



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 24 febbraio 2023

Amiche, amici,

mi è stato chiesto da più parti di operare un restyling della nostra newsletter; con lentezza, proporzionale alla nostra scarsa preparazione tecnico-estetica, inizieremo ad adottare alcuni cambiamenti. Mi scuso con chi vorrebbe una maggiore prontezza nell'adeguarci alle richieste. Anche la distribuzione tra le aree della newsletter deve raggiungere un maggiore equilibrio; ci proveremo.

### CONSIDERAZIONI GENERALI

**Lancet del 21 febbraio riporta un editoriale, nel quale richiama al dovere di pensare alla salute degli ucraini dopo un anno di guerra.** Non dobbiamo attendere la fine delle ostilità per preoccuparci della salute dei milioni di cittadini, che hanno sofferto gravemente per le ferite, la fame, il freddo. Un pensiero particolare dobbiamo rivolgere, a un anno dagli inizi dell'invasione russa, agli anziani fragili, in particolare quelli affetti da demenza, che soffrono – oltre che per le condizioni oggettive di vita – anche per l'incapacità di comprendere le dinamiche ambientali (ad esempio, il rumore delle esplosioni), per la perdita dei punti di riferimento, per i volti angosciati dei caregiver. Anche nella Federazione Russa vi sono milioni di persone colpite da una demenza e anche loro certamente soffrono per le difficoltà del Paese. Senza retorica, vorremmo che la politica ascoltasse questa internazionale del dolore! [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00383-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00383-5/fulltext)].

Sempre leggendo il nostro tempo nella prospettiva delle persone anziane, mi ha fatto enorme impressione la forza dell'ottantenne Joe Biden; durante la visita in Ucraina e in Polonia ha mostrato una straordinaria resistenza fisica (un volo transoceanico, 12 ore di treno, una serie di incontri, altre 12 ore di treno fino a Varsavia nel ritorno), una forza morale incredibile (chiunque avrebbe avuto una grande paura ad esporsi per le strade di Kiev senza la protezione dell'esercito americano), la capacità di raccogliere tutte le energie per parlare in piazza, come ha fatto a Varsavia, con un tono di voce forte e sicuro, senza appunti. Al di là di considerazioni politiche, **quando si discute dell'età di pensionamento, Biden rappresenta un esempio, anche per chi parla di gerontocrazia** (non è altro che espressione di un'invidia carica di ageismo!).

**Il quotidiano La Stampa sta pubblicando una serie di interventi sulla vecchiaia, alla quale hanno contribuito studiosi di grande livello.** L'ultimo è una recensione del libro di Lidia Ravera; l'autrice parte da una considerazione pessimista su questa società "crudelmente giovanilista e marcatamente senile". Alcune letture sono l'evidente manifestazione della crisi di pensiero che accompagna il processo rapido di invecchiamento della nostra vita collettiva, condizione che ha impedito un'elaborazione serena e matura. Anche la medicina è in parte responsabile della

manca di equilibrio, perché ha oscillato tra una visione pessimista di vecchiaia come malattia, all'attuale eccessiva fiducia nella costruzione da parte del singolo individuo di "una vecchiaia di successo", magari accompagnata da qualche cosmesi senza fondamento. Non vi è nulla di più banale e di più deludente per chi cerca di conquistarsi la vita con fatica, con azioni positive, in particolare chi parte da condizioni di svantaggio.

Esemplare invece per equilibrio, delicatezza, originalità e intelligenza "L'amore da vecchia" di Vivian Lamarque, una raccolta di poesie che racconta l'amore alla terza età. L'autrice ha dichiarato: "Preferisco usare la parola 'vecchia'. Mi piace molto, soprattutto per la forza del suono che scricchiola come le nostre foglie, come le nostre ossa. Si parla con ammirazione di vecchie querce, perché aver paura di usare anche per noi quell'aggettivo?". La poesia arriva nella nostra vita ad esprimere ciò che è irraggiungibile con la razionalità.

Un interrogativo che mi pongo di frequente: fino a quando la cancel culture ci permetterà di parlare apertamente di persone anziane, delle loro crisi umane, della difficoltà di trovare risposte adeguate? Personalmente non mi arrenderò, anche se le mafie culturali cercheranno di farci tacere. Potremo, ad esempio, ancora valorizzare le RSA, senza essere accusati di custodialismo manicomiale?

Come già sottolineato in alcune delle precedenti newsletter, [continua con grande vivacità il dibattito sugli sviluppi dell'intelligenza artificiale, in particolare di ChatGPT](#). Mi permetto di invitare chi ha interessi nel mondo degli anziani, della loro salute e del loro benessere, di seguire con attenzione il dibattito su questa problematica, perché potrebbero sorgere prospettive di rilevante importanza. Le critiche, anche se talvolta fondate, non devono impedire lo sviluppo degli studi in questo campo; dobbiamo avere la coscienza che più siamo coinvolti, più possiamo garantire sviluppi delle conoscenze e delle loro applicazioni pratiche nel rispetto delle vere esigenze di benessere fisico, psicologico e spirituale delle persone anziane fragili affidate alle nostre cure. È necessario investire energie e tempo per capire fino in fondo le dinamiche di un mondo che non conosciamo; come già discusso in questa newsletter, nessun ostacolo pseudoideologico deve impedire un'attenzione costruttiva verso questo mondo.

Infine, senza polemica, la notizia che [i NAS hanno rilevato irregolarità penali e organizzative nel 14% degli studi di Medicina Generale e di pediatri](#). Benemerita, come sempre, l'opera dei carabinieri; mi permetto solo di osservare che i risultati delle visite nelle RSA non sono stati così negativi, almeno percentualmente. Eppure, hanno sollecitato grande scandalo! Un po' di senso di realtà è sempre opportuno, soprattutto quando gli scandali, presunti, danneggiano il lavoro a favore dei fragili da parte di tante persone preparate e generose.

#### **ALCUNI RIFERIMENTI DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Ho ricevuto da Massimo Calabrò questo commento, riferito alla segnalazione, comparsa sulla Newsletter AIP del 17 febbraio, del lavoro, firmato anche da Vincent Mor, pubblicato su JAMA del 3 febbraio u.s.: "i dati rilevanti sul rischio che quando sono dimesse dall'ospedale le persone con demenza vengano ospitate in strutture residenziali mediamente di minore qualità rispetto a quelle dove sono ospitati i cittadini con funzione cognitiva conservata".**

"Dopo 40 anni di vissuto ospedaliero la mia percezione è che tale aspetto sia realistico. Penso che derivi da più vettori che concorrono alla sua realizzazione: da una parte la pressione alla dimissione dall'ospedale e dall'altra il fatto che la decisione all'inserimento in struttura del paziente affetto da demenza sembra essere o forse, più correttamente, divenga quasi necessaria per l'impatto funzionale e la destabilizzazione cognitivo-funzionale derivante dalla patologia acuta che ha determinato il ricovero in ospedale e dalla perdurante scarsa attenzione alla mobilitazione e

all'abuso o non corretto uso di farmaci antipsicotici per trattare il delirium sia incidente che prevalente assai frequente in questi pazienti. Quindi la co-occorrenza di aspetti di gestione ospedaliera e rapidità di dimissione divengono un mix drammatico. Si deve aggiungere a ciò una sottostante sfumatura di pensiero cupo, che progressivamente diviene detta e non più solo vagamente pensata, che le persone non integre sul piano cognitivo abbiano minori necessità assistenziali e terapeutiche. Questa considerazione si coniuga con l'affermazione, sempre riportata nella medesima Newsletter che: *negli anni '80-'90 le demenze erano state prese seriamente in considerazione in molte Regioni, con un'attenzione più viva di quanto accade oggi*. Tutto ciò ricorda il progressivo allontanamento sino al distacco affettivo dalle grandi tragedie dei nostri tempi: pandemia, le numerose guerre che si combattono attualmente. Tutto ha la nostra attenzione in relazione alla vicinanza geografica e alla durata degli eventi. Più ci toccano da vicino e meno si protraggono nel tempo più sembrano meritorie della nostra attenzione e meno tempo ha il retropensiero utilitaristico di emergere. Quando il quadro clinico della demenza è stato inquadrato come una nuova emergenza, con l'allungamento della durata della vita essendo una condizione età dipendente, ha avuto la giusta attenzione, ma ora che non si vedono eclatanti soluzioni, ma molto è riferibile ad aspetti organizzativi e gestionali, il pensiero cupo di retrovia emerge. Credo quindi che sia fondamentale una sempre più capillare diffusione del corretto trattamento del paziente affetto da demenza durante la degenza ospedaliera e una sempre maggiore appropriatezza della gestione di tali pazienti, dei quali avremo anche molti aspetti tuttora sconosciuti, ma la *traiettoria clinica* è di assoluta evidenza e quindi non si può pensare che l'istituzionalizzazione sia un'emergenza se non in pochi casi. Torna quindi cruciale, in modo prepotente, il ruolo di regia clinico-gestionale di questi pazienti che deve essere gestita da più figure professionali, con una visione clinica profonda sull'evoluzione della demenza. Altrimenti gestioni senza particolari scrupoli porteranno i pazienti più fragili, e non in grado di autodeterminarsi, ad essere trattati in modo superficiale e scarsamente rispettoso delle loro esigenze. I familiari vanno aiutati nelle scelte e questa è nostra responsabilità e nostro dovere."

Secondo la consueta tradizione, gradita e importante, allego l'**"Angolo" di Mauro Colombo**:

"Poco tempo dopo l'uscita dello "angolo" dove richiamavo l'articolo del British Medical Journal che riportava l'effetto protettivo della assunzione regolare di piccole dosi di alcol rispetto allo sviluppo di demenza, *JAMA* ha pubblicato un articolo sulla associazione tra cambiamenti in tali abitudini alimentari rispetto al medesimo bersaglio, nella popolazione adulta coreana [#]. L'indagine riprende un tema controverso riguardo ai risultati, e peraltro poco studiato in termini di modifiche nel tempo dell'apporto di alcol. In particolare, la ricerca si pone come la prima ad adoperare come gruppo di riferimento non solo gli astemi, ma anche coloro che mantengono apporti stabili, a prescindere dalla quantità.

Sono stati studiati retrospettivamente quasi 4 milioni di adulti [età media 55 ( $\pm$  9,6) anni], bilanciati tra i 2 sessi, seguiti in media per oltre 6 anni, i cui dati sono inseriti nell'archivio del gestore sanitario unico della Sud Corea. I criteri di esclusione hanno salvaguardato per quanto possibile da confondimenti e dalla "causalità inversa". Gli apporti di alcol sono stati categorizzati come astinenti / lievi (<15 grammi al dì) / moderati (15 – 29,9 g/die <sup>£</sup>) / marcati ( $\geq$  30 g/die).

I bevitori lievi, e quelli moderati, entrambi stabili, andavano incontro ad una riduzione del rischio di demenza per tutte le cause rispettivamente del 21% e del 17% rispetto ai non bevitori sostenuti, mentre i forti bevitori stabili avevano un rischio aumentato dell'8%. Rispetto a coloro che hanno sostenuto lo stesso livello di consumo di alcol, i forti bevitori che hanno ridotto l'assunzione a un livello moderato, e i non bevitori che hanno iniziato a bere a un livello lieve, hanno mostrato un rischio ridotto di demenza per tutte le cause [rispettivamente del 7% e dello 8%] e AD. Invece, sia coloro che hanno aumentato il consumo di alcol da un livello lieve o moderato ad un livello pesante,

sia coloro che hanno interrotto la assunzione, sono incorsi in un aumento del rischio di demenza per tutte le cause e AD, la cui entità cresceva in ragione dello scarto attraversato [per esempio, una crescita del 30% in chi da astemio diventava forte bevitore]. Come già segnalato in letteratura, la eventualità del “rinunciataro malato” non riesce a rendere conto in pieno della associazione sfavorevole tra abbandono dell’alcol e rischio di sviluppare demenza. Analisi di sottogruppo sostengono la robustezza dei risultati.

Si conferma nel complesso la relazione a J od U tra demenza [per tutte le cause, alzheimeriana e vascolare <sup>§</sup>] ed apporto di alcol. Ma la novità introdotta dal presente studio, relativa cioè alla associazione favorevole tra avvio degli apporti ed esito dementigeno, potrebbe indurre a rivedere le linee guida correnti – che sconsigliano gli astemi dal cambiare comportamento –, pur tenendo conto delle differenze inter-individuali nella suscettibilità all’alcol. In ogni caso, i risultati ottenuti sulla maggioranza del campione – costituito da adulti – si estendono immutati ai soggetti ultra65enni.

Volendo combinare quantità e qualità degli apporti, ci soccorre ancora una volta la bio-banca britannica, indagata per oltre 350.000 partecipanti adulti [età mediana 58 anni] lungo una durata mediana di 12 anni, per un totale di oltre 4,2 milioni di persone-anno di osservazione \*. All’interno – nuovamente – di una curva ad U, il minimo di sviluppo di demenza si è verificato per un consumo di vino corrispondente ad un apporto in alcol compreso tra 21 e 23 grammi al giorno. Viceversa, qualsiasi altra tipologia di assunzione di alcol è risultata associata all’insorgenza di demenza secondo una risposta lineare dose-dipendente, a partire dal livello 0 di apporto alcolico. Infine, secondo gli Autori – provenienti da istituti di scienze nutrizionali, medicina interna e matematica di 2 università in Germania: i primi ad avere effettuato una simile analisi comparata sui consumi – il caffè non risulterebbe influente, mentre la curva ad U varrebbe anche per il tè, col minimo per 6–7 tazze al giorno. Non potendo specificare di quale tipo di tè si trattasse nella ricerca in questione, i 5 studiosi tedeschi – pur supponendo che i risultati valgano a prescindere dalla natura dell’infuso – ricordano che gli inglesi sono tra i massimi consumatori mondiali di tè nero.”

[#] Jeon, K. H., Han, K., Jeong, S. M., Park, J., Yoo, J. E., Yoo, J., Lee, J., Kim, S., & Shin, D. W. (2023). Changes in Alcohol Consumption and Risk of Dementia in a Nationwide Cohort in South Korea. *JAMA network open*, 6(2), e2254771. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.54771>

\* Schaefer SM, Kaiser A, Behrendt I, Eichner G, Fasshauer M. Association of Alcohol Types, Coffee, and Tea Intake with Risk of Dementia: Prospective Cohort Study of UK Biobank Participants. *Brain Sciences*. 2022; 12(3):360. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030360>

£ la Commissione Lancet 2020 pone a 24 g/die la soglia per cui l’apporto pesante di alcol costituisce un fattore modificabile di rischio di demenza.

§ per quest’ultima tipologia di demenza, i risultati sono meno “robusti” causa la sua relativamente scarsa occorrenza.

### **JAMA del 15 febbraio riporta i dati dell’WHO riferiti alla mortalità da Covid-19 tra il 2020 e il 2021.**

Nel periodo considerato più dell’80% delle morti sono avvenute in cittadini di età superiore ai 60 anni. Inoltre, sulla base delle indagini condotte in 154 Paesi alla fine del 2022, la copertura vaccinale tra gli ultrasessantenni era del 76%, con oscillazioni tra il 35% dei Paesi a basso income al 90% in quelli ad alto reddito. Sono dati di estrema gravità, anche in considerazione della possibilità di costruire nel prossimo futuro realistici piani preventivi di fronte al rischio di nuove epidemie [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2801723> - doi:10.1001/jama.2023.1554].

**JAGS di gennaio pubblica un lavoro interessante perché dimostra come l’attività fisica possa, almeno parzialmente, mitigare il ben noto effetto dei farmaci anticolinergici sulle funzioni cognitive.** Gli anziani sono più sensibili all’effetto anticolinergico, ma sono anche sensibili all’azione

positiva dell'attività fisica. Gli autori suggeriscono che la prescrizione di farmaci come alcuni antidepressivi con azione anticolinergica dovrebbe essere associata all'indicazione di aumentare l'impegno fisico. D'altra parte, si deve anche considerare che in ogni circostanza dopo la maturità l'attività fisica esercita sempre effetti positivi sulle condizioni di salute [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18279>].

**La stessa rivista riporta dei dati sulla mortalità in Terapia Intensiva in pazienti ultrasettantenni colpiti da Covid-19.** Nello studio, condotto in Olanda, la mortalità è circa doppia rispetto a quella di pazienti affetti da polmonite di altra origine virale o batterica (rispettivamente il 39.7% e il 19.5%). Peraltro, più della metà dei pazienti con Covid-19 ricoverati in ospedale sono sopravvissuti [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18220>].

*JAMA Network Open* del 6 febbraio riporta dati secondo i quali **la dose di alcol assunta per evitare il rischio di alterazioni cognitive è bassa e che anche la riduzione da un consumo pesante ad uno moderato esercita una funzione protettiva, così come l'iniziare l'assunzione di basse dosi.** I dati sembrano confermare altri studi riguardanti l'effetto protettivo dell'alcol a basse dosi (vedi anche le linee guida pubblicate nel 2020 dalla Lancet Commission sulla prevenzione della demenza). È però significativo, anche sul piano educativo dei forti bevitori, l'effetto positivo di una riduzione dell'assunzione [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800994> - doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.54771].

**JAMDA del 15 febbraio presenta un altro studio nel quale concorrono varie situazioni a determinare lo stato di salute. In particolare, sono studiati gli effetti della solitudine sui sintomi dello scompenso cardiaco.** L'attività fisica è in grado di mediare questo rapporto, agendo sia sulla solitudine, sia sui sintomi indotti dallo scompenso. Lo studio mette in luce il ruolo dello stato funzionale e dell'isolamento sociale sulla solitudine percepita. Inoltre, un'azione sui sintomi provocati dallo scompenso cardiaco può avere un effetto positivo sulla solitudine. Lo studio dimostra ancora una volta gli stretti legami tra funzioni psichiche, sintomatologia somatica, qualità della vita [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(23\)00045-2/pdf](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(23)00045-2/pdf) - <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.01.007>].

#### **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

Ricordo, come sempre, l'**iscrizione all'AIP**, occasione per supportare moralmente ed economicamente il lavoro che stiamo svolgendo. Inoltre, ci avviciniamo alla giornata per **eleggere il nuovo Consiglio Direttivo**. Saranno ammessi a votare solo coloro che hanno regolarizzato la propria posizione per l'iscrizione 2023. In allegato le modalità per esprimere il voto; ricordo, peraltro, che **fino al 1° marzo è possibile inviare la propria candidatura al Consiglio Direttivo AIP 2023-2025** attraverso una mail da inviare alla Segreteriaia [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it).

Continua il lavoro preparatorio per il **23° Congresso nazionale**, che si terrà al Palazzo dei Congressi di Firenze il 13-15 aprile.

Abbiamo ricevuto 130 abstract per le Comunicazioni orali e per i Poster; un numero importante, che testimonia il desiderio di partecipazione da parte di colleghe e colleghi. Gli autori riceveranno entro 15 giorni precise indicazioni sulle modalità per le presentazioni.

I **Corsi pregressuali (di Neuropsicologia, di Psicogeriatría forense, per Operatori Socio-sanitari, per Educatori professionali e Interdisciplinare** - <https://www.aipcongresso.it/IT/programma.xhtml>) hanno già ricevuto un numero sufficiente di iscrizioni per garantire la loro esecuzione. In

particolare, il Corso riservato agli OSS ha raggiunto oltre 100 iscrizioni, che continuano ad aumentare. È la dimostrazione concreta di come l'intuizione di coinvolgere anche questi operatori in un condiviso percorso culturale sia stata accolta con favore. Ci piacerebbe aumentare ancora il numero degli OSS partecipanti; a tal fine è stata riservata per il corso l'aula magna del Palazzo dei Congressi.

Continuano anche le **iscrizioni al 23° Congresso nazionale** (per tutti i dettagli: <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> ), con una tendenza alla crescita rispetto agli anni scorsi. Davvero una grande soddisfazione, condivisa con il gruppo di colleghe e colleghi, guidati da Elena Lucchi, che hanno predisposto la parte centrale del programma.

Un caro saluto, accompagnato dal consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*



*Ai Soci dell'Associazione Italiana di Psicogeriatra*

**Venerdì 14 aprile 2023**  
**dalle ore 8.00 alle ore 15.00**  
**in occasione del 23° Congresso nazionale AIP**  
**si terranno le elezioni online del nuovo Consiglio Direttivo 2023-2025**

Per esercitare il diritto di voto è necessario essere in regola con il pagamento della quota associativa 2023.

Sarà possibile votare unicamente in modalità online accedendo con le proprie credenziali all'Area riservata del sito AIP.

La procedura è la seguente:

- Accedere al sito AIP [www.psicogeriatra.it](http://www.psicogeriatra.it)
- In homepage, cliccare "Iscriviti", successivamente cliccare il tasto in alto "Login"
- Inserire nome utente e password
- Cliccare "Accedi"

All'interno dell'Area riservata troverete l'elenco dei candidati; sarà possibile esprimere da un minimo di 1 a un massimo di 30 voti.

Per qualsiasi necessità potete rivolgervi alla Segreteria AIP:

e-mail: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it)

Tel.: 030-3757538



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP – 17 febbraio 2023

Amiche, amici,

come corre il nostro tempo... forse anche troppo, ma l'ottimismo della ragione ci induce a ritenere possibile, con molto impegno, il controllo dell'evoluzione del mondo che ci circonda. Senza superbia, ma sapendo di poter contare su intelligenza, cultura e generosità.

**Abbiamo da poco sentito parlare delle nuove evoluzioni dell'Intelligenza Artificiale e subito siamo stati invasi da informazioni sui media più diversi, con una rapidità straordinaria.** Anche la letteratura scientifica ha iniziato ad occuparsi di ChatGPT (GPT: "generative pretrained transformer), come ha fatto *JAMA* del 31 gennaio, con un lavoro dal titolo: "Nohuman Authors and Implications for the Integrity of Scientific Publication and Medical Knowledge". Le nuove tecnologie sono in grado di organizzare un lavoro scientifico attorno a un tema indicato; nelle università americane sta diventando un tormento per i professori che vogliono identificare gli studenti che utilizzano ChatGPT per scrivere le tesi. *JAMA* nell'articolo si pone l'interrogativo di capire quali saranno le implicazioni per la stesura di lavori scientifici, che potrebbero essere scritti dall'Intelligenza Artificiale, con risultati che sembrano essere buoni sul piano della qualità dei prodotti, ma che invece potrebbero essere la fine dell'innovazione perché, sebbene in modalità perfette, le risposte di ChatGPT sono basate sul passato. Il progresso scientifico si trova al centro di cambiamenti radicali; dobbiamo seguirne l'evoluzione, per prevenire il rischio di un'attenzione concentrata su cosa già funziona nella nostra società, per migliorarne ulteriormente la performance, lasciando invece fuori i più deboli.

"Non vogliamo essere crudeli, Presidente Biden, ma solo prudenti". Questo articolo, comparso sul *NYT* del 9 febbraio, ci richiama al **problema del pensionamento di persone ancora in piena forma, e in grado di esercitare scelte razionali, libere e, nel caso di Biden, molto importanti per la sua nazione.** Ci richiama ad esempio anche al pensionamento dei vescovi, che Papa Francesco attua senza pietà; ha senso togliere la funzione di paternità a individui che sarebbero ancora in grado di esercitarla pienamente, spesso arricchita da grande esperienza? Inoltre, freddamente, non si tiene conto del dolore che la rottura del rapporto di paternità causa in molte persone.

Sul tema del ruolo degli anziani rispetto al peso che inducono nella società, **ha destato grande scalpore l'affermazione di un professore giapponese che insegna a Yale, secondo il quale il suicidio di massa degli anziani potrebbe risolvere il grande problema del grave invecchiamento del Giappone.** Non è questa la sede per affrontare la problematica, però il fatto stesso che si parli di argomenti che fino a poco tempo fa erano tabù, significa che la cultura sta cambiando e che, di conseguenza, anche temi come l'eutanasia entrano nelle pubbliche discussioni. La PsicoGeriatrica non può sottrarsi da questo dibattito, perché interessata sia alla condizione del singolo anziano, più o meno danneggiato dalle decisioni collettive, sia alla condizione delle società chiamate a scelte difficilissime, che qualcuno ritiene saranno necessarie per la conservazione della specie. Non siamo



cultori di bioetica, ma ci siamo presi cura di molti anziani e quindi siamo divenuti esperti della loro salute psichica e somatica, nonché delle condizioni che le comunità devono predisporre per permettere di vivere bene a tutte le età, senza ricorrere a soluzioni estreme.

**JAMDA di gennaio pubblica un interessante lavoro della scuola palermitana sull'associazione tra inquinamento e fragilità nell'anziano.** I dati, ottenuti da UK Biobank, indicano una correlazione tra diversi tipi di inquinanti e la comparsa di fragilità. Si deve considerare, quindi, come aspetto da tenere in conto nella vita dell'anziano, il luogo di abitazione e la relativa esigenza di combattere l'inquinamento per proteggere la fascia di età più avanzata della popolazione. Ovviamente lo studio dovrà essere approfondito, ma è incisiva l'osservazione secondo la quale il processo di invecchiamento rende gli individui sensibili ad una serie di fattori stressogeni e quindi sull'esigenza di dedicare attenzione anche a eventi in passato scarsamente considerati. In linea generale questi dati possono essere collegati con altri, pubblicati recentemente, come ad esempio quelli comunicati dall'Istat sul fatto che nel nord Italia si vive mediamente 1 anno e 7 mesi in più rispetto al sud. Se si guardano le fotografie da satellite che mostrano una cappa di inquinamento sulla pianura padana, si comprendono queste differenze, sulle quali è ritornato anche *NEJM* del 12 gennaio, pubblicando una mappa già nota sulle enormi differenze di speranza di vita tra i diversi quartieri di Chicago e sul conseguente dovere di mettere in atto adeguate strategie. Non ci possiamo però nascondere le enormi problematiche che stanno dietro a questi dati dell'epidemiologia e l'esigenza di identificare con precisione quali fattori del complesso scenario socio-economico-antropologico possono costituire target di intervento con maggiori possibilità di successo. A questo proposito, *Lancet* del 16 dicembre 2022, interamente dedicato a "Racial and ethnic equity in health", si apre con un editoriale: "Race, ethnicity and ill health: making the non-modifiable modifiable". Dobbiamo convincerci che se non affrontiamo con successo gli aspetti che maggiormente danneggiano la nostra salute, saremo costretti a vivere in un mondo popolato da molti vecchi ammalati e da pochi giovani, che dovrà affrontare grandissime crisi.

A questo proposito, cioè sul riconoscimento del ruolo centrale dei sistemi sanitari per garantire la normalità della vita delle nostre comunità in futuro, di particolare rilievo un editoriale di Rita Rubin su *JAMA* dell'8 febbraio, nel quale si discute il ruolo preponderante degli interventi sanitari per ridurre del 25% nel 2025 il numero delle persone senza casa negli Stati Uniti. Sottolineo l'enorme responsabilità rispetto alla vita dell'intera comunità che sempre più nel prossimo futuro è destinata a gravare sui sistemi sanitari. A questo proposito è necessario capire se in futuro le comunità accetteranno di finanziarli adeguatamente.

*JAMA Online* dell'8 febbraio riporta il dato che **3 o più traumi lievi sono collegati con la comparsa di una ridotta funzione cognitiva (in particolare l'attenzione e le funzioni esecutive) alcuni decenni più tardi.** Il dato è dose dipendente e sottolinea l'opportunità di suggerire a chi ha subito lievi traumi cranici di sospendere le attività ad alto rischio. Questa osservazione è di interesse generale, perché indica quanti possono essere i fattori che provocano deficit cognitivi e quindi la necessità di una completa e approfondita raccolta della storia clinica dell'individuo che si presenta ad un centro specialistico, evitando di ricorrere alle indagini strumentali prima di aver approfondito l'anamnesi. Alcuni, però, possono sostenere, a buona ragione, che ritmi imposti dalla burocrazia limitano qualsiasi approfondimento e inducono ad adottare le vie più brevi.

---

*JAMA* del 3 febbraio pubblica un lavoro che deve destare molta attenzione da parte di chi si preoccupa delle discriminazioni a carico delle persone con demenza, argomento sul quale ci siamo

spesso soffermati in questa newsletter. Il lavoro, firmato anche da Vincent Mor, studioso di grande esperienza e competenza, riporta **dati rilevanti sul rischio che quando sono dimesse dall'ospedale le persone con demenza vengano ospitate in strutture residenziali mediamente di minore qualità rispetto a quelle dove sono ospitati i cittadini con funzione cognitiva conservata**. In Italia non vi sono dati certi su questo fenomeno; va però seguito per evitare che si creino ghetti dove le rette sono inferiori, e quindi più accessibili, ma lo è anche la qualità delle cure prestate. A tal fine il lavoro di Mor e collaboratori si conclude con l'auspicio che siano messi in atto meccanismi di finanziamento specifici per le persone affette da demenza. Tema importante anche in Italia, ma scarsamente preso in considerazione dalle autorità programmatiche. Si deve peraltro ricordare che negli anni '80-'90 le demenze erano state prese seriamente in considerazione in molte Regioni, con un'attenzione più viva di quanto accade oggi.

Di seguito l'**importante contributo di Mauro Colombo**:

“Da almeno un decennio gli studiosi del declino cognitivo legato all'invecchiamento ed alle malattie ad esso correlate puntano ad arricchire le popolazioni su cui sperimentare gli interventi di candidati più suscettibili a beneficiarne. In questa scia si pone un lavoro pubblicato su JAMA [#] e scritto da un ampio novero internazionale di Autori, prevalentemente scandinavi e londinesi, ma anche da Olanda, Hong-Kong, Stati Uniti. Lo scopo principale consisteva nel predire al meglio il declino cognitivo in individui cognitivamente integri, connotati da positività  $\beta$ -amiloide ( $A\beta$ ), mediante biomarcatori plasmatici e del liquido cerebrospinale. Allo scopo, sono stati adoperati i dati di 171 soggetti, appartenenti a due coorti, seguite entrambe per 10 anni: i risultati ottenuti dalla prima coorte sono stati validati sulla seconda. La cognitività è stata tracciata mediante il Mini Mental State Examination, ed una versione modificata del Preclinical Alzheimer Cognitive Composite (mPACC), che misura – tramite la somma di punteggi standardizzati – la memoria episodica, la funzione esecutiva temporizzata, e nuovamente la cognitività globale. In sintesi, la concentrazione plasmatica basale della P-Tau 217 è risultata il miglior singolo predittore del declino cognitivo, con entrambi gli indicatori di esito. Il medesimo biomarcatore è risultato il predittore migliore – e per certi aspetti unico – di conversione in demenza di Alzheimer, occorsa nel 30,5% dei soggetti appartenenti alla coorte della analisi principale (36 su 118). Applicando alla coorte di validazione i 3 migliori marcatori di declino cognitivo ricavati dalla coorte principale [P-Tau 217 e mPACC basali, e stato APOE4], nuovamente la sola concentrazione plasmatica basale della P-Tau 217 è risultata l'unico predittore del declino cognitivo, con entrambi gli indicatori di esito – sempre al netto delle covariate [età, sesso e scolarità]. Risultati interessanti sono emersi anche dalle “analisi di sensibilità”: il ruolo della P-Tau 217 si conferma anche a prescindere dalla presenza o meno di disturbi cognitivi soggettivi iniziali, dalla versione del Trail Making Test [A o B], piuttosto che dal ricorso al Digit Symbol Substitution Test, impiegati per il mPACC, ed infine estendendo la analisi su un più ampio campione sempre appartenente alle due coorti, ma non selezionato per presenza di patologia  $A\beta$ , sia che fosse rilevata mediante la tomografia ad emissione di positroni, piuttosto che per un rapporto  $A\beta_{42}/40 < 0,066$  nel liquido cefalorachidiano. Dalle figure che illustrano elegantemente l'articolo, appare una drastica apertura a ventaglio delle traiettorie cognitive nei 4 quartili di concentrazione plasmatica basale della P-Tau 217: si noti come il MMSE nel quartile a concentrazioni più basse sia parallelo all'asse delle ascisse, mentre nel quartile a concentrazioni più elevate si scende fino a valori medi di 21/30, nel volgere di 10 anni. Altrettanto impressionanti sono le “curve di sopravvivenza” – sempre distinte per quartili di P-Tau 217 – rispetto alla conversione a demenza di Alzheimer. Le considerazioni portate in discussione sono particolarmente stimolanti:

- il lavoro si pone – secondo i numerosi Autori – come quello più ampio per sistematicità, offrendo spunti anche quantitativi sulle possibilità di arricchimento dei campioni per le sperimentazioni cliniche;

- se la concentrazione plasmatica della P-Tau 217 è nota crescere “dinamicamente” negli stadi precoci della demenza di Alzheimer, la “competizione” ne ha decretato la superiorità rispetto sia al rapporto Aβ42/40 liquorale – pur associato di per sé al declino cognitivo – che alla concentrazione di P-Tau 217 liquorale. Quanto alla concentrazione plasmatica della P-Tau 231, le sue capacità predittive sono risultate migliori nel campione esteso rispetto a quello selezionato per presenza di patologia Aβ, a conferma della ipotesi per cui questo biomarcatore risponderrebbe più precocemente alla presenza di patologia Aβ rispetto alla P-Tau 217;
- i risultati sono stati sovrapponibili in 2 coorti diverse per caratteristiche rilevanti: la coorte di validazione era più giovane [64.4 (4.6) vs 73.0 (5.4) anni di età], più scolarizzata [16 vs 12 anni di scuola], più resistente al declino cognitivo nel tempo;
- quantunque le differenze assolute nelle capacità di predire il declino cognitivo tra diversi biomarcatori siano modeste, le corrispondenti differenze relative sono invece ampie: per esempio, del 30 % fra la tomografia ad emissione di positroni per la β-amiloide (PiB PET) e la concentrazione plasmatica della P-Tau 217;
- avere impiegato un metodo validato per il riscontro di positività Aβ [la PiB PET, come nei trials clinici] – pur senza equivalente per la neuropatologia Tau (limite dichiarato dello studio) – supporta l’impiego dei dosaggi della concentrazione plasmatica di P-Tau 217, a costi relativamente contenuti, anche per la analisi retrospettive su campioni raccolti con minima invasività, e conservati in biobanche.”

[#] Mattsson-Carlgrén, N., Salvadó, G., Ashton, N. J., Tideman, P., Stomrud, E., Zetterberg, H., Ossenkoppele, R., Betthausen, T. J., Cody, K. A., Jonaitis, E. M., Langhough, R., Palmqvist, S., Blennow, K., Janelidze, S., Johnson, S. C., & Hansson, O. (2023). Prediction of Longitudinal Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer Disease Using Plasma Biomarkers. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.5272. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.5272>

Continua fortunatamente ad aumentare il numero delle **iscrizioni all’AIP**. Con grande piacere rilevo che sono in aumento anche le iscrizioni di giovani specializzandi, il futuro della nostra, come di altre, società medico-scientifiche.

Registriamo anche una buona tendenza delle **iscrizioni al 23° Congresso nazionale e ai Corsi pregressuali** ( <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> ). Mi permetto di insistere sul Corso riservato agli OSS, perché un grande numero di iscrizioni (gratuite) sarebbe una testimonianza importante dell’attenzione dell’AIP verso questi operatori, spesso scarsamente valorizzati, quando invece rappresentano l’ossatura operativa di molte strutture al servizio degli anziani fragili. I programmi sono pubblicati sul sito [www.psicogeriatría.it](http://www.psicogeriatría.it) ; per qualsiasi esigenza potete contattare la Segreteria AIP all’indirizzo email: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it) .

**Continuano in varie città le occasioni di presentazione del mio libro “Aiutami a ricordare. La demenza non cancella la vita”**, ed. San Paolo (frontespizio in allegato). Ovviamente ne sono orgoglioso; mi permetto di aggiungere che sono occasione per diffondere la cultura dell’AIP in tempi di grandi incertezze.

Buon lavoro, con viva stima

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

---



**MARCO TRABUCCHI** è Professore di neuropsicofarmacologia nell'Università Tor Vergata di Roma e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría, 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.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 10 febbraio 2023

Amiche, amici,

**oggi è la Giornata mondiale del malato, la 31esima, voluta da Giovanni Paolo II.** Francesco ha scritto nel suo messaggio per questa occasione un testo che coinvolge ognuno di noi, al di fuori di qualsiasi appartenenza: “Tutti siamo fragili e vulnerabili; tutti abbiamo bisogno di quell’attenzione compassionevole che sa fermarsi, avvicinarsi, curare e sollevare. La condizione degli infermi è un appello che interrompe l’indifferenza e frena il passo di chi avanza come se non avesse fratelli e sorelle”. La cultura di AIP è da sempre stata ispirata alle quattro parole: fermarsi, avvicinarsi, curare e sollevare; sarà nostro compito costruire ulteriori elaborazioni su questo tema fondante il lavoro di cura. Su questo argomento accludo l’articolo uscito su *l’Avvenire* l’8 febbraio.

Il NYT del 5 febbraio ha titolato un articolo: **“I medici non vanno incontro al burnout per l’eccesso di lavoro. Sono demoralizzati dal nostro sistema sanitario”**. È sorprendente la somiglianza di queste osservazioni con quelle fatte da molti medici nel nostro Paese. Viene da pensare che la crisi sia da attribuire a cause più profonde, oltre a quelle, pur importanti e gravi, che appaiono dalla lettura dei media. La pratica della medicina di oggi non è forse più in grado di stimolare l’orgoglio e la soddisfazione del medico, che non sente la gioia di mettere al servizio del malato la sua professionalità, il suo tempo, la sua intelligenza? Cosa vi è nei nostri sistemi organizzati di cura che ha fatto perdere la creatività, l’intelligenza, la generosità di un rapporto sempre nuovo con chi soffre? Questo interrogativo dovrebbe diventare un ulteriore argomento di studio e di elaborazione; non possiamo assistere alla crisi del nostro mondo senza essere in grado di contribuire con qualche osservazione e, se possibile, proposta.

**Lancet Neurology di febbraio ritorna con un commento sul Lecanemab.** “Ancora!”... potrebbe pensare qualche lettore... Ho però voluto riferirne per l’impostazione positiva di questo testo: “La recente pubblicazione del trial in fase 3 del Lecanemab nell’Alzheimer in fase precoce è un momento storico su questo argomento, l’inizio di una nuova era per le terapie disease-modifying dell’Alzheimer. Questo trial rappresenta più di 20 anni di impegno di ricerca e delle relative osservazioni sul piano clinico, di laboratorio e delle sperimentazioni farmacologiche”. Una visione ottimistica, che può essere condivisa o meno; però contribuisce a evitare che la ricerca sui farmaci per l’Alzheimer sia sempre accompagnata da toni negativi, con il coinvolgimento anche di pazienti e famiglie in un’atmosfera senza speranza.

*JAMA Psychiatry* di gennaio pubblica un viewpoint dal titolo molto significativo: **“La disconnessione sociale come epidemia globale. Un invito all’azione a proposito di un rilevante fattore di rischio per la salute”**. Vi è evidenza ormai accumulata che la disconnessione sociale è comparabile, rispetto al danno che arreca alla salute, al fumare 15 sigarette al giorno e al bere 6 drink al giorno. Infatti, una metanalisi condotta su 148 studi, la maggior parte dei quali aggiustata

per dieta, esercizio, comportamenti salutari, ha dimostrato che le persone con un buon livello di connessione sociale hanno un aumento del 50% della sopravvivenza. Il commento si pone la domanda se la comunità medica si è posta seriamente il problema, al pari di come sta operando, ad esempio, per educare in tema di fumo e alcool. Vi è ancora molta strada da fare, anche considerando che nelle nostre comunità è possibile organizzare azioni importanti per ridurre la solitudine degli individui, ottenendone risultati significativi sul piano della salute.

*The Journals of Gerontology* di gennaio pubblica **un lavoro sull'associazione tra alterazioni dell'olfatto e un aumentato rischio di Alzheimer**. Il dato merita un'attenta analisi, perché normalmente viene data minore attenzione alla perdita dell'olfatto rispetto a quanto avviene per la vista e l'udito. Inoltre, la perdita può essere graduale e quindi essere rilevata con maggior difficoltà. Infine, si deve riconoscere che, sempre a confronto con vista e udito, i medici hanno minori possibilità di intervenire sulla perdita dell'olfatto.

*JAGS* di ottobre 2022 pubblica **un lavoro sull'effetto dell'anticoagulazione in rapporto alle funzioni cognitive in pazienti anziani con fibrillazione atriale**. Il risultato è preoccupante, perché nelle persone cognitivamente compromesse il trattamento con anticoagulanti orali è associato ad un maggior numero di episodi di sanguinamento. Il fatto richiama le molte diverse situazioni cliniche nelle quali la prescrizione farmacologica deve essere particolarmente attenta quando attuata nelle persone affette da demenza.

### **Continua la serie sempre molto interessante degli "Angoli" di Mauro Colombo:**

"Il declino della memoria è molto diffuso tra le persone anziane [se ne lamenta 1/3 degli ultra65enni], presso le quali può assumere diversi significati: dalla dismnesia benigna a sintomo di demenza; altrettanto, la sua evoluzione spazia dalla stazionarietà al peggioramento ma anche verso il miglioramento. Da qui l'importanza di studiare gli spazi di prevenzione per il mantenimento di questa facoltà fondamentale. Eppure, gli studi sulle abitudini modificabili capaci di influire sulla memoria sono pochi, e di natura trasversale: quindi inadatta a delucidare tale relazione; inoltre, gli studi apparsi sinora non hanno preso in considerazione la possibile interazione tra stile di vita e corredo genetico. Su queste premesse uno stuolo di ricercatori cinesi, affiancati da 2 studiosi "faro" quali Serge Gauthier e Jeffrey Cummings, hanno condotto uno studio longitudinale durato 10 anni, basato su una coorte di ultra60enni, recentemente pubblicato sul *British Medical Journal* [#], che riporta un riassunto visuale ed un diagramma di flusso particolarmente utili. La popolazione consta di 29.072 individui inizialmente integri sul piano cognitivo, di età media 72,2 anni, equipartiti tra i sessi, 1/5 dei quali portatori del genotipo APOE ε4. I soggetti sono stati stratificati – oltre al genotipo per la apolipoproteina ε4, a seconda della presenza [in qualsiasi combinazione] di 0-1 / 2-3 / 4-6 tra i seguenti 6 elementi favorevoli dello stile di vita: dieta salutare, attività fisica regolare, contatti sociali attivi, attività cognitiva, astensione dal fumo e dall'alcol. Al netto delle covariate socio-demografiche e cliniche, il declino (universale) della memoria [valutato mediante il test di apprendimento verbale uditivo (15 parole di Rey)] è apparso divergere nel tempo a seconda della appartenenza alle 3 categorie di stile di vita, ed in modo del tutto simile a prescindere dal genotipo APOE ε4 [in assenza di interazioni statistiche]. La categoria più "virtuosa" presentava il declino meno netto; i soggetti col peggiore stile di vita subivano il declino più marcato; gli altri si situavano a metà strada sia riguardo alle abitudini che alle prestazioni mnestiche. Va precisato che, a fronte del calo continuo della memoria, la cognitività globale – rilevata mediante il Mini Mental State Examination – è rimasta stabile, nel frattempo. La possibilità di una "causalità inversa" è stata ragionevolmente esclusa mediante accorgimenti statistici applicati al disegno di studio. Nelle "analisi di sensibilità" i singoli

fattori che vanno a costruire lo stile di vita sono stati studiati individualmente: la dieta salutare risulta il singolo fattore più influente, mentre il consumo di alcol non è statisticamente associato di per se al declino cognitivo. E qui porterei un rilievo: una assunzione di alcol compresa tra 1 e 60 grammi al dì viene considerata sfavorevole; ma all'interno di una gamma così ampia [troppo, per chi scrive] rientra anche la assunzione che la medesima rivista – attraverso lo studio longitudinale Whitehall II – definì protettiva rispetto alla demenza: tra 8 e 112 grammi di alcol alla settimana, secondo – ancora una volta – la classica forma a J od U [§]. Facile il richiamo alla forma elegante del calice di vino, che al degustatore viene riempito di 50/massimo 60 mL”.

[#] Jia, J., Zhao, T., Liu, Z., Liang, Y., Li, F., Li, Y., Liu, W., Li, F., Shi, S., Zhou, C., Yang, H., Liao, Z., Li, Y., Zhao, H., Zhang, J., Zhang, K., Kan, M., Yang, S., Li, H., Liu, Z., ... Cummings, J. (2023). Association between healthy lifestyle and memory decline in older adults: 10 year, population based, prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 380, e072691. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072691>

[§] Sabia, S., Fayosse, A., Dumurgier, J., Dugravot, A., Akbaraly, T., Britton, A., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2018). Alcohol consumption and risk of dementia: 23 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 362, k2927. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2927>

**Un pensiero finale alle persone fragili che in Turchia e Siria stanno soffrendo per le conseguenze del terremoto.** Penso al freddo, alle difficoltà di ricevere un'alimentazione adeguata, alla scarsità di supporti sanitari. Siamo impotenti, perché non siamo in grado di raggiungerli; il nostro dovere è però impegnarci per strutturare sempre meglio nel nostro Paese gli interventi di emergenza, in particolare quando coinvolgono le persone anziane. Certo, abbiamo fatto molti progressi negli ultimi anni, dopo il terremoto nell'Italia centrale. Ricordo che, in quell'occasione, AIP predispose linee guida per i Vigili del Fuoco e la Protezione Civile per contribuire a mettere a punto le migliori modalità per assistere le persone affette da demenza nelle varie fasi del sisma.

Allego le diapositive della relazione del Dr. Guaita e del Dr. Colombo dal titolo **“L'AIP e le RSA, un ruolo strategico”** che hanno presentato in occasione della riunione del Consiglio Direttivo AIP dello scorso gennaio.

**Ricordo l'iscrizione all'AIP** e ringrazio le numerose colleghe e colleghi che hanno compiuto questo passo di grande importanza per contribuire al lavoro della nostra Associazione.

Ricordo, inoltre, **i Corsi che precederanno il 23° Congresso nazionale AIP il giorno 13 aprile**; le modalità di iscrizione sono riportate nella pagina dedicata del sito del Congresso (link diretto: <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> ). Richiamo all'attenzione, in particolare, che il Corso riservato agli OSS è gratuito, al fine di facilitare la partecipazione. Sarebbe un segnale concreto e visibile, molto importante, a conferma che nei luoghi della cura esiste una vera collaborazione tra tutti gli operatori, senza barriere, nel comune impegno di cura.

Segnalo infine che **domenica 12 febbraio scade la possibilità di inviare abstract** per la presentazione di Poster e Comunicazioni orali. **Entro lo stesso giorno è inoltre possibile iscriversi con la modalità “early bird”**. Per l'invio dei lavori e provvedere all'iscrizione è necessario accedere alle piattaforme online dedicate del sito ufficiale dell'evento [www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it) .

Con viva cordialità

Marco Trabucchi



*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*

## L'ANALISI

**I**l titolo del messaggio del Santo Padre Francesco per la XXXI Giornata mondiale del malato di sabato è un'indicazione che ha valenze strutturali nei servizi alle persone, e va oltre il suggerimento di un comportamento del singolo individuo verso il fratello fragile. Propone uno stile al quale le comunità nel loro insieme devono ispirarsi. È nostro compito agire nei diversi ruoli professionali «secondo lo stile di Dio, che è vicinanza, compassione e tenerezza». Ma come è possibile adeguarsi nel momento in cui siamo all'interno di servizi che hanno le loro logiche, la loro struttura organizzativa, spesso sorda a queste indicazioni? Affrontare l'interrogativo è un passaggio delicato, però irrinunciabile, per evitare che i suggerimenti del Papa incidano solo sul singolo individuo, senza che poi sia possibile intonare a queste indicazioni l'intero servizio, in modo da raggiungere un'efficacia della quale l'intera comunità può godere. Di seguito cerco di rispondere a questo interrogativo non facile.

Un primo passaggio riguarda direttamente la professionalità. Si deve aver cura dell'altro mettendo a disposizione il massimo delle conoscenze e della capacità tecniche; vicinanza, compassione e tenerezza non sostituiscono le capacità professionali, ma ricevono da queste l'impulso verso una sempre maggiore efficacia. Non vi è dicotomia

tra "essere buoni ed essere bravi", ma un rinforzo reciproco che permette alla cura di essere sempre più efficace. Un secondo aspetto riguarda l'impegno a investire sulla cultura che caratterizza il singolo servizio. Questo deve considerare come strutturale al funzionamento la possibilità di esercitare le caratteristiche indicate da papa Francesco. La frase "non abbiamo tempo", che spesso viene ripetuta deve essere considerata un errore sostanziale e nessuna scusa può essere addotta per adeguarsi. Eppure, quante volte è stato ripetuto: "Voi siete bravi, i vostri ideali sono nobili, però le condizioni generali non ne permettono la messa in pratica". Ad esempio, il grande lavoro collettivo per impiegare i finanziamenti del Pnrr in campo clinico e assistenziale è diretto alla messa a punto delle procedure burocratiche e dell'operatività tecnica, dimenticando che queste, pur indispensabili, non esauriscono gli scopi del Piano. In particolare, non considerano che gli operatori e i fruitori non sono automi ma persone vive, che si mettono a disposizione nel nome di un ideale umano che è il lenimento del dolore e la ripresa di una possibilità di autonomia. In questa logica l'investi-

mento dei 2.7 miliardi di euro destinati all'assistenza domiciliare rischia di non produrre i risultati di cui le comunità sentono l'esigenza se non è indirizzato a organizzare servizi improntati alla vicinanza, alla compassione e alla tenerezza. Certamente vi sono notevoli differenze tra servizi per quanto riguarda l'intensità di queste dinamiche; tuttavia, anche in quelli caratterizzati da maggiori investimenti tecnologici le tre caratteristiche indicate da Francesco sono i fondamenti del comportamento di cura. Anzi, si potrebbe dire che quando nell'operatività prevalgono gli aspetti tecnologici la cura deve essere ancora più attenta per identificare eventuali sofferenze indotte dall'atto stesso. Ma, ritornando all'assistenza domiciliare, dobbiamo considerare che qualsiasi investimento tecnico deve essere improntato allo stile indicato da papa Francesco. L'operatore che si reca a casa della persona bisognosa di assistenza non può essere solo l'esecutore tecnico di quanto indicato dal suo tablet, che prevede l'elenco delle prestazioni, i relativi tempi, i risultati raggiungibili e quelli raggiunti. Se non si è creato un rapporto di fiducia con il cittadino ammalato e con la sua famiglia gli

interventi rischiano di perdere l'efficacia attesa. Il progredire del ruolo dell'intelligenza artificiale permetterà di meglio comprendere l'atmosfera complessiva nella quale l'atto di cura si svolge, la condizione psicologica della persona che deve essere assistita, la sua storia personale, le condizioni della famiglia dal punto di vista affettivo, di salute, economico, relazionale. Quindi tanto più sarà utile tanto più queste indicazioni aiutano ad adattare la cura alla realtà. In questi anni le tecniche organizzative hanno fatto enormi progressi, ma non altrettanto grandi sono state le capacità di renderle operative e quindi utili per chi ha bisogno. Ciò spiega anche i relativi fallimenti, che oggi leggiamo con preoccupazione, anche alla luce dell'esigenza di ampliare il numero delle persone assistite.

I finanziamenti del Pnrr rischiano di essere sprecati se i progetti che verranno realizzati non si ispirano a una logica culturale di fondo, che prevede il riconoscimento dei significati della cura. Ancora una volta, quindi, si comprende che il messaggio del Santo Padre non ha solo valenze morali e religiose, ma prospetta vie di comportamento che sono indispensabili alla realizzazione dei progetti stessi e alla loro efficacia. Il Papa non propone dicotomie o indicazioni valide solo per i santi, ma scelte concrete che ognuno di noi può attivare per dare senso e valore alla propria professionalità.

**Presidente Associazione italiana di Psicogeriatría**

## Vicinanza, compassione, tenerezza: perché è una «formula» per la sanità

MARCO  
TRABUCCHI





# CD AIP 27-28 gennaio 23

*Centro Pastorale Paolo VI - BS*

L' AIP e le RSA, un ruolo strategico

Antonio Guaita Mauro Colombo



Alba o tramonto?



AIP – RSA => Ruolo strategico per il loro presente e il loro futuro :

## 1. La situazione attuale delle RSA

- a. Elementi quantitativi: dimensione attuale
- b. Elementi qualitativi : I bisogni dei residenti

## 2. Evoluzione della natura della missione delle RSA

- a. inserite fra i servizi che hanno al centro il sostegno all'autonomia
- b. Perché sempre di più sono uno dei nodi di questa rete e non il punto terminale : da luoghi di ricovero a centri erogatori di servizi

# Punto 1 situazione attuale + condizione residenti

## 2017 in Italia :

- circa **192.000** i posti letto ospedalieri, pari a 31,8 ogni 10.000 abitanti
- **412.518**, posti nei presidi residenziali di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario pari a 68,2 posti ogni 10.000 abitanti.

*ISTAT (<https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2020/goal3.pdf>)*

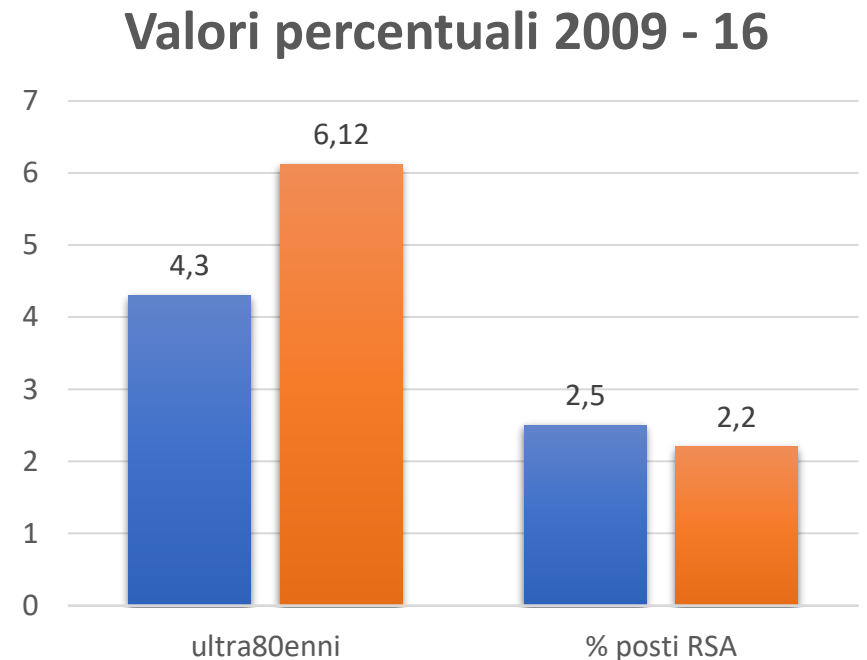
# 1 a) Percentuale di ricoverati nelle residenze ogni 100 ultra 65enni nei paesi indicati

(European Health Information Gateway (who.int))

Fonte : ,

<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=248791>

	%
Germania	5,4
Francia	5,0
Austria	4,6
Spagna	4,4
Regno Unito	4,4
Italia	1,9



(Guaita , Trabucchi, 2017),

# 1b) Residenzialità : Meno posti residenziali= selezione di casi più gravi

- Studio SHELTER\* : dipendenza totale: Italia 42 %, Germania 25 %  
Demenza grave: Italia 35% Germania 28%
- Studio PACE^ : Demenza moderata e grave : in Italia il 73% contro, ad esempio, il 48% nel Regno Unito e il 51% in Belgio e Olanda

\* Onder. et al. (2012), BMC Health Services Research, 12, 5.

^ Honinx E et al ., (2019) BMC Public Health, 19, 1199.



# 1c ) Aumento della intensità sanitaria, diminuzione di figure mediche

tabella 1 Distribuzione percentuale del livello di intensità sanitaria richiesta dai residenti ultra 65enni nelle RSA Italiane negli anni indicati ( al netto dei dati mancanti)

	2009	2016
assente	10,19	4,66
basso	17,17	19,72
medio	50,92	44,82
alto	21,72	30,80

N° residenti  
per medico  
2009 : 33  
2016 : 44

Fonte : <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=21803#> (accesso 26 aprile 2020)

# 1d) Aumento di prevalenza di persone con Demenza nelle residenze

## Dati Italiani :

Cherubini et al. *J Am Med Dir Assoc.*  
2012;13:.759.e7-13.

**50,7 %**

## Dati Europei :

Seitz et al *Int Psychogeriatr.* 2010 , 22:  
1025-39. doi:  
10.1017/S1041610210000608.

**58 %**

## Prediction of Institutionalisation in Dementia

A Systematic Review

Melanie Lippa<sup>a</sup> Tobias Luck<sup>a</sup> Elmar Brähler<sup>c</sup> Hans-Helmut König<sup>b</sup>  
Steffi G. Riedel-Heller<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry, Public Mental Health Research Unit, <sup>b</sup>Department of Psychiatry, Health Economics Research Unit, and <sup>c</sup>Department of Medical Psychology and Medical Sociology, University of Leipzig, Leipzig, Germany

# 1e) La demenza fattore di rischio principale per il trasferimento in RSA

Tasso di istituzionalizzazione dalla diagnosi ( 2008) :

20 % primo anno

50% dopo 5 anni

90% dopo 8 anni

Rispetto al **6- 7 % in 3 anni** degli anziani in generale

..

# 1f) Depressione: prevalenza in RSA

“Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of **depression and behavioral symptoms associated with dementia**.”

American Geriatrics Society;

American Association for Geriatric Psychiatry.

*J Am Geriatr Soc* 2003;51:1287-98

- Meta analisi (2020):

- 32 studi osservazionali condotti nelle RSA,
- 13.394 residenti
- la prevalenza della depressione **18.9% (95% CI 14.8-23.8)**

(Fornaro et al., 2020).

# 1f bis) Prevalenza della depressione in Nursing Homes secondo alcuni studi : dall' 11 al 48%

*(1-4% anziani in generale; 6- 9% ambulatoriale; 10 – 12 % ospedaliera)\**

- 16.9% (Davison TE, Aging Ment Health. 2007 ;11:82-8)
- 22.3% (Kaup BA, Am J Geriatr Psychiatry. 2007 ;15:438-42 )
- 48% ( Levin CA, J Am Med Dir Assoc. 2007; 8:585-94 )
- 12- 14 % \* ( Alexopoulos G.S, Lancet 2005; 365: 1961- 70 )
- 20,3 ( Jones RN, J Am Geriatr Soc 2003;51:1404-09 )
- 11 % (Brown Mn, J Am Geriatr Soc 2002; 50:69-76 )

# 1g) La depressione fattore di rischio per il trasferimento in RSA

Onder G, Liperoti R, Soldato M, Cipriani MC, Bernabei R, Landi F. Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. *J Clin Psychiatry*. 2007 Sep;68(9):1392-8. doi: 10.4088/jcp.v68n0910.

- ...After adjusting for potential confounders, the risk of nursing home admission was significantly higher for depressed participants (hazard ratio = 1.43, 95% CI = 1.02 to 2.02).

Harris Y. Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. *J Am Med Dir Assoc*. 2007 Jan;8(1):14-20. doi: 10.1016/j.jamda.2006.06.005.

- 137.000 ultra 65enni al domicilio, si erano registrati 11.220 ricoverati in 2,5 anni.
- l'essere stati depressi per la maggior parte del tempo nel corso dell'anno ha comportato: RR: 2.436; CI 95% : 2.365–2.507). Harris, 2007)
- la depressione vale più del numero di limitazioni nelle ADL

2) I servizi territoriali riducono il trasferimento in RSA?

# Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—a Systematic Review of Reviews

Wei Duan-Porter, MD, PhD<sup>1,2</sup>, Kristen Ullman, MPH<sup>1</sup>, Christina Rosebush, MPH<sup>1,3</sup>, Lauren McKenzie, MPH<sup>1</sup>, Kristine E. Ensrud, MD, MPH<sup>1,2,3</sup>, Edward Ratner, MD<sup>2,4</sup>, Nancy Greer, PhD<sup>1</sup>, Tetyana Shippee, PhD<sup>3</sup>, Joseph E. Gaugler, PhD<sup>3</sup>, and Timothy J. Wilt, MD, MPH<sup>1,2</sup>

J Gen Intern Med 35(7):2118–29



## 2 a) Revisione delle revisioni del 2020 : negativa

conclusioni :

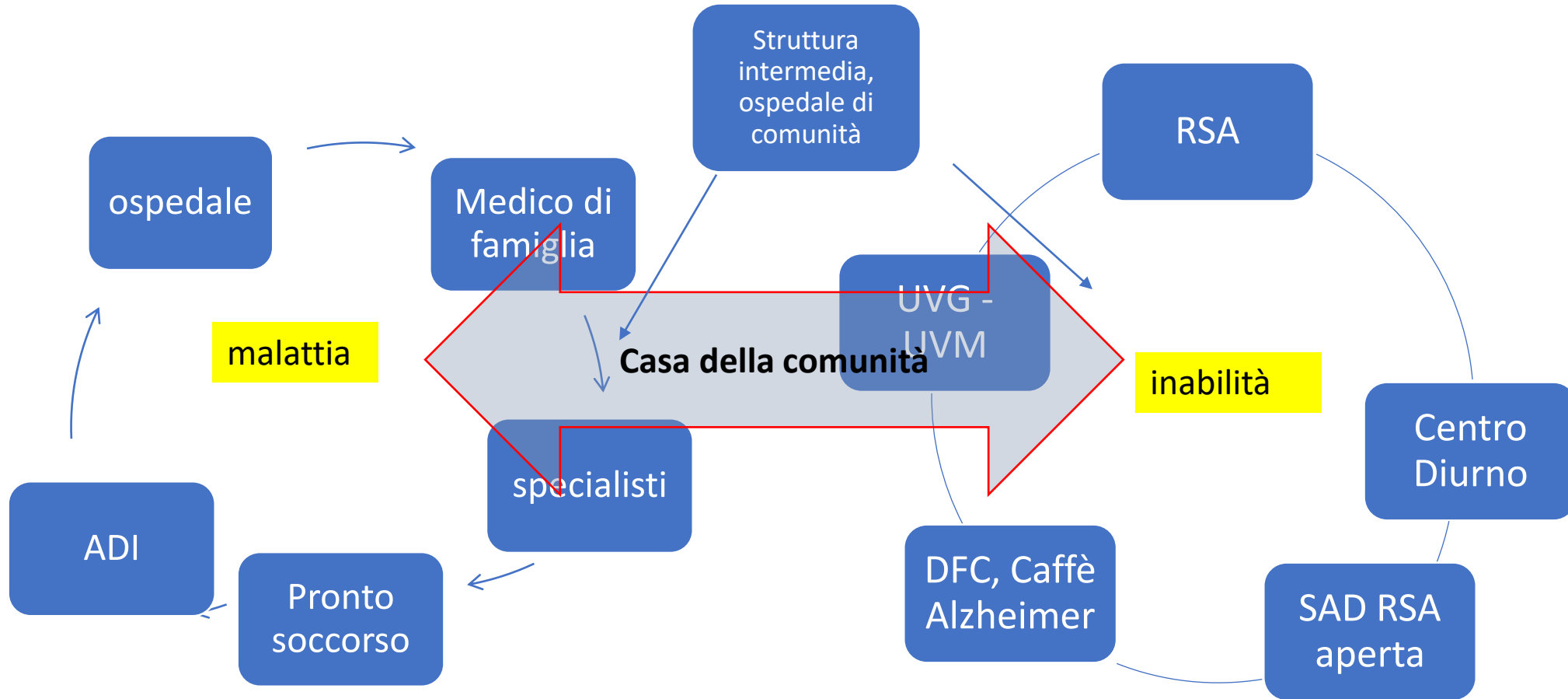
...Il supporto del caregiver, l'assistenza di sollievo e i programmi diurni per adulti, la gestione dei casi e le visite preventive a domicilio **hanno mostrato effetti incoerenti o nessun beneficio per prevenire o ritardare l'NHP**. Altri interventi, come l'assistenza primaria domiciliare ....avevano prove molto limitate o nulle per affrontare i loro effetti sull'NHP.

Interventions (# prioritized SR, # unique RCTs <sup>b</sup> )	Effect on NHP
Case Management (2, 22)	↔
Caregiver Support (2, 7)	↔/↓
Respite Care & Day Clinics (2, 14)	? ↔ ?
Preventive Home Visits (1, 13)	↔/↓
Physical Activity (2, 0)	?
Other (3, 9)	↔ ? ?



3) Qual è l'obiettivo delle RSA? Che cosa sono?

3 a) 2 reti di servizi uno ha al centro la malattia, l'altra l'autonomia



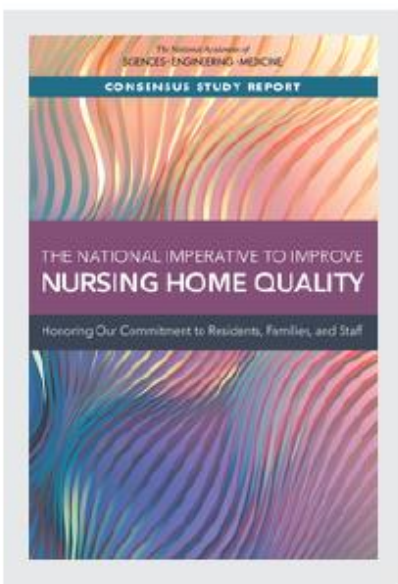
### 3 b) Quale obiettivo per le RSA?

ruolo	obiettivo	metodo	rischio, limite
sociale	Ospitare	Prevale l'aspetto «residenza»	Rischio di nessun obiettivo, rischio di ruolo contenitivo
clinico	Curare le malattie	Prevale l'aspetto sanitario	Rischio di curare la/le malattie trascurando gli aspetti del quotidiano vitale e relazionale, terapie futili
Assistenziale	Assicurare la vita quotidiana	Prevale l'intervento di aiuto nei bisogni primari	Rischio di «learning disability», paternalismo, di trascurare bisogni non considerati primari
<b>Globale</b>	<b>Benessere</b>	<b>Protesico</b> ( ambiente, persone, attività)	<b>Protesi eccessiva o insufficiente</b>

- Indicatori:
- Autonomia
  - Assenza di stress, dolore
  - Benessere soggettivo

La RSA è una protesi di sostegno del benessere dei residenti, dei familiari, degli operatori

## 3c) Punto della rete e non meta finale



Moreover, nursing homes are often not well connected to the communities in which they are located, nor to the broader health care system (Lane and McGrady, 2016; Orth et al., 2019). Research that examines models of care that strengthen ties to the broader community and all sectors of the broader health care system is needed to improve these connections pag 197

Servizi condivisibili con il territorio

- Spazi esterni, Giardini
- Rstorante, cucina per pasti a domicilio

<https://online.ucpress.edu/collabra/article/8/1/31755/119770/Relocation-Into-Italian-Residential-Care-Homes-A>

Ad esempio.....



Istituto per Servizi di Ricovero  
e Assistenza agli Anziani

**Ricordi di ieri, gesti di oggi.**

Home

Le Residenze

I Servizi Territoriali

I Servizi Territoriali

La rete Alzheimer

Home Care Premium

Assistenza domiciliare

La Casa Albergo

Residenza anziani città di Treviso

Residenza G. Menegazzi

Residenza R. Zalivani

I Mini Alloggi

Il Centro Diurno

Rette e tariffe

Regolamento di accesso

IN FAMIGLIA

## BORGO MAZZINI Smart Cohousing

Abitare condiviso



# Il Melo UNLOS: da oltre 40 anni un riparo sicuro

## "News del Melo"

DEFAULT TITLE DATE RANDOM



### RSA

Sicurezza, socialità, servizi: una soluzione-casa dove la persona è sempre al centro dell'attenzione.



### MINI ALLOGGI

Bilocali autonomi all'interno della struttura: coniugare privacy, sicurezza e autonomia si può.



### UNIVERSITA' DEL MELO

Cultura, arte, apprendimento, socialità: per continuare ad imparare, a divertirsi, a crescere.



### RSA APERTA

Un'esperienza trentennale per un servizio nuovo e flessibile, sempre a sostegno della famiglia.



### CENTRO DIURNO

La vera alternativa al ricovero: assistenza globale, tutto il giorno, senza lasciare la propria casa.



