la situazione precipita. La collega del servizio di assistenza domiciliare che durante la settimana provvede alla medicazione delle lesioni da decubito (che nel frattempo sono diventate tre) consentendomi di lavorare, mi chiama allarmata. Nel posizionare dalla poltrona al letto Gemma per provvedere alla medicazione, è comparsa cianosi distale, il respiro è rantolante. Chiamo il 118 e mi precipito al Pronto soccorso: un tragitto di 15 lunghi minuti in cui la richiesta di mio padre "Prenditi cura della mamma" pesa come un macigno. Quel pensiero sul cosa ne sarà di lei si propone prepotente. Cosa accadrà adesso? Cosa devo dire, fare? Ho sentito dire tante volte alla mamma di fronte a situazioni disperate "Se sarò io così lasciatemi andare." Ricordo che dopo una visita alla sorella ricoverata in terapia intensiva era tornata a casa sconvolta: "Meglio morire in pace" ripeteva a tutti noi. E io a spiegare che dipende dalla prognosi: se è buona è necessario un intervento intensivo. E lei a ripetere "Meglio morire in santa pace!".

Certo è così, dipende dalla prognosi, mi ripeteva in quel tragitto che sembrava non finire mai. Che prognosi ha la mia mamma? Una malattia devastante, progressiva e irreversibile, per la quale non vi è cura, è disfagica, ha tre lesioni da decubito insorte nonostante la frequente mobilizzazione e che non danno segni di miglioramento...

Decido: chiederò che sia fatto tutto il necessario perché non soffra, ma niente accanimento.



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Arrivo. Mi fanno entrare nella saletta del Pronto soccorso dove quattro persone di verde vestite si danno un gran da fare attorno a lei che su quel lettino, pure lui rivestito di verde, sembra ancora più pallida, emaciata. Incrocio il suo sguardo: mi guarda. Ma come mamma sono giorni che non sembri guardare più nulla, mesi che non mi riconosci e mi chiami con tutti i nomi possibili (compreso quello del cane, Lily, che avevamo quand'ero bambina) e adesso mi guardi con due occhi imploranti!?! Cosa vuoi dirmi mamma, cosa vuoi che faccia, che dica a questi medici, infermieri che si stanno preoccupando di sostenere il tuo debole respiro?

Io che conosco la tua storia, a cui mi sei stata affidata da papà perché di te avessi cura, piccolo saldo di un grande debito di riconoscenza per avermi donata la vita, di fronte ai tuoi occhi sono smarrita. Taccio e lascio fare.

Dopo due ore, anch'io bardata di verde, ti sono accanto in terapia intensiva. E' un pulsare di suoni e di luci attorno a te. Non manca nulla: catetere venoso centrale, catetere vescicale, cardiomonitor, saturimetro. Non sei intubata, ma quasi nascosta da una maschera per l'ossigeno. Mi fissi con quegli occhi imploranti. Stai tranquilla mamma, stai tranquilla.

Dopo due giorni la situazione è stabile "Satura bene" dice il rianimatore e ti trasferisce in reparto. I tuoi occhi sono chiusi. Non li riaprirai mai più. Dieci lunghi giorni con accanto Lucia e le mie due sorelle, a turno, e altrettante notti con me. Un tempo sufficiente per pensare cosa ne sarà di te, cercando di non confondere la prognosi con la speranza. Ti idratano e ti nutrono con le infusioni: mal sopporti quel carico di liquidi. Ti scompensi con facilità. Prima un blocco renale, poi una grave tachiaritmia. Entri in coma. I medici mi comunicano che non ritengono opportuno intervenire con terapie aggressive, non le sopporteresti e non ti gioverebbero a nulla. Chiedo che ti siano risparmiate ulteriori sofferenze. Sono d'accordo. Pochi giorni, immobile in quel letto dove ti ho guardata a lungo: quante rughe su quel volto, su quella fronte dietro la quale chissà quali pensieri. Dove sei mamma? Mi sembri così lontana, inafferrabile, la tua vita in un flebile respiro. Poi più nulla.

*Un sincero ringraziamento al Presidente Dottor Stefano Bazzana, ai colleghi Consiglieri del Collegio Infermieri di Brescia e alla Dottoressa Anna Maria Iannelli coordinatore della commissione che cura la redazione della Rivista "Tempo di nursing" sulla quale i due articoli saranno pubblicati nel numero speciale dedicato alle cure di fine vita di prossima pubblicazione.*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Notizie dalle Sezioni Regionali**

### **Sezione Sicilia**

Si comunica che in data 9 Luglio 2010 si è riunito il Consiglio Direttivo della SIGG Sezione Sicilia per l'elezione delle cariche sociali valide per il triennio 2010-2013.

