

Newsletter AIP – Aprile 2016

Care Colleghe e cari Colleghi,

la vita di AIP prosegue; recentemente vi ho già informati sull'andamento molto positivo del nostro 16° Congresso Nazionale (le diapo della gran parte delle relazioni congressuali saranno disponibili sul sito per tutti i soci a partire dalla prossima settimana). Adesso dobbiamo costruire con determinazione il resto delle attività dell'anno.

Inizio con la **Scuola estiva** per giovani under 35. Si svolgerà a **Pistoia il 22-24 giugno** e sarà dedicata alla depressione dell'anziano. Il programma si trova sul nostro sito; ricordo che il **termine per l'invio delle domande di partecipazione è fissato per il 15 maggio**; entro il 19 sarete informati su chi sarà accettato in base alla qualità delle motivazioni che lo inducono a frequentare la Scuola. Ovviamente il curriculum gioca un ruolo importante, ma la commissione incaricata della scelta cercherà di capire se anche tra chi è appena laureato vi siano motivazioni culturalmente, clinicamente e umanamente di particolare significato. È stato previsto anche un nutrito gruppo di giovani con il compito di discutere criticamente le relazioni.

Il mese di maggio è pieno di iniziative locali di AIP; ricordo in particolare, oltre agli eventi regionali, gli incontri che si terranno in Veneto e in Umbria dedicati alla presentazione del **Piano Nazionale Demenze**. Il nostro paese ha finalmente un Piano Nazionale per affrontare in modo articolato e strutturato i problemi posti dalle demenze al sistema sanitario e sociosanitario. È un grande passo avanti, che ha però il limite di non prevedere finanziamenti dedicati, come, ad esempio, è recentemente avvenuto nel Regno Unito. Taluni hanno interpretato tale condizione in maniera estensiva e quindi considerano il documento solo come un insieme di affermazioni di principio. Invece l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics ha ritenuto opportuno investire impegno ed energie per diffondere e discutere il Piano attraverso una serie di **14 incontri su tutto il territorio nazionale**, perché –seppure in assenza di un budget ad hoc– vi sono le condizioni per cui i servizi che operano nell'area delle demenze possano aumentare la loro funzionalità, se si collegano ad un modello omogeneo e strutturato.

In particolare, i punti sui quali richiamare i medici possono essere così schematizzati, con precisi riferimenti al Piano Nazionale Demenze:

1. Superamento dello stigma nelle famiglie, nelle comunità, tra gli stessi operatori. È un aspetto delicato, perché ha rappresentato in questi anni un forte limite ad una presa in carico tempestiva ed efficace dei cittadini con riduzione delle funzioni cognitive; la malattia veniva infatti negata dai famigliari e non riconosciuta dai medici; il grande pubblico arrivava fino ad avere timore della stessa parola "Alzheimer", preferendo l'allocuzione "demenza senile", ritenuta meno invasiva...

2. Diritto dell'ammalato ad essere considerato "persona" in ogni fase della malattia e non un "costo". Infatti, se il diritto di cittadinanza viene messo in discussione, è molto probabile prevalgano considerazioni di tipo economico in senso restrittivo, sempre dietro l'angolo in questo nostro tempo che sembra aver perso il rispetto della vita.

3. Superamento di ogni tipo di trascuratezza da parte dei servizi, in qualsiasi ambito e per qualsiasi esigenza dell'ammalato. La demenza è una malattia come le altre e va presa in carico con determinazione; spesso, invece, la mancata informazione sulle dinamiche cliniche induce comportamenti poco corretti (si vedano, ad esempio, le cure per i disturbi comportamentali). In questa logica, l'adozione della valutazione multidimensionale garantisce una conoscenza approfondita dell'ammalato e quindi evita errori e dimenticanze.

4. Diritto a rimanere nella propria casa il più a lungo possibile, compatibilmente con l'organizzazione di servizi adeguati. In questa logica si deve trovare un equilibrio non sempre facile

tra le scelte dell'individuo malato e l'appropriatezza dei servizi, cioè tra costi e vantaggi (infatti, come sopra indicato, vi sono dei limiti che fanno parte della logica gestionale del buon padre di famiglia che devono rappresentare il punto di riferimento...). Le sperimentazioni che si vanno diffondendo in tutto il mondo riguardo alle "Città amiche della demenza" potrebbero rappresentare un modello importante, perché se l'ammalato e la sua famiglia si possono appoggiare su un ambiente accogliente, tollerante e supportivo, il punto di equilibrio tra il rimanere a casa e il ricorso ad una residenza può essere molto più alto.

5. Diritto ad essere assistito in ogni fase della malattia, da quelle iniziali particolarmente delicate (l'identificazione dei sintomi, il ricorso a procedure diagnostiche appropriate, la comunicazione della diagnosi, il supporto psicologico quando l'insight di malattia induce profondo disagio) a quelle ultime (la grande importanza di cure palliative, per ridurre la sofferenza di una persona che spesso non è in grado di comunicare la propria condizione di disagio psichico o di dolore somatico, considerando anche le "decisioni difficili" che in quelle condizioni deve assumere la famiglia), passando per le diverse fasi di una malattia lunga, imprevedibile, che sconvolge i ritmi normali di chi offre assistenza.

6. Il "diritto alla speranza" indotto dalla certezza che la comunità nazionale dedica impegno intellettuale e tempo alla formazione e alla ricerca, al fine di garantire un continuo miglioramento delle cure prestate.

Buon lavoro,

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica