

Newsletter AIP - 26 agosto 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

riprendiamo il lavoro con i ritmi consueti.

Inizio ricordando la frase che ha pronunciato Anthony Fauci al momento del suo ritiro dalla posizione attuale di capo del Sistema Sanitario americano. In USA non esiste il pensionamento obbligatorio; grazie a questa regola, Fauci ha potuto continuare a offrire il suo supporto alle decisioni governative. Da noi fortunatamente non vigono queste leggi sul pensionamento... avremmo le università piene di baroni 90enni bolsi e inutili! Fauci ha dichiarato: **“fino a che sono sano, e lo sono, fino a che sono pieno di energia, e lo sono, fino a che sono appassionato, e lo sono, voglio utilizzare la mia esperienza e la mia cultura per ispirare, se possibile, le giovani generazioni”**. Grazie, grande Maestro, anche per l'esempio che l'età non deve essere motivo per rinunciare a vivere per gli altri.

Un'ulteriore osservazione di scenario, preoccupata per alcuni eventi recenti: l'accordo della Regione Calabria per importare medici cubani e quello della Regione Veneto per utilizzare specializzandi del terzo anno in formazione all'università di Messina. Penso che non vi potrebbero essere esempi peggiori di gestione delle Sanità regionali. E il governo nazionale? Capisco che in questo momento il ministero pensi ai seggi, ma **è inaudita l'assoluta mancanza di guida strategica rispetto ai problemi del personale, iniziando dai medici**. Tra l'altro, Regione Veneto ha deciso di affidare la funzione di medici di famiglia alla guardia medica... perché non ci sono più medici di famiglia! Mi sembra un inizio catastrofico nella previsione delle Case di Comunità, che dovrebbero garantire una maggior vicinanza alle necessità dei cittadini, in particolare di quelli più fragili.

Qualcuno si è recentemente domandato se basteranno i soldi del PNRR per costruire una nuova Sanità territoriale. Mi sembra che prima ancora dei soldi manchi alle Regioni un minimo di progetto serio.

Alcuni spunti dalla letteratura, come di consueto.

Un editoriale di Rita Rubin su *JAMA* del 17 agosto sembra suonare campane a morto sull'**ipotesi amiloidea dell'Alzheimer**. Dopo il fallimento degli studi condotti in Colombia su una popolazione selezionata di portatori della mutazione P301L sul gene della presenilina 1 – che sviluppano un'alterazione cognitiva attorno ai 44 anni, trattata con l'anticorpo anti-amiloide crenezumab, l'autrice dell'editoriale ritiene sia necessario analizzare ipotesi diverse da quella della cascata di amiloide. Si ritorna alla discussione suscitata dall'aducanumab al momento della sua approvazione da parte di FDA: come è possibile una discrepanza così pesante tra i dati sperimentali e quelli clinici?

La nuova epidemia di Monkeypox desta qualche preoccupazione. Esiste un vaccino realmente efficace e disponibile su larga scala? Un recente release della città di New York ha riproposto **il problema delle disparità in medicina**; infatti, i cittadini neri hanno ricevuto un numero di vaccinazioni molto più basso rispetto al resto della popolazione a rischio. Si ripropone ancora una volta quanto accaduto con il Covid-19 e in passato anche con le terapie anti HIV. Perché la medicina

non riesce ad acquisire un prestigio sufficiente, in modo che tutti i cittadini vogliano (possano?) ricorrervi, indipendentemente dalla loro cultura o stato sociale?

Un articolo e il relativo editoriale di commento su *JAMA Internal Medicine* discute **l'importanza del controllo da remoto del paziente e delle relative problematiche cliniche, organizzative ed economiche**. Nei tempi lunghi potrebbero diventare tecnologie vincenti, in particolare nel controllo longitudinale dei malati cronici. Però per ottenere una diffusione realmente significativa è necessario, come indica l'articolo, aumentare le evidenze sui vantaggi clinici, ottimizzare i modelli organizzativi, e promuovere adeguati sistemi di pagamento. Qualcuno ci sta pensando seriamente anche in Italia di fronte alle attuali difficoltà organizzative e di personale nel garantire gli ammalati cronici? Come si potrebbe inserire il controllo da remoto nell'attuale sistema organizzato del nostro Paese? Le Case della Comunità potrebbero diventare il centro per il controllo?

JAMDA di agosto ritorna sul problema di cui ci siamo occupati degli apparecchi acustici attraverso una revisione sistematica della letteratura. Resta ancora molto da fare sul piano tecnico e clinico perché le persone affette da demenza che vivono nel territorio possano giovarsene in modo importante. Noi possiamo aggiungere che la problematica è presente anche nelle RSA, dove spesso non si dà sufficiente attenzione a questo problema perché... tanto non c'è più nulla da fare...! In questi giorni, a proposito degli apparecchi acustici, è giunta la notizia che la FDA ha aperto la porta a nuovi strumenti di minor costo, accessibili senza una prescrizione o un esame medico. Una decisione importante e utile; è però indispensabile evitare che questa libertà possa portare ad un abbassamento della qualità complessiva dell'azione contro la sordità delle persone anziane.

Il 17 agosto il *NYT* pubblica un articolo dal titolo significativo: **“Quanto a lungo gli USA continueranno a trascurare i loro caregiver?”**, nel quale si sostiene l'esigenza di un intervento del governo nazionale per remunerare il lavoro di assistenza che, secondo alcuni studi, coinvolgerebbe un cittadino americano su cinque. E da noi?

A seguire il consueto angolo di Mauro Colombo, preceduto da un forte ringraziamento, anche a nome di tanti suoi estimatori, perché il periodo feriale non gli ha impedito di continuare la nostra collaborazione. Di Mauro appezzo in particolare l'elasticità mentale, per cui passa dalla spiritualità al sonno con la naturalezza di chi conosce a fondo i problemi di cui scrive e, soprattutto, i bisogni reali degli ammalati:

“In una recente newsletter Trabucchi ha raccomandato la precisione fisiopatologica nella interpretazione delle problematiche geriatriche – e particolarmente psicogeriatriche – e delle relative prescrizioni farmacoterapeutiche. Con la melatonina il problema è travalicato, poiché viene spesso auto-prescritta, al punto che un articolo del 27 luglio nella serie JAMA “Notizie mediche e prospettive” è intitolato: “L'uso crescente della melatonina per l'insonnia solleva preoccupazioni” [#].

L'articolo raccoglie opinioni prevalentemente di pediatri, ma tra gli esperti intervistati è compreso anche un esponente della amministrazione dei veterani statunitensi. Negli gli adulti, tra il 1999-2000 ed il 2017-2018, l'uso della melatonina è cresciuto di 5 volte [da 0,4 a 2,1% della popolazione]; il giro d'affari è più che raddoppiato dal 2017 al 2020 [da \$339 a \$821]. Si prevede una ulteriore crescita del mercato da ora al 2026, spinto dall'aumento della popolazione anziana e sostenuto da un ritmo di vita frenetico, che comporta ansia e disturbi del sonno.

I principali motivi di preoccupazione dall'uso della melatonina fuori da una supervisione medica derivano da tempi e modi dell'impiego: assunzioni prolungate di dosi elevate [3–5 mg] possono condurre ad effetti avversi, soprattutto in assenza di conoscenze approfondite al riguardo. Il ruolo fisiologico della melatonina – secreta dall'epifisi – consiste nell'orientare verso il sonno l'organismo, attraverso la lenta crescita dei suoi livelli ematici che avviene nelle ore precedenti l'allettamento. La capacità di tale ormone di adattare i ritmi sonno-veglia circadiani lo rende utile per aiutare a superare le difficoltà conseguenti ai turni lavorativi

notturmi, od a viaggi che attraversano rapidamente parecchi fusi orari. Una severa condizione geriatrica per cui la melatonina è suggerita consiste nei disturbi del sonno a rapidi movimenti oculari (REM), durante i quali i pazienti “agiscono” i loro sogni, talvolta esitando in gesti violenti. Sul versante opposto dell’arco della vita – l’infanzia – vi sono indicazioni promettenti per curare con la melatonina i disturbi di attenzione/iperattività (ADHD). Quest’ultimo impiego viene suggerito da una linea guida pratica edita nel 2020 dalla Accademia Americana di Neurologia [§], insieme a quello nello spettro autistico in bambini ed adolescenti, dopo che gli approcci comportamentali non hanno sortito effetto, e tenuto conto delle possibili interazioni con eventuali ipnotici. Le linee guida pratiche 2017 [§] della Accademia Americana delle Medicina per il Sonno – presieduta dal geriatra di cui sopra – depongono contro il ricorso alla melatonina per gli adulti insonni o con difficoltà all’addormentamento. Peraltro, gli effetti della melatonina a quest’ultimo riguardo vengono riportati in letteratura come di breve durata e modesti: un accorciamento tra i 5 e gli 8 minuti nel tempo di addormentamento. Il geriatra interpellato sottolinea come non esista nessun ipnotico valido per assunzioni a lungo termine, nella quale si possono riscontrare effetti collaterali avversi per una serie di farmaci di ampio consumo: zolpidem, eszopiclone, zaleplon e zolpidem possono dare luogo a “comportamenti complessi”, quali guidare o camminare ancora dormendo.

Viceversa, un rischio insito nella melatonina sta nella sua diffusa percezione come “supplemento naturale”, o “vitamina”, tanto che addirittura viene spesso presentata come una caramella o come una gomma da masticare. Ma nei prodotti da banco – a buon prezzo – si possono trovare concentrazioni fino al 478% più alte di quanto dichiarato sulla confezione. La melatonina di solito è innocua e ben tollerata, ma talvolta può produrre cefalea, affaticabilità, instabilità, o sonnolenza diurna. Raramente, sono stati segnalati ridotta tolleranza al glucosio, rialzo pressorio e tachicardia in pazienti che assumevano contemporaneamente ipotensivi.

Visto che 1/3 degli adulti statunitensi – soprattutto tra gli anziani – soffrono di disturbi del sonno, gli esperti raccomandano le misure non farmacologiche, di cui parlano su un sito apposito.”

[§] Entrambe le linee guida sono liberamente reperibili in rete, sfruttando il collegamento presente nel testo di JAMA, anche liberamente fruibile.

