

Newsletter AIP - 30 dicembre 2022

Amiche, amici,

Buon Anno!

Spero sia pieno di impegno e di realizzazioni. Impegno perché è nel nostro stile lavorare con determinazione per curare le persone anziane fragili; realizzazioni perché, anche in questo ambito, il nostro stile è puntare alla costruzione di ciò in cui crediamo, senza lasciare nulla a metà o rinunce provocate dal pessimismo.

A questo augurio faccio seguire **un pensiero per le persone anziane fragili che vivono in Ucraina e che la cattiveria umana ha privato di luce e di energia, provocando un'estrema difficoltà a riscaldare le abitazioni**. *Circulation* di novembre ha pubblicato un lavoro importante sull'associazione della mortalità cardiovascolare con le temperature estreme; ancora una volta, le nostre considerazioni di carattere generale sono arricchite da valutazioni cliniche, che caratterizzano la nostra cultura e la rendono capace di una visione globale della sofferenza umana.

Buon Anno alle persone amiche che nel 2022 hanno aiutato l'AIP nel lavoro di ogni giorno: la dottoressa Alice Negretti, che ha retto la Segreteria scientifica con intelligenza e accuratezza, la dottoressa Chiara Billi, che ha diretto le attività organizzative di MCI in supporto a tutto il lavoro svolto da AIP nel corso dell'anno appena trascorso, il Presidente eletto Diego De Leo, che da aprile sarà il nuovo responsabile della navigazione della barca complessa di AIP, Angelo Bianchetti, Segretario scientifico che tante volte ha dettato la linea, i componenti del Collegio di Presidenza e del Consiglio Direttivo, i Presidenti delle Sezioni Regionali AIP, le molte amiche e amici che ci hanno aiutato nelle diverse attività culturali e organizzative.

Infine, ringrazio le centinaia di Colleghe e Colleghi che si sono iscritti all'AIP, offrendo un importante supporto all'attività dell'Associazione.

A tutti buon 2023, nella certezza di poter ancora contare sul loro importantissimo supporto!

Qualche giorno fa è morto Salvatore Mazza, giornalista di *Avvenire* che ha combattuto con estremo coraggio la condizione difficilissima alla quale era stato costretto dalla sclerosi laterale amiotrofica, che lo aveva colpito alcuni anni fa. Lo avevamo commentato in questa newsletter, per mettere in luce la sua generosità intellettuale in difesa delle persone più fragili.

La vicenda dei tamponi imposti ai viaggiatori cinesi all'arrivo in Italia ci ha fatto ritornare con il pensiero a tempi difficili di un non lontano passato. Certamente le scelte dei precedenti governi sono state sagge, anche se qualcuno le ha interpretate negativamente. La realtà odierna della Cina ci conferma sulla giustezza di quanto è stato fatto nel nostro Paese; però, guardiamo con ansia alla condizione del grande Paese amico, tra incertezze nelle scelte, difficoltà dei servizi ospedalieri, incertezze sull'efficacia dei vaccini.

Lancet Neurology di gennaio 2023 presenta un [documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha lo scopo di stimolare un cambiamento qualitativo e quantitativo dell'impegno dei vari Paesi nell'ambito della ricerca sulle demenze](#) ("A Blueprint for Dementia Research"). Il giudizio sulla realtà attuale è drammaticamente negativo.

New England Journal of Medicine del 10 novembre presenta [un'interessante lettura dei meccanismi neurobiologici che sottostanno ai deficit cognitivi indotti dal Long Covid-19](#) (attenzione, memoria, funzioni esecutive, linguaggio, sintomi qualificati come "brain fog").

JAGS di dicembre presenta [importanti dati epidemiologici sull'associazione tra stato socio-economico e l'uso inappropriato di farmaci nelle persone anziane](#). Il testo si inserisce nell'ampia letteratura sul rapporto tra condizioni socio-economiche e salute, argomento che abbiamo affrontato spesso anche in questa rubrica e che numerose ricerche hanno confermato, in particolare negli USA.

Riporto, come di consueto, l'"Angolo" di Mauro Colombo, ringraziandolo per la fedeltà che ci ha mostrato in questo anno di lavoro assieme. Con un po' di sfrontatezza gli chiedo se potremo leggerlo anche nel nuovo anno; mi permetto solo di osservare che sarebbe una delusione per le colleghe e i colleghi che numerosi mi hanno ringraziato in questi mesi per la pubblicazione dei pezzi di Mauro. A proposito, mi è stato comunicato che alcuni gruppi di operatori in diversi ambienti di cura commentano in gruppo le indicazioni della newsletter. Grazie a tutti.

"Il rapporto della evoluzione nel tempo tra complessione fisica e stato cognitivo è controverso; perciò un gruppo di 7 Autori, affiliati a varie istituzioni universitarie di 3 nazioni diverse [Svezia, Cina, Stati Uniti] ha messo mano all'archivio di dati Rush Memory and Aging Project (MAP): uno studio longitudinale di coorte dedicato ai fattori collegati alle malattie neurodegenerative dell'età avanzata. L'indagine in questione, pubblicata in linea il 26 ottobre su "JAMA Psychiatry" [#], ha il pregio di ricapitolare vantaggi/superare inconvenienti di studi precedenti, combinando una osservazione prolungata – che ha riportato le transizioni dalla normalità cognitiva al deterioramento cognitivo lieve (MCI) alla demenza – con batterie di valutazioni neuropsicologiche e riscontri autoptici, adottando modelli statistici ad effetti misti. Tra il 1997 ed il 2020, sono stati analizzati 939 individui, oltre 3/4 femmine: durante una osservazione della durata mediana di 6 anni [ambito interquartile 3–9, fino ad un massimo di 22 anni], quasi 2/5 di costoro sono andati incontro ad MCI; di questi ultimi, quasi 1/4 ha sviluppato demenza. Rispetto a chi ha conservato la integrità cognitiva, gli elementi che hanno contraddistinto la insorgenza di MCI sono risultati: età media più avanzata [79,6 (\pm 5,9) vs 76,9 (\pm 6,6)], minor consumo di alcool [mediana 0 (ambito interquartile 0 – 0,58) vs 1,1 (0 – 6,9) grammi / die], maggiore quota di portatori di APOE ϵ 4 (24 vs 17,3 %), ed indice di massa corporea (BMI) medio relativamente un po' più basso [27,2 (\pm 4,9) vs 28,2 (\pm 5,9)]. Tra i 371 soggetti in cui è stato rilevato un MCI incidente, rispetto ai 283 che sono rimasti stabili, coloro che hanno sviluppato demenza erano più vecchi alla prima rilevazione [81 (\pm 5,2) vs 79,1 (\pm 6) anni], meno fisicamente attivi [impegno mediano di 1 ora/settimana (ambito interquartile 0 – 2,5) vs 1,8 (0,2 – 3,8)], e nuovamente più spesso portatori di APOE ϵ 4 (37,4 vs 19,8 %). La evoluzione del BMI lungo i 22 anni di osservazione segue traiettorie assai diverse tra gli anziani che hanno mantenuto la integrità cognitiva e quelli che hanno sviluppato MCI: il grafico dei primi disegna una curva ad U rovesciata quasi appiattita, mentre i secondi tracciano una linea quasi retta in discesa; tenendo conto delle rispettive aree di confidenza, i due profili si staccano 7 anni prima della diagnosi di MCI. In un altro grafico, invece, per i casi con incidenza di MCI, osserviamo due linee parallele, entrambe in discesa: le persone cognitivamente stabili si sono mantenute su valori di BMI sempre superiori rispetto a quelli che hanno convertito verso la demenza, per 10 anni prima della diagnosi di demenza. Quanto alla neuropatologia, dividendo il campione in 3 strati di "carico alzheimeriano" e di patologia cerebrovascolare, si riporta una diminuzione del BMI più marcata nel terzile con maggiore presenza di alterazioni istopatologiche, nei 15 anni precedenti alle 358 autopsie eseguite. Poche considerazioni in chiusura, per commentare i risultati. L'età media dei soggetti con MCI incidente era molto avanzata (85

anni), che di per sé è associata al calo ponderale, così che l'impatto attribuibile ai prodromi della demenza ne potrebbe venire diluito. Occorre cautela non solo prima di attribuire un significato di causalità ai riscontri rilevati, ma anche nei confronti di una generalizzazione dei risultati, specialmente estendendoli verso età più giovani: il campione dei volontari che hanno aderito allo studio è auto-selezionato "in alto" per caratteristiche socio-economiche e cognitive. Ma un limite simile è condiviso dalle precedenti ricerche analoghe, delle quali la indagine in questione costituisce comunque un superamento."

[#] Guo, J., Wang, J., Dove, A., Chen, H., Yuan, C., Bennett, D. A., & Xu, W. (2022). Body Mass Index Trajectories Preceding Incident Mild Cognitive Impairment and Dementia. *JAMA Psychiatry*, 79(12), 1180–1187. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3446>

Una trattazione appena pubblicata sul calo ponderale in età avanzata – senza riferimenti al declino cognitivo – si può trovare in: Picca, A., Calvani, R., Coelho-Júnior, H. J., Landi, F., & Marzetti, E. (2022). Anorexia of Aging: Metabolic Changes and Biomarker Discovery. *Clinical interventions in aging*, 17, 1761–1767. <https://doi.org/10.2147/CIA.S325008>

Di seguito riporto la **recensione al mio recente libro: "Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita"**, con la prefazione di Michela Marzano, editrice San Paolo, **scritta dal giovane collega Luca Serchisu**:

"Alcune considerazioni. La prima è di tipo stilistico. Fermo restando il rigore scientifico, il linguaggio e i tempi si prestano bene a qualunque lettore di cultura media. Credo che questa metodologia sia il miglior contrasto all'autoinformazione medica che deriva da fonti non attendibili e possa essere presa in considerazione anche per altri problemi di salute.

La seconda riflessione è di tipo filosofico. Il libro non si limita a essere un saggio medico sulle demenze, ma tratta l'argomento disegnando una visione della realtà attuale, della vita quotidiana, del mondo che si piega ai problemi o li affronta ("l'uomo ha diritto di non subire passivamente l'evolversi del mondo attorno a lui e di mettere in atto azioni volte a garantirsi una vita migliore"). Questa visione "reazionaria" trasforma l'attività di ricerca da prevalentemente speculativa a pragmatica. La sofferenza nella malattia è data dall'incomprensione, dall'abbandono, dalla solitudine, dall'assenza di uno spazio idoneo, dal mancato rispetto del tempo. Non è la semplice assenza di una pillola, che (verosimilmente) potrebbe ritardare ma non annullare l'evoluzione della malattia. La più grossa rivoluzione da mettere in atto è il "prendersi cura" dei rapporti umani: del malato, di chi ha paura di ammalarsi, di chi è sano e non considera l'esistenza delle malattie e del dolore. È una lezione profonda che va molto oltre il contesto della demenza.

La terza riflessione, infine, è di tipo affettivo. La lettura mi ha riportato ai tempi in cui impugnavo la bicicletta per spostarmi dalla Clinica Sant'Anna e al GRG, pedalando con entusiasmo e determinazione. L'appartenenza al gruppo per me è sempre stata un punto di riferimento. Mi ha dato sicurezza e mi ha aiutato a spingermi oltre, non solo professionalmente. E anche adesso, nel nuovo reparto, mi sento a bordo di quella bicicletta e seguo quegli insegnamenti".

Nel rinnovare l'augurio più caloroso per il nuovo anno, **ricordo l'iscrizione all'AIP**; non mi soffermo sulle motivazioni di questo atto di fedeltà, ben note a quelli che ormai ci seguono da molti anni. Spero che i più giovani siano attratti dal nostro impegno scientifico e professionale.

Ricordo, inoltre, **SoloLine – Un telefonata contro la solitudine dell'anziano** (numero verde: 800 699741), la linea AIP di supporto alle persone sole, che in questi periodi ha avuto una particolare frequenza di chiamate. Il NYT del 20 dicembre riporta un articolo intitolato: **"Semplici passi per vivere con la solitudine delle feste"**. Tra i consigli – molto americani – dell'articolo si suggerisce di convincere chi soffre di solitudine che non è il solo in questa posizione. Ciò darebbe un senso di realtà importante per affrontare questi giorni pensando a ciò che si è perduto come un tempo da far rivivere nella nostra memoria.

Infine, allego nuovamente lo schema del programma del nostro **23° Congresso nazionale** "La psicogeriatra del futuro. Competenze, tecniche, significati" (Firenze, 13-15 aprile 2023), che

riporta le **indicazioni per l'iscrizione**, nonché le **informazioni per l'invio di abstract** per la presentazione di poster e di comunicazioni libere.

Un rinnovato augurio per il 2023 con stima, simpatia, gratitudine.

Buon 2023!

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Programma preliminare

FIRENZE
13/15 APRILE 2023

Palazzo dei Congressi

CONGRESSO NAZIONALE **AIP**

**LA PSICOGERIATRIA
DEL FUTURO.
COMPETENZE,
TECNICHE,
SIGNIFICATI**

Consiglio Direttivo AIP

PRESIDENTE ONORARIO

Lodovico Frattola (Milano)

PAST-PRESIDENT

Umberto Senin (Perugia)

PRESIDENTE

Marco Trabucchi (Brescia)

PRESIDENTE ELETTO

Diego De Leo (Brisbane-Padova)

VICE-PRESIDENTI

Giuseppe Bellelli (Monza)

Giovanna Ferrandes (Genova)

Giancarlo Logroscino (Bari)

Claudio Vampini (Verona)

PRESIDENTE COMITATO DI GARANZIA E INDIRIZZO

Luigi Ferrannini (Genova)

SEGRETARIO

Angelo Bianchetti (Brescia)

RESPONSABILE SEZIONI REGIONALI

Carlo Serrati (Imperia)

RESPONSABILE CONGRESSO NAZIONALE

Alessandro Padovani (Brescia)

MEMBRI ELETTI

Fabrizio Asioli (Reggio Emilia)

Stefano F. Cappa (Pavia)

Fabio Cembrani (Trento)

Antonio Cherubini (Ancona)

Mauro Colombo (Abbiategrasso)

Pierluigi Dal Santo (Rovigo)

Babette Dijk (Genova)

Marino Formilan (Chioggia)

Federica Gottardi (Brescia)

Antonio Guaita (Abbiategrasso)

Valentina Laganà (Lamezia Terme)

Elena Lucchi (Cremona)

Massimiliano Massaia (Torino)

Alessandro Morandi (Cremona)

Enrico Mossello (Firenze)

Leo Nahon (Milano)

Grazia Razza (Catania)

Mario Santagati (Catania)

Silvia Vettor (Treviso)

Giovanni Zuliani (Ferrara)

Consiglio Direttivo AIP

RESPONSABILI DI AREA TEMATICA

Maria Grazia Arena (Messina)
Giuseppe Barbagallo (Nicosia)
Roberto Bernabei (Roma)
Stefano Boffelli (Brescia)
Amalia Cecilia Bruni (Lamezia Terme)
Carlo Caltagirone (Roma)
Rabih Chattat (Bologna)
Andrea de Bartolomeis (Napoli)
Monica Di Luca (Milano)
Luc Pieter De Vreese (Suzzara)
Nicola Ferrara (Napoli)
Guido Gori (Firenze)
Antonio Greco (San Giovanni Rotondo)
Daniela Leotta (Torino)
Maria Lia Lunardelli (Bologna)
Niccolò Marchionni (Firenze)
Gianfranco Nuvoli (Genova)
Alfonso Papa (Torino)
Luigi Pernigotti (Torino)
Andrea Pilotto (Brescia)
Nicola Renato Pizio (Lavagna)
Oswaldo Scarpino (Ancona)
Gabriele Tripi (Trapani)
Tiziano Vecchiato (Padova)
Orazio Zanetti (Brescia)

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Carlo Adriano Biagini (Pistoia)
Presidente Sezione Toscana

Vincenzo Canonico (Napoli)
Presidente Sezione Campania

Antonino Cotroneo (Torino)
Presidente Sezione Piemonte - Valle d'Aosta

Andrea Fabbo (Modena)
Presidente Sezione Emilia-Romagna

Giuseppe Fichera (Catania)
Presidente Sezione Sicilia

Franco Giubilei (Roma)
Presidente Sezione Lazio

Albert March (Bolzano)
Presidente Sezione Sud Tirolo

† Bruno Mazzei (Cosenza)
Presidente Sezione Calabria

Isabella Paolino (Fermo)
Presidente Sezione Marche - Abruzzo

Giorgio Pigato (Padova)
Presidente Sezione Triveneto

Renzo Rozzini (Brescia)
Presidente Sezione Lombardia

Francesco Scapati (Taranto)
Presidente Sezione Puglia - Basilicata

Gianluca Serafini (Genova)
Presidente Sezione Liguria

Anna Laura Spinelli (Spoleto)
Presidente Sezione Umbria

Daniela Viale (Cagliari)
Presidente Sezione Sardegna

MERCOLEDÌ 12 aprile

14.00-18.00 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 1ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

GIOVEDÌ 13 aprile

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 2ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

Gli operatori socio-sanitari: una funzione che richiede competenza e sensibilità umana

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI PSICOGERIATRIA FORENSE

Perizie e consulenze giudiziarie in ambito psicogeriatrico

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER EDUCATORI PROFESSIONALI

Il ruolo centrale degli educatori professionali nell'organizzazione del lavoro nelle RSA

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE INTERDISCIPLINARE

La sfida della cura dell'anziano a domicilio

GIOVEDÌ 13 aprile

AUDITORIUM

17.30-19.30 CERIMONIA INAUGURALE

Saluto del Presidente AIP

Marco Trabucchi

LETTURA MAGISTRALE

TAVOLA ROTONDA

La complessità in psicogeriatría

Premiazione delle 3 migliori
comunicazioni orali selezionate

19.30 Cocktail inaugurale

20.15 Proiezione del film
"QUEL POSTO NEL TEMPO"

di Giuseppe Alessio Nuzzo
con Leo Gullotta

Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

8.00-8.30 LETTURA

Quale spazio per gli antidepressivi nella cura della depressione in corso di demenza?

8.30-9.00 LETTURA

Il ruolo del danno cerebrovascolare nella malattia di Alzheimer

9.00-11.00 SIMPOSIO
LA FISIOPATOLOGIA, CLINICA, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL DELIRIUM NEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE E DEMENZA

Moderatori: Antonio Cherubini, Giuseppe Bellelli

- Delirium e decadimento cognitivo: quali informazioni dalla ricerca preclinica
- I biomarcatori delirium in ortogeriatrics
- Quali interventi non farmacologici e come applicarli nella quotidianità?
- La specificità del terapeuta occupazionale nell'intervento multidisciplinare
- I farmaci: trattiamo il delirium o i disturbi del comportamento?

11.00-11.30 LETTURA

RSA: un mondo vitale

11.30-12.00 LETTURA

La persona anziana fragile e la crisi dei Pronto Soccorso

12.00-12.30 LETTURA

Long COVID

Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

12.30-13.00 LETTURA

Analisi trascrittomica su campioni biologici da pazienti malati di demenza: utile per individuare fattori di rischio indipendenti e biomarcatori o motivo di confondimento?

13.00-14.00 Comunicazioni orali

14.00-15.30 SIMPOSIO

**LA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA:
PLURALITÀ DI VISIONI**

- Il turning point e le vite possibili
- La valutazione del malato neurologico
- Aspetti etici nel processo decisionale del fine vita

15.30-17.00 SIMPOSIO

Diabete e demenza

17.00-17.30 LETTURA

Esketamina e depressione dell'anziano

17.30-18.30 LETTURA

Biomarcatori nell'ambito dell'invecchiamento cerebrale e delle patologie correlate.

18.30-19.00 LETTURA

BPSD e i nuovi neurolettici

19.00

Assemblea ordinaria dei soci AIP e proclamazione dei risultati delle elezioni del Consiglio Direttivo AIP per il biennio 2023-2024

Venerdì 14 aprile 2022

SALA VERDE

8.00-9.30

SIMPOSIO
NEUROINFIAMMAZIONE IN PSICOGERIATRIA

- Neuroinfiammazione e invecchiamento: aspetti neurobiologici
- Neuroinfiammazione e depressione
- Neuroinfiammazione e deterioramento cognitivo

9.30-11.00

SIMPOSIO
BENESSERE, PREVENZIONE E GESTIONE DELLO STRESS DEGLI OPERATORI: QUALE EREDITÀ DALLA PANDEMIA E QUALI OPPORTUNITÀ

- Lo stato di salute degli operatori sanitari
- Le life skills nella costruzione del benessere
- Un modello organizzativo centrato sull'équipe

11.00-12.00

SIMPOSIO
IL PAZIENTE PSICHIATRICO CHE INVECCHIA

- La cura del paziente psichiatrico che invecchia in RSA
- Lo psichiatra e il paziente psicotico che invecchia
- La complessità del paziente psicotico anziano

12.00-13.00

TAVOLA ROTONDA

Malattia d'Alzheimer: competenze condivise?

13.00-14.00

Comunicazioni orali

Venerdì 14 aprile 2022

BALLATOI

13.00-14.00 **Presentazione poster**

SALA VERDE

14.00-15.30 **SIMPOSIO**
CAREGIVING: COME SOPRAVVIVERE
NELLA RETE DEI SERVIZI

- La condivisione del percorso di cure, tra negazione ed advocacy
- Caffè Alzheimer: leggere i dati per costruire il futuro
- La comunità attorno alla persona con demenza e alla sua famiglia

15.30-17.00 **TAVOLA ROTONDA**
PDTAR Demenze: il modello Lombardo

17.00-17.30 **LETTURA**
La violenza contro le donne anziane

17.30-18.00 **LETTURA**
Nutraceutici e salute dell'anziano fragile

18.00-18.30 **LETTURA**
Antidepressivi nei pazienti anziani scoagulati

18.30-19.00 **LETTURA**
Il trattamento dei BPSD nella demenza

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

8.30-10.00 SIMPOSIO
APPROCCI DI CURA NON FARMACOLOGICO
PER IL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

- Evidenze dei trattamenti non farmacologici
- La stimolazione transcranica
- Community Occupation Therapy in Dementia (Programma COTiD): l'esperienza dei CDCD

10.00-11.30 SIMPOSIO
IL LAVORO IN ÉQUIPE IN PSICOGERIATRIA:
NECESSITÀ E RISORSA

in collaborazione con Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP

- L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura
- Gli outcome riabilitativi migliorano con un approccio interprofessionale? Stato dell'arte
- Interprofessionalità: la realtà italiana

11.30-12.00 LETTURA

Telemedicina in psicogeriatría: a che punto siamo?