Sono presenti il Prof. Domenico Maugeri, Presidente uscente, il Prof. Giovanni Fradà, il Dott. Ferdinando D'Amico ed il Dott. Michele Trimarchi, quali consiglieri eletti, ed il Sig. Mosè Cirino Ossino quale eletto rappresentante Sezione Nursing.

Viene eletto all'unanimità per il prossimo triennio nella carica di Presidente il Prof. Giovanni Fradà, il quale accetta e designa quale Segretario per il medesimo periodo il Dott. Antonino Santangelo.

Si comunica alla Segreteria Nazionale per gli usi statuari.

Il Segretario

*Antonino Santangelo*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Notizie dai Soci**

### **STIMOLAZIONE MAGNETICA E MIGLIORAMENTO DEL LINGUAGGIO NEI PAZIENTI CON MALATTIA ALZHEIMER. UNA PRESTIGIOSA RIVISTA PUBBLICA I RISULTATI DI UNA RICERCA ITALIANA**

Un altro traguardo importante nella ricerca per l'intervento non farmacologico sui malati di Alzheimer è stato raggiunto in Italia: attraverso uno stimolatore magnetico accostato alla testa, è stato possibile migliorare il linguaggio di pazienti affetti da tale patologia. La sperimentazione italiana, di recente pubblicata sulla prestigiosa rivista *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, è stata condotta da ricercatori che operano presso l'IRCCS Centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli di Brescia e l'Università di Brescia. Nel corso di questo studio, che prevede l'impiego di una metodica innovativa e del tutto innocua che si avvale di onde elettromagnetiche, è stato possibile osservare un miglioramento dei problemi di linguaggio che affliggono pazienti con malattia di Alzheimer.

Durante questa ricerca i pazienti venivano sottoposti a stimolazione magnetica, in corrispondenza di un'area del cervello che governa diverse funzioni e tra queste la corretta comprensione di frasi (la corteccia prefrontale), ossia la parte più anteriore del cervello, dell'emisfero di sinistra. Lo studio ha dimostrato che l'applicazione di sedute ripetute di stimolazione magnetica migliora l'abilità di comprensione in pazienti con malattia di Alzheimer e che questo miglioramento si manteneva fino a tre mesi dall'inizio del trattamento.

La ricerca è tuttora in una fase sperimentale, ma questi dati appaiono interessanti e promettenti e aprono la strada a nuovi studi sugli effetti terapeutico-riabilitativi della stimolazione magnetica transcranica nei pazienti con malattia di Alzheimer.

*Orazio Zanetti*

### **EUROPEAN GERIATRIC MEDICINE (EGM)**

L'European Geriatric Medicine Society ha, da quest'anno, un suo organo ufficiale, rappresentato dalla rivista *European Geriatric Medicine* (EGM), che viene pubblicata da Elsevier.

Con sei numeri all'anno, EGM intende promuovere la cultura gerontologica e geriatrica in Europa, con articoli originali, revisioni, comunicazioni brevi, lettere, ecc. su tutti i temi centrali della disciplina, con estensione a campi affini (Medicina palliativa, Farmacologia, Gerotecnologia ed altri). La rivista servirà anche come vetrina e sede di dibattito per l'EUGMS.

I soci SIGG sono invitati a prendere visione del sito della rivista ([http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/)) e a sottoscrivere abbonamenti, individuali o istituzionali.

*Mauro Di Bari*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **Pubblicazioni dei Soci**

# High Plasma Levels of Vitamin E Forms and Reduced Alzheimer's Disease Risk in Advanced Age

Francesca Mangialasche, Miia Kivipelto, Patrizia Mecocci, Debora Rizzuto, Katie Palmer,  
Bengt Winblad and Laura Fratiglioni

Journal of Alzheimer's Disease 20 (2010) 1029-1037

*Chi desidera l'articolo in PDF può richiederlo alla Segreteria SIGG*



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

## **CONGRESSI E CONVEGNI**

Università degli Studi di Milano Fondazione IRCCS Ca' Granda  
**L'ANZIANO E LA CURA DELL'ANZIANO**  
*Milano 18 settembre 2010*

Responsabile Scientifico: Prof. Carlo Vergani  
Segreteria organizzativa: AIM Group Milano

Tel 0256601.1 Fax 0256609045

[www.aimgroip.eu/2010/geriatria](http://www.aimgroip.eu/2010/geriatria)

e-mail: [geriatria2010@aimgroup.eu](mailto:geriatria2010@aimgroup.eu)