[#] Kuehn B.M. (2022). Climbing Melatonin Use for Insomnia Raises Safety Concerns. JAMA, 328(7), 605–607. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11506>

Concludo questo numero con un’annotazione triste. **È morto il nostro caro collega Fernando Anzivino, persona che per molti anni ha vissuto intensamente la vita di AIP.** Lo ricordo primo Presidente regionale AIP dell’Emilia: generoso, coraggioso, mai rinunciatario. Ho pregato Maria Lia Lunardelli di stendere un breve ricordo del nostro collega: “Il giorno 23 agosto è venuto improvvisamente a mancare, all’età di 78 anni, il Dr. Fernando Anzivino, Geriatra molto noto in campo nazionale e soprattutto nella regione Emilia Romagna, dove ha svolto la sua lunga attività professionale. Uomo di elevata intelligenza e competenza ha lasciato ovunque sia stato il ricordo di una persona dalle grandi qualità professionali ed umane. Sin dagli anni ’90, ha svolto un ruolo di stimolo sulle istituzioni regionali promuovendo, insieme ad altri geriatri, il documento regionale di definizione dei requisiti specifici di accreditamento per le UU.OO. di Geriatria Ospedaliera per Acuti, licenziato dall’Agenzia Sanitaria Regionale nel 2009. A Ferrara, dove è stato Direttore dell’U.O. di Geriatria dell’Azienda Ospedaliera, ha istituito con lungimiranza la sezione di Ortogeriatrics tra le prime in Italia e, come Responsabile del Servizio Assistenza Anziani AUSL, ha costruito le basi del sistema integrato di continuità assistenziale tra ospedale e territorio che rappresenta tuttora la base del sistema della rete geriatrica locale. Ha partecipato sempre con impegno alle attività scientifiche delle principali Società geriatriche, ricoprendo anche la carica di Presidente Regionale AIP e SIGG, apportando importanti contributi intellettuali e operativi. È stato un appassionato innovatore e maestro di numerosi geriatri che in Emilia Romagna continuano il lavoro nel suo solco e lo ricordano con affetto e stima”.

Spero che la ripresa della vita lavorativa faccia ricordare a tutti **l’iscrizione all’AIP.** È sempre più necessaria per permetterci di continuare serenamente il nostro lavoro. Purtroppo, le

sponsorizzazioni non coprono i costi delle diverse attività congressuali, seminari, editoriali, ecc.; è quindi fondamentale il contributo degli iscritti. Solo questa newsletter non costa nulla, se non per l'opera preziosa della dottoressa Alice Negretti!

Riporto il programma delle **"50 sfumature di cura" di Treviso** (7-8 ottobre). Sarei davvero curioso di sapere quale interpretazione è stata data dai lettori al titolo del convegno: "Il paradiso può attendere"; è forse un augurio perché la vita degli ospiti delle RSA sia il più lunga possibile? Se qualche collega volesse inviarmi la sua interpretazione sarei lieto di pubblicarla nel prossimo bollettino. Così ritengo molto importante l'adesione ai gruppi di lavoro indicati dal programma, con contributi che derivano dalla grandissima esperienza della quale sono depositarie le nostre RSA.

Allego ancora una volta il programma del convegno nazionale AIP di Trieste **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"** (20-22 ottobre): vorremmo fosse un'occasione di presenza stabile delle problematiche psicogeriatriche nell'area dell'Alpe Adria, molto vivace sul piano culturale e delle innovazioni. Le iscrizioni sono aperte fino alla data dell'evento.

Nei prossimi giorni invieremo il programma dell'**Alzheimer Fest**, che si terrà a **Firenze dal 9 all'11 settembre**. Sarà un'esperienza formidabile: sottrarre la vita di chi soffre per una demenza dalle difficoltà quotidiane, per immergerla in un mondo onirico, pieno di stimoli e di speranze.

Un rinnovato augurio di buone vacanze e di impegno lavorativo

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste

20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

15:00-17:00 **Comunicazioni libere**
Premiazione delle migliori comunicazioni libere
Presiede: Marco Trabucchi (Brescia)

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

Presiedono: Giovanna Ferrandes (Genova),
Paolo Manganotti (Trieste)

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

19:00-19:30 **Cocktail di benvenuto**

SEDE

• 20 ottobre

Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 - Trieste

• 21/22 ottobre

Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - 34149 - Trieste

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

Presiedono: Bruno Giometto (Trento), Daniela Leotta (Torino),
Raffaella Rumiati (Trieste)

9:00-9:40 **Delirium e stroke: dalla fase acuta alla presa in carico
riabilitativa.**

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

9:40-10:20 **Epilessia post stroke**

Paolo Manganotti (Trieste)

10:20-10:40 **Coffee break**

10:40-11:20 **Salute vascolare, invecchiamento
cerebrale e demenze**

Giancarlo Logrosino (Bari)

11:20-12:00 **Demenza neurovascolare
il ruolo del neuroimaging**

Peter Kapeller (Villach)

12:00-12:30 **Discussione**

12:30-13:00 **Meet the expert**

Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer

Annachiara Cagnin (Padova)

Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

Presiedono: Antonio Cotroneo (Torino),
Pierluigi Dal Santo (Rovigo),
Renzo Rozzini (Brescia)

14:00-14:40 **Fragilità somatica e funzioni mentali: cosa ci insegna la geriatria?**

Giuseppe Bellelli (Monza)

14:40-15:20 **Brain e fattori di rischio cardiovascolari: effetti patologici sulle funzioni cognitive e comportamentali degli anziani**

Cristiano Donadio (Parigi)

15:20-15:40 **Coffee break**

15:40-16:20 **Cognitive training e trattamento del declino cognitivo**

Angelo Bianchetti (Brescia)

16:20-17:00 **Sarcopenia e funzione cognitiva: evidenze e possibili interventi**

Michela Zanetti (Trieste)

17:00-17:30 **Discussione**

17:30-18:00 **Meet the expert**

Agitazione psicomotoria e farmaci

Cinzia Omicciolo (Trieste)
Introduce: Albert March (Bolzano)

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle nuove farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

La depressione nella malattia di Alzheimer: quando e come trattarla?

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

- 20 ottobre
Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 – Trieste
- 21/22 ottobre
Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - Trieste

ECM

Verrà richiesta pratica di accreditamento ECM per le figure di Medico Chirurgo (tutte le specialità), Psicologo, Tecnico della Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Educatore Professionale.

ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)
A titolo gratuito
 - Non Socio AIP - € 80
 - Specializzando* - € 40
- *È richiesta l'attestazione di iscrizione alla Scuola di Specializzazione*

La quota di iscrizione include:

- partecipazione in presenza alle sessioni scientifiche
- accesso al questionario ECM
- materiale congressuale
- attestato di presenza
- cocktail di benvenuto e coffee break

INVIO ABSTRACT

In occasione dell'evento sarà possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali.

L'invio dei lavori dovrà avvenire **entro il 31 luglio 2022** inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com

- L'abstract, che dovrà avere un massimo di 5000 battute (spazi inclusi), dovrà riportare il nome degli autori e relative affiliazioni
- Dovrà essere suddiviso in: Obiettivo, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni
- La presentazione del lavoro è subordinata all'iscrizione congressuale.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MCI Italia | Florence office
via A. Scialoia, 52
50136 Firenze
tel. 055 9067473
florence@wearemci.com

Newsletter AIP - 19 agosto 2022

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

buona continuazione delle vacanze. Spero che abbiate trascorso il giorno delle ferie dell'imperatore Augusto (oppure della festa dell'Assunta) debitamente pensando agli impegni che ci aspettano, senza però essere dominati dall'ansia delle cose da fare, dal rifiuto di condizioni di lavoro scadenti, dalla mancanza di una visione del futuro.

Inizio i consueti commenti ad alcuni pezzi della letteratura clinico-scientifica con un editoriale pubblicato da *JAMA* del 18 luglio, nel quale si denuncia il fatto che **dopo la pandemia si è dedicata doverosa attenzione ai medici e agli infermieri, trascurando tutte le altre categorie coinvolte nel mondo della Sanità**, quali i nursing assistants (i nostri OSS), il personale addetto ai trasporti, gli amministrativi, ecc. Da noi non vi è stata un'adeguata attenzione nemmeno per medici e infermieri; è però importante il richiamo al benessere degli altri operatori, in linea con l'impegno di AIP a favore degli OSS. Rappresentano infatti l'ossatura di molti servizi che accompagnano le persone fragili 24 ore su 24, purtroppo spesso non valutati in maniera adeguata alla quantità e alla qualità del lavoro prestato. Il richiamo dell'importante rivista scientifica è uno stimolo perché come sistema delle cure dedichiamo maggiore impegno per migliorare le loro condizioni di lavoro e quindi la loro capacità di prestare assistenza. Nel programma del 23° Congresso nazionale AIP che si svolgerà nell'aprile prossimo a Firenze, è previsto un corso specificamente dedicato agli OSS, per rimarcare, anche in modo formale, la loro appartenenza a pieno titolo al complesso mondo delle cure.

Sempre nell'ambito delle problematiche dei servizi, *JAMDA* del 7 agosto riporta un dato interessante sull'**organizzazione del personale nelle RSA, correlata con il numero delle ospedalizzazioni e con l'accesso al Pronto Soccorso**. Mentre alcuni studi precedenti avevano dato indicazioni ambigue, questo riporta risultati definitivi riguardanti la correlazione non solo con il numero assoluto, ma anche con l'adeguatezza dei ricoveri. Il lavoro sostiene che il conto totale dei ricoveri ospedalieri non è una misura valida né utile, perché è necessario correlare l'organizzazione anche con i ricoveri mancati, che portano ad un peggioramento della salute dei residenti e che spesso non sono adeguatamente valutati nelle statistiche, anche perché di complessa rilevazione.

Sempre *JAMDA* di luglio pubblica una lettera di due studiosi di Singapore che ha un titolo autoesplicativo: "Le strutture di ricovero mirano ad una strategia zero Covid-19, mentre il resto della società si sta aprendo?". L'interrogativo manifesta l'incertezza degli autori attorno ad una tematica che è ancora molto viva anche in Italia; **le RSA continuano ad essere al centro di interventi di chiusura rigorosa, quando attorno a loro la nostra società sembra essersi perfino dimenticata della pandemia**. È un problema che non può essere affrontato con superficialità nelle due direzioni, quella verso un'apertura totale e quella verso una chiusura totale; ma, come sempre nella vita, le mediazioni basate sulla razionalità sono le più difficili da mettere in atto.

Nello stesso numero *JAMDA* pubblica una breve lettera che si inserisce sul tema trattato da Colombo nella scorsa newsletter, cioè **l'effetto positivo della spiritualità su alcuni risultati di salute**; in particolare ha permesso, secondo gli autori, di prevenire negli ospiti di strutture residenziali gli effetti negativi indotti dall'isolamento conseguente alla pandemia.