12.00-12.30 LETTURA

L'anziano vittima di conflitto armato

14.00-15.30 SIMPOSIO
LE DIMENSIONI NEGLETTE DELLA FRAGILITÀ:
RILEVAZIONE PRECOCE E INTERVENTO

- La dimensione sociale e di comunità
- Fragilità e benessere dell'anziano
- Un approccio pro-attivo alla fragilità: un'esperienza sul territorio

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

15.30-17.00 **SIMPOSIO**

**LA PERSONA ANZIANA IN CARCERE:
PROBLEMATICHE, RIFLESSIONI, INTERVENTI**

- Il reo anziano in carcere: profili criminologici e problematiche cliniche
- L'invecchiamento della popolazione detenuta: problemi emergenti ed interventi dell'Amministrazione Penitenziaria
- Le detenute anziane

Sabato 15 aprile 2022

SALA VERDE

8.00-9.30

SIMPOSIO

DECADIMENTO COGNITIVO DA EVENTI CLINICI

- Sepsi, delirium e demenza: il punto
- Deterioramento cognitivo e diabete
- Dopo le prime sei ore: la Psicogeriatra dell'Ictus
- Vaccini e deficit cognitivo

9.30-11.00

SIMPOSIO

DISTURBO BIPOLARE E DEMENZE: LA MANIA COME SINDROME TRANSNOSOGRAFICA

- Disturbi psichici e comportamentali nelle fasi prodromiche delle malattie neurodegenerative: il concetto di Mild Behavioural Impairment
- Insorgenza, varianti e decorso del Disturbo Bipolare nei principali tipi di demenza
- Trattamento del Disturbo Bipolare e dei sintomi comportamentali nel contesto delle malattie neurodegenerative
- Anziani e sali di Litio: la revisione di un ossimoro

11.00-12.30

SIMPOSIO

POST COVID: nuovi modelli di cura in psicogeriatra

- Le riacutizzazioni cliniche in psicogeriatra: l'ospedalizzazione domiciliare come alternativa al ricovero
- Come rispondere ai bisogni assistenziali sul territorio: presente e futuro dell'Infermiere di Famiglia
- Il delicato passaggio tra ospedale e territorio

12.30-13.00

LETTURA

Videogiochi e anziani

Sabato 15 aprile 2022

LIMONAIA

8.00-13.00 Comunicazioni orali selezionate

AUDITORIUM

8.00-9.00 **SIMPOSIO**
LA DIAGNOSI PRECOCE DI DEMENZA

9.00-10.30 **SIMPOSIO**
LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI
DI DEMENZA

- “Troppo presto” o “Troppo tardi”: ostacoli e difficoltà nella comunicazione della diagnosi di demenza
- La comunicazione della diagnosi genetica di malattia
- C'è ancora tanta vita dopo la diagnosi:
i gruppi auto-mutuo-aiut
- Il medico, il malato e la famiglia

10.30-12.00 **SIMPOSIO**
TERAPIE INNOVATIVE PER LA MALATTIA
D'ALZHEIMER

- Disease-Modifying Therapies nella Malattia di Alzheimer: aspetti concettuali
- I farmaci anti-Amiloide: luci e ombre
- Gli scenari futuri oltre i farmaci anti-amiloide

12.00-13.00 **SIMPOSIO**
TENTATIVO DI SUICIDIO E ASTENSIONE
VOLONTARIA DAL CIBO

- L'anziano e il rifiuto della vita
- Focus sull'uso della morfina negli ospedali italiani
- Il rifiuto del cibo nella persona con demenza

13.00-13.30 **LETTURA CONCLUSIVA**
La poesia e l'Alzheimer

Informazioni generali

SEDE

Palazzo dei Congressi
Via Valfonda 1° Firenze

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Il 23° Congresso Nazionale AIP si svolgerà in modalità residenziale.

POSTER E COMUNICAZIONI ORALI

I poster selezionati saranno esposti per tutta la durata del Congresso.
Le comunicazioni orali selezionate si svolgeranno nelle giornate di venerdì 14 aprile e sabato 15 aprile.

ECM - Congresso

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per tutta la durata del congresso.

Il congresso è rivolto a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ECM - Corsi pregressuali

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per ogni singolo Corso.

I Corsi pregressuali sono rivolti a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ABSTRACT

Le informazioni per l'invio degli abstract sono disponibili [sul sito del Congresso](#)

È possibile inviare il proprio abstract unicamente attraverso la procedura online, disponibile fino al 31 gennaio 2023.

Si ricorda che, dopo l'accettazione del lavoro, la presentazione in sede congressuale è subordinata all'iscrizione al congresso.

ISCRIZIONI

È possibile iscriversi unicamente attraverso la procedura on-line, disponibile sul sito del congresso

**CONGRESSO
AIP**

**ISCRIZIONE
SOCIO AIP**

**ISCRIZIONE
NON SOCIO AIP**

Sono previste quote di favore per chi si iscrive al Congresso e ad un Corso pregressuale.

Quote d'iscrizione (22% Iva Esclusa)

	EARLY BIRD	STANDARD	LATE
	Entro il 12 febbraio	Entro il 12 marzo	Dal 13 marzo e on-site
Congresso - MEDICO Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
Congresso - MEDICO non Socio AIP	€ 300	€ 400	€ 500
Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP	€ 280	€ 360	€ 500
Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO	€ 130	€ 180	€ 300
Corso Pregressuale di Neuropsicologia	€ 120	€ 150	€ 180
Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari	A titolo gratuito		
Corso Pregressuale di Psicogeriatría Forense		€ 100	
Corso Pregressuale Interdisciplinare		€ 100	
Corso Pregressuale per Educatori Professionali		€ 100	

La quota di iscrizione al Congresso comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM*

La quota di iscrizione ai Corsi pregressuali comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM, ove previsto*
- *partecipazione alla cerimonia inaugurale del 23° Congresso nazionale AIP*

AZIENDE

Le aziende interessate a partecipare come sostenitori oppure come espositori, possono contattare: florence@wearemci.com

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. Scialoia, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

www.aipcongresso.it



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP - 23 dicembre 2022

Amiche, amici,

buon Natale!

Questa newsletter vi giunge forse all'inizio delle vacanze, forse, per altri, all'inizio di un impegno straordinario, perché il periodo festivo comporta sacrifici per chi è in servizio negli ospedali, nei Pronto Soccorso, nei servizi domiciliari, nelle RSA e nelle altre residenze delle persone anziane. Auguri a tutti da parte mia e dell'AIP; siamo sempre impegnati per rendere meno faticosa la vita degli anziani fragili, ma a Natale, quando per alcuni la solitudine si sente più forte, la nostra vicinanza come professionisti e come concittadini diviene ancora più importante.

Nei giorni scorsi si è tenuto il XVIII Brain Aging, il nostro tradizionale evento di fine anno, del quale abbiamo riferito venerdì scorso; si è concluso con pieno successo. Su sito AIP saranno disponibili, in consultazione per i soci AIP, le diapositive delle relazioni, compatibilmente con le liberatorie rilasciate dai relatori.

Lunedì ho partecipato ad un **convegno a Bari dedicato a "La malattia di Alzheimer al tempo della cura e della speranza"**, le cui relazioni principali sono state tenute dall'arcivescovo Giuseppe Satriano e dal sindaco della città Antonio Decaro, che è anche Presidente nazionale dell'ANCI. Particolarmente significativo l'avvicinamento dell'idea di cura a quella della speranza, quando spesso siamo indotti a ritenere senza risultato terapeutico le cure prestate alle persone affette da Alzheimer. La speranza ha il nome della cura, atto che costruisce una relazione che ha futuro e che quindi è sempre fonte di speranza. Di particolare rilievo l'intervento di Decaro, perché ha testimoniato l'impegno delle comunità locali nella difesa delle persone anziane fragili: la città è il luogo protettivo di chi è senza protezione.

Il consueto "Angolo" di Mauro Colombo è dedicato ai fattori di rischio di demenza:

"La attenzione ai fattori di rischio per la demenza arriva a comprendere i disturbi mentali in ampio senso, importanti anche in termini quantitativi. Secondo il collegio reale degli psichiatri inglesi, in un campione stratificato di uomini e donne europei di età compresa tra 65 ed 84 anni, 1 persona su 2 ha sperimentato un disturbo mentale nell'arco della sua vita, 1 su 3 nel corso dell'anno precedente, e quasi 1 su 4 ne è contestualmente affetto. I disturbi maggiormente rappresentati erano legati all'ansia, seguiti da quelli affettivi e quelli legati a sostanze [§]. Sorprendentemente, una ricerca bibliografica che ha setacciato 421 pubblicazioni non ha trovato indicazioni sulla eventuale utilità degli interventi mirati, efficaci nel sollevare dai disturbi di ansia, nei confronti della prevenzione della demenza. Per investigare la questione, sono stati adoperati i dati di cui è dotato il servizio sanitario inglese, relativi a 111.958 persone cui, tra il 2021 ed il 2019, è stato offerto un supporto psicologico rivolto ai disturbi di ansia: 31% erano maschi, l'età media era 71,5 (\pm 5,7) anni; l'osservazione è durata per una mediana di tempo pari a 3,1 anni [ambito interquartile 1,7 – 4,7], arrivando fino ad 8 anni. A fine osservazione, dopo che l'11% delle persone era deceduto, il 4% dell'intero campione ha sviluppato una demenza: ma le % variavano dal 3,9 per chi aveva ottenuto un beneficio clinico dagli interventi (71% del campione), al 5,1 per chi non se ne era giovato. In dettaglio, il rapporto tra i tassi di

rischio [Hazard Ratio (HR)] è stato di 0,83 [intervallo di confidenza al 95% = 0,78 – 0,88] per la demenza di qualsiasi origine; 0,85 [intervallo di confidenza al 95% = 0,77 – 0,94] per la demenza di Alzheimer, e 0,8 [intervallo di confidenza al 95% = 0,71 – 0,9] per la demenza vascolare. La diagnosi che specificava il tipo di disturbo di ansia non influiva sui risultati, così come il modo in cui veniva misurata l'efficacia degli interventi sull'ansia. Fattori associati a maggior rischio di demenza sono risultati: età più avanzata [ma l'effetto protettivo sul rischio di demenza da parte di interventi efficaci sull'ansia si manteneva anche nelle fasce di età più avanzata], etnia nera, minore assiduità alle sessioni terapeutiche, assunzione di psicofarmaci [41% del campione], comorbidità cardiovascolare [59% del campione] e depressiva [78% del campione]. La natura dello studio consente solo di proporre ipotesi interpretative: percorsi neurobiologici [mediati dall'asse ipotalamo/ipofisi/surrene] o psicosociali e legati allo stile di vita [dieta, supporto sociale, attività fisica]. Ad ogni modo, gli interventi efficaci sull'ansia erano associati a ridotta mortalità. Ancora, erano state prese misure possibili per attenuare il rischio di causalità inversa, per esempio escludendo i casi in cui la demenza era stata diagnosticata 1 o 2 anni dopo la conclusione dell'intervento psicologico; però rimane la possibilità che le psicoterapie risultino meno efficaci in soggetti con patologia dementigena sottostante, o vengano loro offerte con minore probabilità. Gli Autori – inglesi, di differenti affiliazioni – esplicitano i limiti della loro indagine: assenza di dati sulla cognitività all'inizio della osservazione, sulla scolarità, sull'anamnesi familiare e per malattie ereditarie, sulla patologia vascolare, sui livelli di attività fisica; ancora, la possibilità di ulteriori cicli di terapia dopo quello considerato per l'indagine, la eventuale prescrizione di antidepressivi a chi non ha risposto alla psicoterapia; infine, il rischio di “errori statistici di 1° tipo” [rifiuto di accettare l'ipotesi nulla, vera] dovuti alla molteplicità delle analisi statistiche – che pure si sono attenute strettamente agli obiettivi pre-definiti, analizzati su una vasta base di dati di alta qualità [e questi ultimi costituiscono punti di forza dichiarati dello studio].

Se nelle linee generali la ricerca [#] è coerente con altri interventi ambientali protettivi verso la demenza [vedi per esempio le protesi acustiche], una considerazione finale si impone: le psicoterapie rivolte all'ansia si basano su prove, tanto da venire raccomandate dal servizio sanitario nazionale britannico per le persone anziane, che se ne beneficiano in modo elettivo, e vi aderiscono con assiduità – nonostante vengano loro proposte 5 volte meno frequentemente che ad altre età, preferendole agli antidepressivi, che pure vengono prescritti 6 volte più spesso.”

[§] Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463> {voce bibliografica (2) di [#]}

[#] Stott, J., Saunders, R., Desai, R., Bell, G., Fearn, C., Buckman, J. E. J., Brown, B., Nurock, S., Michael, S., Ware, P., Marchant, N. L., Aguirre, E., Rio, M., Cooper, C., Pilling, S., Richards, M., & John, A. (2022). Associations between psychological intervention for anxiety disorders and risk of dementia: a prospective cohort study using national health-care records data in England. *The Lancet. Healthy Longevity*, S2666-7568(22)00242-2. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00242-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00242-2)

Ho ricevuto da Massimo Calabrò un significativo commento al testo dell'ultima newsletter quando si criticava “l'affermazione di Biden sul fatto che l'epidemia fosse ‘over’; infatti, questa posizione rischia di giustificare la mortalità indotta negli anziani come un “acceptable loss”, cioè un evento marginale in una società che avrebbe ripreso “gloriosamente” la sua strada dopo il controllo dell'epidemia. È una posizione che non possiamo accettare sia come cittadini, sia come operatori della sanità e dell'assistenza; se si inizia a giustificare l'aumento della mortalità in alcune circostanze come evento ineludibile, poi si rischia di non controllarne più le conseguenze”. Segue il commento: “Agli inizi del 2020 si parlò a lungo riguardo l'esclusione dai percorsi rianimatori dei pazienti anziani. Ci si rifaceva alla cosiddetta medicina bellica, quando al fronte si trovavano feriti più o meno gravi e dove un colpo d'occhio di un medico, non necessariamente esperto, in un contesto drammatico come il campo di battaglia, bastava a decidere in pochi istanti se il ferito aveva senso trattarlo o si passava, per le vie sbrigative, ad una palliazione basata su una fiala di morfina sottocute, quando disponibile. Penso che molti di noi ricorderanno le drammatiche sequenze iniziali di “Salvate il soldato Ryan” di Steven Spielberg, ambientate in Normandia,

sulla spiaggia di Omaha beach, il giorno del D-Day. Purtroppo, la crudezza delle immagini rende viva in noi l'ineluttabilità degli eventi e una vena di sensibilità romantica legata a un dramma generalizzato che, come tale, non è più di nessuno. Molti di noi, vivendo allora agli inizi del 2020, il drammatico ruolo dei medici esperti che decidevano "chi sì e chi no" serbano il ricordo di quei giorni del tutto particolari, e spero non più ripetibili, con viva intensità emotiva; ma sono passati quasi tre anni e ora facciamo i conti con i nostri fantasmi, polvere sotto il tappeto, accettando la devastazione dell'organizzazione sanitaria e di pensiero che considera perdite accettabili la perdita *anticipata* di persone anziane o malate in modo più o meno grave. Dopo quasi tre anni sembra che, al di là della diatriba pubblico/privato, sia sempre più evidente che il paziente, nella grande rilevanza dei casi, non è preso in carico da nessuno, tutti iper-specialisti che passano all'organizzazione che si inceppa, più o meno fatalmente, in logiche burocratico-amministrative; quindi, la "gloriosa" ripresa dopo la pandemia sembra assai poco evidente, almeno in campo sanitario. Ci sarà sempre un servizio, uno specialista che subentrerà e definirà condividendo in modo sempre più multidisciplinare, il percorso clinico-diagnostico-terapeutico del paziente. Ma alla fine ci vorrà un interlocutore che dovrà comunicare e soprattutto essere riferimento per il paziente e i suoi familiari. In periodi in cui il nostro pensiero culturale è sempre più volto all'appropriatezza delle cure, alla definizione della stratificazione della prognosi, da cui deriva il pattern di cura ottimale, forse dobbiamo ammettere che siamo lontanissimi da uno strumento che non potrà mai essere prodotto, perché sempre permeato dalla squisitezza della "sensibilità clinica" del singolo professionista. Allora risulta evidente che in un discorso che lambiva scienza e cultura, compare improvvisamente il termine "sensibilità", quasi come estraneo di questi tempi, ma che si contrappone clamorosamente alla logica sottesa di "perdite accettabili". Ritengo sia proprio questo uno dei significativi ruoli di AIP: coniugare scienza, cultura e sensibilità. Sembrano parole in libertà, ma forse nascondono la profondità e la bellezza del nostro essere medici, infermieri e OSS. Se la parola *sensibilità* avesse un suo significato in questi ambiti sarebbe opportuno ne trasparisse la rilevanza anche in chi, governandoci, afferma di essere al servizio delle categorie di cittadini più fragili".

Il termine "sensibilità" potrebbe a taluno apparire obsoleto; è invece una caratteristica che ne riassume molte altre importanti negli atti di cura.

Neurology del 12 ottobre pubblica un lavoro che, a differenza di altri precedenti, indica che **una dieta salutare, compresa quella mediterranea, non esercita alcun effetto positivo sul rischio di demenza**. È un contributo metodologicamente fondato, che mette in discussione tante affermazioni della letteratura; ancora una volta, si ripropone l'interrogativo su quali siano i fattori che realmente permettono di prevenire le demenze, presi singolarmente o tra loro riuniti in cluster. Ho avuto modo di discutere vivacemente questi concetti con il carissimo amico Giancarlo Logroscino, che ha una fiducia illuministica sulle possibilità degli atti preventivi delle demenze. Si ripropone ancora una volta il consueto interrogativo: **vi sono atti specifici per prevenire le demenze o è necessario adottare una vita salutare che pur in modo aspecifico agisce in senso preventivo?**

Attorno a una tematica affine a quella preventiva, *JAMA Network Open* del 17 dicembre pubblica, a firma di ricercatori cinesi, **uno score che avrebbe una capacità predittiva del 100%, per aiutare il clinico a predire il rischio individuale di sviluppare demenza entro 13 anni**. Secondo gli autori, questo score potrebbe essere di grande utilità per avvisare del rischio il singolo individuo e il suo medico, in modo da mettere in atto interventi preventivi mirati. È doveroso indicare che alcuni esperti di demenza inglesi hanno espresso forti perplessità attorno alla validità e quindi all'utilità dello score.

Ricordo ancora una volta **l'importanza dell'iscrizione all'AIP per permettere all'Associazione anche nel nuovo anno di continuare le attività che ci caratterizzano**. I soldi non sostituiscono le idee; è però anche vero – purtroppo – il contrario, e cioè che senza il supporto economico molte delle nostre attività entrano in crisi. Allego il documento che riporta le modalità di iscrizione e/o rinnovo; per qualsiasi necessità la segreteria resta a disposizione all'indirizzo email aipsegreteria@grg-bs.it.

In allegato trovate ancora il **programma del 23° Congresso** nazionale (Firenze, 13-15 aprile 2023) in via di finalizzazione. È possibile iscriversi unicamente accedendo alla piattaforma online del sito ufficiale www.aipcongresso.it ; segnalo inoltre che **per i soci AIP in regola con la quota associativa 2023 vi sono quote agevolate di partecipazione**. Richiamo infine l'attenzione sulla possibilità, **fino al giorno 31 gennaio, di inviare un abstract** per le comunicazioni libere e per i poster. Tutti i dettagli al link: <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml> .

Vi segnalo infine, sperando di fare cosa gradita, che sul sito AIP è disponibile, in modalità open access per tutta la durata delle feste natalizie, l'**ultimo numero di Psicogeriatría, il 3-2022**.

Rinnovando l'augurio natalizio, un cordiale saluto

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Programma preliminare

FIRENZE
13/15 APRILE 2023

Palazzo dei Congressi

CONGRESSO NAZIONALE **AIP**

**LA PSICOGERIATRIA
DEL FUTURO.
COMPETENZE,
TECNICHE,
SIGNIFICATI**

Consiglio Direttivo AIP

PRESIDENTE ONORARIO

Lodovico Frattola (Milano)

PAST-PRESIDENT

Umberto Senin (Perugia)

PRESIDENTE

Marco Trabucchi (Brescia)

PRESIDENTE ELETTO

Diego De Leo (Brisbane-Padova)

VICE-PRESIDENTI

Giuseppe Bellelli (Monza)

Giovanna Ferrandes (Genova)

Giancarlo Logroscino (Bari)

Claudio Vampini (Verona)

PRESIDENTE COMITATO DI GARANZIA E INDIRIZZO

Luigi Ferrannini (Genova)

SEGRETARIO

Angelo Bianchetti (Brescia)

RESPONSABILE SEZIONI REGIONALI

Carlo Serrati (Imperia)

RESPONSABILE CONGRESSO NAZIONALE

Alessandro Padovani (Brescia)

MEMBRI ELETTI

Fabrizio Asioli (Reggio Emilia)

Stefano F. Cappa (Pavia)

Fabio Cembrani (Trento)

Antonio Cherubini (Ancona)

Mauro Colombo (Abbiategrosso)

Pierluigi Dal Santo (Rovigo)

Babette Dijk (Genova)

Marino Formilan (Chioggia)

Federica Gottardi (Brescia)

Antonio Guaita (Abbiategrosso)

Valentina Laganà (Lamezia Terme)

Elena Lucchi (Cremona)

Massimiliano Massaia (Torino)

Alessandro Morandi (Cremona)

Enrico Mossello (Firenze)

Leo Nahon (Milano)

Grazia Razza (Catania)

Mario Santagati (Catania)

Silvia Vettor (Treviso)

Giovanni Zuliani (Ferrara)

Consiglio Direttivo AIP

RESPONSABILI DI AREA TEMATICA

Maria Grazia Arena (Messina)
Giuseppe Barbagallo (Nicosia)
Roberto Bernabei (Roma)
Stefano Boffelli (Brescia)
Amalia Cecilia Bruni (Lamezia Terme)
Carlo Caltagirone (Roma)
Rabih Chattat (Bologna)
Andrea de Bartolomeis (Napoli)
Monica Di Luca (Milano)
Luc Pieter De Vreese (Suzzara)
Nicola Ferrara (Napoli)
Guido Gori (Firenze)
Antonio Greco (San Giovanni Rotondo)
Daniela Leotta (Torino)
Maria Lia Lunardelli (Bologna)
Niccolò Marchionni (Firenze)
Gianfranco Nuvoli (Genova)
Alfonso Papa (Torino)
Luigi Pernigotti (Torino)
Andrea Pilotto (Brescia)
Nicola Renato Pizio (Lavagna)
Oswaldo Scarpino (Ancona)
Gabriele Tripi (Trapani)
Tiziano Vecchiato (Padova)
Orazio Zanetti (Brescia)

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Carlo Adriano Biagini (Pistoia)
Presidente Sezione Toscana

Vincenzo Canonico (Napoli)
Presidente Sezione Campania

Antonino Cotroneo (Torino)
Presidente Sezione Piemonte - Valle d'Aosta

Andrea Fabbo (Modena)
Presidente Sezione Emilia-Romagna

Giuseppe Fichera (Catania)
Presidente Sezione Sicilia

Franco Giubilei (Roma)
Presidente Sezione Lazio

Albert March (Bolzano)
Presidente Sezione Sud Tirolo

† Bruno Mazzei (Cosenza)
Presidente Sezione Calabria

Isabella Paolino (Fermo)
Presidente Sezione Marche - Abruzzo

Giorgio Pigato (Padova)
Presidente Sezione Triveneto

Renzo Rozzini (Brescia)
Presidente Sezione Lombardia

Francesco Scapati (Taranto)
Presidente Sezione Puglia - Basilicata

Gianluca Serafini (Genova)
Presidente Sezione Liguria

Anna Laura Spinelli (Spoleto)
Presidente Sezione Umbria

Daniela Viale (Cagliari)
Presidente Sezione Sardegna

MERCOLEDÌ 12 aprile

14.00-18.00 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 1ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

GIOVEDÌ 13 aprile

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 2ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

Gli operatori socio-sanitari: una funzione che richiede competenza e sensibilità umana

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI PSICOGERIATRIA FORENSE

Perizie e consulenze giudiziarie in ambito psicogeriatrico

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER EDUCATORI PROFESSIONALI

Il ruolo centrale degli educatori professionali nell'organizzazione del lavoro nelle RSA

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE INTERDISCIPLINARE

La sfida della cura dell'anziano a domicilio

GIOVEDÌ 13 aprile

AUDITORIUM

17.30-19.30 CERIMONIA INAUGURALE

Saluto del Presidente AIP

Marco Trabucchi

LETTURA MAGISTRALE

TAVOLA ROTONDA

La complessità in psicogeriatría

Premiazione delle 3 migliori
comunicazioni orali selezionate

19.30 Cocktail inaugurale

20.15 Proiezione del film
"QUEL POSTO NEL TEMPO"

di Giuseppe Alessio Nuzzo
con Leo Gullotta

Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

8.00-8.30 LETTURA

Quale spazio per gli antidepressivi nella cura della depressione in corso di demenza?

8.30-9.00 LETTURA

Il ruolo del danno cerebrovascolare nella malattia di Alzheimer

9.00-11.00 SIMPOSIO
LA FISIOPATOLOGIA, CLINICA, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL DELIRIUM NEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE E DEMENZA

Moderatori: Antonio Cherubini, Giuseppe Bellelli

- Delirium e decadimento cognitivo: quali informazioni dalla ricerca preclinica
- I biomarcatori delirium in ortogeriatrics
- Quali interventi non farmacologici e come applicarli nella quotidianità?
- La specificità del terapeuta occupazionale nell'intervento multidisciplinare
- I farmaci: trattiamo il delirium o i disturbi del comportamento?

11.00-11.30 LETTURA

RSA: un mondo vitale

11.30-12.00 LETTURA

La persona anziana fragile e la crisi dei Pronto Soccorso

12.00-12.30 LETTURA

Long COVID

Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

12.30-13.00 LETTURA

Analisi trascrittomica su campioni biologici da pazienti malati di demenza: utile per individuare fattori di rischio indipendenti e biomarcatori o motivo di confondimento?

13.00-14.00 Comunicazioni orali

14.00-15.30 SIMPOSIO

**LA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA:
PLURALITÀ DI VISIONI**

- Il turning point e le vite possibili
- La valutazione del malato neurologico
- Aspetti etici nel processo decisionale del fine vita

15.30-17.00 SIMPOSIO

Diabete e demenza

17.00-17.30 LETTURA

Esketamina e depressione dell'anziano

17.30-18.30 LETTURA

Biomarcatori nell'ambito dell'invecchiamento cerebrale e delle patologie correlate.

18.30-19.00 LETTURA

BPSD e i nuovi neurolettici

19.00

Assemblea ordinaria dei soci AIP e proclamazione dei risultati delle elezioni del Consiglio Direttivo AIP per il biennio 2023-2024

Venerdì 14 aprile 2022

SALA VERDE

8.00-9.30 SIMPOSIO
NEUROINFIAMMAZIONE IN PSICOGERIATRIA

- Neuroinfiammazione e invecchiamento: aspetti neurobiologici
- Neuroinfiammazione e depressione
- Neuroinfiammazione e deterioramento cognitivo

9.30-11.00 SIMPOSIO
BENESSERE, PREVENZIONE E GESTIONE DELLO STRESS DEGLI OPERATORI: QUALE EREDITÀ DALLA PANDEMIA E QUALI OPPORTUNITÀ

- Lo stato di salute degli operatori sanitari
- Le life skills nella costruzione del benessere
- Un modello organizzativo centrato sull'équipe

11.00-12.00 SIMPOSIO
IL PAZIENTE PSICHIATRICO CHE INVECCHIA

- La cura del paziente psichiatrico che invecchia in RSA
- Lo psichiatra e il paziente psicotico che invecchia
- La complessità del paziente psicotico anziano

12.00-13.00 TAVOLA ROTONDA
Malattia d'Alzheimer: competenze condivise?

13.00-14.00 Comunicazioni orali

Venerdì 14 aprile 2022

BALLATOI

13.00-14.00 Presentazione poster

SALA VERDE

14.00-15.30 SIMPOSIO
CAREGIVING: COME SOPRAVVIVERE
NELLA RETE DEI SERVIZI

- La condivisione del percorso di cure, tra negazione ed advocacy
- Caffè Alzheimer: leggere i dati per costruire il futuro
- La comunità attorno alla persona con demenza e alla sua famiglia

15.30-17.00 TAVOLA ROTONDA
PDTAR Demenze: il modello Lombardo

17.00-17.30 LETTURA
La violenza contro le donne anziane

17.30-18.00 LETTURA
Nutraceutici e salute dell'anziano fragile

18.00-18.30 LETTURA
Antidepressivi nei pazienti anziani scoagulati

18.30-19.00 LETTURA
Il trattamento dei BPSD nella demenza

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

8.30-10.00 SIMPOSIO
APPROCCI DI CURA NON FARMACOLOGICO
PER IL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

- Evidenze dei trattamenti non farmacologici
- La stimolazione transcranica
- Community Occupation Therapy in Dementia (Programma COTiD): l'esperienza dei CDCD

10.00-11.30 SIMPOSIO
IL LAVORO IN ÉQUIPE IN PSICOGERIATRIA:
NECESSITÀ E RISORSA

in collaborazione con Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP

- L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura
- Gli outcome riabilitativi migliorano con un approccio interprofessionale? Stato dell'arte
- Interprofessionalità: la realtà italiana

11.30-12.00 LETTURA

Telemedicina in psicogeriatría: a che punto siamo?

12.00-12.30 LETTURA

L'anziano vittima di conflitto armato

14.00-15.30 SIMPOSIO
LE DIMENSIONI NEGLETTE DELLA FRAGILITÀ:
RILEVAZIONE PRECOCE E INTERVENTO

- La dimensione sociale e di comunità
- Fragilità e benessere dell'anziano
- Un approccio pro-attivo alla fragilità: un'esperienza sul territorio

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

15.30-17.00 **SIMPOSIO**

**LA PERSONA ANZIANA IN CARCERE:
PROBLEMATICHE, RIFLESSIONI, INTERVENTI**

- Il reo anziano in carcere: profili criminologici e problematiche cliniche
- L'invecchiamento della popolazione detenuta: problemi emergenti ed interventi dell'Amministrazione Penitenziaria
- Le detenute anziane

Sabato 15 aprile 2022

SALA VERDE

8.00-9.30

SIMPOSIO

DECADIMENTO COGNITIVO DA EVENTI CLINICI

- Sepsi, delirium e demenza: il punto
- Deterioramento cognitivo e diabete
- Dopo le prime sei ore: la Psicogeriatra dell'Ictus
- Vaccini e deficit cognitivo

9.30-11.00

SIMPOSIO

DISTURBO BIPOLARE E DEMENZE: LA MANIA COME SINDROME TRANSNOSOGRAFICA

- Disturbi psichici e comportamentali nelle fasi prodromiche delle malattie neurodegenerative: il concetto di Mild Behavioural Impairment
- Insorgenza, varianti e decorso del Disturbo Bipolare nei principali tipi di demenza
- Trattamento del Disturbo Bipolare e dei sintomi comportamentali nel contesto delle malattie neurodegenerative
- Anziani e sali di Litio: la revisione di un ossimoro

11.00-12.30

SIMPOSIO

POST COVID: nuovi modelli di cura in psicogeriatra

- Le riacutizzazioni cliniche in psicogeriatra: l'ospedalizzazione domiciliare come alternativa al ricovero
- Come rispondere ai bisogni assistenziali sul territorio: presente e futuro dell'Infermiere di Famiglia
- Il delicato passaggio tra ospedale e territorio

12.30-13.00

LETTURA

Videogiochi e anziani

Sabato 15 aprile 2022

LIMONAIA

8.00-13.00 Comunicazioni orali selezionate

AUDITORIUM

8.00-9.00 **SIMPOSIO**
LA DIAGNOSI PRECOCE DI DEMENZA

9.00-10.30 **SIMPOSIO**
LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI
DI DEMENZA

- “Troppo presto” o “Troppo tardi”: ostacoli e difficoltà nella comunicazione della diagnosi di demenza
- La comunicazione della diagnosi genetica di malattia
- C'è ancora tanta vita dopo la diagnosi:
i gruppi auto-mutuo-aiut
- Il medico, il malato e la famiglia

10.30-12.00 **SIMPOSIO**
TERAPIE INNOVATIVE PER LA MALATTIA
D'ALZHEIMER

- Disease-Modifying Therapies nella Malattia di Alzheimer:
aspetti concettuali
- I farmaci anti-Amiloide: luci e ombre
- Gli scenari futuri oltre i farmaci anti-amiloide

12.00-13.00 **SIMPOSIO**
TENTATIVO DI SUICIDIO E ASTENSIONE
VOLONTARIA DAL CIBO

- L'anziano e il rifiuto della vita
- Focus sull'uso della morfina negli ospedali italiani
- Il rifiuto del cibo nella persona con demenza

13.00-13.30 **LETTURA CONCLUSIVA**
La poesia e l'Alzheimer

Informazioni generali

SEDE

Palazzo dei Congressi
Via Valfonda 1° Firenze

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Il 23° Congresso Nazionale AIP si svolgerà in modalità residenziale.

POSTER E COMUNICAZIONI ORALI

I poster selezionati saranno esposti per tutta la durata del Congresso.
Le comunicazioni orali selezionate si svolgeranno nelle giornate di venerdì 14 aprile e sabato 15 aprile.

ECM - Congresso

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per tutta la durata del congresso.

Il congresso è rivolto a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ECM - Corsi pregressuali

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per ogni singolo Corso.

I Corsi pregressuali sono rivolti a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ABSTRACT

Le informazioni per l'invio degli abstract sono disponibili [sul sito del Congresso](#)

È possibile inviare il proprio abstract unicamente attraverso la procedura online, disponibile fino al 31 gennaio 2023.

Si ricorda che, dopo l'accettazione del lavoro, la presentazione in sede congressuale è subordinata all'iscrizione al congresso.

ISCRIZIONI

È possibile iscriversi unicamente attraverso la procedura on-line, disponibile sul sito del congresso

**CONGRESSO
AIP**

**ISCRIZIONE
SOCIO AIP**

**ISCRIZIONE
NON SOCIO AIP**

Sono previste quote di favore per chi si iscrive al Congresso e ad un Corso pregressuale.

Quote d'iscrizione (22% Iva Esclusa)

	EARLY BIRD	STANDARD	LATE
	Entro il 12 febbraio	Entro il 12 marzo	Dal 13 marzo e on-site
Congresso - MEDICO Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
Congresso - MEDICO non Socio AIP	€ 300	€ 400	€ 500
Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP	€ 280	€ 360	€ 500
Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO	€ 130	€ 180	€ 300
Corso Pregressuale di Neuropsicologia	€ 120	€ 150	€ 180
Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari	A titolo gratuito		
Corso Pregressuale di Psicogeriatría Forense		€ 100	
Corso Pregressuale Interdisciplinare		€ 100	
Corso Pregressuale per Educatori Professionali		€ 100	

La quota di iscrizione al Congresso comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM*

La quota di iscrizione ai Corsi pregressuali comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM, ove previsto*
- *partecipazione alla cerimonia inaugurale del 23° Congresso nazionale AIP*

AZIENDE

Le aziende interessate a partecipare come sostenitori oppure come espositori, possono contattare: florence@wearemci.com

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. Scialoia, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

www.aipcongresso.it

COME EFFETTUARE L'ISCRIZIONE ALL'AIP

- Accedere al sito www.psicogeriatría.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.psicogeriatría.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 Psicogeriatría

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.psicogeriatría.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 2023

- Quota base: euro 90,00
- Quota under35: euro 70,00
- Quota Professioni sanitarie: euro 70,00
- Quota Specializzandi: gratuita
- Quota Soci sostenitori: euro 120,00
- Abbonamento alla rivista "Psicogeriatría" (cartacea): euro 30,00
(la sottoscrizione dell'abbonamento è subordinata all'iscrizione annuale 2023)

Newsletter AIP - 16 dicembre 2022

Amiche, amici,

in questa settimana **si è svolto a Napoli il tradizionale convegno AIP di fine anno, il Brain Aging, giunto alla sua 18° edizione**. Il tema centrale ha riguardato lo sviluppo futuro dei sistemi di cura dell'anziano fragile, in tutta Italia ma, in particolare, nelle Regioni meridionali. Allego le diapositive che ho presentato; sono solo un primo approccio ad un problema che da sempre la nostra Associazione pone al centro dei propri interessi. Purtroppo, i segnali complessivi non sono particolarmente incoraggianti, perché l'attenzione sia dei poteri di vario livello, sia della popolazione è concentrata su aspetti burocratico-formali, mentre vi sarebbe la precisa esigenza di uno scatto d'orgoglio delle Regioni del sud, nell'ambito di una rinnovata attenzione per l'anziano fragile in tutto il nostro Paese. In particolare, l'assistenza è impostata su realtà demografiche e psicosociali largamente superate e non si vedono indicazioni che facciano sperare in una vigorosa, rinnovata presa di coscienza.

In questi giorni sono stato in Calabria a Pizzo, dove il comune ha scelto di dedicare particolare attenzione ai propri anziani; ne ho derivato un'impressione estremamente positiva. AIP si è impegnata ad assistere il comune con le proprie competenze sulla strada di progettualità innovative. Colloco in questa logica l'editoriale pubblicato da *BMJ* di novembre dal titolo: "Migliorare le nostre possibilità di un futuro più sano", che si conclude così: **"Se vogliamo un futuro più sano non è sufficiente concentrarci sulle attività del singolo individuo, come l'esercizio e la dieta, ma è necessario focalizzare l'impegno delle comunità sulle determinanti sociali della salute"**. Ritengo sia una lezione importante, in particolare nella transizione che le Regioni del sud devono compiere verso la diffusione di migliori condizioni di salute attraverso una riduzione delle diseguaglianze sociali e dell'inefficienza dei servizi.

Il webinar AIP sulla digitalizzazione delle RSA, svoltosi il 7 dicembre, ha chiuso la serie di quest'anno, in attesa di riprendere con il 2023. In particolare, **è in progetto un corso di 5 lezioni per via telematica in collaborazione con CBA, riservato ai responsabili delle RSA che vogliono far compiere un salto in avanti delle proprie strutture**. È necessario diffondere la convinzione che nessuna struttura è così piccola da non trarre enormi vantaggi da un'accurata digitalizzazione di tutti i processi. Sarei lieto se qualcuno dei nostri lettori volesse esprimere l'adesione a questo progetto, che AIP ritiene di grande importanza.

Frontiers in Aging Neuroscience del 30 novembre pubblica un articolo di autori cinesi nel quale si dimostra che **la rilevazione dell'acido formico urinario potrebbe costituire un potenziale nuovo biomarker per la diagnosi precoce di Alzheimer**. Non sono in grado di confermare se il dato sia credibile; mi limito ad osservare come si stiano allargando le indicazioni di letteratura sulla possibilità di una rilevazione di marker di malattia nel plasma e adesso anche nell'urina. Ovviamente

l'adozione di queste nuove misure rappresenta un progresso rilevante; occorre, però, che vi sia da parte dei medici una presa di coscienza sul rischio del fai-da-te in questo campo, circostanza che farebbe enormi danni all'equilibrio psichico dei singoli e delle famiglie, oltre a far correre il rischio di appesantire i servizi di richieste di cura non adeguatamente giustificate.

Alzheimer's and Dementia del 18 novembre presenta **dati importanti a supporto dell'ipotesi che cambiamenti dei livelli di amiloide e di tau nel liquor avvengano prima della comparsa di segni clinici di Alzheimer**. Il dato è particolarmente interessante, perché indica l'esistenza di una finestra per rallentare l'evoluzione della patogenesi della malattia che compare dopo che è iniziato l'accumulo di amiloide, ma prima che questa abbia un impatto sostanziale sulla accumulazione di tau. Il lavoro nella sua complessità rappresenta un altro importante contributo nell'ambito delle possibilità di diagnosi precoce di Alzheimer, l'approccio che razionalmente, in attesa di trattamenti farmacologici, è il più accreditato per il controllo della diffusione della malattia.

Lancet Psychiatry di ottobre presenta **un'analisi retrospettiva di due anni, che include oltre un milione di persone, sulle conseguenze neurologiche e psichiatriche dell'infezione da SARS-CoV-2**. Si conclude con una serie di interrogativi senza risposta riguardo alla durata di questa sintomatologia, alla possibilità che colpisca ugualmente bambini e adulti, e se le varianti abbiano profili clinici diversi. Il tema è stato trattato, tra gli altri, anche in *JAMA Neurology* dello scorso marzo, da *Nature Medicine* di novembre ("Long term neurologic outcomes of Covid-19", uno studio vastissimo e molto accurato), *Neuron* di novembre ("The neurobiology of long covid").

Questa ricchezza di studi e ricerche attorno al Covid-19 ha aumentato l'impact factor di alcuni giornali, come ad esempio il *New England Journal of Medicine*; **l'enorme aumento della produzione e dell'interesse del mondo scientifico ha rischiato però di ridurre i controlli redazionali sulla qualità dei paper presentati, con non irrilevanti conseguenze sulla credibilità di alcuni risultati**. Ad esempio, *Lancet* del 24 novembre ha pubblicato un'"expression of concern" a proposito di un lavoro cinese pubblicato nell'agosto del 2021 sulle conseguenze a sei mesi del Covid-19 in pazienti dimessi dall'ospedale. Vi sono anche altri segnali di un certo disagio nella redazione delle riviste scientifiche, causati, in particolare, dalle incertezze sulla prevenzione e il trattamento del Covid (si vedano, a questo proposito, anche le dimissioni del redattore capo di *Food and Chemical Toxicology*).

Per concludere questa breve passerella sul Covid e le sue conseguenze, riporto il titolo di un articolo pubblicato dal *Washington Post* del 28 novembre: **"Il Covid diventa la peste degli anziani, facendo crescere il dibattito attorno al concetto di perdite accettabili"**. Ricordo a questo proposito che in una delle nostre recenti newsletter avevo criticato l'affermazione di Biden sul fatto che l'epidemia fosse "over"; infatti, questa posizione rischia di giustificare la mortalità indotta negli anziani come un "acceptable loss", cioè un evento marginale in una società che avrebbe ripreso "gloriosamente" la sua strada dopo il controllo dell'epidemia. È una posizione che non possiamo accettare sia come cittadini, sia come operatori della sanità e dell'assistenza; se si inizia a giustificare l'aumento della mortalità in alcune circostanze come evento ineludibile, poi si rischia di non controllarne più le conseguenze.

JAMDA del 3 dicembre pubblica una revisione sistematica dei lavori su un dato che potrebbe sembrare ovvio: **una migliore qualità e quantità delle infermiere delle case di riposo è associato a migliori risultati in vari ambiti riguardanti gli ospiti**. Gli autori riconoscono però l'attuale gravissima difficoltà che coinvolge molti Paesi, compresa l'Italia, nel reperire un numero adeguato di infermieri formati. Peraltro, gli autori suggeriscono di analizzare la possibilità di ottenere risultati simili anche agendo sulle altre categorie di operatori (ad esempio gli OSS).

A proposito di RSA, è interessante il fatto che **il Pio Albergo Trivulzio di Milano ha deciso di ospitare 4 Piccole Sorelle di Gesù all'interno della struttura perché siano dedite ad accompagnare gli**

anziani nelle loro giornate. L'ordine delle suore, fondato da Charles de Foucauld, è dedito ad aiutare la vita delle persone più sole, abbandonate e povere in varie zone del mondo. Anche nella RSA saranno in grado di offrire vicinanza agli ospiti, in particolare a quelli più soli, contribuendo a dare senso alla loro vita, sempre particolarmente difficile. Un contatto che ha valore umano e non confessionale, perché il lenimento della fatica di vivere non ha connotazione religiosa. Sarà doveroso valutare nel tempo l'efficacia di questo impegno e il gradimento da parte degli ospiti; la spiritualità dell'anziano è argomento che fino ad ora non è stato adeguatamente approfondito; è invece elemento non trascurabile della qualità della vita.

Questa settimana l'“**Angolo**” di **Mauro Colombo** mi sembra particolarmente significativo; **apre una prospettiva inattesa nella ricerca**; ritengo che il lettore possa trarre dal testo seri motivi di elaborazione:

““La patologia non è la patogenesi””: questa frase è al centro ed al cuore di un articolo di JAMA Neurology (pubblicato in rete il 28 novembre) che parte da una affermazione biochimica-biofisica, e da un quesito neuropatologico [#]. La affermazione: le proteine funzionano solo nella loro condizione originale [di monomeri solubili], e viceversa cessano di funzionare quando agglomerate in fibrille β amiloidi; più in là gli editorialisti [due neurologi universitari statunitensi] rimarcano che le proteine non si replicano, ma precipitano, secondo inesorabili leggi termodinamiche. Il quesito biologico: l'incertezza sul paradigma dominante, per cui la amiloidosi conduce alla neurodegenerazione, paradigma storicamente concepito dalla analisi microscopica su cervelli autoptici, e qui applicato alla associazione tra α sinucleina e morbo di Parkinson. La pochezza dei recenti tentativi con anticorpi monoclonali – apparsi sul New England Journal of Medicine – non viene addossata alle consuete motivazioni [brevità della osservazione, tempistica dell'intervento troppo tardiva rispetto alla evoluzione della malattia]. Vengono articolati – corredandoli punto per punto di bibliografia [in maggior parte liberamente accessibile in rete] – una serie di rilievi di fondo alla ipotesi di Braak, secondo la quale la proteinopatia tossica sarebbe necessaria e sufficiente a produrre la malattia:

- né la presenza né la distribuzione della patologia di Lewy correlano coi sintomi motori e cognitivi;
- gli stadi neuropatologici di Braak e quelli clinici di Hoehn e Yahr sono dissociati tra loro;
- la proporzione di neuroni segnati dalla patologia di Lewy non cresce con la durata della malattia; semplicemente, la quota di patologia di Lewy nella substantia nigra è proporzionale al mero numero di neuroni striatali.

Se da tali premesse deriva che la sinucleinopatia non è né necessaria né sufficiente, si può provare a rovesciare il paradigma: alla base della malattia non sarebbe l'accumulo di una proteina degenerata – che avrebbe un significato reattivo – ma invece la carenza della proteina fisiologicamente funzionale, ubiquitaria, ridondante ed evolutivamente preservata dai primordi della biologia. Vengono portati elementi a sostegno di questa ipotesi: tra l'altro, la concentrazione liquorale di α sinucleina è direttamente – e non inversamente – proporzionale al volume cerebrale, nella malattia di Parkinson.

Dal quadro concettuale della proteinopenia – sinora trascurato, e qui raffigurato con un grafico accattivante – secondo gli Autori deriva una proposta operativa, in termini di “medicina di soccorso”: invece di replicare tentativi con anti-sinucleine, la opzione alternativa è di “riforestare” il cervello rimpiazzando la proteina solubile carente.”

[#] Espay, A. J., & Okun, M. S. (2022). Abandoning the Proteinopathy Paradigm in Parkinson Disease. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.4193. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4193>

Accludo, secondo quanto sopraindicato, le **slide presentate al XVIII Brain Aging come introduzione alla tavola rotonda dedicata agli anziani alla fine del decennio.**

Ricordo l'iscrizione all'AIP; è un segnale dell'attaccamento non tanto (e non solo) alla nostra Associazione, ma al lavoro che viene compiuto per migliorare la qualità e la quantità dei servizi forniti agli anziani fragili e alle loro famiglie. Anche l'impegno culturale che viene esplicito attraverso convegni, webinar, pubblicazioni, newsletter, social deve essere interpretato in questa

prospettiva: la creazione di un sottofondo che permetta l'esplicazione delle cure al più alto livello possibile.

Ricordo, infine, **SoloLine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano (numero verde: 800 699741)**; durante le feste la solitudine diventa più pesante e dolorosa. La nostra linea di ascolto può rappresentare un momento di appoggio che lenisce, anche se di poco, la sofferenza, una compagna che diviene particolarmente cattiva quando le comunità sono in festa.