Associazione Alzheimer Uniti Roma, Centro Alzheimer della Fondazione Roma,  
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Associazione italiana di Psicogeriatrics

### **ALZHEIMER XII: L'OGGI E IL DOMANI**

*Roma 20 settembre 2010*

Segreteria scientifica: Dott.ssa Federica Vitella, Dott.ssa M. Stefania Pinti

Tel/Fax: 06-588991 e-mail: [info@alzheimeruniti.it](mailto:info@alzheimeruniti.it)

Segreteria organizzativa: INFORMA Tel. 06 5758926

Associazione Italiana Psicogeriatrics

Università degli Studi di Perugia – Istituto di Gerontologia e Geriatrics

### **7TH ANNUAL MEETING “BRAIN AGING AND DEMENTIA” NUTRITION AND COGNITION**

*Perugia, September 30 – October 1, 2010*

Scientific Secretariat: Prof.ssa Patrizia Mecocci

Tel +390755783839 – Fax +390755733878 - [mecocci@unipg.it](mailto:mecocci@unipg.it)

Organizing Secretariat: Promo Leader Service Congressi – PLS Group

Tel +390552462201 – Fax +390552462270 - [aip@promoleader.com](mailto:aip@promoleader.com)

### **EUROPEAN UNION GERIATRIC MEDICINE SOCIETY/ EUGMS 6TH CONGRESS**

*Dublin, 29<sup>th</sup> September – 1<sup>st</sup> October 2010*

For general enquiries: Orla Cahalane Tel: +353 1 296 7250 - Fax: +353 1 296 8678

[orlac@conferencepartners.ie](mailto:orlac@conferencepartners.ie) - [www.conferencepartners.ie](http://www.conferencepartners.ie)

For scientific and abstract enquiries: Marian Hughes [marian.hughes@amnch.ie](mailto:marian.hughes@amnch.ie)

[www.eugms2010.org](http://www.eugms2010.org)

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

### **III Congresso Nazionale**

### **RIABILITAZIONE IN ETÀ GERIATRICA NELL'ERA DELLA PANDEMIA DELLA MULTIMORBILITÀ**

*Brescia 28-29 ottobre 2010*

Segreteria Organizzativa: Koinè eventi Brescia

tel. 030-2002844 - fax: 030-2096783

[info@koineeventi.com](mailto:info@koineeventi.com)



SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

Università degli Studi di Torino, Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista Torino,  
SIGG - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta, GPG - Gruppo Piemontese di Geriatria

**CRITICITÀ E PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE  
CARDIOVASCOLARI NELL'ANZIANO: L'IPERTENSIONE ARTERIOSA**

*Torino, 5 Novembre 2010*

Segreteria Organizzativa: Comunicare, Torino  
Tel. 0116604284 - [eventiculturasalute@gmail.com](mailto:eventiculturasalute@gmail.com)

**55° CONGRESSO NAZIONALE SIGG  
INVECCHIAMENTO E LONGEVITÀ: PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE?**

*Firenze, 30 novembre – 4 dicembre 2010*

**11° Corso per Infermieri**

**“Qualità, continuità e complessità nell’assistenza all’anziano”**

*Firenze 2-4 dicembre 2010*

**9° Corso di Riabilitazione**

**“La Riabilitazione nelle strutture residenziali”**

*Firenze 2-3 dicembre 2010*

**6° Corso per Psicologi**

**“Psicologia dell’invecchiamento: dalla valutazione all’intervento”**

*Firenze 2-3 dicembre 2010*

**5° Corso per Assistenti Sociali**

**“Risorse e potenzialità del Servizio Sociale per valorizzare capacità  
e responsabilità nel prendersi cura”**

*Firenze 2-3 dicembre 2010*

Segreteria Scientifica: SIGG -Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze  
Tel.055474330 – Fax 055461217 e-mail: [sigg@sigg.it](mailto:sigg@sigg.it) - [www.sigg.it](http://www.sigg.it)

Segreteria Organizzativa: [Pls group](http://Pls group) - [www.plsgroup.it](http://www.plsgroup.it)

Via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze

Tel: 0552462.428 Fax: 0552462.223

**IAGG – International Association of Gerontology and Geriatrics**

VII European Congress

**HEALTHY AND ACTIVE AGEING FOR ALL EUROPEANS “II”**

*Bologna, 14 - 17 aprile 2011*

Segreteria Organizzativa: [Pls group](http://Pls group)

Via della Mattonaia, 17 - 50121 Firenze

Tel: +39 055 2462.428 Fax: + 39 055 2462.223

[iagg@promoleader.com](http://iagg@promoleader.com) - [www.iaggbologna2011.com](http://www.iaggbologna2011.com)