Lancet del 6 agosto pubblica un editoriale a firma di parlamentari e di medici inglesi nel quale si afferma che **i lavoratori della Sanità sono agenti di cambiamento e "curators of knowledge"**. Per raggiungere questo obiettivo devono essere formati attraverso "un modello di educazione professionale che riconosca il ruolo di leadership dei lavoratori della Sanità e l'esigenza di adottare approcci biopsicosociali di più ampia dimensione". Secondo l'editoriale un ruolo nuovo e più centrale degli operatori della Sanità sarebbe necessario anche per affrontare i problemi posti dallo scarso interesse dei giovani per queste professioni. Non so come poter tradurre "curators of knowledge", però il termine ha una forte risonanza...

Ritorno sul tema delle disparità e del loro ruolo negativo in medicina. *JAMA* del 7 luglio pubblica un lavoro nel quale si dimostra che l'effetto della pandemia ha avuto riflessi negativi sulla speranza di vita; però, è stato particolarmente incisivo in alcune minoranze razziali ed etniche. I dati presentano valori impressionanti e riportano al centro la discussione sull'importanza di una visione della salute che sappia collocare gli individui all'interno di dinamiche complesse, in grado di collegare gli eventi biologici con quelli psicosociali. **Il consueto angolo di Mauro Colombo** (io insisto nel chiamarlo talvolta "stanza", termine più adeguato all'importanza dei temi trattati) riportato di seguito, discute lo **stress post traumatico come fattore di rischio di alcune patologie**. Non c'è dubbio a questo proposito che le classi disagiate siano maggiormente esposte a sviluppare uno stress conseguente ad eventi che sono più frequenti in questi gruppi sociali.

JAMA del 3 agosto in un editoriale commenta positivamente **un memorandum del Presidente degli USA del 5 aprile, dedicato agli effetti a lungo termine del Covid-19**. Il documento presidenziale invita gli uffici del governo federale a dedicare specifica attenzione a tre gruppi particolarmente colpiti: quelli con long-covid e condizioni associate, quelli con problemi comportamentali provocati dal Covid-19, quelli che piangono per la morte dei propri cari, degli amici e dei vicini di casa. Purtroppo, commenta *JAMA*, oggi vi sono ancora gravi mancanze rispetto alla ricerca, all'inadeguatezza dei supporti diagnostici, alla realtà dei gravi problemi nell'accesso ai servizi.

The Economist del 13 agosto presenta un breve editoriale dal titolo molto significativo: **"An enormous new study vindicates Bowling Alone"**. Come forse i lettori ricorderanno, il libro di Robert Putnam pubblicato nel 2000 sosteneva che la costante erosione del capitale sociale avvenuta in America stava gravemente danneggiando l'America. Ora un nuovo grande studio di Harvard e di Stanford, pur con alcune precisazioni, avrebbe confermato l'assunto di Putnam, cioè che l'integrazione tra le classi sociali produce importanti vantaggi per il singolo e la comunità.

Ecco Mauro Colombo:

"Più volte le newsletter AIP hanno fatto riferimento alle gravi difficoltà che stanno affliggendo il mondo intero, talora intersecando direttamente la attività del personale sanitario. Il numero del 12 agosto, poi, nomina la malattia di Parkinson, sia pure "in negativo": il trattamento di ultra50enni diabetici con metformina, invece che con solfonilurea, non riduce l'incidenza della malattia di Parkinson – né del deterioramento cognitivo lieve – a differenza di quanto occorre per la demenza di Alzheimer e vascolare.

Lo sviluppo di malattia di Parkinson invece viene abbinato al disturbo da stress post-traumatico, in un articolo di JAMA [#], che riprende indicazioni sorte 40 anni fa, ma allora limitate prevalentemente alla popolazione maschile in cui il Parkinson era stato indagato solo in termini di prevalenza. Gli autori israeliani invece hanno compiuto una indagine retrospettiva longitudinale su una coorte seguita mediamente per 10 anni, riferita ad una dei 4 canali di assicurazione sanitaria obbligatoria. 8.336 soggetti bilanciati tra ambo i sessi, di $55,8 \pm 13,2$ anni al momento della diagnosi di disturbo da stress post-traumatico [effettuata nel periodo dal 2000 al 2015] sono stati abbinati a soggetti scevri da tale disturbo, con caratteristiche simili, per quanto i primi fossero più svantaggiati per stato socio-economico, abitudine al fumo, storia di sopravvivenza all'olocausto o ad attacchi terroristici, comorbidità generale o specifica per ipertensione arteriosa, depressione, emicrania, traumi cranici. A fine 2019, 1,9% dei 117 pazienti con disturbo da stress post-traumatico, contro lo 0,9% delle controparti, aveva sviluppato la malattia di Parkinson. Dopo aggiustamento statistico per i fattori di confondimento, il rapporto di rischio tra i due gruppi per lo sviluppo di malattia è di 1,48 [con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,1 e 1,99 ($p < 0,01$)]. Di fatto, tutta la significatività statistica è sostenuta dal sottogruppo dei maschi ultra72enni. I risultati vengono definiti esplicitamente come "robusti", resistendo a 5 livelli di analisi di sottogruppo, e sono coerenti con una indagine sui veterani statunitensi pubblicata nel 2020, mentre un lavoro pubblicato nel 2017 vide coinvolte particolarmente le femmine, a Taiwan. Per facilitare l'interpretazione della associazione individuata nello studio, viene avanzata l'ipotesi che la durata della condizione di stress favorisca la neurodegenerazione e l'accelerazione dell'invecchiamento e delle malattie ad esso collegate mediante un meccanismo ossidativo. Lo sbilanciamento pro/anti-ossidazione viene chiamato in causa anche per i disturbi del sonno che rientrano nello spettro clinico del disturbo da stress post-traumatico. In generale, gli stress emotivi e fisici possono implicare il rischio di malattia di Parkinson, in quanto associata a molteplici fattori di rischio ambientali, comportamentali e biologici. Più specificatamente, i disturbi di adattamento e la personalità ansiosa sono associati alla malattia di Parkinson. Nella introduzione, gli autori rimarkano la associazione tra disturbo da stress post-traumatico ed una congerie di patologie e comorbidità che spaziano dalle malattie cardio-cerebro-vascolari a dismetabolismi, fino alla osteoporosi. A livello planetario, 7 persone su 10 sono esposte a traumi, nel corso della loro vita, così che la prevalenza del disturbo da stress post-traumatico coinvolge quasi 1 persona su 25 – quasi 1 su 10 in Israele. Ma, a testimonianza delle incertezze che ancora circondano il rapporto causale tra ansia e stress con tale malattia, viene proposto anche un punto di vista ribaltato. Viene ricordato per un verso che depressione ed ansia possono figurare come sintomi prodromici del Parkinson, e che alcune problematiche genetiche riguardano il metabolismo della dopamina anche nel determinare chi è soggetto a sviluppare, e con quali sintomi. La conclusione dell'articolo propone la ipotesi – da verificare – che il disturbo da stress post-traumatico sia associato alla malattia di Parkinson, o ne costituisca un sintomo prodromico."

[#]Barer, Y., Chodick, G., Glaser Chodick, N., & Gurevich, T. (2022). Risk of Parkinson Disease Among Adults With vs Without Posttraumatic Stress Disorder. JAMA network open, 5(8), e2225445. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25445>

Allego a questa newsletter il primo annuncio di **"Il paradiso può attendere"**, titolo che è stato dato alla 4° edizione delle "50 sfumature di cura", l'ormai **tradizionale incontro sulle RSA** che si terrà a **Treviso il 7-8 ottobre**, organizzato da ISRAA e da AIP. Sono stati definiti alcuni argomenti particolarmente importanti, sui quali invitiamo chi è impegnato nella costruzione di futuro nelle RSA a inviare degli abstract (fino al 10 settembre), in modo che il convegno sia strutturato attorno ad alcune letture magistrali, ma soprattutto a contributi che descrivono le esperienze più significative.

Ricordo che **dal 20 al 22 ottobre** si terrà a **Trieste** il convegno nazionale AIP **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**, di cui allego il programma. Sul sito AIP www.psicogeriatría.it è possibile scaricare la scheda di iscrizione.

Segnalo infine che prosegue il servizio **“SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell’anziano”**, perché anche in questo periodo dell’anno è importante che i cittadini possano disporre di un punto di riferimento per essere aiutati ad affrontare difficoltà psicologiche e pratiche. In allegato la locandina.

Con viva stima e l’augurio di un lento, sereno ritorno alla normalità

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste

20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

15:00-17:00 **Comunicazioni libere**
Premiazione delle migliori comunicazioni libere
Presiede: Marco Trabucchi (Brescia)

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

Presiedono: Giovanna Ferrandes (Genova),
Paolo Manganotti (Trieste)

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

19:00-19:30 **Cocktail di benvenuto**

SEDE

• 20 ottobre

Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 - Trieste

• 21/22 ottobre

Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - 34149 - Trieste

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

Presiedono: Bruno Giometto (Trento), Daniela Leotta (Torino),
Raffaella Rumiati (Trieste)

9:00-9:40 **Delirium e stroke: dalla fase acuta alla presa in carico
riabilitativa.**

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

9:40-10:20 **Epilessia post stroke**

Paolo Manganotti (Trieste)

10:20-10:40 **Coffee break**

10:40-11:20 **Salute vascolare, invecchiamento
cerebrale e demenze**

Giancarlo Logrosino (Bari)

11:20-12:00 **Demenza neurovascolare
il ruolo del neuroimaging**

Peter Kapeller (Villach)

12:00-12:30 **Discussione**

12:30-13:00 **Meet the expert**

Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer

Annachiara Cagnin (Padova)

Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

Presiedono: Antonio Cotroneo (Torino),
Pierluigi Dal Santo (Rovigo),
Renzo Rozzini (Brescia)

14:00-14:40 **Fragilità somatica e funzioni mentali: cosa ci insegna la geriatria?**

Giuseppe Bellelli (Monza)

14:40-15:20 **Brain e fattori di rischio cardiovascolari: effetti patologici sulle funzioni cognitive e comportamentali degli anziani**

Cristiano Donadio (Parigi)

15:20-15:40 **Coffee break**

15:40-16:20 **Cognitive training e trattamento del declino cognitivo**

Angelo Bianchetti (Brescia)

16:20-17:00 **Sarcopenia e funzione cognitiva: evidenze e possibili interventi**

Michela Zanetti (Trieste)

17:00-17:30 **Discussione**

17:30-18:00 **Meet the expert**

Agitazione psicomotoria e farmaci

Cinzia Omicciolo (Trieste)
Introduce: Albert March (Bolzano)

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle nuove farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

La depressione nella malattia di Alzheimer: quando e come trattarla?

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

- 20 ottobre
Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 – Trieste
- 21/22 ottobre
Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - Trieste

ECM

Verrà richiesta pratica di accreditamento ECM per le figure di Medico Chirurgo (tutte le specialità), Psicologo, Tecnico della Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Educatore Professionale.

ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)
A titolo gratuito
 - Non Socio AIP - € 80
 - Specializzando* - € 40
- *È richiesta l'attestazione di iscrizione alla Scuola di Specializzazione*

La quota di iscrizione include:

- partecipazione in presenza alle sessioni scientifiche
- accesso al questionario ECM
- materiale congressuale
- attestato di presenza
- cocktail di benvenuto e coffee break

INVIO ABSTRACT

In occasione dell'evento sarà possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali.

L'invio dei lavori dovrà avvenire **entro il 31 luglio 2022** inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com

- L'abstract, che dovrà avere un massimo di 5000 battute (spazi inclusi), dovrà riportare il nome degli autori e relative affiliazioni
- Dovrà essere suddiviso in: Obiettivo, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni
- La presentazione del lavoro è subordinata all'iscrizione congressuale.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MCI Italia | Florence office
via A. Scialoia, 52
50136 Firenze
tel. 055 9067473
florence@wearemci.com

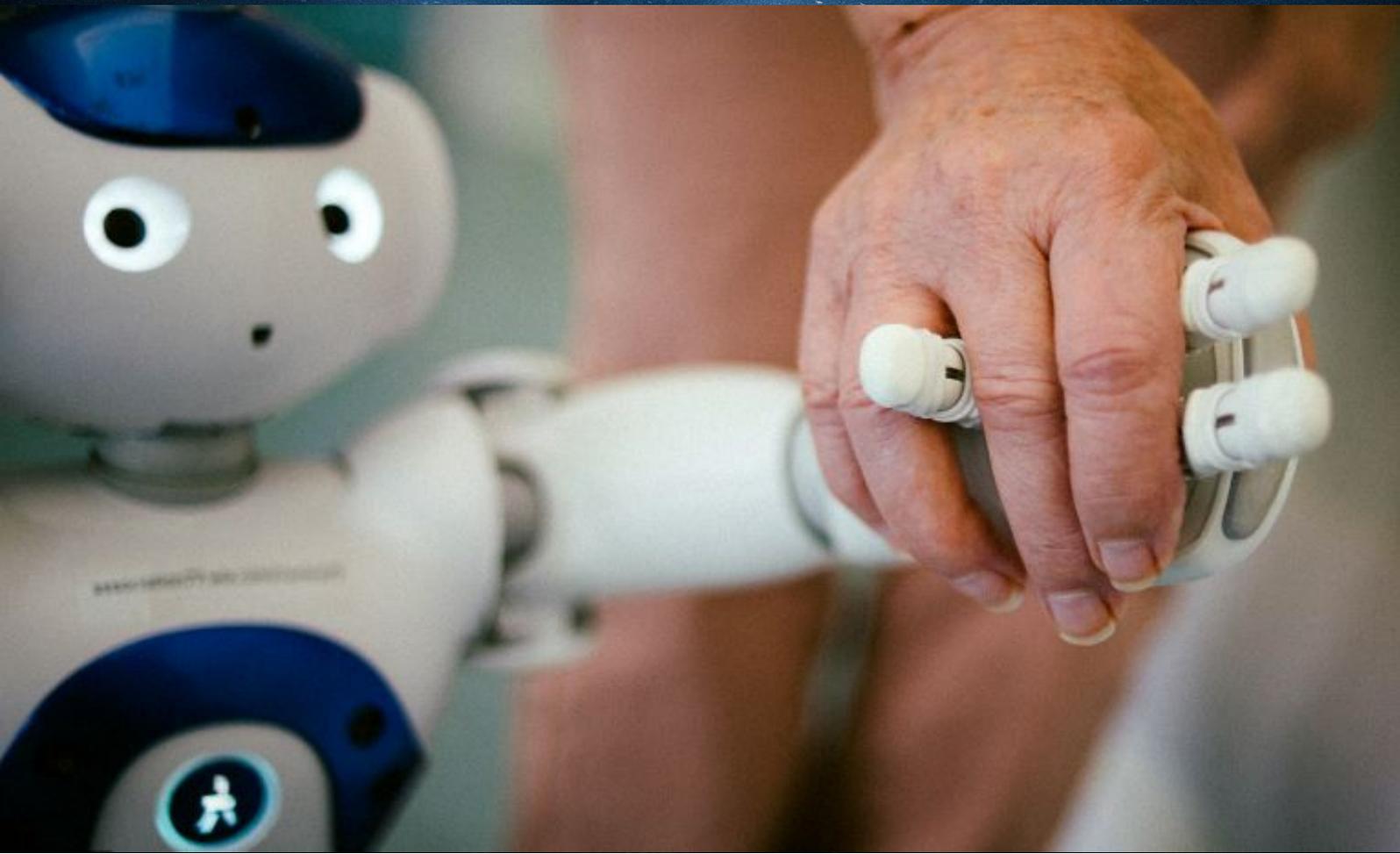
50 SFUMATURE DI CURA IL PARADISO PUÒ ATTENDERE

RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

CALL FOR PAPERS

7 - 8 OTTOBRE 2022

AUDITORIUM PROVINCIA DI TREVISO



Siamo immersi nei problemi e nessuno ci ascolta! Cosa facciamo?
Questa è la domanda che ci siamo posti quando abbiamo deciso di organizzare le 50 Sfumature di Cura, edizione 2022.

Sarebbe facile unirsi al coro dei lamenti, ma ancora una volta, con tanta pazienza e un infinito senso di responsabilità, ripartiamo da noi stessi cercando di ritrovare la nostra identità, migliorare la qualità dei servizi, provare ad immaginare un futuro nel quale è addirittura possibile ampliare il nostro impegno prendendo in considerazione, oltre alla residenzialità, anche il territorio, le comunità, per diventare approdo sicuro per le persone che invecchiando hanno bisogno di aiuto.

Ma nulla si può fare se non rimettiamo al centro il valore della cura, e di chi decide di fare della cura la propria professione. La centralità del capitale umano è oggi ancora più evidente, proprio oggi perché la carenza di queste figure enfatizza la loro essenzialità.

Ma nulla si può fare se non rimettiamo al centro la persona anziana e la sfida della sua qualità della vita di fronte al fine vita, alla demenza, alla solitudine, alla grave non autosufficienza.

Ma nulla si può fare se non studiamo un modo, il migliore, per ripensare al funzionamento dei servizi superando le lobby politiche e professionali, restituendo all'organizzazione un ruolo chiave per diventare tutti più bravi e più soddisfatti per il proprio lavoro, per il nostro lavoro.

Ci ritroviamo dunque, tutti assieme, portando i migliori contributi su questi temi e guardando con un occhio di riguardo al progresso tecnologico che può aiutare il nostro lavoro e allo stesso tempo la vita delle persone che invecchiano.

A presto, dunque, con un programma di lavori che vuole vederci tutti protagonisti, un modo per dare ragione ad un genio della parola che ricordava a tutti noi che la libertà è partecipazione.

Giorgio Pavan, Marco Trabucchi

CALL FOR PAPERS

“50 Sfumature di Cura 2022” è articolato in due giornate.

7 OTTOBRE - SIAMO ANCORA QUI

Il lavoro, che prevede momenti in plenaria con lectio magistralis ad invito, sono organizzati in due slot, uno al mattino ed uno al pomeriggio con tre sessioni parallele ciascuno, ognuna coordinata da un chairman esperto del settore.

MATTINA

1) LUOGHI DI VITA: FUNZIONALITÀ E BELLEZZA AIUTANO LA CURA

Le RSA come luoghi di vita, di lavoro, di relazione e di cura, in particolare dopo la pandemia, vanno ripensate sia nelle nuove realizzazioni che nella modifica di quelle esistenti. Raccogliamo in questa sezione gli studi, le esperienze, le realtà virtuose che possono guidarci nel cambiamento, che possono aiutarci a trovare soluzioni pratiche e a progettare il nostro futuro.

2) DIRITTO DI CITTADINANZA: RSA E COMUNITA'

Le RSA possono essere un punto di riferimento per una comunità? Possono diventare dei centri di servizi aperti ai cittadini che cercano una risposta ai propri bisogni, pur continuando a vivere a casa propria? Possiamo parlare di RSA come nuove "comunità nelle comunità"? In questa sezione raccogliamo esperienze e progetti che sono riusciti ad andare oltre il perimetro delle proprie mura, che hanno abbattuto gli steccati culturali, organizzativi, funzionali, diventando punto di riferimento nel dinamico interscambio dell'RSA con il territorio ed i cittadini.

3) LA MENTE SOLA: DEMENZE E PSICOPATOLOGIE

La tutela della salute mentale dei propri residenti si impone in modo rilevante a tutte le RSA: le demenze, le problematiche di natura psichiatrica, la solitudine... In questa sezione vogliamo raccogliere le ricerche, le esperienze, le soluzioni che hanno contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone che, in presenza di problematiche afferenti alla psiche, abitano nelle RSA.

POMERIGGIO

4) COVID-RESISTENTI: VIVERE E PREVENIRE

L'avventura del Covid, che ha trasformato le nostre vite e le vite di tanti anziani nelle RSA, continua ad essere presente nelle nostre realtà. Alla fase emergenziale di resistenza sta subentrando una nuova fase, dominata dalla forzata convivenza. In questa sezione vogliamo raccogliere gli insegnamenti, le traiettorie, le decisioni che le nostre organizzazioni hanno assunto o stanno assumendo: un modo per fare il punto sullo stato dell'arte e per darci una prospettiva per il prossimo futuro.

5) GUIDARE UNA RSA: LA SCIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE E LE STRATEGIE DI SOPRAVVIVENZA

Gli scenari di sofferenza legati alla precarietà economica, alle scarse risorse professionali presenti nel mercato del lavoro, alla proposta di un cambio di paradigma veicolato dal PNRR, all'assenza di una legge sulla non autosufficienza, chiede miracoli gestionali che rischiano, nella pratica quotidiana, di scaricarsi nella qualità della vita delle persone assistite e delle persone che assistono. Un dramma preannunciato da anni ed ancora irrisolto. In questa sessione vengono raccolte proposte, esperienze, modelli organizzativi che aiutano a mantenere la rotta in mare in piena tempesta.

6) OSS, INFERMIERI E PROFESSIONISTI DELLA CURA IN RSA: PERCHÉ CONTINUARE A FARE QUESTO LAVORO?

La crisi della vocazione per i lavori di assistenza e di cura alla persona è una realtà evidente a tutti. Vale allora la pena chiederci perché questo lavoro interessi sempre meno e che cosa sia necessario fare per rimettere al centro l'interesse per la salute e la qualità di vita dell'anziano. Raccogliamo in questa sessione le riflessioni e le proposte che possono aiutare questo percorso di ricostruzione valoriale, a partire dai percorsi scolastici e accademici, alla formazione e alla supervisione continua dei lavoratori.