Tra gli allegati potete trovare **l'immagine di copertina del mio nuovo libro "Aiutami a ricordare"**; ha un taglio tra il testo scientifico, i suggerimenti per la cura degli ammalati, alcune indicazioni perché sia chiaro che "L'Alzheimer non cancella la vita". L'ultima riga del libro, "La demenza è una palestra per i legami", riassume la cultura che caratterizza il testo. L'individuo ammalato sopravvive grazie alle reti affettive; è compito nostro costruirle nelle comunità allargate e nelle famiglie. Il volume è stato presentato a Brescia il 13 dicembre e sono in corso altre occasioni per discutere a livello allargato su come vivere la presenza delle persone ammalate, offrendo loro il massimo delle cure e dell'accompagnamento.

Per entrare più direttamente nelle vicende di casa nostra (AIP!), **il Consiglio Direttivo ha fissato il 1 marzo come data entro la quale presentare le candidature per il rinnovo del Direttivo stesso**; ogni iscritto ha il diritto di partecipare, e soprattutto il dovere di contribuire a rinnovare i contenuti scientifici, culturali, clinici e assistenziali della nostra Associazione.

Ricordo anche che **sono aperte le iscrizioni al 23° Congresso nazionale AIP** (Firenze, 13-15 aprile 2023); **è possibile anche inviare abstract entro il 31 gennaio 2023**. Per tutti i dettagli vi invito a consultare il sito ufficiale dell'evento: www.aipcongresso.it.

Un saluto e un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



Napoli, 14 Dicembre 2022

XVIII BRAING AGING

**GLI ANZIANI NEL 2030.
PROSPETTIVE CLINICHE, PSICOLOGICHE
ED ORGANIZZATIVE**

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Associazione Italiana di Psicogeriatra
Università di Roma "Tor Vergata"

**La crisi planetaria della cura dell'anziano
e la realtà italiana.
Cosa potrà accadere nel 2030?
L'attenzione di AIP.**

**La malinconia domina la società italiana
(Censis, 2022).**

**E' un segno positivo perché indica
un'attenzione all'impegno sociale,
in un'epoca di dominante cinismo.**

**La complessità come metodologia da rispettare
nella definizione nell'anziano del bisogno e delle
relative risposte.**

**Un'osservazione segmentaria della persona non
permette di strutturare cure adeguate.**

**Ma anche l'impostazione terapeutica più
adeguata cade nel vuoto se non è strutturata in
servizi che a vari livelli siano in grado di offrire
risposte articolate.**

Il sistema sociale, sanitario e assistenziale italiano nel 2022: le problematiche prevalenti

- dinamiche demografiche
- le dinamiche della solitudine (oggi 3 milioni di persone)
- fondo sanitario nazionale in % rispetto al PIL
- inflazione
- attuazione del PNRR in tempi adeguati
- MES???
- federalismo differenziato
- la crisi delle regioni meridionali
- la mancanza di modelli verificati
- la mancata modernizzazione digitale

MARCO TRABUCCHI è Professore di neuropsicofarmacologia nell'Università Tor Vergata di Roma e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria, società scientifica che studia le condizioni di benessere della persona anziana in relazione allo stato di salute somatica. Direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia, è autore di più di 20 volumi in ambito clinico e di oltre 570 lavori su riviste internazionali. La storia scientifica di Trabucchi si fonda su una solida base biologica per approdare agli studi sulle condizioni di malattia, in particolare in età avanzata, con specifica attenzione alle cause che abbreviano la vita e la rendono difficile e faticosa.

Immagine: ©Vladimir Sazonov / Shutterstock
Progetto grafico: Luca Dentale / studio pym

**Ma si diventa davvero “altro da sé”
quando si perde la memoria?
Che cosa accade nel mondo
della demenza?
Si è davvero soli, oppure
le relazioni affettive,
nonostante tutto, restano possibili?**

Dalla prefazione di Michela Marzano

€ 00,00



33A65



MARCO TRABUCCHI

AIUTAMI A RICORDARE

MARCO TRABUCCHI

AIUTAMI A RICORDARE

LA DEMENZA NON CANCELLA LA VITA

**Come meglio comprendere la malattia
e assistere chi soffre**

Prefazione di Michela Marzano




SAN PAOLO

La demenza è una malattia del nostro tempo. Gli anziani sono esposti a un maggiore rischio; però, le cause della malattia di Alzheimer non sono ancora note nella loro complessità. Da ciò deriva anche la difficoltà di identificare possibili cure.

Marco Trabucchi ricostruisce la storia naturale della malattia, dai primi sintomi alle fasi terminali, e sottolinea l'importanza di una diagnosi precoce. La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza nell'età avanzata; richiede quindi particolari attenzioni a casa e nei diversi luoghi di cura. La malattia coinvolge la famiglia, che risponde con generosità e disponibilità, assumendosi il carico di un'assistenza senza soste. In questo momento la ricerca biologica e clinica per migliorare la qualità dell'assistenza e identificare terapie mirate è in grande sviluppo: forti speranze sono quindi possibili.

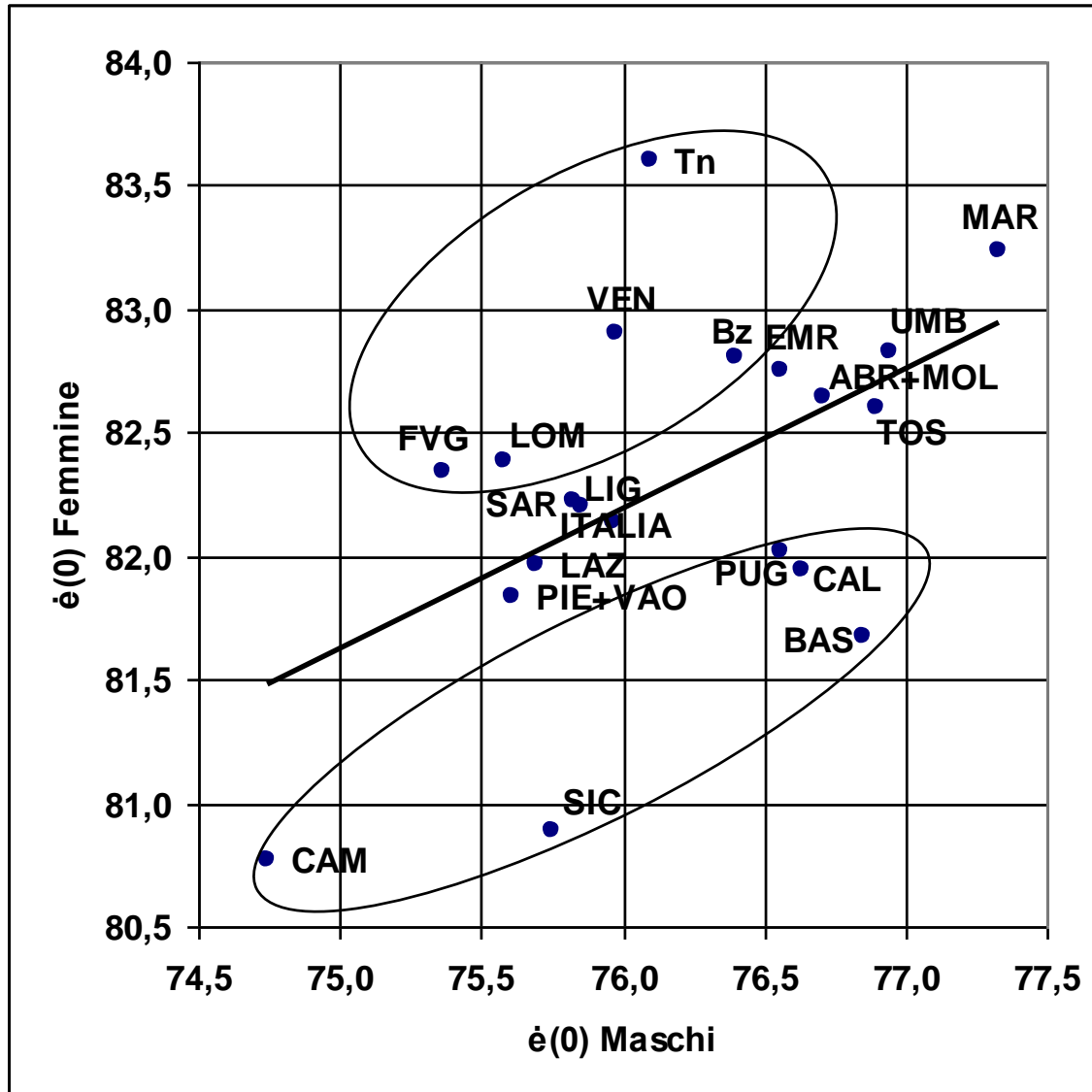
La spettanza di vita alla nascita come rilevatore delle condizioni clinico-assistenziali di una certa area.

Tab.1 Speranza di vita alla nascita per regione e sesso. Anno 2001 (a)

Regioni	Maschile	Femmine	Regioni	Maschile	Femmine
Piemonte (1)	76,4	82,6	Marche	78,0	84,3
Valle d'Aosta (1)	76,4	82,6	Lazio	76,9	82,7
Lombardia	76,3	83,1	Abruzzo (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Bolzano	77,0	84,1	Molise (2)	77,7	83,8
Prov. Aut. di Trento	76,9	83,9	Campania	75,3	81,2
Veneto	76,9	83,7	Puglia	77,6	83,2
Friuli Venezia Giulia	76,6	83,2	Basilicata	77,5	83,0
Liguria	76,5	82,7	Calabria	77,6	82,9
Emilia Romagna	77,2	83,4	Sicilia	76,6	81,9
Toscana	77,3	83,3	Sardegna	76,2	83,0
Umbria	77,8	83,5	Totale	76,7	82,9

(a) valori stimati

Speranza di vita alla nascita: un'ingiustizia per molti



Svizzera 81.3
Giappone 80.5
Australia 80

Serbia 75
Romania 75
Bulgaria 74

The evolution of the Italian National Health Service

Walter Ricciardi¹, Rosanna Tarricone²

Abstract

40 years ago, Italy saw the birth of a national, universal health-care system (Servizio Sanitario Nazionale [SSN]), which provides a full range of health-care services with a free choice of providers. The SSN is consistently rated within the Organisation for Economic Co-operation and Development among the highest countries for life expectancy and among the lowest in health-care spending as a proportion of gross domestic product. Italy appears to be in an envious position. However, a rapidly ageing population, increasing prevalence of chronic diseases, rising demand, and the COVID-19 pandemic have exposed weaknesses in the system. These weaknesses are linked to the often tumultuous history of the nation and the health-care system, in which innovation and initiative often lead to spiralling costs and difficulties, followed by austere cost-containment measures. We describe how the tenuous balance of centralised versus regional control has shifted over time to create not one, but 20 different health systems, exacerbating differences in access to care across regions. We explore how Italy can rise to the challenges ahead, providing recommendations for systemic change, with emphasis on data-driven planning, prevention, and research; integrated care and technology; and investments in personnel. The evolution of the SSN is characterised by an ongoing struggle to balance centralisation and decentralisation in a health-care system, a dilemma faced by many nations. If in times of emergency, planning, coordination, and control by the central government can guarantee uniformity of provider behaviour and access to care, during non-emergency times, we believe that a balance can be found provided that autonomy is paired with accountability in achieving certain objectives, and that the central government develops the skills and, therefore, the legitimacy, to formulate health policies of a national nature. These processes would provide local governments with the strategic means to develop local plans and programmes, and the knowledge and tools to coordinate local initiatives for eventual transfer to the larger system.



Stefan Fina, Bastian Heider,
Francesco Prota

Unequal Italy

Regional socio-economic disparities in Italy

EUROPA

FEPS
FOUNDATION FOR EUROPEAN
PROGRESSIVE STUDIES



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

© 2021

Friedrich-Ebert-Stiftung Italy

Dr. Tobias Mörschel

Regional inequality of living standards in Italy

Regional disparities are common across the world, in countries rich and poor. In the European Union, after a period of convergence, disparities started to increase significantly since the financial and economic crisis that began in 2008.

Italy is a country marked by severe structural and economic contrasts across different areas: Italian regions greatly differ in terms of demographic patterns, economic performance, well-being, and institutional quality. In 2018, GDP per capita and GDP per worker in the Southern regions were respectively at 55.2 per cent and 76.7 per cent of Centre-North, and the unemployment rate nearly twice as high as the national average, i.e., 18.4 per cent versus 10.6 per cent (SVIMEZ 2019).

**Diseguaglianze → ridotta possibilità di salute.
Come si collocano i servizi in questa prospettiva
umana e clinica?
Il sistema sanitario deve forse accollarsi
responsabilità che riguardano l'intera vita civile?**

**Cosa è avvenuto in questi anni?
E come si evolverà il quadro complessivo?**

Disparità e iniquità rimangono uno dei maggiori fallimenti del SSN...

Nelle regioni meridionali l'evoluzione delle condizioni psicosociali è avvenuta ad una velocità molto superiore a quanto è avvenuto nelle regioni settentrionali.

Questa velocità è stata colta dal mondo politico e dalla società civile?

Ad esempio, la denatalità non è solo una questione economica; per iniziare un percorso diverso è necessario che le famiglie sentano la responsabilità sociale di procreare, allo stesso tempo ricevendone compensi a livello psicologico e concreto.

**La problematica specifica delle demenze;
sebbene l'incidenza diminuisca in modo
significativo, la prevalenza continua a crescere.**

**La diagnosi precoce sarà più facile, attraverso
esami ematici.**

**Resterà però sempre una fascia di persone che
non arrivano ad una diagnosi formale.**

Il PND è più di un pezzo di carta ministeriale?

I grandi problemi aperti rispetto alla cura dell'anziano

- l'inadeguatezza degli ospedali nelle varie articolazioni (in particolare i PS)
- gli ospedali di comunità
- l'inadeguatezza dei programmi di assistenza domiciliare
- inadeguatezza della residenzialità nelle sue varie forme
- l'assistenza territoriale e la mancanza di modelli per le case della comunità
- la grande sfida della digitalizzazione dei servizi

**Nel 2030 la popolazione diminuirà del 5.3% nel sud,
dell'1.6% nel centro e dello 0.9% nel nord.
Dove si troverà la forza lavoro per i servizi?
Chi finanzierà le pensioni?**

Istat, 19 gennaio 2022

Gli ospiti delle RSA:

125.340 nord ovest

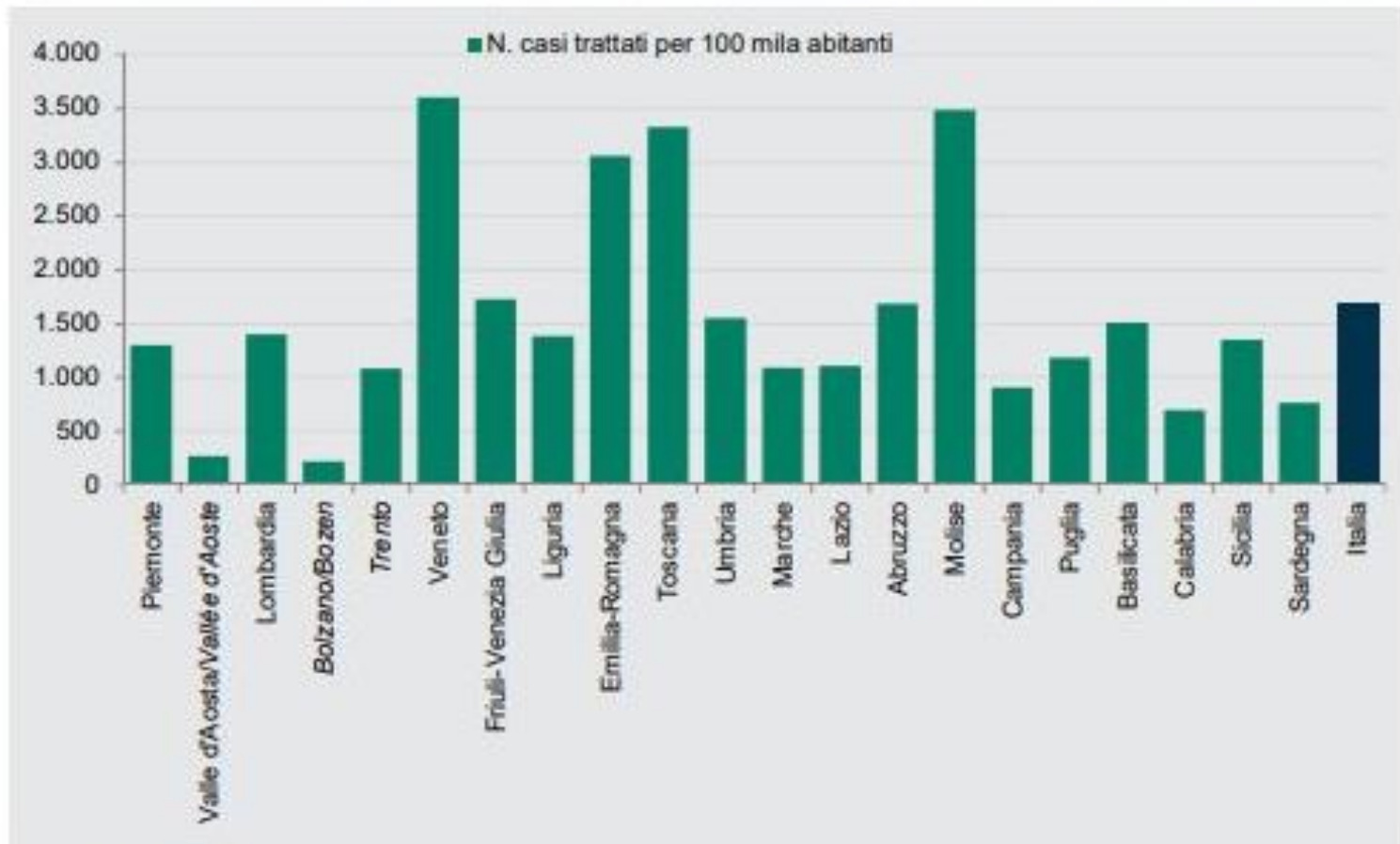
94.341 nord est

45.125 centro

28.371 sud

19.400 isole

Assistenza domiciliare integrata – Casi trattati per 100 mila abitanti. Anno 2017.



Fonte: Ministero della salute

“Brilla una luce inattesa. Nord e sud si sono ravvicinate e si è appannata la storica e vistosa diseguaglianza. Anzi, nelle schede del PNE sulla performance degli ospedali, tra i primi posti di alcune classifiche compaiono strutture in Campania, Sicilia, Calabria”.

(M. De Bac, 07/12/2022)

**La cura degli anziani.
Esiste una questione meridionale?
Il contributo di AIP.**

«Ritengo inoltre prioritario il superamento delle diseguaglianze territoriali nell'offerta sanitaria: se da una parte è vero che bisogna tenere presente le peculiarità delle varie Regioni, dall'altra parte è necessario far sì che tutti i cittadini indipendentemente da dove sono nati e risiedono e dal reddito abbiano le stesse opportunità. Mai come in questo periodo, consapevoli della centralità della salute dobbiamo lavorare a un miglioramento continuo dell'accessibilità, della qualità e dell'equità delle cure anche dell'assistenza territoriale».

Orazio Schillaci

Newsletter AIP - 9 dicembre 2022

Amiche, amici,

apro questa newsletter con il [report che il professor Alessandro Padovani ci ha inviato sul recente congresso di San Francisco dedicato all'innovazione nel campo della cura delle demenze](#). È una descrizione chiara e di grande respiro sulle dinamiche più importanti che oggi si muovono nel mondo dell'Alzheimer. I lettori potranno trarne indicazioni utili per comprendere lo stato dell'arte di una problematica che in questi anni ci ha coinvolto, nel susseguirsi di speranze e di delusioni:

“Le attese non sono state deluse. Al Congresso Internazionale CTAD tenutosi a San Francisco, diverse sono state le novità in tema di diagnosi e terapia. Numerose le presentazioni riguardanti i biomarcatori, in particolare quelli plasmatici. Molti sul ruolo di pTAU nelle sue diverse declinazioni (pTau 181, pTau217, pTau231) cui si è recentemente aggiunto pTauMTBR, nel segno di una maggiore accuratezza e specificità. Presto saranno disponibili e sarà così possibile indagare la presenza della malattia come per il diabete attraverso la emoglobina glicata. Questo probabilmente permetterà di fare degli screening su popolazioni a rischio e comunque di evitare esami invasivi e costosi quali l'esame liquorale e la PET. A questo proposito, i dati raccolti dai consorzi internazionali confermano che l'accumulo di Tau misurato con diversi traccianti sarà insieme ai traccianti per l'amiloide un outcome rilevante, almeno per valutare l'efficacia a breve termine delle terapie cosiddette “disease-modifying”. CTAD infatti è stata l'occasione per discutere dei dati presentati da Eisai-Biogen, Eli-Lilly e Roche sui rispettivi studi clinici. Grande interesse hanno suscitato i dati su Lecanemab, anticorpo monoclonale diretto alle forme fibrillari di beta-amiloide. I dati hanno evidenziato un rilevante effetto biologico consistente in una rilevante riduzione dell'accumulo di amiloide e di tau nel cervello dei malati trattati e un miglioramento dei parametri liquorali e plasmatici di vari biomarcatori, quali pTau, GFAP e Nfl. Significativi i dati clinici su tutti gli outcome primari e secondari con una differenza significativa in termini di progressione. Di fatto, un rallentamento della malattia stimabile mediamente in un 30%, ovvero i pazienti trattati sono peggiorati in 18 mesi quanto i pazienti non trattati in 12 mesi. L'esito clinico pare in larga parte correlato all'entità del dato biologico, come a dire più amiloide si riduce più sostanziale il rallentamento clinico. A margine di questo, interessanti tra le indagini effettuate il dato di un effetto più rilevante nei soggetti maschi, nei soggetti più anziani, nei soggetti con maggiore comorbidità, e nei soggetti non portatori dell'allele APOE4. Non è stata fornita una spiegazione ma questi risultati offrono lo spunto per una riflessione nell'ambito del mondo geriatrico. Un dato inaspettato è stato quello derivato dallo studio di confronto tra Donanamab e Aducanumab, presentato dalla Lilly. Di fatto, Donanamab è risultato molto più efficace per rapidità e entità nel rimuovere gli accumuli di amiloide nel cervello dei malati. Tutto questo con eventi avversi inferiori quasi ad indicare che le reazioni edemigene e emorragiche non siano strettamente correlate alla riduzione di amiloide. Infine, Gantenerumab, un altro anticorpo monoclonale, l'unico somministrato sottocute. Roche ne ha presentato i dati ricavati da due ampi trial clinici Graduate 1 e Graduate 2. Purtroppo i dati sono stati meno rilevanti di quanto atteso non raggiungendo la significatività su diversi outcome clinici, sebbene i pazienti trattati abbiano avuto un effetto favorevole stimato in un insoddisfacente 10%. Il dato è risultato correlato allo scarso impatto biologico dichiarato da una riduzione dell'accumulo di amiloide molto inferiore rispetto a quanto descritto per i farmaci precedentemente citati. Non sono chiari le ragioni di questo esito ma certo questo si aggiunge ai molti tentativi non arrivati a buon fine. Tra questi dobbiamo includere i dati relativi ad un antiaggregante della proteina TAU, la idrossimetitionina o blu di metilene, che non hanno mostrato un beneficio significativo. Invece, sono stati

oggetto di grande interesse i risultati preliminari di tre studi, SMARRT, EXERT, FINGER, che hanno in comune l'adozione di un approccio non farmacologico e mirato alla prevenzione in soggetti adulti e anziani. Infatti, entrambi gli studi hanno riportato un effetto clinico significativo sulla progressione del declino cognitivo nella popolazione sottoposta ad un trattamento mirato all'attività fisica, dieta equilibrata, controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. A conferma dell'importanza dei fattori di rischio, interessanti i dati a favore di farmaci ipoglicemizzanti in grado di contrastare l'insulina resistenza. Questi, così come una dieta chetogenica, potrebbero rappresentare una nuova frontiera per la prevenzione della Malattia di Alzheimer. A conclusione, Lundbeck ha portato i risultati di uno studio condotto in diverse RSA che prevedeva l'utilizzo di Brexipirazolo a vari dosaggi per il controllo dell'agitazione. I risultati sono stati favorevoli al dosaggio di 2 e 3 mg con una riduzione significativa a 12 settimane rispetto ai placebo. Da sottolineare la assenza di differenze per quanto riguarda gli eventi avversi. L'entità del beneficio clinico a secondo degli outcome tra il 10 e il 20%. Può sembrare poco, ma le analisi post-hoc hanno permesso di dimostrare che l'effetto maggiore si è riscontrato nei casi più gravi e soprattutto nei casi nei quali la componente aggressiva predominava. È un inizio. Qualcosa si muove nel solco di un cauto ottimismo”.

Sul Lecanemab sono stati pubblicati in questi giorni un articolo su *New England Journal of Medicine* del 29 novembre, sul *BMJ* del 1 dicembre e su *Lancet* del 3 dicembre. Tre voci con tonalità diverse rispetto alle speranze suscitate dal farmaco; tutte però indicano **l'importanza di non abbandonare la strada degli studi per approfondire le possibilità terapeutiche del farmaco**, anche se sullo sfondo restano le problematiche negative, già suscitate dagli studi sull'Aducanumb.

A proposito di demenze ha suscitato notevole interesse un lavoro pubblicato da *JAMA Neurology* del 5 dicembre riguardante un fattore di rischio fino ad oggi non considerato come tale: **l'alimentazione con cibi raffinati aumenterebbe in modo rilevante il rischio di contrarre una demenza**. Il dato di per sé è interessante, anche se è necessario approfondirne gli aspetti patogenetici; però si ripropone il problema di costruire un quadro complessivo dei fattori di rischio e delle loro possibili intersezioni. Allo stato attuale delle conoscenze assistiamo all'indicazione di dati sempre nuovi sull'aumento dei rischi; non ritengo, però, che questa strada si utile per una vera prevenzione, con specifici e chiari punti di riferimento.

JAMDA del 21 novembre pubblica una revisione della letteratura condotta su ampi database, e molto approfondita, che conferma quanto già parzialmente noto: **la fragilità cognitiva aumenta il rischio di cadute negli anziani. Ma quali sono i legami fisiopatologici tra i due eventi?** I dati aprono ad una serie di problematiche per arrivare a disporre di un modello chiaro delle interazioni tra fragilità somatica, fragilità cognitiva, cadute e relative conseguenze, con affetto di aggravamento sulle stesse funzioni cognitive.

Mauro Colombo ha ripreso dopo una brevissima sosta l'invio dei suoi "Angoli". Lo ringrazio per l'invio del consueto pezzo, scritto in anticipo per evitare che la partecipazione al Congresso nazionale SIGG gli impedisse di rispettare l'impegno. Vorrei però aggiungere, vista la confidenza che ormai i nostri lettori hanno con Mauro, che nel corso del Congresso della SIGG a Roma è diventato positivo al Covid. Da grande medico e uomo civile non è montato sul primo treno, come avrebbe potuto fare; è rimasto nel residence di Roma, dove aveva soggiornato per il Congresso e poi si è organizzato: cibo portato da una vicina trattoria (persone davvero civili), biancheria da casa via Amazon, ospitalità generosa del residence, tempo riempito dal pensare e scrivere (con grande vantaggio per amici e conoscenti). Spero che quando venerdì riceverete la consueta newsletter con queste righe Mauro sarà diventato negativo. Auguri!

“Quasi un quarto di secolo fa è apparso in letteratura un sistema predittivo di malattia basato su punteggi. Il Framingham Heart Study è stato un antesignano nello sviluppo e nella diffusione di modelli statistici multivariabili per stimare il rischio di malattia coronarica. Questi modelli quantificano l'impatto di fattori di

rischio misurabili e modificabili sullo sviluppo della malattia coronarica e possono essere utilizzati per generare stime del rischio di malattia coronarica in un periodo predeterminato. Modelli simili sono poi stati applicati alla demenza, ma incontrando una serie di problematicità: piccola numerosità dei campioni; impiego di fattori raramente adottati nella pratica clinica corrente [per esempio, la apolipoproteina E]; viceversa, omissione di elementi di comune riscontro [per esempio, i disturbi del sonno], o del genere; manipolazione della esposizione ai fattori di rischio, che compromette la generalizzabilità dei risultati. Da qui, la opportunità di sviluppare un nuovo modello, valido per la popolazione generale. Allo scopo, Autori di varie università cinesi hanno sfruttato i dati di 444.695 persone, 46% maschi, di età media 56 anni (± 8), afferenti alla biobanca inglese [sempre più presente negli studi epidemiologici, nella mia impressione (*ndr*)]. Il campione è stato suddiviso in 2 tronconi, deputati l'uno allo sviluppo della scala, l'altro alla sua validazione, ricorrendo ad una sequenza articolata di metodiche statistiche.

La demenza è occorsa nello 0,7% tra i maschi e nello 0,5% delle femmine del campione, nell'arco di 13 anni. Il modello a punti ha sfiorato il 100% di accuratezza predittiva su tale distanza temporale, per entrambi i sessi. I fattori modificabili rendono conto per il 31,7% del rischio di sviluppare demenza nei maschi, e per il 53,35% nelle femmine. I fattori modificabili individuati sono: basso livello di scolarità, indice di massa corporea $<18,5$, scarso consumo di alcol [£], lavoro non pagato, sonnolenza diurna, malattie respiratorie e cerebrovascolari, diabete, ipertensione [9 fattori sono comuni ad entrambi i sessi]; fumo e malattie cardiovascolari [solo per le donne]. L'articolo – pubblicato sul numero del 17 novembre di JAMA Network Open, e liberamente accessibile in rete [#] – è corredato da tabelle e grafici, che permettono di illustrare un esempio: un uomo di 70 anni [per la cui età vengono assegnati 10 punti], sovrappeso [3 punti], bassa scolarità [1 punto], anamnesi di diabete e malattia cerebrovascolare [rispettivamente comportanti 1 e 5 punti], somma a 20 punti, che si traducono in un rischio di sviluppare demenza del 9% a 5 anni, del 31% a 9 anni, e del 54% a 13 anni.

I limiti del lavoro vengono resi espliciti – tra gli altri – nei termini di: età del campione all'inizio della osservazione; presenza di alcune auto-valutazioni; assenza di fattori anche importanti [per esempio, la dieta]; rischio di vizio di selezione della popolazione, trattandosi di un campione di soggetti ospedalizzati. Ciò nonostante, lo studio presenta dei meriti indubitabili, al di là del primato nella capacità predittiva, rispetto alle ricerche precedenti: oltre alla plausibilità biologica dei fattori selezionati, la gittata temporale della previsione è decisamente superiore a quelle prodotte precedentemente; ma soprattutto, il ricorso ad elementi di quotidiano riscontro – e per converso la esclusione di indagini più impegnative, quali le neuroimmagini – rendono lo strumento potenzialmente utile nella pratica clinica quotidiana.

[#] Ren, L., Liang, J., Wan, F., Wang, Y., & Dai, X. J. (2022). Development of a Clinical Risk Score Prediction Tool for 5-, 9-, and 13-Year Risk of Dementia. JAMA network open, 5(11), e2242596. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.42596>

[£] per curiosità, specifico che assumere meno di 3 volte a settimana è rientrato tra i fattori di rischio.

Ho chiesto a Manuela Berardinelli, Presidente di Alzheimer Uniti Italia, alcune righe di presentazione della Messa natalizia organizzata per le persone ammalate e le loro famiglie.

Macerata è una delle prime città italiane ad aver realizzato un progetto di Città Amica; la celebrazione religiosa si colloca in questa prospettiva, che ritengo di grande significato. Vi sono numerose altre realtà italiane che hanno realizzato questo progetto; penso, ad esempio, ad Abbiategrosso, dove da anni si è sviluppata un'intensa azione per radicare nella città l'idea di fondo di una stabile "amicizia" con le persone affette da demenza e con le loro famiglie. AIP nelle sue espressioni locali ha partecipato a queste realizzazioni, offrendo indicazioni e competenze, in alleanza con le associazioni dei famigliari; il modello è infatti di grande efficacia. Di seguito le sue parole:

"È l'emozione che si prova quando puoi toccare con mano, respirare, vivere, sentire che un'idea sta diventando concretezza. Quando poi questa sensazione non è singola bensì collettiva si assiste commossi, e forse anche un po' sorpresi, a qualcosa che sta diventando realtà, che motiva e cambia il modo di essere e di fare di una intera città.

Questa è la sintesi di ciò che abbiamo vissuto ancora una volta durante la Celebrazione della 'Liturgia di Natale di Macerata - Città Amica della persona con demenza', l'appuntamento annuale clou di un percorso che

stiamo portando avanti da diversi anni, non semplice, ma che ci vede sempre più numerosi nell'abbracciare il cambiamento, e che appunto durante la Messa, ci consente, ogni volta, di avere la conferma, la prova provata di una crescente partecipazione che coinvolge sempre più cittadini verso la riscoperta della Comunità.

Un microcosmo composto da persone fragili, familiari, operatori socio-sanitari, volontari, forze dell'ordine, Sindaco, Prefetto, commercianti, medici, casalinghe, impiegati, bambini, autisti, insegnanti che, come un meraviglioso puzzle, si compone armonicamente nelle diversità.

Nella celebrazione della Liturgia più che mai questo diviene qualcosa di tangibile e toccante.

La nostra società, sempre più legata all'immagine, esalta un prototipo di bellezza che è legato a schemi effimeri ed al successo; il Vescovo invece ci ha dato una sua versione del capolavoro, della bellezza: 'Nel mondo dell'arte le cose più belle spesso sono fragili, allora pensiamo che i nostri fratelli che sono fragili, sono davvero dei capolavori del Signore, relazioniamoci con loro con tutto il rispetto che meritano''.

Continuano le difficoltà economico-organizzative di molte RSA. Alcune iniziano ad aumentare le tariffe, sebbene in maniera contenuta; bisogna però riconoscere con realismo che anche aumenti attorno ai 5 euro rischiano di porre in difficoltà molte famiglie, con bilanci dignitosamente controllati, ma senza alcuna elasticità. Purtroppo, le RSA si trovano spesso in difficoltà, nonostante scelte di rigore compiute da molti anni. Non c'è però traccia in nessuno dei provvedimenti governativi di un minimo di attenzione per la vita degli anziani più fragili.

La settimana scorsa si è svolto a Roma il Congresso nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È stato un evento di grande respiro, che ha coinvolto numerosissimi giovani. Nel corso del Congresso **si è svolto un simposio in collaborazione SIGG-AIP dedicato a "Sonno e demenza", con la partecipazione di Bianchetti, Bellelli e Dijk.** La discussione è stata di livello elevato, anche se ha messo in luce quanti studi e ricerche devono ancora essere compiuti per raggiungere un adeguato livello di conoscenze, utili anche a livello clinico, sia in senso preventivo che terapeutico.

Mercoledì scorso si è tenuto l'ultimo webinar AIP di quest'anno, dedicato a "Il dato digitale per la qualità dei servizi nelle RSA", con relazioni dei dottori Giampaolo Armellin ed Emanuele Torri. Le relazioni sono state straordinariamente concrete e utili nell'indicare i vantaggi che la digitalizzazione potrebbe indurre nell'organizzazione delle RSA, aumentando la loro capacità di offrire servizi adeguati e di alto livello qualitativo. Nel nuovo anno, AIP ha intenzione di organizzare su questo argomento un corso di alcune lezioni per via telematica; sarei lieto di conoscere fin d'ora da parte dei nostri lettori che sono impegnati nelle RSA se l'iniziativa incontra il loro interesse.

Tra pochi giorni si svolgerà a Napoli (14-15 dicembre, vedi programma allegato) il XVIII Brain Aging, tradizionale evento prenatalizio di AIP. Lo scopo principale sarà analizzare criticamente la possibile evoluzione dei modelli di assistenza all'anziano fragile nei prossimi anni, con particolare attenzione alle regioni del Sud.

Sempre **sul tema di come meglio proteggere le persone anziane attraverso servizi adeguati, è in corso un convegno a Pizzo Calabro;** è il terzo evento dedicato agli anziani che si svolge in Calabria nel giro di poche settimane con la collaborazione di AIP, testimonianza di una volontà della Regione di percorrere strade virtuose per migliorare la qualità dell'assistenza della popolazione anziana. Se ho capito bene, anche la notizia dei 500 medici cubani da importare è stata solo una battuta per stimolare chi detiene il potere a livello nazionale ad occuparsi della drammatica mancanza degli operatori sanitari che colpisce il nostro Paese, con particolare gravità in alcune Regioni.

Riporto, infine, lo **schema del programma del nostro 23° Congresso nazionale** dal titolo “La psicogeriatra del futuro. Competenze, tecniche, significati”, che si terrà a Firenze dal 13 al 15 aprile 2023. Ricordo che **i termini per la presentazione di abstract per comunicazioni orali o poster scadono il 31 gennaio 2023**. Tutti i dettagli relativi all’iscrizione e all’invio di abstract sono reperibili sul programma allegato e sul sito ufficiale dell’evento www.aipcongresso.it .

Con amicizia

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Programma preliminare

FIRENZE
13/15 APRILE 2023

Palazzo dei Congressi

CONGRESSO NAZIONALE **AIP**

**LA PSICOGERIATRIA
DEL FUTURO.
COMPETENZE,
TECNICHE,
SIGNIFICATI**

Consiglio Direttivo AIP

PRESIDENTE ONORARIO

Lodovico Frattola (Milano)

PAST-PRESIDENT

Umberto Senin (Perugia)

PRESIDENTE

Marco Trabucchi (Brescia)

PRESIDENTE ELETTO

Diego De Leo (Brisbane-Padova)

VICE-PRESIDENTI

Giuseppe Bellelli (Monza)

Giovanna Ferrandes (Genova)

Giancarlo Logroscino (Bari)

Claudio Vampini (Verona)

PRESIDENTE COMITATO DI GARANZIA E INDIRIZZO

Luigi Ferrannini (Genova)

SEGRETARIO

Angelo Bianchetti (Brescia)

RESPONSABILE SEZIONI REGIONALI

Carlo Serrati (Imperia)

RESPONSABILE CONGRESSO NAZIONALE

Alessandro Padovani (Brescia)

MEMBRI ELETTI

Fabrizio Asioli (Reggio Emilia)

Stefano F. Cappa (Pavia)

Fabio Cembrani (Trento)

Antonio Cherubini (Ancona)

Mauro Colombo (Abbiategrasso)

Pierluigi Dal Santo (Rovigo)

Babette Dijk (Genova)

Marino Formilan (Chioggia)

Federica Gottardi (Brescia)

Antonio Guaita (Abbiategrasso)

Valentina Laganà (Lamezia Terme)

Elena Lucchi (Cremona)

Massimiliano Massaia (Torino)

Alessandro Morandi (Cremona)

Enrico Mossello (Firenze)

Leo Nahon (Milano)

Grazia Razza (Catania)

Mario Santagati (Catania)

Silvia Vettor (Treviso)

Giovanni Zuliani (Ferrara)

Consiglio Direttivo AIP

RESPONSABILI DI AREA TEMATICA

Maria Grazia Arena (Messina)
Giuseppe Barbagallo (Nicosia)
Roberto Bernabei (Roma)
Stefano Boffelli (Brescia)
Amalia Cecilia Bruni (Lamezia Terme)
Carlo Caltagirone (Roma)
Rabih Chattat (Bologna)
Andrea de Bartolomeis (Napoli)
Monica Di Luca (Milano)
Luc Pieter De Vreese (Suzzara)
Nicola Ferrara (Napoli)
Guido Gori (Firenze)
Antonio Greco (San Giovanni Rotondo)
Daniela Leotta (Torino)
Maria Lia Lunardelli (Bologna)
Niccolò Marchionni (Firenze)
Gianfranco Nuvoli (Genova)
Alfonso Papa (Torino)
Luigi Pernigotti (Torino)
Andrea Pilotto (Brescia)
Nicola Renato Pizio (Lavagna)
Oswaldo Scarpino (Ancona)
Gabriele Tripi (Trapani)
Tiziano Vecchiato (Padova)
Orazio Zanetti (Brescia)

PRESIDENTI SEZIONI REGIONALI

Carlo Adriano Biagini (Pistoia)
Presidente Sezione Toscana

Vincenzo Canonico (Napoli)
Presidente Sezione Campania

Antonino Cotroneo (Torino)
Presidente Sezione Piemonte - Valle d'Aosta

Andrea Fabbo (Modena)
Presidente Sezione Emilia-Romagna

Giuseppe Fichera (Catania)
Presidente Sezione Sicilia

Franco Giubilei (Roma)
Presidente Sezione Lazio

Albert March (Bolzano)
Presidente Sezione Sud Tirolo

† Bruno Mazzei (Cosenza)
Presidente Sezione Calabria

Isabella Paolino (Fermo)
Presidente Sezione Marche - Abruzzo

Giorgio Pigato (Padova)
Presidente Sezione Triveneto

Renzo Rozzini (Brescia)
Presidente Sezione Lombardia

Francesco Scapati (Taranto)
Presidente Sezione Puglia - Basilicata

Gianluca Serafini (Genova)
Presidente Sezione Liguria

Anna Laura Spinelli (Spoleto)
Presidente Sezione Umbria

Daniela Viale (Cagliari)
Presidente Sezione Sardegna

MERCOLEDÌ 12 aprile

14.00-18.00 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 1ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

GIOVEDÌ 13 aprile

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 2ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

Gli operatori socio-sanitari: una funzione che richiede competenza e sensibilità umana

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI PSICOGERIATRIA FORENSE

Perizie e consulenze giudiziarie in ambito psicogeriatrico

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER EDUCATORI PROFESSIONALI

Il ruolo centrale degli educatori professionali nell'organizzazione del lavoro nelle RSA

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE INTERDISCIPLINARE

La sfida della cura dell'anziano a domicilio

GIOVEDÌ 13 aprile

AUDITORIUM

17.30-19.30 CERIMONIA INAUGURALE

Saluto del Presidente AIP

Marco Trabucchi

LETTURA MAGISTRALE

TAVOLA ROTONDA

La complessità in psicogeriatría

Premiazione delle 3 migliori
comunicazioni orali selezionate

19.30 Cocktail inaugurale

20.15 Proiezione del film
"QUEL POSTO NEL TEMPO"

di Giuseppe Alessio Nuzzo
con Leo Gullotta

Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

8.00-8.30 LETTURA

Quale spazio per gli antidepressivi nella cura della depressione in corso di demenza?

8.30-9.00 LETTURA

Il ruolo del danno cerebrovascolare nella malattia di Alzheimer

9.00-11.00 SIMPOSIO
LA FISIOPATOLOGIA, CLINICA, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL DELIRIUM NEL PAZIENTE CON FRATTURA DI FEMORE E DEMENZA

Moderatori: Antonio Cherubini, Giuseppe Bellelli

- Delirium e decadimento cognitivo: quali informazioni dalla ricerca preclinica
- I biomarcatori delirium in ortogeriatrics
- Quali interventi non farmacologici e come applicarli nella quotidianità?
- La specificità del terapeuta occupazionale nell'intervento multidisciplinare
- I farmaci: trattiamo il delirium o i disturbi del comportamento?

11.00-11.30 LETTURA

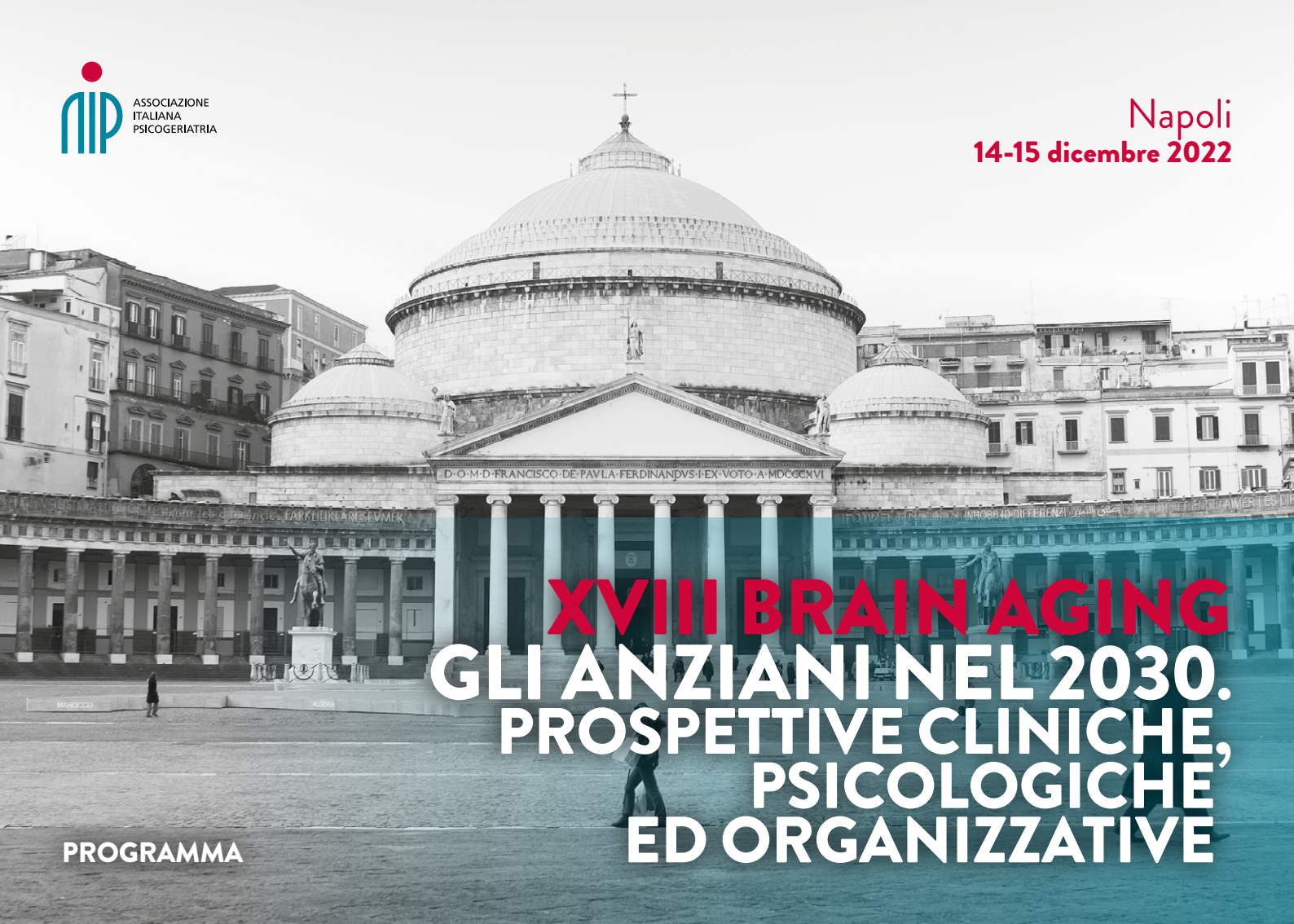
RSA: un mondo vitale

11.30-12.00 LETTURA

La persona anziana fragile e la crisi dei Pronto Soccorso

12.00-12.30 LETTURA

Long COVID



XVIII BRAIN AGING
GLI ANZIANI NEL 2030.
PROSPETTIVE CLINICHE,
PSICOLOGICHE
ED ORGANIZZATIVE

Mercoledì 14 dicembre

13.30 Registrazione

14.00-16.30 Comunicazioni orali selezionate (NON-ECM)

Presiedono: Vincenzo Canonico, Marco Trabucchi

Dal diritto di non soffrire al bisogno di non essere abbandonati
Eleonora Luzi

Telemedicina e cura dell'anziano: stato dell'arte, prospettive e criticità
Luca Croci

Correlation between psychological factors and functional capacity in older adults with chronic low back pain
Eleonora Esposito, Marcos A. Pinto Cirilo, Doyisane A. Malta Fernandes, Larissa B. Falcão Marques, Paola Sinibaldi Salimei, Diego Centonze, Rafael Zambelli Pinto

Le "Cure Intermedie" nella demenza: il punto di vista dei medici di medicina generale in Europa
Ferdinando Petrazzuoli

Bolla Covid-19 per i pazienti delle RSA – Luci ed Ombre
Concetta Cositore, Francesca Giustezza, Alessandro De Gregorio, Alessandra Grieco, Claudio De Lucia, Francesca Saveria Tripodi, Rosalia Acito, Claudio Arnold, Graziella Milan, Caterina De Falco

La consapevolezza di malattia: l'insight e l'impatto sulla sofferenza emotiva nei pazienti con demenza
Laura Baiano, Francesca Giustezza, Elena De Rosa, Graziella Milan

CT MTA score correla con disabilità e disturbi psicocomportamentali in pazienti anziani affetti da deficit cognitivo

Michele Lauriola, Grazia D'Onofrio, Annamaria la Torre, Filomena Ciccone, Carmela Germano, Leandro Cascavilla, Antonio Greco

Fragilità e delirium ipercinetico nei pazienti anziani ospedalizzati per COVID-19: risultati dal registro GeroCOVID

Leonardo Bencivenga, Ilaria Parrotta, Chukwuma Okoye, Giuseppe Bellelli, Stefano Fumagalli, Enrico Mossello, Raffaele Antonelli Incalzi per il GeroCovid Acute Wards Working Group

Effetti della somministrazione orale a lungo termine della palmitoiletanolamide in soggetti con Mild Cognitive Impairment: study protocol

Michela Bossa, Ornella Argento, Nicola Manocchia, Lucia Scipioni, Sergio Oddi, Mauro Maccarrone, Ugo Nocentini

Nuove frontiere nel trattamento del declino cognitivo: revisione sistematica e meta-analisi dell'integrazione nutraceutica con Palmitoiletanolamide (PEA)

Marco Colizzi, Riccardo Bortoletto, Chiara Colli, Enrico Bonomo, Daniele Pagliaro, Elisa Maso, Gianfranco Di Gennaro, Matteo Balestrieri

16.30-19.00 Cerimonia inaugurale

Apertura

Marco Trabucchi

Tavola rotonda

La vita dell'anziano nel 2030

Presiedono: Ornella Mancini, Flavio Pagano

Partecipano: Francesco Bellofatto, Giovannina Conchiglia, Antonino Cotroneo, Nicola Ferrara, Alessandro Incerto, Antonella Marchese, Caterina Musella

Conclusioni

Diego De Leo

18.30

Presentazione del libro "Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita"

di Marco Trabucchi

Presiedono: Vincenzo Canonico, Flavio Pagano

Cocktail di benvenuto

Giovedì 15 dicembre

9.00-10.45

SIMPOSIO

**L'INNOVAZIONE NEGLI STUDI
SULLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO**

Moderatori: Gianfranco Buffardi, Carmine Fuschillo

La gestione territoriale del paziente anziano depresso

Silvestro La Pia

Depressione e psicosi

Andrea de Bartolomeis

Il disturbo bipolare nell'anziano

Michele Fornaro

Quali antidepressivi per quali anziani?

Claudio Vampini

Discussione

10.45-11.15

Pausa

11.15-12.45

SIMPOSIO

**INNOVAZIONE NELL'IMAGING
DELLE DEMENZE**

Moderatori: Alfredo Postiglione, Elena Salvatore

L'imaging delle demenze: prospettive di progresso

Mario Cirillo

La Pet amiloide: per chi e quando

Valeria Gaudieri

La gestione del paziente con malattia di Alzheimer

Grazia Daniela Femminella

Discussione

Pausa

12.45-14.00

14.00-14.30

LETTURA (NON-ECM)

**PREMATURE EPIGENETIC AGING IN DOWN
SYNDROME TENDS TO BE ASSOCIATED
WITH FUNCTIONAL AND COGNITIVE
DEFICITS**

Gianluca Pirazzoli

14.30-15.30

SIMPOSIO

LA RIABILITAZIONE IN PSICOGERIATRIA

Moderatori: Pasquale Alfieri, Salvatore Putignano

**Update sull'invecchiamento
ed il ruolo dell'attività fisica**

Carmela De Cesare

La tecnologia al servizio dell'anziano disabile

Salvio Zungri

Discussione

Giovedì 15 dicembre

15.30-17.45 Comunicazioni orali selezionate (NON-ECM)

Chronic Low Back Pain is Associated with Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults Independent of Physical Activity

Eleonora Esposito, Ítalo Ribeiro Lemes, Paola Sinibaldi Salimei, Diego Centonze, Larissa B. Falcão Marques, Priscila Kalil Morelhão, Rafael Zambelli Pinto

Valutazione psico-cognitiva in anziani affetti da stenosi valvolare aortica con indicazione a correzione: confronto tra Surgical Aortic Valve Replacement (SAVR) e Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)

Francesca Gasparini, Lavinia Patetta, Cristina Benetazzo, Elisa Bensi, Carlotta Bortoluzzi, Francesca Curri, Adele Scilla Foti, Alberto Rossi, Camilla Terziotti, Chiara Curreri, Marina De Rui, Giuseppe Sergi

Prevalenza di sintomatologia depressiva, e sua associazione con probabile sarcopenia, dipendenza funzionale, fragilità e comorbidità nel paziente anziano. Studio trasversale condotto in un ambulatorio territoriale italiano

Emanuele Rocco Villani, Angela Mancini, Davide Zaccherini, Andrea Fabbo

L'assistenza che guarda al futuro: l'introduzione del Metodo Gentlecare nei Nuclei Protetti della Fondazione

Valentina Romano, Francesca Sovereto, Lidia Tosi

Raccolta dati pazienti over 65 in terapia con S-Adenosil L-Metionina

Simone Novelli

Riflessione sull'analisi e confronto delle attività del CDCD geriatrico del Policlinico di S'Orsola (IRCCS) nel periodo della pandemia 2020-2021

Giulia Puteo, Carmen Vedele, Rachele Dusi, Francesco Filippone, Simona Di Salvatore, Virna Bui, Maria Macchiarulo, Maria Lia Lunardelli

Relazione fra livelli di omocisteinemia, severità del deficit cognitivo, complicanze funzionali e psicocomportamentali in pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment, Malattia di Alzheimer e Demenza Vascolare

Michele Lauriola, Grazia D'Onofrio, Annamaria la Torre, Filomena Ciccone, Carmela Germano, Leandro Cascavilla e Antonio Greco

Uso e abuso degli integratori nutrizionali in un gruppo di pazienti over 65 accedenti presso nostro ambulatorio Nutrizione Clinica

Federica Virginia Papa, Mena Ilaria Pagliuca, Stefano De Simone, Rosa Capriello, Raffaele Pagliuca, Gina Varricchio

I bias cognitivi nella demenza di Alzheimer: dati preliminari
Dalila De Vita, Laura Sagliano, Graziella Milan, Caterina Musella, Luigi Trojano

18.00

Chiusura del Congresso

Informazioni generali

SEDE DEL CONGRESSO

Aula magna
Università Federico II
Via Partenope, 36 - Napoli

QUOTE D'ISCRIZIONE (iva inclusa)

(entro il 25 novembre)

Medico	€	120
Psicologo	€	100
Altre professioni/studente/specializzando	€	50

ECM

Il Provider Motus Animi, ha assegnato all'evento n. 7 Crediti Formativi ECM.

Codice di riferimento dell'evento n. 2112- 366472 per le professioni di Medico (Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Medicina Nucleare) e Psicologo.

Responsabile Scientifico

Prof. Vincenzo Canonico

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. Scialoia, 52 - 50136 Firenze
tel. 055 9067473 - florence@wearemci.com

AIP ringrazia per il contributo non condizionante



GE Healthcare



Venerdì 14 aprile 2022

AUDITORIUM

12.30-13.00 LETTURA

Analisi trascrittomica su campioni biologici da pazienti malati di demenza: utile per individuare fattori di rischio indipendenti e biomarcatori o motivo di confondimento?

13.00-14.00 Comunicazioni orali

14.00-15.30 SIMPOSIO

**LA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA:
PLURALITÀ DI VISIONI**

- Il turning point e le vite possibili
- La valutazione del malato neurologico
- Aspetti etici nel processo decisionale del fine vita

15.30-17.00 SIMPOSIO

Diabete e demenza

17.00-17.30 LETTURA

Esketamina e depressione dell'anziano

17.30-18.30 LETTURA

Biomarcatori nell'ambito dell'invecchiamento cerebrale e delle patologie correlate.

18.30-19.00 LETTURA

BPSD e i nuovi neurolettici

19.00

Assemblea ordinaria dei soci AIP e proclamazione dei risultati delle elezioni del Consiglio Direttivo AIP per il biennio 2023-2024

Venerdì 14 aprile 2022

SALA VERDE

**8.00-9.30 SIMPOSIO
NEUROINFIAMMAZIONE IN PSICOGERIATRIA**

- Neuroinfiammazione e invecchiamento: aspetti neurobiologici
- Neuroinfiammazione e depressione
- Neuroinfiammazione e deterioramento cognitivo

**9.30-11.00 SIMPOSIO
BENESSERE, PREVENZIONE E GESTIONE DELLO
STRESS DEGLI OPERATORI: QUALE EREDITÀ
DALLA PANDEMIA E QUALI OPPORTUNITÀ**

- Lo stato di salute degli operatori sanitari
- Le life skills nella costruzione del benessere
- Un modello organizzativo centrato sull'équipe

**11.00-12.00 SIMPOSIO
IL PAZIENTE PSICHIATRICO CHE INVECCHIA**

- La cura del paziente psichiatrico che invecchia in RSA
- Lo psichiatra e il paziente psicotico che invecchia
- La complessità del paziente psicotico anziano

**12.00-13.00 TAVOLA ROTONDA
Malattia d'Alzheimer: competenze condivise?**

13.00-14.00 Comunicazioni orali

Venerdì 14 aprile 2022

BALLATOI

13.00-14.00 Presentazione poster

SALA VERDE

14.00-15.30 SIMPOSIO
CAREGIVING: COME SOPRAVVIVERE
NELLA RETE DEI SERVIZI

- La condivisione del percorso di cure, tra negazione ed advocacy
- Caffè Alzheimer: leggere i dati per costruire il futuro
- La comunità attorno alla persona con demenza e alla sua famiglia

15.30-17.00 TAVOLA ROTONDA
PDTAR Demenze: il modello Lombardo

17.00-17.30 LETTURA
La violenza contro le donne anziane

17.30-18.00 LETTURA
Nutraceutici e salute dell'anziano fragile

18.00-18.30 LETTURA
Antidepressivi nei pazienti anziani scoagulati

18.30-19.00 LETTURA
Il trattamento dei BPSD nella demenza

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

8.30-10.00 SIMPOSIO
APPROCCI DI CURA NON FARMACOLOGICO
PER IL DECADIMENTO COGNITIVO LIEVE

- Evidenze dei trattamenti non farmacologici
- La stimolazione transcranica
- Community Occupation Therapy in Dementia (Programma COTiD): l'esperienza dei CDCD

10.00-11.30 SIMPOSIO
IL LAVORO IN ÉQUIPE IN PSICOGERIATRIA:
NECESSITÀ E RISORSA

in collaborazione con Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP

- L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura
- Gli outcome riabilitativi migliorano con un approccio interprofessionale? Stato dell'arte
- Interprofessionalità: la realtà italiana

11.30-12.00 LETTURA

Telemedicina in psicogeriatría: a che punto siamo?

12.00-12.30 LETTURA

L'anziano vittima di conflitto armato

14.00-15.30 SIMPOSIO
LE DIMENSIONI NEGLETTE DELLA FRAGILITÀ:
RILEVAZIONE PRECOCE E INTERVENTO

- La dimensione sociale e di comunità
- Fragilità e benessere dell'anziano
- Un approccio pro-attivo alla fragilità: un'esperienza sul territorio

Venerdì 14 aprile 2022

SALA ONICE

15.30-17.00 **SIMPOSIO**

**LA PERSONA ANZIANA IN CARCERE:
PROBLEMATICHE, RIFLESSIONI, INTERVENTI**

- Il reo anziano in carcere: profili criminologici e problematiche cliniche
- L'invecchiamento della popolazione detenuta: problemi emergenti ed interventi dell'Amministrazione Penitenziaria
- Le detenute anziane

Sabato 15 aprile 2022

SALA VERDE

8.00-9.30

SIMPOSIO

DECADIMENTO COGNITIVO DA EVENTI CLINICI

- Sepsi, delirium e demenza: il punto
- Deterioramento cognitivo e diabete
- Dopo le prime sei ore: la Psicogeriatra dell'Ictus
- Vaccini e deficit cognitivo

9.30-11.00

SIMPOSIO

DISTURBO BIPOLARE E DEMENZE: LA MANIA COME SINDROME TRANSNOSOGRAFICA

- Disturbi psichici e comportamentali nelle fasi prodromiche delle malattie neurodegenerative: il concetto di Mild Behavioural Impairment
- Insorgenza, varianti e decorso del Disturbo Bipolare nei principali tipi di demenza
- Trattamento del Disturbo Bipolare e dei sintomi comportamentali nel contesto delle malattie neurodegenerative
- Anziani e sali di Litio: la revisione di un ossimoro

11.00-12.30

SIMPOSIO

POST COVID: nuovi modelli di cura in psicogeriatra

- Le riacutizzazioni cliniche in psicogeriatra: l'ospedalizzazione domiciliare come alternativa al ricovero
- Come rispondere ai bisogni assistenziali sul territorio: presente e futuro dell'Infermiere di Famiglia
- Il delicato passaggio tra ospedale e territorio

12.30-13.00

LETTURA

Videogiochi e anziani

Sabato 15 aprile 2022

LIMONAIA

8.00-13.00 Comunicazioni orali selezionate

AUDITORIUM

8.00-9.00 **SIMPOSIO**
LA DIAGNOSI PRECOCE DI DEMENZA

9.00-10.30 **SIMPOSIO**
LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI
DI DEMENZA

- “Troppo presto” o “Troppo tardi”: ostacoli e difficoltà nella comunicazione della diagnosi di demenza
- La comunicazione della diagnosi genetica di malattia
- C'è ancora tanta vita dopo la diagnosi:
i gruppi auto-mutuo-aiut
- Il medico, il malato e la famiglia

10.30-12.00 **SIMPOSIO**
TERAPIE INNOVATIVE PER LA MALATTIA
D'ALZHEIMER

- Disease-Modifying Therapies nella Malattia di Alzheimer:
aspetti concettuali
- I farmaci anti-Amiloide: luci e ombre
- Gli scenari futuri oltre i farmaci anti-amiloide

12.00-13.00 **SIMPOSIO**
TENTATIVO DI SUICIDIO E ASTENSIONE
VOLONTARIA DAL CIBO

- L'anziano e il rifiuto della vita
- Focus sull'uso della morfina negli ospedali italiani
- Il rifiuto del cibo nella persona con demenza

13.00-13.30 **LETTURA CONCLUSIVA**
La poesia e l'Alzheimer

Informazioni generali

SEDE

Palazzo dei Congressi
Via Valfonda 1° Firenze

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Il 23° Congresso Nazionale AIP si svolgerà in modalità residenziale.

POSTER E COMUNICAZIONI ORALI

I poster selezionati saranno esposti per tutta la durata del Congresso.
Le comunicazioni orali selezionate si svolgeranno nelle giornate di venerdì 14 aprile e sabato 15 aprile.

ECM - Congresso

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per tutta la durata del congresso.

Il congresso è rivolto a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ECM - Corsi pregressuali

Verrà inoltrata richiesta di accreditamento ECM in modalità residenziale per ogni singolo Corso.

I Corsi pregressuali sono rivolti a:

- Medico Chirurgo (tutte le discipline)
- Psicologo (Psicologia, Psicoterapia)
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Infermiere
- Logopedista
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità

ABSTRACT

Le informazioni per l'invio degli abstract sono disponibili [sul sito del Congresso](#)

È possibile inviare il proprio abstract unicamente attraverso la procedura online, disponibile fino al 31 gennaio 2023.

Si ricorda che, dopo l'accettazione del lavoro, la presentazione in sede congressuale è subordinata all'iscrizione al congresso.

ISCRIZIONI

È possibile iscriversi unicamente attraverso la procedura on-line, disponibile sul sito del congresso

**CONGRESSO
AIP**

**ISCRIZIONE
SOCIO AIP**

**ISCRIZIONE
NON SOCIO AIP**

Sono previste quote di favore per chi si iscrive al Congresso e ad un Corso pregressuale.

Quote d'iscrizione (22% Iva Esclusa)

	EARLY BIRD	STANDARD	LATE
	Entro il 12 febbraio	Entro il 12 marzo	Dal 13 marzo e on-site
Congresso - MEDICO Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
Congresso - MEDICO non Socio AIP	€ 300	€ 400	€ 500
Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP	€ 280	€ 360	€ 500
Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO	€ 130	€ 180	€ 300
Corso Pregressuale di Neuropsicologia	€ 120	€ 150	€ 180
Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari	A titolo gratuito		
Corso Pregressuale di Psicogeriatricia Forense	€ 100		
Corso Pregressuale Interdisciplinare	€ 100		
Corso Pregressuale per Educatori Professionali	€ 100		

La quota di iscrizione al Congresso comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM*

La quota di iscrizione ai Corsi pregressuali comprende:

- *kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge*
- *attestato di presenza*
- *partecipazione al questionario ECM, ove previsto*
- *partecipazione alla cerimonia inaugurale del 23° Congresso nazionale AIP*

AZIENDE

Le aziende interessate a partecipare come sostenitori oppure come espositori, possono contattare: florence@wearemci.com

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. Scialoia, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

www.aipcongresso.it

Newsletter AIP - 2 dicembre 2022

Amiche, amici,

è stato calcolato dall'*Economist* che **ad un aumento del costo dell'energia elettrica del 10% corrisponde un aumento dello 0.6% della mortalità, concentrata in particolare tra i vecchi e gli ammalati**. Inizio con questa considerazione la newsletter settimanale perché le notizie provenienti dall'Ucraina sono terribili; bombardamenti estesi sulle infrastrutture che permettono alla popolazione di vivere. Quindi sempre più persone al freddo, di qualsiasi età. E sappiamo bene che le persone più giovani riescono a difendersi, ma sappiamo altrettanto bene che i vecchi sono invece esposti ai danni provocati dal grande freddo invernale di questi mesi. Come possiamo vincere la nostra impotenza? Come possiamo invocare una pace giusta? Credo che nessuno di noi che si occupa di fragilità possa essere indifferente davanti alla disperata condizione di molti cittadini a causa della violenza dell'aggressione contro un Paese libero. Non facciamo classifiche tra le crisi; ognuna merita la nostra attenzione e la nostra cura. Qualcuno invece purtroppo usa misure diverse...

A proposito del freddo nelle case e del suo effetto sulla salute, è interessante la notizia che viene dall'Inghilterra, Paese da quale spesso hanno origine soluzioni interessanti ai problemi degli anziani. **"Warm Home Prescription"** è un nuovo servizio innovativo, organizzato da Energy System Catapult e da un certo numero di regioni del National Health System inglese, per aiutare gli anziani fragili a causa della povertà e di particolari condizioni di salute sensibili al freddo, ad avere una casa riscaldata e quindi vivere bene nel proprio domicilio, evitando il ricovero in ospedale. In Inghilterra è stato calcolato che oltre 10.000 persone muoiono ogni anno perché le loro case non sono adeguatamente riscaldate. Nell'ambito di questo programma il sistema sanitario inglese si assume il carico di prescrivere un adeguato riscaldamento per le persone povere e malate, con i relativi costi. È interessante il fatto che si tratta di una prescrizione mirata, perché il riscaldamento è ritenuto uno specifico atto di prevenzione finanziato con denaro pubblico. La British Medical Association, da parte sua, ha stressato in modo particolare il risparmio che potrebbe essere teoricamente ottenuto dal NHS evitando il ricovero ospedaliero di persone che abitano in case inadeguate.

In questi giorni ho sentito una lezione magistrale del Cardinale Ravasi. Una delle espressioni del pensiero umano più alte che mi siano capitate di ascoltare. Però Ravasi, poiché ha 80 anni, è stato mandato in pensione dal ruolo che aveva in Vaticano. Quando Papa Francesco predica a favore degli anziani e della loro dignità non sempre tiene un comportamento coerente... **il pensionamento di un ottantenne risponde solo a criteri burocratici e non tiene conto sia della sofferenza che tale atto provoca, sia della perdita a livello sociale**. Anche l'opificio chiesa cattolica deve infatti rinnovare i suoi quadri, senza curarsi troppo dei danni umani che queste scelte provocano... ma forse è un comportamento funzionalistico in contrasto col tanto proclamato impegno a non scartare... So che queste affermazioni mi procureranno qualche critica;

però, non possiamo accennare positivamente a Biden ottantenne, come abbiamo fatto nella scorsa newsletter, e fingere di non vedere comportamenti che vanno in senso opposto, come è capitato per il Cardinale Ravasi. La decapitazione, ciecamente età-dipendente, è un evento irrispettoso della dignità personale.

JAMA Internal Medicine del 28 novembre pubblica un articolo e un editoriale nel quale si rileva che **nelle settimane attorno alle gare e ai raid motociclistici nelle Regioni dove queste si tengono si verifica un aumento delle donazioni di organi rispetto alle regioni limitrofe**. Sono dati interessanti, perché cercano di dare una connotazione positiva all'evento sportivo in aggiunta a quella drammatica delle morti per incidenti di motocicletta. È un'analisi lucida, che taluno potrebbe ritenere cinica; è invece il frutto di una lettura completa della realtà. A noi forse non piace, però dobbiamo abituarci a guardare tutte le diverse sfumature degli eventi sociali.

Gerontology del 7 giugno pubblica il lavoro di un gruppo di studiosi guidati da Giorgio Basile, geriatra dell'università di Messina, sulle **conseguenze rispetto alla qualità della vita e alle funzioni cognitive di anziani che non si sono ammalati di Covid, ma hanno subito le conseguenze indirette dell'atmosfera carica di angoscia e di preoccupazioni che si era sviluppata nei giorni del lockdown**, che ha coinvolto in particolare le persone anziane fragili a domicilio. Il dato più rilevante è la significativa riduzione del MMSE di ben 4 punti tra la rilevazione prima della crisi e quella eseguita nel corso della pandemia. Degna di particolare attenzione anche la significativa riduzione dello score delle BADL. È interessante notare il fatto che le rilevazioni sono state condotte telefonicamente da remoto, viste le ridotte possibilità di movimento durante la pandemia. Mi permetto di suggerire agli autori che sarebbe particolarmente interessante ricontattare ora gli anziani esaminati nello studio, per rilevare se le perdite dovute allo stress della pandemia sono state almeno parzialmente recuperate.