Vi invitiamo a proporre, in riferimento a queste aree tematiche, le vostre esperienze, gli interventi realizzati, i progetti di sviluppo e le riflessioni che possono contribuire al miglioramento del nostro sistema. Il comitato scientifico sceglierà i 4 contributi più significativi per ciascun tema. Sarà inoltre prevista un'area poster per poter esporre tutti i contributi pervenuti affinché lo stimolo al miglioramento sia il più completo possibile.

Per proporre la vostra candidatura, vi preghiamo di inviare un abstract di max 5000 battute all'indirizzo 50sfumaturedicura@israa.it indicando autori, struttura di appartenenza e area tematica scelta, **entro il 10 settembre 2022**.

8 OTTOBRE - TRASFORMAZIONE DIGITALE DELL'ASSISTENZA

In questa seconda giornata, gli interventi, ad invito, cercheranno di esplorare il futuro, di scrutare nuovi orizzonti incrociando il tema della cura, dell'autonomia, della qualità della vita delle persone anziane con il tema della rivoluzione tecnologica.

Anche in questo caso ci saranno tre sessioni parallele:

- **L'AUTONOMIA A CASA PROPRIA: IL CONTRIBUTO DELLA TECNOLOGIA**
 - Interventi quadro e casi studio
- **SAD 2.0, VERSO L'HYBRID CARE**
 - Interventi quadro e casi studio
- **RSA, EVOLUZIONE TECNOLOGICA E PROCESSI ASSISTENZIALI**
 - Interventi quadro e casi studio

A breve il programma completo.

Comitato organizzatore: **Laura Lionetti**
Giorgio Pavan
Gigliola Scattolin
Marco Trabucchi

Comitato scientifico: **Rabih Chattat**
Antonio Guaita
Silvia Vettor
Oscar Zanutto



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

Newsletter AIP - 12 agosto 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

inizio questa comunicazione paraferriagostana con un ringraziamento alla dottoressa Alice Negretti, segretaria dell'AIP, che ha deciso di predisporre personalmente l'invio della newsletter di questa e della prossima settimana, sacrificando tempo di ferie. Anche Mauro Colombo merita grande gratitudine; nella sua generosità non ha voluto lasciare vuoto l'"angolo", affrontando una tematica troppo spesso trascurata, quella della spiritualità in medicina.

Unisco a questi ringraziamenti quelli rivolti ai lettori che ci seguono, sia chi troverà qualche minuto nel corso del lavoro di cura, in questi tempi particolarmente faticosi, sia quelli che al mare o in montagna apriranno il cell per leggerci.

Negli ultimi mesi sono stati pubblicati alcuni lavori significativi sui fattori di rischio delle demenze in generale e dell'Alzheimer in particolare. Ne discuto perché allargano la nostra attenzione su situazioni che sono a rischio e che rientrano tra quelle che potrebbero essere evitate con significativi vantaggi per prevenire compromissioni cognitive o rallentare la comparsa.

Lancet Public Health di gennaio aveva pubblicato un editoriale molto preoccupato sull'evoluzione della prevalenza di demenza al 2050. Come scritto in altra newsletter, non ritengo realistico un riferimento così lontano (il numero delle persone colpite passerebbe da 57.4 milioni nel 2019 a 152.8 nel 2050, più della metà dei quali vivrebbe in Paesi ad alto livello di sviluppo), però costituisce un forte richiamo alle popolazioni perché le previsioni possano essere smentite attraverso precise scelte dei singoli cittadini e provvedimenti di salute pubblica. Sullo stesso argomento si sofferma un editoriale su *BMJ* di giugno, che si conclude così: **"Promuovere gli stili di vita sani può aumentare gli anni di vita senza malattia, attraverso il ritardo della comparsa dei sintomi senza aumentare gli anni spesi con la demenza"**. Non voglio esprimere un atteggiamento pessimista, però da quanto tempo sentiamo questi messaggi, con pochissime ricadute concrete! Anche la riduzione dell'incidenza verificatasi per i nati di inizio secolo nelle decadi che si susseguono non è stata indotta da specifiche progettualità, ma da un miglioramento generale della qualità della vita, attribuibile all'organizzazione complessiva della società.

Nonostante questo pessimismo, che però spero di poter cancellare nei prossimi anni quando la situazione sarà cambiata, ritengo importante continuare ad analizzare, come abbiamo fatto anche nelle newsletter precedenti, le diverse proposte che vengono indicate dalla letteratura scientifica; è importante osservare lo scenario complessivo, per aver modo di valorizzare in particolare le indicazioni che sembrano essere supportate da dati più convincenti. Con un'attenzione suppletiva alla correttezza dei risultati e alla loro credibilità; recentemente, infatti, sono stati messi in luce alcuni dati riportati in letteratura che non sarebbero veri. La competizione attorno al tema demenze è così accentuata, e quindi esposta al rischio di "scorciatoie", che è doveroso vigilare rispetto alla possibilità che compaiano osservazioni non vere e dati manipolati.

Il *BMJ* di aprile pubblica **dati importanti sullo sviluppo di multimorbilità in età adulta e il rischio di demenza**. La correlazione si indebolisce con il progredire dell'età di comparsa della comorbilità.

Confrontandoli con persone prive di patologie croniche, i soggetti con tre o più condizioni croniche hanno un rischio di demenza superiore di 5 volte. È interessante a questo proposito comprendere se nell'ambito delle diverse manifestazioni cliniche vi sono condizioni direttamente collegate con la comparsa di demenza; è però certo che si esercita anche un effetto cumulativo. Una spiegazione potrebbe essere la comparsa di infiammazione cronica o l'azione dei farmaci che interagiscono tra loro, con effetti sulle dinamiche neuronali. È possibile che la multimorbilità induca una situazione di fragilità biologica, che predispone, attraverso meccanismi ancora non definiti, alla comparsa di demenza.

Sul tema della **riduzione del rischio della comparsa di Alzheimer**, *JAMA Neurology* di giugno riporta dati interessanti sul fatto che **le strategie di riduzione sono più efficaci se condotte in gruppi sociali ad alto rischio**. Ad esempio, il rischio indotto dai ben noti 8 fattori di rischio più importanti era più rilevante nella popolazione nera e negli ispanici rispetto agli individui di origine asiatica o bianchi. Così anche i vantaggi di una prevenzione mirata sono più evidenti. I dati però non indicano a quale livello è opportuno condurre gli interventi di prevenzione.

Neurology in un articolo in via di pubblicazione discute il rischio di demenza indotto da malattie di fegato non di origine alcolica, concludendo che si tratta di un'associazione debole, che però è più accentuata in presenza di patologie cardiovascolari. Il dato ritorna sul problema della multipatologia e sull'effetto moltiplicativo esercitato dalla compresenza di più fattori di rischio. Sempre alla ricerca di possibili fattori che accelerano il declino cognitivo, è stato valutato il ruolo del latte intero, identificando la possibilità che la copresenza di malattie cardiovascolari possa portare ad una correlazione.

In un preprint di *medRxiv* è riportato uno studio condotto su oltre 100.000 cittadini di 50 anni e oltre, portatori di diabete, nel quale si dimostra che **chi è trattato con metformina ha una riduzione di circa il 20% del rischio di demenza in confronto con gli utilizzatori delle sulfaniluree**. Il dato si riproduce nella demenza di Alzheimer e nella forma vascolare, ma non riguarda il Mild Cognitive Impairment e la malattia di Parkinson. L'osservazione è particolarmente interessante perché contribuisce alla vivace discussione sull'effetto protettivo della metformina nella demenza, anche nella prospettiva di utilizzare la molecola come farmaco, indipendentemente dell'azione antidiabetica.

Un aspetto non secondario che afferisce al problema dell'epidemiologia della demenza riguarda **le conseguenze della malattia su ambiti di salute non direttamente collegati con la comparsa di disturbi cognitivi**. Ad esempio, è stato dimostrato che le persone affette da demenza hanno un rischio di sei volte superiore di morire dopo una frattura di femore; inoltre, la percentuale di persone che non sono in grado di camminare 4 mesi dopo un intervento ortopedico all'anca è doppia in chi soffre per una demenza. Non è ancora chiaro quali siano le determinanti di questa vulnerabilità, che può essere attribuibile a difficoltà nella riabilitazione (rifiuto degli interventi, deficit di memoria, ecc.), ma anche a fattori biologici intrinseci. Un commento: dobbiamo essere orgogliosi dei progressi recenti della medicina, ma anche consci di quanti siano ancora i deficit di conoscenza sulle dinamiche della vita nella loro complessità.

Riporto il consueto contributo di Mauro Colombo che suggerisce attenzione per problematiche che non sempre mettiamo al centro della nostra azione clinica:

“Nella newsletter del 5 agosto sono presenti due indicazioni importanti per orientare i professionisti della salute: l'attenzione ad inclinazioni di fondo nei nostri assistiti [ottimismo associato a salute e longevità], e la tutela del “valore della scienza come premessa della clinica” [la dichiarazione di Kamran Abbasi (editor in chief di *British Medical Journal*)]. Un articolo appena pubblicato su *JAMA* secondo me richiama in qualche modo – sia pure indirettamente – entrambi questi punti: il titolo – tradotto – recita “la spiritualità nelle

malattie severe e nella salute” [#]. Tale “comunicazione speciale” è corredata da ampio materiale supplementare: il tutto è liberamente accessibile in rete. Per stare al primo dei due ambiti, del termine “spiritualità” vengono fornite, evidenziate in un riquadro, varie definizioni, che si estendono dalle accezioni più consuete – ispirate alle varie forme di religione – a quelle correnti, “laiche”. Il richiamo al “valore della scienza come premessa della clinica” [nonché alla politica sanitaria, come indicato nei termini con cui si conclude il titolo] lo trovo nella metodologia severissima con cui è stata effettuata la rassegna della letteratura apparsa tra il gennaio 2000 e l’aprile 2022. La sequenza delle azioni intraprese viene descritta dettagliatamente nel testo, e visualizzata in figure e diagrammi. La analisi qualitativa tematica è stata integrata da un supplemento di analisi statistica inferenziale, finalizzata ad una sorta di “controllo di qualità”. Dapprima sono stati adoperati i criteri della Cochrane Collaboration per una scrematura iniziale, selezionando gli articoli secondo rigidi criteri di inclusione ed esclusione: rispetto al rapporto tra spiritualità e malattie severe, si è passati da 8.946 a 371 articoli, mentre riguardo al rapporto fra spiritualità ed esiti in salute da 6.485 a 215 lavori. Sulla letteratura che aveva superato tale filtro, è stata impiegata la metodologia di consenso “Delphi”. Gli esperti sono convenuti su 8 dichiarazioni pertinenti alle malattie gravi ed altrettante 8 riguardanti gli esiti in salute, elencati in ordine decrescente di consenso. Da tali elenchi paralleli sono state derivate 3 indicazioni per ciascuno dei 2 ambiti di rapporto della spiritualità.