Lancet del 22 novembre presenta **uno studio dell'università di Pechino, in collaborazione con la Lancet Commission, sulle modalità che caratterizzano l'invecchiamento della popolazione del Paese**. La Cina oggi ha la più numerosa popolazione anziana del mondo; le dinamiche demografiche indicano che il fenomeno tenderà ad aggravarsi quando la seconda ondata di baby boomers andrà in pensione. Il fenomeno si accompagna alla riduzione del numero delle nascite avvenuto in alcune zone, soprattutto a causa di imposizioni di legge. Il testo del lavoro mira a identificare modalità per un invecchiamento in salute al fine di ridurre il potenziale carico economico e sociale derivante dal rapido invecchiamento della popolazione. Il fenomeno sta avvenendo in modo così veloce per cui è molto complesso adottare misure che permettano almeno di ridurre le conseguenze negative della demografia. Un esempio delle difficoltà che la Cina deve affrontare a livello sociale è l'attuale lockdown imposto in maniera brutale, perché il governo ha coscienza che un'eventuale epidemia sarebbe incontrollabile dai servizi sanitari del Paese, non ancora adeguatamente sviluppati, con le possibili drammatiche conseguenze sul piano umano (la vita delle persone anziane fragili) ed economico-produttivo.

JAGS di novembre affronta in maniera originale il problema della diagnosi di demenza, vista nella prospettiva di facilitare la vita dei caregiver. Infatti, una diagnosi tempestiva permette di ricevere informazioni precise e supporti organizzati. Inoltre, i dati dello studio indicano che la diagnosi precoce facilita la possibilità di affrontare assieme sul piano emotivo la malattia da parte degli ammalati e dei caregiver. Peraltro, la diagnosi permette una migliore organizzazione dei servizi di supporto quando ancora la malattia non è così grave da imporre interventi di emergenza,

in tempi ristretti. Il lavoro è l'ennesima dimostrazione dell'utilità di una diagnosi precoce, superando le incertezze che talvolta caratterizzano l'atteggiamento delle famiglie.

The Journal of Religion and Health del 15 ottobre pubblica una revisione della letteratura sul tema della **spiritualità come mezzo per meglio affrontare le malattie neurologiche**. Dai 13 studi esaminati si evince che la spiritualità e la religiosità sono strettamente legate a una migliore qualità della vita e ad un migliore benessere emotivo. Inoltre, è stata rilevata una minore incidenza di malattie neurodegenerative in comunità religiose che professano uno stile di vita ispirato alla spiritualità e religiosità, in confronto alla popolazione generale. Il dato è di notevole interesse, anche se l'attuale forte riduzione della dimensione religiosa nella nostra società pone interrogativi rilevanti, perché qualsiasi intervento mirato cade nel vuoto se non vi è nei cittadini un adeguato substrato di attenzione per la religione.

Mauro Colombo riprende il suo "Angolo", per il quale rinnoviamo il nostro ringraziamento. Forse gli farà piacere sapere che qualche lettore si era preoccupato per l'assenza del suo contributo nella precedente newsletter.

"La demenza deriva dalla interazione tra genetica ed ambiente, tanto che allo stile di vita viene attribuito il 40% del rischio dementigeno – ed immagino che alla dozzina di fattori ambientali sinora ritenuti responsabili si aggiungeranno altri elementi già da ora sospetti. In questo senso, studiare il possibile ruolo di fattori protettivi in forme di demenza a forte componente genetica costituisce una ottima occasione per stimare il bilancio "nature/nurture" rispetto alla salute del cervello. In questa prospettiva si pone una ricerca che ha vagliato il ruolo dell'esercizio fisico in forme di demenza fronto-temporale di origine autosomica dominante, pubblicato sul numero del 14 novembre di JAMA [1]. L'attività fisica, infatti, si è dimostrata benefica nella malattia di Alzheimer e nella degenerazione lobare fronto-temporale (FTLD), siano esse di origine autosomica dominante che di natura sporadica. In particolare, i portatori di varianti autosomiche dominanti di FTLD che svolgono livelli più elevati di esercizio fisico vanno incontro ad un declino funzionale con velocità dimezzata rispetto ai corrispondenti meno attivi. In tali portatori, inoltre, la attività fisica attenua il rapporto tra atrofia corticale fronto-temporale e traiettorie cognitive, come evidenziato dal medesimo gruppo di Autori. I portatori di varianti genetiche costituiscono nel loro complesso circa il 30% dei casi di demenza fronto-temporale; a sua volta, questa malattia – con le sue varie espressioni fenotipiche – rappresenta una delle cause più comuni di demenza negli infra65enni.

Allo scopo di approfondire il substrato biologico delle conoscenze sopra sintetizzate, la ricerca in questione ha valutato il collegamento tra livelli di attività fisica e concentrazioni plasmatiche di neurofilamenti a catena leggera (NfL): componenti del citoscheletro, che vengono rilasciati nel liquido cerebrospinale e nel plasma in caso di danno all'assone. Lavori pubblicati negli ultimi anni indicano che, nella storia naturale all'interno dello spettro dei disordini collegati alla FTLD, i livelli plasmatici di NfL crescono lentamente durante il periodo pre-sintomatico, per poi innalzarsi rapidamente nella fase di fenocconversione.

Sono stati studiati 160 portatori di varianti genetiche associate alla FTLD, circa 50enni, di ambo i sessi, di cui 1/3 asintomatici, appartenenti a coorti statunitensi e canadesi. Seguendoli per 4 anni, è stata misurata una crescita nettamente più lenta nei livelli di NfL in ragione della entità della attività fisica rilevata all'inizio della osservazione, in due varianti genetiche [C9orf72 e MAPT: quelle più coinvolte in sindromi motorie (sclerosi laterale amiotrofica, sindrome cortico-basale, paralisi sopranucleare progressiva)], ma non nel genotipo GNR. Le attività più strettamente associate a tale rallentamento nella crescita delle concentrazioni in NfL sono risultate quelle a maggiore impegno cardiorespiratorio e cognitivo (sport, giardinaggio, lavori domestici), in accordo con ricerche che hanno individuato quote di proteine sinaptiche più elevate e minore attivazione microgliale per livelli più intensi di attività fisica; gli autori ricordano però, in discussione, anche quella quota di letteratura che riporta vantaggi anche per una attività fisica meno coinvolgente, quale per esempio il cammino.

Al di là del significato per chi è direttamente coinvolto con la problematica in questione, segnalo 2 motivi che mi fanno ritenere di particolare importanza l'articolo indicato, a livello sia di merito che di metodo:

nel merito, i benefici della attività fisica si verificano a prescindere dalla patologia molecolare sottostante, visto che la variante C9orf72 coinvolge la proteina PDT 43, mentre la variante MAPT implica la proteina tau. La attività fisica si pone come elemento moderatore, piuttosto che come agente diretto, nella associazione tra traiettorie cognitive e neuropatologia alzheimeriana o tau, nei cui confronti non è strettamente correlata, come già colto dai medesimi Autori

nel metodo, vanno segnalati gli strumenti coi quali sono stati misurati sia la gravità clinica delle sindromi demenziali, che le quote di attività fisica. Nel primo caso, è stata adottata una versione modificata [validata] della Clinical Deterioration Scale, appositamente integrata di due voci specifiche per la FTLD: linguaggio e comportamento. L'attività fisica è stata auto-riferita mediante la scala "Physical Activity Scale for the Elderly [PASE]", ampiamente adoperata nelle ricerche gerontologiche; ma – nonostante le sue valide proprietà biometriche – gli stessi Autori mettono in guardia sul suo modesto livello di correlazione [r approssimativamente pari a 0,3] con le misure oggettive, quali per esempio gli attigrafi – qui non impiegati. L'editoriale di accompagnamento rimarca l'inesistenza di un rapporto tra attività fisica e atrofia corticale, forse perché la prima incide sulla sostanza bianca e sulla componente cerebrovascolare. Quanto alle sottolineature sul rischio di causalità inversa – sempre presente, per definizione, negli studi osservazionali – gli Autori dell'articolo originale ne sono dichiaratamente consapevoli, al punto di avere preso varie contromisure: per esempio, l'aggiustamento statistico per gravità neuromotoria [espressa mediante UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale)] e la esclusione di soggetti sintomatici sul piano cognitivo - comportamentale alla osservazione basale. In vista di ulteriori approfondimenti, viene proposto l'ampliamento delle variabili di controllo [includendo per esempio la nutrizione], ed un tracciamento longitudinale parallelo dei livelli di attività fisica, che possono modificarsi, dopo la rilevazione iniziale. In ogni caso, gli editorialisti concludono che raccomandare della attività fisica per migliorare o mantenere la salute del cervello dovrebbe fare parte del dialogo tra medici e pazienti, inclusi coloro che sono a rischio e attualmente diagnosticati con FTLD. Non a caso, le ultime parole del titolo dell'editoriale si commentano da sole: tradotte, recitano "La diagnosi non è un destino" [2].

[1] Casaletto, K. B., Kornack, J., Paolillo, E. W., Rojas, J. C., VandeBunte, A., Staffaroni, A. S., Lee, S., Heuer, H., Forsberg, L., Ramos, E. M., Miller, B. L., Kramer, J. H., Yaffe, K., Petrucelli, L., Boxer, A., Boeve, B., Gendron, T. F., Rosen, H., & ALLFTD Consortium (2022). Association of Physical Activity With Neurofilament Light Chain Trajectories in Autosomal Dominant Frontotemporal Lobar Degeneration Variant Carriers. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.4178. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4178>

[2] Massimo, L., & Cousins, K. A. Q. (2022). Physical Activity and Rising Neurofilament Light Chain in Genetic Frontotemporal Degeneration-Diagnosis Is Not Destiny. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.4190. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4190>

Aggiungo, in coda a Mauro, che **in questi giorni si è svolto a Catania il Congresso annuale della sezione siciliana di AIP**, dedicato appunto alla prevenzione delle demenze. La numerosa partecipazione anche di giovani è stata la dimostrazione pratica dell'attenzione verso questo problema, che riveste sempre maggiore centralità nella vita delle comunità. I farmaci per rallentare la malattia sono al centro di studi e ricerche di grande importanza; però, per molti anni non potranno esercitare effetti rilevanti sul piano epidemiologico e quindi rispetto alle persone ammalate; la prevenzione, quindi, deve restare un momento fondamentale nell'ambito della nostra vita sociale.

Allego l'interessante contributo della Dr.ssa Sandra Nicoletto dal titolo "La solitudine a modo mio" presentato in occasione della "5° Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano" che si è svolta a Padova lo scorso 15 novembre.

Allego inoltre a questa newsletter il programma definitivo del XVIII Brain Aging (Napoli, 14-15 dicembre), il tradizionale momento di incontro che da molti anni AIP organizza nel tempo prenatalizio. Tutti sono invitati, sia alla giornata iniziale, nella quale si discuterà del futuro della cura dell'anziano, in particolare nelle Regioni meridionali, sia nella seconda giornata per i simposi

sulla depressione dell'anziano, l'imaging delle demenze e la riabilitazione. In questo modo AIP continua a richiamare l'attenzione di colleghe e colleghi sui grandi temi della salute in età avanzata, avendo però una particolare attenzione all'organizzazione dei servizi nel cui ambito si esercitano le azioni di cura. È stata da sempre una scelta culturale della nostra Associazione quella di associare gli aspetti della cura alla possibilità concreta di disporre di luoghi dove questa si può realizzare. La medicina dell'anziano, infatti, deve essere esercitata in luoghi adeguati anche se, purtroppo, ciò non sempre avviene.

Annuncio che mercoledì **7 dicembre** si terrà **l'ultimo webinar AIP** del 2022. Il Dottor Armellin e il Dott. Torri discuteranno di: **“Il dato digitale per la qualità dei servizi nelle RSA”**. In allegato la locandina, dove potete trovare l'apposito link per l'iscrizione.

È iniziata la campagna 2023 per le iscrizioni all'AIP. Ringrazio le colleghe e i colleghi che hanno colto il nostro messaggio e che numerosi si sono già iscritti. Per qualsiasi necessità potete rivolgervi alla Segreteria AIP inviando una mail all'indirizzo aipsegreteria@grg-bs.it.

Un caro saluto

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDÌ 7 DICEMBRE 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Il dato digitale per la qualità dei servizi nelle RSA

Giampaolo Armellin – Emanuele Torri

Conduce la discussione: *Claudio Vampini (Verona)*

Coordinatore del progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 5 dicembre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Grazia al contributo non condizionante di



Segreteria scientifica



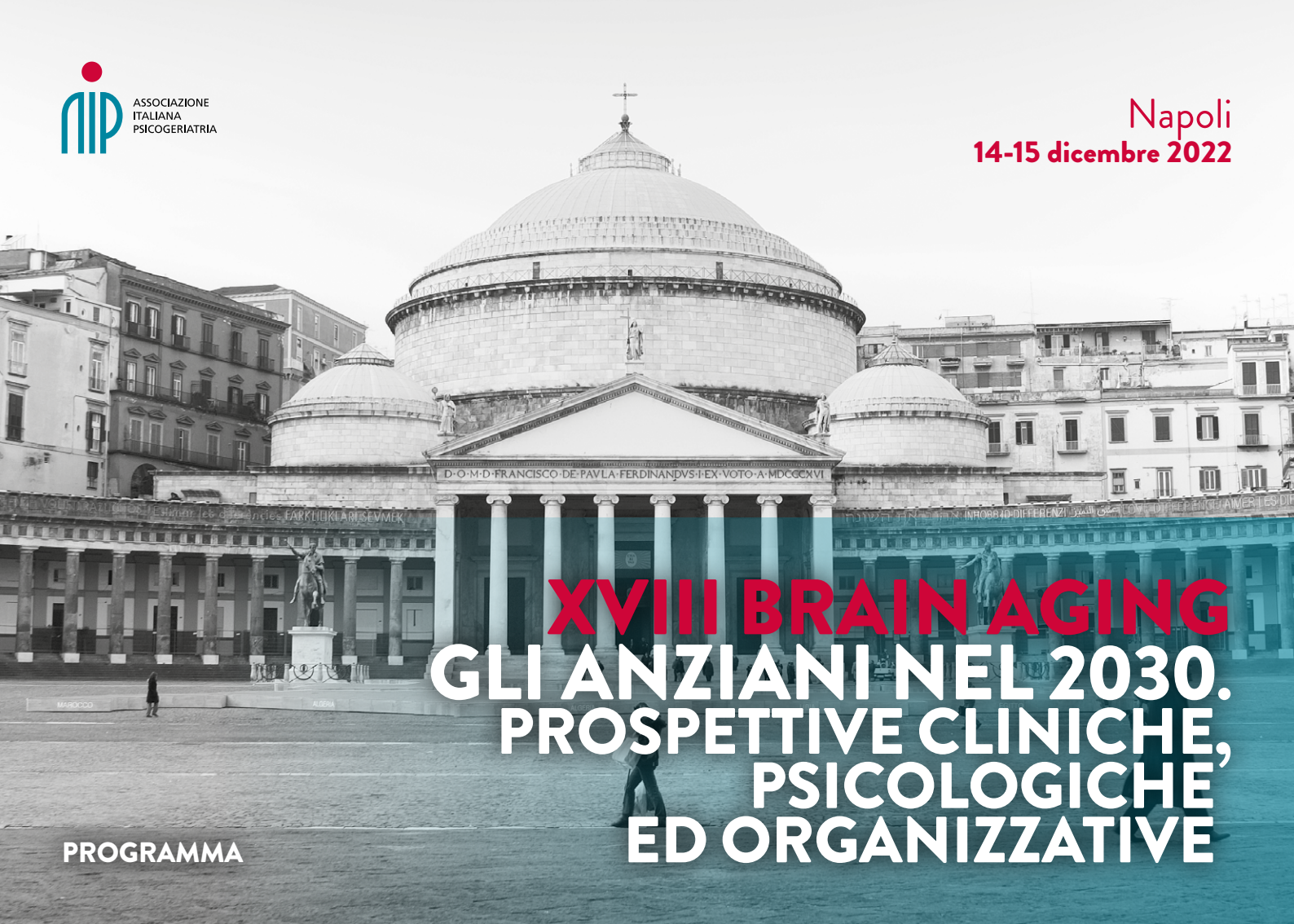
Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



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

Napoli
14-15 dicembre 2022



XVIII BRAIN AGING
GLI ANZIANI NEL 2030.
PROSPETTIVE CLINICHE,
PSICOLOGICHE
ED ORGANIZZATIVE

PROGRAMMA

Mercoledì 14 dicembre

13.30

Registrazione

14.00-16.30

Comunicazioni orali selezionate (NON-ECM)

Presiedono: Vincenzo Canonico, Marco Trabucchi

Dal diritto di non soffrire al bisogno di non essere abbandonati
Eleonora Luzi

Telemedicina e cura dell'anziano: stato dell'arte, prospettive e criticità

Luca Croci

Correlation between psychological factors and functional capacity in older adults with chronic low back pain

Eleonora Esposito, Marcos A. Pinto Cirilo, Daisiane A. Malta Fernandes, Larissa B. Falcão Marques, Paola Sinibaldi Salimei, Diego Centonze, Rafael Zambelli Pinto

Le "Cure Intermedie" nella demenza: il punto di vista dei medici di medicina generale in Europa

Ferdinando Petrazzuoli

Bolla Covid-19 per i pazienti delle RSA – Luci ed Ombre

Concetta Cositore, Francesca Giustezza, Alessandro De Gregorio, Alessandra Grieco, Claudio De Lucia, Francesca Saveria Tripodi, Rosalia Acito, Claudio Arnold, Graziella Milan, Caterina De Falco

La consapevolezza di malattia: l'insight e l'impatto sulla sofferenza emotiva nei pazienti con demenza

Laura Baiano, Francesca Giustezza, Elena De Rosa, Graziella Milan

CT MTA score correla con disabilità e disturbi psicocomportamentali in pazienti anziani affetti da deficit cognitivo

Michele Lauriola, Grazia D'Onofrio, Annamaria la Torre, Filomena Ciccone, Carmela Germano, Leandro Cascavilla, Antonio Greco

Fragilità e delirium ipercinetico nei pazienti anziani ospedalizzati per COVID-19: risultati dal registro GeroCOVID

Leonardo Bencivenga, Ilaria Parrotta, Chukwuma Okoye, Giuseppe Bellelli, Stefano Fumagalli, Enrico Mossello, Raffaele Antonelli Incalzi per il GeroCovid Acute Wards Working Group

Effetti della somministrazione orale a lungo termine della palmitoiletanolamide in soggetti con Mild Cognitive Impairment: study protocol

Michela Bossa, Ornella Argento, Nicola Manocchia, Lucia Scipioni, Sergio Oddi, Mauro Maccarrone, Ugo Nocentini

Nuove frontiere nel trattamento del declino cognitivo: revisione sistematica e meta-analisi dell'integrazione nutraceutica con Palmitoiletanolamide (PEA)

Marco Colizzi, Riccardo Bortoletto, Chiara Colli, Enrico Bonomo, Daniele Pagliaro, Elisa Maso, Gianfranco Di Gennaro, Matteo Balestrieri

16.30-19.00

Cerimonia inaugurale

Apertura

Marco Trabucchi

Tavola rotonda

La vita dell'anziano nel 2030

Presiedono: Ornella Mancini, Flavio Pagano

Partecipano: Francesco Bellofatto, Giovannina Conchiglia, Antonino Cotroneo, Nicola Ferrara, Alessandro Incerto, Antonella Marchese, Caterina Musella

Conclusioni

Diego De Leo

18.30

Presentazione del libro "Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita"

di Marco Trabucchi

Presiedono: Vincenzo Canonico, Flavio Pagano

Cocktail di benvenuto

Giovedì 15 dicembre

9.00-10.45

SIMPOSIO

**L'INNOVAZIONE NEGLI STUDI
SULLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO**

Moderatori: Gianfranco Buffardi, Carmine Fuschillo

La gestione territoriale del paziente anziano depresso

Silvestro La Pia

Depressione e psicosi

Andrea de Bartolomeis

Il disturbo bipolare nell'anziano

Michele Fornaro

Quali antidepressivi per quali anziani?

Claudio Vampini

Discussione

10.45-11.15

Pausa

11.15-12.45

SIMPOSIO

**INNOVAZIONE NELL'IMAGING
DELLE DEMENZE**

Moderatori: Alfredo Postiglione, Elena Salvatore

L'imaging delle demenze: prospettive di progresso

Mario Cirillo

La Pet amiloide: per chi e quando

Valeria Gaudieri

La gestione del paziente con malattia di Alzheimer

Grazia Daniela Femminella

Discussione

12.45-14.00

Pausa

14.00-14.30

LETTURA (NON-ECM)

**PREMATURE EPIGENETIC AGING IN DOWN
SYNDROME TENDS TO BE ASSOCIATED
WITH FUNCTIONAL AND COGNITIVE
DEFICITS**

Gianluca Pirazzoli

14.30-15.30

SIMPOSIO

LA RIABILITAZIONE IN PSICOGERIATRIA

Moderatori: Pasquale Alfieri, Salvatore Putignano

**Update sull'invecchiamento
ed il ruolo dell'attività fisica**

Carmela De Cesare

La tecnologia al servizio dell'anziano disabile

Salvio Zungri

Discussione

Giovedì 15 dicembre

15.30-17.45 Comunicazioni orali selezionate (NON-ECM)

Chronic Low Back Pain is Associated with Depressive Symptoms in Community-Dwelling Older Adults Independent of Physical Activity

Eleonora Esposito, Ítalo Ribeiro Lemes, Paola Sinibaldi Salimei, Diego Centonze, Larissa B. Falcão Marques, Priscila Kalil Morelhão, Rafael Zambelli Pinto

Valutazione psico-cognitiva in anziani affetti da stenosi valvolare aortica con indicazione a correzione: confronto tra Surgical Aortic Valve Replacement (SAVR) e Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)

Francesca Gasparini, Lavinia Patetta, Cristina Benetazzo, Elisa Bensi, Carlotta Bortoluzzi, Francesca Curri, Adele Scilla Foti, Alberto Rossi, Camilla Terziotti, Chiara Curreri, Marina De Rui, Giuseppe Sergi

Prevalenza di sintomatologia depressiva, e sua associazione con probabile sarcopenia, dipendenza funzionale, fragilità e comorbidità nel paziente anziano. Studio trasversale condotto in un ambulatorio territoriale italiano

Emanuele Rocco Villani, Angela Mancini, Davide Zaccherini, Andrea Fabbo

L'assistenza che guarda al futuro: l'introduzione del Metodo Gentlecare nei Nuclei Protetti della Fondazione

Valentina Romano, Francesca Sovereto, Lidia Tosi

Raccolta dati pazienti over 65 in terapia con S-Adenosil L-Metionina

Simone Novelli

Riflessione sull'analisi e confronto delle attività del CDCD geriatrico del Policlinico di S'Orsola (IRCCS) nel periodo della pandemia 2020-2021

Giulia Puteo, Carmen Vedele, Rachele Dusi, Francesco Filippone, Simona Di Salvatore, Virna Bui, Maria Macchiarulo, Maria Lia Lunardelli

Relazione fra livelli di omocisteinemia, severità del deficit cognitivo, complicanze funzionali e psicocomportamentali in pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment, Malattia di Alzheimer e Demenza Vascolare

Michele Lauriola, Grazia D'Onofrio, Annamaria la Torre, Filomena Ciccone, Carmela Germano, Leandro Cascavilla e Antonio Greco

Uso e abuso degli integratori nutrizionali in un gruppo di pazienti over 65 accedenti presso nostro ambulatorio Nutrizione Clinica

Federica Virginia Papa, Mena Ilaria Pagliuca, Stefano De Simone, Rosa Capriello, Raffaele Pagliuca, Gina Varricchio

I bias cognitivi nella demenza di Alzheimer: dati preliminari
Dalila De Vita, Laura Sagliano, Graziella Milan, Caterina Musella, Luigi Trojano

18.00

Chiusura del Congresso

Informazioni generali

SEDE DEL CONGRESSO

Aula magna
Università Federico II
Via Partenope, 36 - Napoli

QUOTE D'ISCRIZIONE (iva inclusa)

(entro il 25 novembre)

Medico	€	120
Psicologo	€	100
Altre professioni/studente/specializzando	€	50

ECM

Il Provider Motus Animi, ha assegnato all'evento n. 7 Crediti Formativi ECM.

Codice di riferimento dell'evento n. 2112- 366472 per le professioni di Medico (Neurologia, Geriatria, Psichiatria, Medicina Nucleare) e Psicologo.

Responsabile Scientifico

Prof. Vincenzo Canonico

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. Scialoia, 52 - 50136 Firenze
tel. 055 9067473 - florence@wearemci.com

AIP ringrazia per il contributo non condizionante



GE Healthcare



La solitudine a modo mio

Oggi parlare di solitudine davanti a “indagatori” di livello mondiale di questo sconfinato problema è per me molto difficile. Cosa posso dire di nuovo? mi sono chiesta. Zero, ho risposto. Poi non sono andata oltre, certa che avrei senz’altro sfigurato davanti ai mostri sacri come De Leo e Trabucchi.

In un primo tempo avevo deciso di desistere per evitare la bancarotta dei miei pensieri e delle mie modeste conoscenze.

Poi, una via d’uscita, tuttavia, l’ho trovata. Ho scelto di parlare dell’esperienza che ho vissuto in qualità di responsabile di una grande RSA, con il Coronavirus che ha messo tutti quanti davanti a un problema morale, rispetto alla tutela degli anziani che mi sono stati affidati e di tutte le persone che operano con me.

Un’esperienza che mi ha fatto navigare in un mare di dubbi, molto spesso in solitudine. Non una solitudine cercata, desiderata, ma la solitudine di chi vede difficile anche solo immaginare il futuro. Dico la verità dubbi e incertezze li ho ancora ma, per fortuna, c’è anche la voglia di dare risposte, di lottare contro difficoltà che sembra non calare mai.

Fino agli ultimi mesi del 2019 la vita nella nostra RSA scorreva tranquilla, fatta di vicinanza affettiva ed effettiva fra ospiti, dipendenti e parenti dei nostri anziani. Poi dal 22 febbraio 2020 niente è stato più lo stesso: è stato costruito un muro fra chi stava dentro e chi stava fuori. Tutto quello che era routine è stato rimodulato, trasformato, rivoluzionato. Tutti, proprio tutti, ci guardavamo smarriti. Ci è come mancata l’aria, si è spenta la luce. Ma dovevamo assolutamente reagire.

Mi sono trovata davanti a un dilemma con i miei collaboratori. Noi, che eravamo “dentro”, avevamo davanti due strade: dovevamo scegliere tra affetti e supporto psicologico agli ospiti da un lato, e dall’altro interruzione dei contatti degli anziani con i loro famigliari relegati all’esterno. Noi e gli anziani “dentro”, famigliari e amici “fuori”.

È chiaro che per le persone in età avanzata – o per coloro che a causa di una malattia hanno uno spazio di vita limitato – che questi legami sono essenziali e che, se interrotti, non sono facilmente riannodabili.

Una scelta difficile quella effettuata nei mesi passati – e che si è riproposta ad ogni impennata del Covid – quella di interrompere i cosiddetti “contatti con l’esterno” come provvedimento provvisorio e temporaneo alla diffusione del virus. Si pensava a provvedimenti drastici sì, ma provvisori. Invece siamo andati avanti, in prima battuta, con distanziamenti lunghi tre mesi.

Ed è così che è piombato sulla nostra RSA l’ospite più brutto e inquietante. Potevamo aspettarlo ma non in modo così devastante: **la solitudine.**

La solitudine di chi non ha potuto vedere i propri figli, i genitori, i compagni. La solitudine più dolorosa, però, è stata quella delle persone malate, sofferenti, che in solitudine sono morte.

Al dolore per la perdita del parente, di un padre, di una madre, di un fratello, di una sorella, dell’amico, si è aggiunto il dramma di non aver assistito e accompagnato il proprio caro, l’impossibilità di elaborare il lutto con i giusti tempi e spazi e la difficoltà che è emersa negli ultimi tempi, in vari casi, non solo di vedere la salma, ma anche di assistere al rito funebre.

In una situazione così difficile e complessa ci siamo trovati spiazzati, obbligati a scegliere: tra la diffusione del contagio e la lesione degli affetti e limitazioni delle libertà. Abbiamo scelto quest'ultima strada, quella che pensavamo fosse “il male minore”.

Ciascuna delle due scelte aveva caratteristiche di pericolosità. Una poteva portare alla morte fisica, l'altra, quella che abbiamo battezzato come “il male minore”, il deserto degli affetti, della tenerezza.

Abbiamo cercato in tutti modi di attenuare le conseguenze che poteva comportare quest'ultima scelta. Ci siamo in parte riusciti, ma è stata una lotta durissima. Ci siamo trovati davanti a muri che parevano insuperabili. Ci siamo sentiti disarmati proprio quando avremmo avuto più bisogno di tutele. Nonostante ciò non abbiamo abbandonato nessuno alla violenza inaccettabile del male. Quando in troppi maledicevano le case di riposo come luoghi di morte e di insensibilità, noi eravamo là dentro a curare. Siamo rimasti accanto a chi era vittima del virus ed era rimasto tagliato fuori dagli abituali affetti famigliari.

Proprio per tutelare la salute fisica degli anziani e preservarli dall'imminente rischio infettivo è stato necessario interrompere i contatti con l'esterno privandoli così degli affetti e del supporto psicologico familiare. Misure che hanno inevitabilmente causato “effetti collaterali” sui pazienti residenti in RSA: isolamento sociale e solitudine sono, infatti, – e lo riconosciamo – tra i principali fattori di rischio che possono concorrere ad un cattivo stato di salute psico-fisico e ad un maggiore rischio di depressione e ansia.

Ho letto alcuni articoli relativi a ricerche che affermano come la separazione dalle relazioni può essere considerata una condizione preoccupante per la salute fisica e mentale; la solitudine – ho letto

e constatato – provoca una maggiore incidenza di decadimento cognitivo, disorientamento e demenza.

Ho potuto toccare con mano come l’isolamento sociale e affettivo metta la popolazione più anziana a maggior rischio di depressione e ansia, amplificando il grado di disturbi affettivi già correlati all’avanzamento dell’età.

C’è un’affermazione che mi angoschia ancora. I decessi registrati nelle RSA non sarebbero stati causati solo dall’infezione da Covid-19, ma anche dall’isolamento protettivo a cui sono stati sottoposti gli anziani. Una protezione che avrebbe determinato altre patologie, sia fisiche che psicologiche, con un aggravamento della situazione di vulnerabilità e di fragilità.

Ci siamo parlati all’interno della RSA, abbiamo discusso, abbiamo valutato i pericoli che potevano nascere dalla solitudine. Solitudine degli ospiti, dei familiari, dei professionisti. Avevamo sotto gli occhi le raccomandazioni che ci venivano dal mondo scientifico: le persone sole corrono un rischio maggiore di insorgenza di disabilità e malattie cardiovascolari.

Avevamo ben presente anche una **celebre affermazione di Giacomo Leopardi**, considerato un vero esperto di solitudine: **“La solitudine è un accrescitivo, è una lente d’ingrandimento: se stai male e sei solo, stai malissimo, se stai bene e sei solo, stai benissimo.”**

Nella scarsità dei mezzi, nello sbandamento generale, tra gli stati d’ansia dei familiari e i drammi di questa “maledetta solitudine” – come l’hanno inquadrata e definita i professori De Leo e Trabucchi – abbiamo cercato di reagire attivando iniziative per alleviare il dolore psico-fisico. Ci siamo sostituiti ai familiari, siamo diventati i loro figli, i loro fratelli, i loro nipoti. Abbiamo dato anche baci e carezze ai nostri anziani. Mentre a nostra volta eravamo sospesi fra

due sponde: curavamo mentre noi stessi eravamo bersaglio del virus.

Come dice il proverbio **“La pecora che se ne va sola, il lupo se la mangia”**. E il lupo è arrivato sotto forma di depressione. E le due brutte bestie, solitudine e depressione, le abbiamo combattute a mani nude, **a modo nostro**. Posso dire, **anche a modo mio**.

Per contrastare la solitudine del familiare di fronte al paziente gravemente compromesso da un punto di vista cognitivo.

Mi sono inventata i “momenti musicali”, l’incremento delle telefonate, delle video chiamate, i guanti monouso.

Derogando di nascosto ai Piani di Sanità Pubblica vigenti.

Siamo intervenuti per facilitare dinamiche di **socializzazione o risocializzazione al fine di portare non solo ad una riduzione della solitudine auto-percepita dagli anziani, ma anche alla riduzione dei tassi di depressione e di demenza nella popolazione anziana.**

Abbiamo cercato nuove strategie per evitare sensazioni croniche di solitudine.

Abbiamo trovato strategie a tutela degli ospiti, dimenticandoci spesso di noi stessi. Eravamo anche noi fragili fra i fragili.

Molti fra il personale hanno contratto più volte il Covid.

Abbiamo fatto di tutto per tornare alla normalità.

Oggi tuttavia nulla potrà essere più come prima.

1. Noi, nella nostra RSA, stiamo portando avanti anche interventi strutturali per non essere più colti di sorpresa.

2. Stiamo arrivando alla RSA senza dolore.

3. Tuttavia non possiamo essere lasciati soli in questa battaglia di rinnovamento. Confidiamo nei benefici del PNRR –

questione molto incerta anche se guardiamo con sospetto alle scarse cifre a disposizione.

Chiediamo maggiori risorse dalla Regione, soprattutto per la non autosufficienza. Chiediamo di essere ascoltati. Chiediamo di essere interpellati. Chiediamo più lealtà a chi valuta il nostro operato. È brutto essere bersaglio della disinformazione dopo aver combattuto con tutte le forze e al limite dell'umana capacità.

Chiediamo di essere messi nelle condizioni di operare e di scegliere per garantire dignità di vita ai nostri ospiti. Che non sono scarti ma persone in grado di dare e ricevere attenzioni e amore.

Qualche tempo fa, proprio sulla Newsletter dell'AIP, ho letto una lettera di una dirigente di una RSA lombarda. Mi ha scosso. Mi ha aggiunto dubbi a dubbi sul modo di agire, sull'aprire o chiudere.

La lettera si apre con un interrogativo inquietante. “Quanto vale una vita?” Va preservata ad ogni costo, certamente. Ma come? Facendo terra bruciata attorno alla persona che ci è stata affidata o dobbiamo comprendere che una presa in cura passa anche per una carezza, che è comunque un farmaco dalla forte efficacia?

Difficile rispondere a questa domanda – scriveva la dirigente – domanda che dovrebbe avere un riscontro universale che invece finisce per dividere, innalzare muri, creare incomprensioni e alimentare accuse.

Una riflessione seria è d'obbligo... poniamoci una domanda... siamo di fronte al fallimento del sistema socio-sanitario? È un'evidenza che non si può non ammettere. Solo che il sistema non è un'entità astratta, è fatto di persone, formazione, luoghi, competenze. Per cambiare le cose occorre il coraggio, ricordando

che la sofferenza, di chi è fuori o chi sta dentro, acquista valore solo se porta ad un cambiamento della situazione. **La situazione si affronta, non la si subisce.**

Concordo nell'affermare che non si può strappare la persona, soprattutto se anziana, ai propri affetti; concordo anche sul fatto che nessuno mai dovrebbe morire solo, senza il conforto di visi, mani familiari, che persino negli stati di coma sono riconosciuti importanti. Chi si arroga il diritto di tagliare di netto i rapporti? Attenti, ci sono delle vite in ballo, suggerisce questa mia collega.

Quindi, per questa dirigente, è cento volte meglio la carezza della chiusura. Sempre? E se poi il Covid mi dimostra il contrario? La Regione mi ha detto di sbarrare le porte, così come le autorità nazionali. Che autorità avevo io di fare l'opposto rispetto a quelle indicazioni? E se poi... Meglio non pensarci. Se la pandemia fosse dilagata proprio a causa delle porte aperte? Avrei avuto il mondo contro. **Queste considerazioni mi creano ancora angoscia.**

Questo per dire: la scelta di chiudere non avviene a cuor leggero, mai. Bisogna che ci siano le condizioni di estrema sicurezza per aprire ai parenti una RSA. Ieri non c'erano. E oggi, anche se si parla, si discute, si progetta, non c'è nulla che non mi faccia derogare da quello che considero sempre il "male minore", la chiusura in nome della salvaguardia della vita delle persone che mi sono state affidate.

A proposito del dovere di andare avanti, superando quelle che per alcuni sono solo inutili prudenze (che spesso sono declassificate in paure), vale la pena considerare alcuni spunti presi dalla lettera che i vescovi dell'Emilia Romagna hanno recentemente inviato alle autorità regionali "affinché venga rapidamente consentita la presenza dei familiari accanto agli anziani e agli ammalati

ricoverati negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie di ricovero, nel rispetto del contesto sanitario attuale e della normativa vigente”.

“La presenza del familiare – afferma la lettera – deve essere considerata parte fondamentale della cura del malato, specie se fragile o non autosufficiente”.

Si chiede, pertanto, che “venga riconosciuto come diritto inalienabile per tutte le persone non autosufficienti quello di poter godere dell’assistenza non sanitaria da parte dei parenti”.

Un appello accorato per motivare l’importanza della fine di “ingiustificati blocchi all’incontro tra parenti e cittadini ricoverati in ospedale o in RSA”.

Parole sacrosante, ma pronunciate da “esterni”. Per me sono anche queste slegate alla realtà.

Mi rivolgo anch’io la domanda: quanto vale una vita? Vale tanto. Molto di più di una carezza ristoratrice.

Non c’entra il cuore, la sensibilità, la bontà, gli affetti. Bisogna fare i conti con la realtà.

Ancora oggi andiamo avanti, il nostro faro è innanzi tutto il bene dell’ospite. **Ora, anche se colpito da Covid, non lo curiamo quasi più in reparti isolati ma nel suo reparto, per non farlo ripiombare in ambienti che non conosce e quindi per non farlo sentire solo.** Ci siamo inventati la figura del **vigilante** durante le visite per evitare comportamenti da parte dei parenti che potrebbero nuocere ai nostri anziani. Abbracci sì ma senza violare le regole a tutela dell’ospite.

I nostri anziani conoscono la delicatezza della situazione.

Ricordo che quando transitavo al Pensionato Piaggi durante la prima ondata tanti ospiti (nati negli anni Trenta del secolo scorso)

mi dicevano che soffrivano più ora che durante la seconda guerra mondiale: è venuta meno la libertà che sembrava una conquista consolidata.

Tutti ne soffriamo di questo stato di cose: i parenti che lamentano la lontananza, gli ospiti che ho visto piangere, noi operatori che vorremmo essere ancor più di conforto. Familiari che piangono...

SPIRITUALITÀ

Oggi vogliamo che la vita degli ospiti nella nostra RSA non sia ritmata solo dai pasti e dalle cure mediche. **Vogliamo che trovi maggior spazio la parola “spiritualità” accanto alla cura. Vogliamo offrire loro una marcia in più per affrontare momenti a volte delicati e difficili, insopportabili in assenza di spiritualità, intesa come un modo d’essere che, distaccandosi dalla materialità, va verso un livello più profondo dell’esistenza e porta armonia ed equilibrio tra corpo, mente e spirito.**

Uno dei tanti valori aggiunti per andare oltre l’immagine dell’anziano dipinto come un albero disseccato. Parlando del combattente in trincea, Ungaretti nella celebre poesia “Soldati” scriveva: “Si sta/ come d’autunno/ sugli alberi/ le foglie”. Noi vorremmo che il distacco delle foglie fosse più lontano possibile.

Aiutateci a farlo, ma in modo credibile.

Ed ora parlo della mia esperienza, della solitudine che ho vissuto io, insomma della solitudine a modo mio.

È difficile descrivere la solitudine che ho provato nei mesi più difficili della pandemia da Covid. Le giornate – ricordo – non finivano mai. Non si contavano le ore di lavoro. Il riposo ridotto al minimo, il rapporto familiare pressoché annullato. Non c’era tempo

se non nel cercare di tamponare una situazione che ogni momento rischiava di sfuggire dalle mani.

Tutto era cambiato all'improvviso, tutto pretendeva sempre più disponibilità e impegno. Per mesi non è stato possibile parlare di futuro e l'impegno era tutto focalizzato nella gestione giorno per giorno dell'emergenza.

Ricordo ciò che l'impatto della pandemia ha preteso da tutti noi dirigenti: in termini di sicurezza per gli utenti e gli operatori, in termini di riorganizzazione dei servizi e degli spazi, in termini di risorse economiche, di rapporti con le istituzioni, di comunicazione con i famigliari e con il territorio.

Insomma, il lavoro non mancava davvero. E il compenso quale è stato per quest'esperienza così stressante? Elogi, soldi, strette di mano? Neanche per sogno. Sono arrivate accuse dure come pietre. Un'informazione superficiale è giunta a criminalizzare le RSA, mettendo sotto accusa l'intero sistema.

Da ogni dove piovevano accuse, e così i parenti dei ricoverati si sentivano autorizzati a inveire e accusare: avete lasciato soli i nostri cari nei momenti più duri, non volete capire che il contatto umano è parte indispensabile della cura!

Accuse durissime e umilianti: e la magistratura raccoglieva denunce su denunce ipotizzando ora accuse di epidemia colposa, ora di omicidio colposo, violenza psicologica, con la richiesta di risarcimento danni. È scesa in campo anche Amnesty accusando le RSA di trattamenti inumani, trascuratezza e incuria e di aver leso anche i diritti umani del personale. Chi lottava in prima linea era diventato un capro espiatorio.

Arrivavano telefonate di insulti. Una diceva più o meno così: "tenete rinchiuso mio padre come nel 41 bis quello dei mafiosi, una segregazione che dura mesi; ma almeno i carcerati hanno l'ora d'aria, lui neanche quella".

E così, impaurita, di fronte a minacce pesanti.

Ci si sente soli.....

Mi è piovuta addosso la sindrome della Fortezza Bastiani, vissuta dal giovane capitano Drogo nel libro “Il deserto dei Tartari”. Una solitudine pesante. Scriveva Buzzati nel suo romanzo a proposito di Drogo: “che triste sbaglio, pensò Drogo, forse tutto è così, crediamo che attorno a noi ci siano creature simili a noi e invece non c’è che gelo, pietre che parlano una lingua straniera, stiamo per salutare l’amico ma il braccio cade inerte, il sorriso si spegne, perché ci accorgiamo di essere completamente soli...”.

A distanza di quasi TRE anni fa bene al cuore, almeno a quello dei garantisti, sapere che tutte le procure del Paese (tra le ultime in ordine di tempo quella di Mantova) stanno chiedendo di archiviare la montagna di indagini aperte sulle morti avvenute negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali durante la prima ondata di pandemia da Covid-19. Le ipotesi di accusa erano gravissime: abuso di potere, trascuratezza, epidemia colposa, omicidio plurimo, lesioni colpose. A colpire è il fatto che siano proprio gli organi dell’accusa a chiedere ora l’archiviazione di questi procedimenti.

“Per quanto vengano individuate alcune lacune gestionali dell’emergenza – scrivono quasi all’unanimità i giudici – da parte della dirigenza delle RSA, e comportamenti più o meno virtuosi, in tutti i casi investigati le difficoltà vengono ricondotte non a condotte dolose o colpose, ma fondamentalmente dipendenti **dall’eccezionalità del fenomeno, dalle scarse informazioni scientifiche sul virus, nel periodo iniziale che interessa in questa sede, nonché da tutte le difficoltà incontrate a livello della pubblica amministrazione e degli enti pubblici preposti alla gestione della pandemia, anche per via dell’iniziale mancanza o genericità delle disposizioni fornite alle RSA**”. I magistrati descrivono con precisione gli eventi della prima pandemia, in particolare la sofferenza provocata nei gestori, negli operatori e nei famigliari degli ospiti dall’abbandono da parte di chi avrebbe

dovuto costruire una rete di efficace protezione attorno alle gravi difficoltà affrontate dalle strutture in quelle settimane.
Per noi dirigenti tutto ciò rappresenta la fine di un incubo.

Ma la solitudine di quei giorni non la dimenticherò mai.
Una solitudine a modo mio, che mi ha cambiata dentro, disillusa e arricchita nello stesso tempo.
Ho capito che se uno soffre e attorno c'è una platea che non vuole capirti, il dolore resta completamente tuo.
Nessuno è disposto a caricarsi sulle spalle un po' del tuo male.
Ero vuota, mi sentivo incompresa ma avevo ancora una gran voglia di lottare. Ero come isolata dalla società ed invisibile ad essa. Con i titoli dei giornali sempre più feroci – RSA luoghi di morte – in quei momenti odiavo quella falsa realtà che veniva dipinta, la odiavo e la disprezzavo.

I quotidiani riportavano le foto con i nomi degli ospiti deceduti positivi... avevano copiato le foto dai necrologi...

Mi sentivo come Robert De Niro nel film “Taxi Driver” quando diceva: «La solitudine mi ha perseguitato per tutta la vita, dappertutto. Nei bar, in macchina, per la strada, nei negozi, dappertutto. Non c'è scampo: sono nato per essere solo».
Poi ho capito che non era così.

La solitudine faceva brutti scherzi.

Poi nella solitudine ho trovato la forza per uscire da questa maglia... Ho trovato anche la serenità. Aggiungo, senza rossore, che ho pregato perché tutto finisse. In quei momenti ho trovato conforto nella spiritualità. Ho trovato nella spiritualità un senso di benessere e anche la forza per tornare ad aiutare con tutta me stessa la comunità a me affidata.

Un altro ricordo in quei giorni di solitudine è rappresentato dalla vicenda No Vax. Nella scarsità di personale mi sono sentita impotente di fronte agli operatori che non volevano sapere di vaccinarsi. E pensare che avevamo sempre collaborato

con la massima serenità prima del Covid, raggiungendo traguardi importanti assieme. Poi d'un tratto tutto si è vanificato. C'è stata la separazione. Inutile spiegare loro che il vaccino era indispensabile, che non protetti dal siero non potevano avvicinare i nostri anziani. Le loro convinzioni personali avevano stabilito che il vaccino era il demone. Ero preoccupata perché sarebbe arrivato il momento di lasciarli a casa... "Vanno lasciati a casa" dicevano le autorità sanitarie. Io comprendevo la decisione ma io perdevo nel contempo braccia con cui lottare contro la pandemia. Allora altri affanni, altre preoccupazioni, altro dolore, altre forti sofferenze per quegli abbandoni così incomprensivi e crudeli ad opera di professionisti che combattevano sulla pelle dei più deboli una battaglia per l'affermazione delle proprie convinzioni.

Dico la verità: per tutte queste cose si ghermiva uno stato di sfinimento aggravato dal fatto di avere poche opportunità per condividere queste difficoltà.

Per non parlare del personale OSS e Infermieristico che ci ha lasciato contemporaneamente in questi ultimi tre anni per andare a lavorare nelle strutture sanitarie...

Ecco questa è ed è stata la solitudine a modo mio. Ora fortunatamente è acqua passata per alcuni aspetti... Credetemi mi sento una sopravvissuta, perché, spero siate tutti d'accordo, è dura andare avanti avendo accanto a sé solo la propria solitudine.