- A) Le implicazioni suggerite riguardo alle malattie gravi, in ordine di rilievo decrescente, erano:
1. Incorporare ordinariamente la cura spirituale nelle cure mediche di pazienti con malattia grave;
 2. Includere l'educazione alla cura spirituale nella formazione di tutti i membri dell'équipe sanitaria interdisciplinare che si occupa di malati gravi;
 3. Includere professionisti specializzati nell'assistenza spirituale (p. es., cappellani) nella cura di pazienti con malattie gravi.
- B) Le implicazioni suggerite riguardo agli esiti in salute, in ordine di rilievo decrescente, erano:
1. Incorporare approcci centrati sul paziente e basati su prove scientifiche in merito alle associazioni benefiche tra partecipazione alle comunità religiose/spirituali e miglioramenti nell'assistenza medica e nella salute della popolazione;
 2. Aumentare la consapevolezza tra i professionisti della salute pubblica della valenza scientifica dell'effetto protettivo della partecipazione alle comunità religiose/spirituali;
 3. Riconoscere la spiritualità come fattore sociale associato alla salute nella ricerca, nella osservazione delle comunità, e nella applicazione di programmi.

Alcune considerazioni di commento, derivate dalla discussione:

Sull’argomento A), vale la pena ricordare che tenere in considerazione gli aspetti spirituali incide sulle decisioni condivise di cura, portando ad elevare la qualità della vita sia dei pazienti che dei loro familiari, a patto che vengano riconosciute e rispettate situazioni “rischiose” – come può accadere nel caso di precedenti esperienze negative con la spiritualità.

Sull’argomento B) si riporta una minore mortalità collegata alla adesione alla spiritualità, addirittura secondo una modalità “dose/risposta”; vi è consenso anche su altri esiti sanitari favorevoli, in termini di salute mentale, depressione/benessere [anche riducendo comportamenti rischiosi – con particolare vantaggio per i pazienti più giovani]. Nonostante la impossibilità di stabilire relazioni causali tra spiritualità ed esiti in salute, il ricorso a specifiche metodiche statistiche [basate sul “valore E”] abbatte sensibilmente la probabilità di una associazione casuale.

Considerazioni comuni ad entrambi gli ambiti sottolineano l’importanza della educazione formale della spiritualità – a prescindere dall’orientamento “religioso” piuttosto che “laico” – per i sanitari, visto che la formazione specifica è il predittore più forte della applicazione della spiritualità nella pratica clinica ed assistenziale, senza obbligare i professionisti a condividere i medesimi orientamenti dei loro pazienti. Sarebbero sufficienti corsi brevi per arrivare ad introdurre sistematicamente una “anamnesi spirituale” mediante domande standardizzate, quali “la spiritualità/la fede è importante nella considerazione che lei ha della sua salute/malattia?”, oppure “Ha o vorrebbe avere qualcuno con cui parlare di questioni spirituali o di fede?”. Eppure, la maggior parte dei clinici non ha ricevuto nessuna educazione del genere.

Una conclusione dello scrivente: includendomi – ahimè – nell’ampio novero di chi è rimasto digiuno di una simile formazione, pur senza avere trovato nell’articolo un riferimento esplicito alle strutture per anziani, immagino quanto sarebbe importante una diffusa estensione in tali ambiti di simili cultura e prassi.

[#]Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauer, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>

In questo tempo di crisi politica, incentrato sulle frivolezze invece che sui programmi, non si sente più parlare di Covid-19. Attualmente anche la pressione sugli ospedali sembra in via di riduzione e quindi pochi pensano al futuro. Però Fauci sta lanciando nuovi inviti all'attenzione e alle possibili difficoltà in arrivo con la stagione fredda. Intanto ci consoliamo con la constatazione che la variante Omicron è meno letale della Delta, come discusso sul *BMJ* del 2 agosto, nel quale vi è un pressante appello alle autorità governative perché sviluppino modelli integrati di sorveglianza molecolare, di raccolta di dati demografici, epidemiologici e clinici. Solo così saranno possibili ricerche mirate e tempestive in risposta al variare dei problemi che vengono ripetutamente sottoposti alle comunità dal Covid-19 e dalla sua mutevole presenza. Fauci ha anche dichiarato che non andrà in pensione: un grande insegnamento per gli anziani che vogliono rinunciare a lavorare per se stessi e per la comunità.

Recentemente si è discusso attorno all'affievolirsi dell'attenzione mondiale verso l'invasione dell'Ucraina. **Massimo Recalcati, grande interprete del nostro tempo, ha scritto: "Assuefazione diviene sinonimo di assimilazione";** il carattere indigeribile della guerra viene rimosso, rendendo la guerra parte del nuovo paesaggio dell'Europa. Sembrerebbe impossibile, ma è proprio quello che sta accadendo. Del resto, in pagine divenute giustamente celebri, Primo Levi, parlando della tragedia della vita nei campi di sterminio, ha mostrato quanto la spinta dell'umano all'adattamento in condizioni di vita inverosimili possa raggiungere vertici tenebrosi". Non voglio trarre similitudini scorrette, ma spesso mi sono posto il compito di capire la vita intima di operatori che lavorano per assistere nostri concittadini in condizioni di salute spesso drammatiche. Come è possibile resistere alla tentazione dell'assimilazione, come scrive Recalcati, conservando spazio per la tenerezza, che può essere esercitata solo attraverso la conoscenza intima, senza fine, dell'oggetto delle nostre cure, la persona che soffre?

Concludo questa edizione ferragostana con un rinnovato augurio e con alcune indicazioni:

- **Ricordo l'iscrizione all'AIP come strumento essenziale di supporto al nostro lavoro.** Indicazioni dettagliate per provvedere all'iscrizione o al rinnovo sono riportate nel documento allegato.
- Allego il programma del convegno nazionale AIP di Trieste **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**, ricordando che le iscrizioni sono aperte fino alla data dell'evento. Abbiamo ricevuto 30 comunicazioni libere, che verranno presentate prima dell'inaugurazione, nel pomeriggio di giovedì 20 ottobre.
- Allego anche l'annuncio del convegno di Padova del 15 novembre, la **5° Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano.**
- Infine, ricordo che **è sempre attivo il nostro numero verde "SoloLine"**, del quale accludo la locandina per facilitare eventuali interessati al collegamento. Nei mesi estivi la solitudine è un accompagnamento doloroso della vita di molti anziani; disporre quindi di un punto di riferimento, anche se solo telefonico, può essere di aiuto, considerando, in particolare, che il servizio è assicurato da esperti professionisti, gli psicologi iscritti all'AIP.

Con viva cordialità

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

COME EFFETTUARE L'ISCRIZIONE ALL'AIP

- Accedere al sito www.psicogeriatra.it e cliccare, in homepage, la voce "Iscriviti".
- Compilare la scheda anagrafica in ogni sua parte e validare i dati; al termine dell'operazione il sistema invierà al nuovo iscritto una mail automatica riportando le credenziali di accesso, necessarie per accedere all'area riservata (per eventualmente modificare i dati, effettuare il pagamento online, consultare il materiale presente sul sito).
- Per completare l'iscrizione è necessario provvedere al pagamento della quota associativa, possibile attraverso due modalità:

Carta di Credito (PayPal),

accedere al sito www.psicogeriatra.it e cliccare, in homepage, la voce "Iscriviti". In alto a destra, cliccare la voce "Login" e inserire le credenziali per accedere all'account. Cliccare "Accedi", poi "Acquisto quote" e seguire la procedura indicata.

Bonifico bancario,

intestato a: Associazione Italiana di Psicogeriatra

IBAN: IT 03 D 05034 11200 0000 0000 4248

Banco BPM

via Gramsci, 12 – 25121, Brescia

Importante: nella causale specificare nome, cognome dell'iscritto e anno relativo al rinnovo della quota associativa.

COME EFFETTUARE IL RINNOVO DELL'ISCRIZIONE ALL'AIP

- Accedere al sito www.psicogeriatra.it e cliccare, in homepage, la voce "Iscriviti".
- In alto a destra, cliccare la voce "Login" e inserire le credenziali per accedere all'account.
- Cliccare "Accedi", poi "Acquisto quote" e seguire la procedura indicata.

QUOTE ASSOCIATIVE 2022

- Quota base: euro 70,00
- Quota under35: euro 50,00
- Quota specializzandi: gratuita
- Quota soci sostenitori: euro 100,00
- Abbonamento alla rivista Psicogeriatra 2022 (cartacea): euro 30,00



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste

20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

15:00-17:00 **Comunicazioni libere**
Premiazione delle migliori comunicazioni libere
Presiede: Marco Trabucchi (Brescia)

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

Presiedono: Giovanna Ferrandes (Genova),
Paolo Manganotti (Trieste)

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

19:00-19:30 **Cocktail di benvenuto**

SEDE

• 20 ottobre

Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 - Trieste

• 21/22 ottobre

Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - 34149 - Trieste

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

Presiedono: Bruno Giometto (Trento), Daniela Leotta (Torino),
Raffaella Rumiati (Trieste)

9:00-9:40 **Delirium e stroke: dalla fase acuta alla presa in carico
riabilitativa.**

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

9:40-10:20 **Epilessia post stroke**

Paolo Manganotti (Trieste)

10:20-10:40 **Coffee break**

10:40-11:20 **Salute vascolare, invecchiamento
cerebrale e demenze**

Giancarlo Logrosino (Bari)

11:20-12:00 **Demenza neurovascolare
il ruolo del neuroimaging**

Peter Kapeller (Villach)

12:00-12:30 **Discussione**

12:30-13:00 **Meet the expert**

Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer

Annachiara Cagnin (Padova)

Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

Presiedono: Antonio Cotroneo (Torino),
Pierluigi Dal Santo (Rovigo),
Renzo Rozzini (Brescia)

14:00-14:40 **Fragilità somatica e funzioni mentali: cosa ci insegna la geriatria?**

Giuseppe Bellelli (Monza)

14:40-15:20 **Brain e fattori di rischio cardiovascolari: effetti patologici sulle funzioni cognitive e comportamentali degli anziani**

Cristiano Donadio (Parigi)

15:20-15:40 **Coffee break**

15:40-16:20 **Cognitive training e trattamento del declino cognitivo**

Angelo Bianchetti (Brescia)

16:20-17:00 **Sarcopenia e funzione cognitiva: evidenze e possibili interventi**

Michela Zanetti (Trieste)

17:00-17:30 **Discussione**

17:30-18:00 **Meet the expert**

Agitazione psicomotoria e farmaci

Cinzia Omicciolo (Trieste)
Introduce: Albert March (Bolzano)

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle nuove farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

La depressione nella malattia di Alzheimer: quando e come trattarla?

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

- 20 ottobre
Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 – Trieste
- 21/22 ottobre
Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - Trieste

ECM

Verrà richiesta pratica di accreditamento ECM per le figure di Medico Chirurgo (tutte le specialità), Psicologo, Tecnico della Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Educatore Professionale.

ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)
A titolo gratuito
 - Non Socio AIP - € 80
 - Specializzando* - € 40
- *È richiesta l'attestazione di iscrizione alla Scuola di Specializzazione*

La quota di iscrizione include:

- partecipazione in presenza alle sessioni scientifiche
- accesso al questionario ECM
- materiale congressuale
- attestato di presenza
- cocktail di benvenuto e coffee break

INVIO ABSTRACT

In occasione dell'evento sarà possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali.

L'invio dei lavori dovrà avvenire **entro il 31 luglio 2022** inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com

- L'abstract, che dovrà avere un massimo di 5000 battute (spazi inclusi), dovrà riportare il nome degli autori e relative affiliazioni
- Dovrà essere suddiviso in: Obiettivo, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni
- La presentazione del lavoro è subordinata all'iscrizione congressuale.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MCI Italia | Florence office
via A. Scialoia, 52
50136 Firenze
tel. 055 9067473
florence@wearemci.com



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

SAVE
THE
DATE

5

Giornata Nazionale AIP
contro la solitudine dell'anziano

Covid, isolamento, solitudine

Padova 15 novembre 2022

5^o Giornata Nazionale AIP contro la solitudine dell'anziano

Presidente del Congresso

Prof. Diego De Leo

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538
aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italia | Florence office
Via A. Scialoja, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 9067473
florence@wearemci.com



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatria)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatria) rivolto agli anziani

Newsletter AIP - 5 agosto 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

L'ottimismo è un atteggiamento che garantisce risultati di salute positivi e una più lunga durata della vita, come indicato in un articolo e nell'editoriale collegato comparso su *JAGS* di agosto. Quindi, anche se qualcuno di noi fosse indotto ad uno sguardo negativo e preoccupato sulle vicende del nostro tempo, dovrebbe cercare di modificare il proprio atteggiamento. Ma, al di là di queste considerazioni "biologiche", è importante conservare lucidità di fronte alla pandemia, alla guerra, all'inflazione... chi ha la fortuna di coprire ruoli significativi nelle nostre comunità, come gli operatori sanitari, non può assumere atteggiamenti che pesano sulle persone meno fortunate, che spesso guardano a noi per capire l'evoluzione delle crisi e quindi aprirsi ad uno sguardo di speranza.

Però l'ottimismo da solo non basta; è necessario poter contare su informazioni scientifiche e cliniche di valore e credibili. A questo proposito sono stato colpito dalla pubblicazione dei giorni scorsi di un pezzo di Giorgio Parisi (*Corriere della Sera* del 30 luglio), nel quale il Premio Nobel sostiene, sulla base di un ragionamento logico fondato sui fatti, **l'utilità della quarta dose di vaccino**. Il 7 luglio *NEJM* ha pubblicato un editoriale critico sui medici che diffondono informazioni errate sui social, con questo commento: "Do right and wrong answer still exist in medicine?" Il testo dice: "La medicina ha un problema di verità. Nell'epoca dei social media e di una scienza pesantemente politicizzata il concetto di verità è 'crowdsourced', cioè fondato sul fatto che un gruppo di persone gradisca, condivide e scelga di credere...". La posizione della famosa rivista si conclude con un invito ai medici ad alzare barriere forti per convincere il pubblico del fondamento delle posizioni più razionali in medicina. A questo proposito è significativa la posizione assunta da *BMJ* del 28 luglio, che ha deciso di non pubblicare più informazioni che non siano seriamente controllate ("Why the BMJ will no longer report on unsubstantiated press releases"). Sono tre posizioni che, da angolature diverse, cercano di ricostruire alcuni punti fermi sul **valore della scienza come premessa della clinica**. Una parte di responsabilità per questo scadimento deve essere attribuita anche alla pandemia, che per un certo tempo ha messo sullo stesso piano dati e valutazioni incontrollati con gli studi seri, provocando una confusione di cui ancora sentiamo le conseguenze.

A proposito di dati seri che riguardano argomenti importanti, cito l'articolo di *Lancet* dell'11 giugno sul **rischio di miocarditi e pericarditi dopo la vaccinazione mRNA per il Covid-19**. È ben noto quanto l'argomento abbia suscitato grandi discussioni, anche sulla base di dati poco fondati. Il lavoro si conclude così: "Un aumentato rischio di miocarditi e pericarditi è stato osservato dopo il vaccino a mRNA negli uomini di 18-25 anni in seguito alla seconda dose di vaccino. Però, l'incidenza è stata rara in termini assoluti". Ancora una volta è importante ripetere che è necessario esaminare con attenzione i numeri riportati dagli studi prima di arrivare a conclusioni senza fondamento.

Il problema dei fattori che facilitano la comparsa di demenza è sempre aperto, sia sul piano epidemiologico che delle basi biologiche. Di particolare interesse, quindi, lo studio pubblicato su *JAGS* di luglio, riguardante le correlazioni tra scompenso cardiaco e demenze, accompagnato da un editoriale dal titolo esplicativo: "Una complessità che richiede un nuovo approccio". Il lavoro si conclude così: "Più di un quarto dei pazienti con scompenso di cuore hanno ricevuto una diagnosi

di demenza sia prima che dopo la diagnosi di scompenso. A loro volta, le demenze aumentano il rischio di outcome negativi dello scompenso. I dati sottolineano l'importanza di migliorare l'identificazione delle demenze nei pazienti scompensati, al fine di organizzare un approccio olistico della cura, sperando di migliorare i risultati". Il termine "olistico" in questo caso è fondato su dati precisi, perché indica un approccio che considera tutte le patologie che nell'insieme determinano la condizione di salute; talvolta, invece, è usato in maniera generica nell'approccio clinico alla persona anziana, continuando sulla strada pericolosa degli anni scorsi per la quale le esigenze cliniche in età avanzata sono generiche e, di conseguenza, lo sono anche le scelte di cura (il termine "olistico" veniva utilizzato per giustificare il pressapochismo clinico).

I Scientific Reports di *Nature Portfolio* pubblicano un lavoro molto significativo per due motivi: il primo perché è stato scritto dal Gotha della cultura geriatrica italiana (Zuin, Cherubini, Volpato, Ferrucci, Zuliani), il secondo perché compie un'importante e utile opera di **rivalutazione del ruolo degli inibitori delle colinesterasi nel rallentare il declino cognitivo e la mortalità totale (approssimativamente del 40%) nei pazienti anziani affetti da demenza dopo un trattamento di almeno 8 anni**. I dati sono particolarmente convincenti e dovrebbero essere studiati con attenzione da chi in questi anni ha ritenuto di abbandonare la prescrizione di questi farmaci, in attesa dei farmaci disease modifying, che purtroppo non hanno ancora mostrato le loro reali potenzialità.

JAMDA del 28 luglio presenta una revisione dei lavori riguardante i **dati ottenuti dall'adozione di machine learning nel predire il delirium**. I risultati sono estremamente positivi, anche se si sottolineano i rischi di un'utilizzazione impropria della tecnologia. A tal fine il lavoro indica alcune raccomandazioni per evitare di sprecare uno strumento utilissimo ("The ML model showed excellent performance in predicting delirium"). La loro logica è ottimizzare l'adozione di machine learning in alcune particolari condizioni cliniche, per ottenerne risultati di grande utilità. Anche intuitivamente si comprende come una condizione multifattoriale, sia sul piano dei fattori predisponenti che scatenanti, può trarre grande giovamento dall'adozione di tecnologie in grado di analizzare contemporaneamente molte variabili, in tempi diversi.

Riporto di seguito il consueto Angolo di Mauro Colombo (riferisco, per inciso, che sto ricevendo molti complimenti per i pezzi di Mauro... il che suscita una certa gelosia nel sottoscritto!).

"Nella newsletter del 22 luglio, viene menzionata una occasione di sospensione sicura di farmacoterapie: l'argomento viene ripreso nella rassegna qui riassunta, dedicata alla **gestione delle malattie croniche in RSA**. La gestione delle malattie croniche costituisce parte essenziale della attività delle case di cura per persone anziane. Una rassegna scrupolosa [#] – a partire da 11.917 citazioni reperite in letteratura – ha analizzato 13 lavori, a partire dalla definizione di malattia cronica, secondo i CDC [centri per il controllo e la prevenzione delle malattie] statunitensi: "condizioni che durano almeno 1 anno, e che – se non trattate adeguatamente – influiscono negativamente sulla vita delle persone anziane". Gli articoli sono stati selezionati se veniva adottato il "modello delle cure croniche" ("CCM") sviluppato da Wagner e Collaboratori alla fine del millennio scorso. Tale modello è incentrato su alcuni punti-chiave: interdisciplinarietà della squadra di cura; apertura alla autogestione da parte del paziente; coordinamento delle cure; facilitazione dell'accesso alle risorse; adozione della informatica clinica; ricorso a pratiche confortate da prove. Le malattie studiate più frequentemente sono state: demenza (76,9%), diabete mellito (16,7%), insufficienza cardiaca congestizia (8,3%). Quasi tutte le strutture ospitavano almeno 100 residenti [da 3 a 659]: alcune oltre 300; le età dei residenti spaziavano da 80 a 90 anni. Le tipologie di interventi applicate più frequentemente, all'interno del modello CCM, sono state: cure multidisciplinari (84,6%), basate su prove (76,9%), coordinate (69,2%), utilizzo di informatica clinica (61,5%). Gli argomenti specifici più dettagliatamente indagati sono stati: i disturbi psichici e comportamentali – analizzati con una varietà di strumenti validati –, il dolore, lo stato funzionale, la qualità di vita; psicofarmaci; coinvolgimento dei residenti; accessibilità dello staff. 7 studi su 13 hanno effettuato verifiche di efficacia: agitazione e coinvolgimento del residente sono stati gli ambiti di successo

più frequente. Alcuni successi sono stati meno numerosi ma qualitativamente rilevanti. Per esempio, un intervento di arte-terapia individualizzato ha prodotto maggiori effetti positivi rispetto ad un intervento non-individualizzato. In un caso, il gruppo di intervento ha sviluppato più disturbi comportamentali rispetto al gruppo assegnato alle cure usuali. Un simile esito è risultato sorprendente, soprattutto tenendo conto che si trattava di una applicazione dell'approccio "Dementia-care mapping" [DCM]: una alternativa centrata sulla persona alle cure abituali, centrate sulle mansioni. Tale intervento multicomponente venne sviluppato presso la Università di Bradford, in Inghilterra, basandosi sulla teoria socio-psicologica della personalità nella demenza, elaborata da Tom Kitwood, secondo cui molto del malessere esperito dalle persone con demenza deriva da influenze ambientali negative – comprese le attitudini del personale e le pratiche di cura. Come spiegazione per l'insuccesso, viene addotta una incompleta adesione al modello di cura DCM. Peraltro, lo staff del gruppo di intervento ha riportato meno reazioni emotive negative – come sentirsi pressati dalla fretta, o nervosi – e più reazioni emotive positive – quali sentirsi ottimisti e rilassati. In un altro studio, sono state tentate sospensioni o riduzioni posologiche di psicofarmaci a pazienti con demenza: il risultato è stato colto rispettivamente nel 21,7% e nel 15,2% dei casi, senza peggioramenti a livello psico-comportamentale. Una esperienza di intervento sullo scompenso emodinamico ha comportato effetti positivi sul personale infermieristico, in termini di pesature dei pazienti, suggerimenti educativi, uso appropriato di ACE-inibitori. Come commento generale, da un lato ci si congratula che alcune linee guida comincino a prendere in considerazione esplicitamente la popolazione delle case di cura. D'altro lato, viene auspicato che la ricerca futura abbinii gli esiti clinici e funzionali con le percezioni dei pazienti – almeno quelli non particolarmente compromessi a livello cognitivo – e con il coinvolgimento sia dei residenti che dei familiari, possibilmente in studi di lunga durata, in modo da verificare anche la sostenibilità degli interventi sul lungo termine."

[#] Boscart, V., Crutchlow, L. E., Sheiban Taucar, L., Johnson, K., Heyer, M., Davey, M., Costa, A. P., & Heckman, G. (2020). Chronic disease management models in nursing homes: a scoping review. *BMJ open*, 10(2), e032316. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032316>

Ho letto con interesse uno studio pubblicato da *QuotidianoSanità* del primo agosto dal titolo esplicativo: "**Più laureati in medicina che in infermieristica. I perché del sorpasso e cosa si può fare**". I dati sono drammatici, perché mentre nel 2019 i valori erano pressoché uguali, negli ultimi due anni i laureati sono stati invece rispettivamente 10.841 e 10.461 per i medici e 9.998 e 9.931 per gli infermieri. Non ci rendiamo conto in maniera adeguata della gravità di questi dati; un sistema sanitario senza infermieri è destinato ad una crisi cronica e ingravescente. Chi farà funzionare, con queste prospettive quantitative, le Case della comunità e gli Ospedali di comunità? Abbiamo già ripetuto mille volte che i muri vuoti sono solo uno spreco di denaro e un tradimento delle speranze dei cittadini.

Il *NYT* del 27 luglio descrive **il viaggio di Francesco in Canada**. "Il Papa ha usato la sua stessa vulnerabilità per invocare dignità e rispetto per gli anziani, in un mondo che li vede sempre più numerosi". "Il mondo ha visto sui media come Francesco ha raccolto tutte le sue forze e si è aggrappato al braccio di un collaboratore per sollevarsi dalla sedia a rotelle".

Ricordo a Colleghe e Colleghi l'opportunità dell'iscrizione all'AIP. Il numero fortunatamente è in continua crescita, segno di un'attenzione al nostro lavoro che è motivo di orgoglio e di gratitudine allo stesso tempo.

Ricordo che **è aperta fino a domenica 7 agosto la possibilità di inviare abstract** al convegno AIP "**Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro**" che si terrà a Trieste dal 20 al 22 ottobre. Per le iscrizioni, invece, non vi sono limiti fino alla data dell'evento. Per qualsiasi informazione si veda il programma allegato.

Allego il programma del **1° Forum nazionale dei Caffè Alzheimer**, organizzato dalla Fondazione Maratona Alzheimer e da AIP, che si terrà a **Cesenatico il 7 settembre**. I Caffè hanno avuto uno

sviluppo molto forte negli ultimi anni e una diffusione in tutto il territorio nazionale. L'evento si propone di fornire indicazioni per un'ulteriore crescita e per un'armonizzazione utile al raggiungimento degli obiettivi dei Caffè: rappresentare un momento di appoggio per ammalati e caregiver, durante il quale ricevere indicazioni pratiche e sollievo, in un'atmosfera di libera collaborazione e di amicizia. Durante il Forum ci sarà un momento in cui le Associazioni regionali parleranno dei loro Caffè e delle loro pratiche, che potranno essere di spunto per le altre Associazioni presenti. Verranno inoltre illustrati i progetti in cantiere per il triennio 2022-2025 che potranno rappresentare opportunità presenti e future per le Associazioni. Chi volesse partecipare, è invitato a inviare una mail all'indirizzo: r.osti@fondazionemaratonaalzheimer.it .

Un cordiale augurio, come sempre duplice: a chi è in vacanza e a chi è al lavoro (le problematiche di personale e le restrizioni imposte dal Covid hanno molto aumentato questo gruppo di Colleghe e Colleghi, che meritano la nostra più sincera gratitudine).

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

7 SETTEMBRE 2022
COLONIA AGIP DI CESENATICO

1° FORUM NAZIONALE DEI CAFFE' ALZHEIMER



segreteria organizzativa



Coordinatrice

ROBERTA OSTI

339 6543304

r.osti@fondazionemaratonaalzheimer.it

PROGRAMMA DEL MATTINO

IL PUNTO SULLA SITUAZIONE ITALIANA

10:30 Caffè di benvenuto e registrazione partecipanti

11:00 Saluti delle autorità

11:10 Presentazione del Forum - **Stefano Montalti**

11:30 Lo stato dei Caffè Alzheimer in Italia: risultati di una Survey Nazionale - **Stefano Boffelli**

12:00 La rete delle cure nelle quale si collocano oggi i Caffè Alzheimer - **Marco Trabucchi, Rabih Chattat, Federica Boschi, Andrea Fabbo**

13:00 Lunch

PROGRAMMA DEL POMERIGGIO: ESPERIENZE REGIONALI E POSSIBILI PROGETTI NEL TRIENNIO 22-25

14:00 Presentazione delle esperienze Regionali dei Caffè Alzheimer

15:30 Il Caffè Alzheimer Diffuso: un progetto importante e un'opportunità per le associazioni - **Roberta Osti, Federica Limongi**

16:00 Una piattaforma web Nazionale: contenuti e contributi possibili - **Chiara Vecchi**

16:15 Care del malato: realizzazione del Manuale Nazionale degli Interventi - **Federica Gottardi**

16:30 Care dei familiari: realizzazione del Manuale Nazionale degli Interventi - **Valentina Laganà**

16:45 Discussione, proposte e raccolta di adesioni sui progetti presentati

17:15 Presentazione del Docufilm: L'acqua non muore mai

17:30 Conclusioni e arrivederci al 2023

PROGRAMMA DELLA SERA

21:00 Proiezione in anteprima del Docufilm "L'acqua non muore mai" - **Barbara Roganti - Regista**



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste

20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

15:00-17:00 **Comunicazioni libere**
Premiazione delle migliori comunicazioni libere
Presiede: Marco Trabucchi (Brescia)

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

Presiedono: Giovanna Ferrandes (Genova),
Paolo Manganotti (Trieste)

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

19:00-19:30 **Cocktail di benvenuto**

SEDE

• 20 ottobre

Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 - Trieste

• 21/22 ottobre

Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - 34149 - Trieste

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

Presiedono: Bruno Giometto (Trento), Daniela Leotta (Torino),
Raffaella Rumiati (Trieste)

9:00-9:40 **Delirium e stroke: dalla fase acuta alla presa in carico
riabilitativa.**

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

9:40-10:20 **Epilessia post stroke**
Paolo Manganotti (Trieste)

10:20-10:40 **Coffee break**

10:40-11:20 **Salute vascolare, invecchiamento
cerebrale e demenze**
Giancarlo Logrosino (Bari)

11:20-12:00 **Demenza neurovascolare
il ruolo del neuroimaging**
Peter Kapeller (Villach)

12:00-12:30 **Discussione**

12:30-13:00 **Meet the expert**
Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer
Annachiara Cagnin (Padova)
Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

Presiedono: Antonio Cotroneo (Torino),
Pierluigi Dal Santo (Rovigo),
Renzo Rozzini (Brescia)

14:00-14:40 **Fragilità somatica e funzioni mentali: cosa ci insegna la geriatria?**

Giuseppe Bellelli (Monza)

14:40-15:20 **Brain e fattori di rischio cardiovascolari: effetti patologici sulle funzioni cognitive e comportamentali degli anziani**

Cristiano Donadio (Parigi)

15:20-15:40 **Coffee break**

15:40-16:20 **Cognitive training e trattamento del declino cognitivo**

Angelo Bianchetti (Brescia)

16:20-17:00 **Sarcopenia e funzione cognitiva: evidenze e possibili interventi**

Michela Zanetti (Trieste)

17:00-17:30 **Discussione**

17:30-18:00 **Meet the expert**

Agitazione psicomotoria e farmaci

Cinzia Omicciolo (Trieste)
Introduce: Albert March (Bolzano)

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle nuove farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

La depressione nella malattia di Alzheimer: quando e come trattarla?

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

- 20 ottobre
Starhotels Savoia Excelsior Palace
Riva del Mandracchio 4 - 34124 – Trieste
- 21/22 ottobre
Aula Magna Università degli Studi di Trieste
Polo didattico di Cattinara
Strada di Fiume, 447 - Trieste

ECM

Verrà richiesta pratica di accreditamento ECM per le figure di Medico Chirurgo (tutte le specialità), Psicologo, Tecnico della Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Educatore Professionale.

ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)
A titolo gratuito
 - Non Socio AIP - € 80
 - Specializzando* - € 40
- *È richiesta l'attestazione di iscrizione alla Scuola di Specializzazione*

La quota di iscrizione include:

- partecipazione in presenza alle sessioni scientifiche
- accesso al questionario ECM
- materiale congressuale
- attestato di presenza
- cocktail di benvenuto e coffee break

INVIO ABSTRACT

In occasione dell'evento sarà possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali.

L'invio dei lavori dovrà avvenire **entro il 31 luglio 2022** inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com

- L'abstract, che dovrà avere un massimo di 5000 battute (spazi inclusi), dovrà riportare il nome degli autori e relative affiliazioni
- Dovrà essere suddiviso in: Obiettivo, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni
- La presentazione del lavoro è subordinata all'iscrizione congressuale.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



MCI Italia | Florence office
via A. Scialoia, 52
50136 Firenze
tel. 055 9067473
florence@wearemci.com