### IL MELO CAMPUS

Appartamenti in coabitazione: sicurezza e servizi come in struttura, sereni come a casa propria.



### FORMAZIONE

Chi si forma non si ferma!  
Corsi ASA, OSS.  
Il miglior investimento? Investi su te stesso!



### SERVIZI SANITARI

Infermeria ogni mattina, poliambulatorio, riabilitazione, fisiokinesiterapia e assistenza domiciliare.



### ANIMAZIONE

Cultura musicale e attività ludiche, laboratori e pet-activity: il grande puzzle della qualità della vita.



ALLEANZA PER LA CURA DELLE FRAGILITÀ

00400030100

HOME

CHI SIAMO

**RETE DEI SERVIZI**

PROGETTI

BIBLIOTECA

NEWS

TRASPARENZA



**Il Sorriso**

Centro di aggregazione – Monza



**Costa Bassa**

Centro Diurno Integrato – Biassono



**Il Ciliegio**

Centro Diurno Integrato – Monza



**Oasi San Gerardo**

Alloggi Protetti – Monza



**Ginetta Colombo**

Alloggi Protetti – Cerro Maggiore



**Il Paese Ritrovato**

Villaggio Alzheimer – Monza



**RSA San Pietro**

Residenza Sanitaria Anziani – Mo



**RSD San Pietro**

Residenza Sanitaria Disabili – Mo



**Hospice San Pietro**

Hospice – Monza

La RSA è un centro erogatore di servizi che sostengono l'autonomia degli anziani e aperti alla comunità



RESEARCH ARTICLE

Open Access

# What matters to you when the nursing home is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes



Agnete Nygaard<sup>1,2\*</sup>, Liv Halvorsrud<sup>1</sup>, Ellen Karine Grov<sup>1</sup> and Astrid Bergland<sup>1</sup>

## l'opinione dei residenti : spazi privati e relazioni significative

### **Table 3** Overview of the analysis process

---

Overarching theme: Tensions between the experiences of a nursing home being a home and an institution

---

#### **Themes:**

*Myself and my relationships with fellow residents*

- 1. Creation of individualised living spaces*
  - 2. Single rooms with personal decor that enhances a sense of connectedness*
  - 3. Transition between the old home and the new home*
  - 4. Significant activities providing meaning*
- 

“Siamo un gruppo strano che si riunisce qui, ma non stiamo insieme ... Questo è ciò che ci rende così diversi”.

RSA : Non alba né tramonto ma ...



Evoluzione della specie

## Newsletter AIP - 3 febbraio 2023

Amiche, amici,

**le vicende della guerra, unite alla crisi economica, rendono il nostro tempo particolarmente incerto.** Una condizione che si riflette sulla tranquillità psicologica di tutti noi, in particolare di chi si sente maggiormente esposto alle possibili crisi. Per questo è opportuno un sempre più solido atteggiamento degli operatori sanitari e dell'assistenza, non per un falso atteggiamento di serenità, ma perché il pessimismo si riflette negativamente sulle persone che si affidano a noi. Non mi permetto affermazioni superficiali, ma è certo che la cultura, lo studio, le sperimentazioni originali sono mezzi efficaci per acquisire la possibilità di identificare in ogni condizione gli spazi per azioni positive. Non siamo "gestori di fallimenti", né rispetto alla singola persona sofferente, né rispetto alla possibilità di costruire risposte valide per le comunità che devono prendersi cura degli anziani. In questa prospettiva **richiamo ancora una volta l'attenzione sui 2.7 miliardi stanziati dal PNrr per l'assistenza domiciliare** (qualcuno potrebbe legittimamente ritenere inopportuno il riferimento in prima istanza al denaro... ma ritengo che l'ammontare del finanziamento possa descrivere al meglio le dimensioni e l'importanza della vicenda). Per diventare operativi, vi sono da superare urgentemente le discussioni sulla distribuzione del finanziamento tra le Regioni; infatti, non è accettabile che vengano punite quelle più virtuose, che si avvicinano già al 10% degli anziani assistiti, le quali si troverebbero senza finanziamenti se l'obiettivo fosse per tutti appunto quello del 10%. Sarebbe importante riconoscere il finanziamento anche a queste Regioni, in modo da aprire la strada a future e augurabili espansioni del servizio oltre il limite del 10%, in linea peraltro con altri Paesi.

**Per iniziare seriamente a organizzare i servizi domiciliari come imposto dal PNrr è assolutamente necessario prevedere modalità operative specifiche per le diverse patologie somatiche e psicogeriatriche.** Sarà quindi necessario mettere a punto gli strumenti più efficaci per la presa in carico degli anziani affetti da demenza, verso i quali si devono realizzare modalità operative specifiche, peraltro profondamente diverse a seconda delle fasi della malattia. Sarebbe quindi opportuno che, assieme alla messa a punto dei sistemi organizzativi generali, si provvedesse a stilare una serie di linee guida per la presa in carico di cittadini che richiedono modalità operative specifiche. Queste dovranno riguardare l'approccio da parte dell'operatore, che deve apprendere come meglio affrontare persone con vari livelli di compromissione cognitiva e le loro famiglie; inoltre, è necessario identificare la migliore capacità operativa nei riguardi di chi ha perso la memoria, non riconosce più, soffre per disturbi comportamentali di diversa gravità. Si deve quindi sperare che a breve da parte del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità si emanino linee di indirizzo, per evitare una dispersione di modelli. Sulla cura delle persone affette da demenza non vi possono, infatti, essere differenze, perché le modalità appartengono alle conoscenze acclamate a livello internazionale. È necessario evitare che si accettino situazioni precarie a causa della mancanza di personale qualificato; a tal fine sarebbe doveroso iniziare al più presto la loro formazione. È ben noto, infatti, che se un servizio incomincia a funzionare accettando adattamenti

che si allontanano da una linea di serietà, difficilmente si recupera nel tempo un livello operativo adeguato. Su questi aspetti, quindi, è necessario che da parte delle diverse situazioni regionali si creino alleanze con i centri più qualificati per costruire insieme programmi formativi, prevedendo la partecipazione attiva di chi ha esperienza in prima persona delle delicate situazioni che caratterizzano l'assistenza a casa delle persone affette da demenza (associazioni di familiari, volontariato organizzato, esperienze già operative di assistenza a casa, ecc.).

**Il Consiglio Direttivo di AIP ha stabilito di istituire un gruppo di lavoro dedicato all'Intelligenza Artificiale, in particolare rispetto alle potenzialità di applicazione alla cura delle persone con problematiche psicogeriatriche.** È necessario superare preconcetti filosofici (il Golem che prende il potere!), timori luddisti (la tecnologia sottrae infatti alla donna e all'uomo lavori ai quali non dovrebbero dedicarsi), disumanizzanti (la crisi del rapporto personale tra operatore e assistito); ma, soprattutto, è necessario che le persone con competenza specifica dettino le indicazioni ai tecnici, evitando così che vengano progettate modalità di lavoro senza un reale collegamento con il bisogno.

**Continuano sui mezzi di comunicazione le discussioni sull'inverno demografico avvenuto in molta parte del mondo industrializzato.** La Cina nel 2022 ha registrato più morti che nascite, situazione che il governo ritiene particolarmente grave per l'espansione economica del Paese. L'ultimo calo si era verificato nel 1961, quando la Rivoluzione del grande balzo in avanti di Mao ha portato ad una carestia che ha provocato la morte di 30 milioni di persone. Poi dal 1980 al 2015 fu deciso l'obbligo del figlio unico, con gravi punizioni a chi trasgrediva, mentre dal 2021 le coppie possono avere tre figli. Questo breve riassunto per concludere che la natalità non è mai controllabile attraverso leggi o regolamenti o da situazioni esterne, come specifici finanziamenti per chi ha figli. Il problema è estremamente complesso e riguarda la cultura dominante nelle comunità. Il procreare è sempre un atto di generosità, ma la generosità non è sensibile alle leggi e nemmeno ai finanziamenti. È un sentire dell'animo umano e come tale refrattario alle influenze esterne. Così la situazione attuale, che è descritta in modo immaginifico come un "inverno", difficilmente sarà modificabile, fino a che i giovani di oggi non verificheranno che la cura di cui avranno bisogno tra qualche decennio sarà di difficile organizzazione perché mancherà la necessaria forza lavoro. Quando si comprenderà che la generosità di oggi sarebbe largamente compensata dalla possibilità di avere domani un ritorno in termini di supporto nel momento del bisogno? *L'Economist* del 12 gennaio titola un pezzo: "L'età dei nonni è arrivata"; riferisce di uno studio europeo secondo il quale le nonne si occupano dei nipoti in oltre il 60% dei casi nel Belgio e solo nel 34% in Italia.

*NEJM* del 29 dicembre dell'anno scorso pubblica **uno studio sulla prescrizione di aloperidolo per il trattamento del delirium nelle persone di età media di 70 anni ricoverate in terapia intensiva**; le conclusioni tratte dall'osservazione dei 1000 pazienti randomizzati indicano che non vi sono differenze significative rispetto alla sopravvivenza e alle dimissioni dall'ospedale. L'articolo è accompagnato da un editoriale di Edward Marcantonio, nel quale si commentano i dati senza prendere una posizione netta, in assenza di trattamenti approvati, ma soltanto suggerendo la necessità che "i clinici continuino a individualizzare i trattamenti sulla base delle caratteristiche del paziente e di sintomi target, somministrando le dosi più basse delle molecole meno tossiche e per il minor tempo possibile e monitorando con attenzione gli effetti indesiderati". Invero, non un grande, originale suggerimento! Sempre a proposito di delirium nelle unità intensive è stata recentemente riportata da *Health Analytics* l'informazione che la Johns Hopkins ha messo a punto uno strumento per predire attraverso l'Intelligenza Artificiale il rischio di delirium. Considerando che, secondo molte indagini epidemiologiche, l'80% dei ricoverati nelle terapie intensive va incontro a delirium, disporre di uno strumento predittivo sarebbe di grandissima importanza clinica.

**NEJM del 5 gennaio pubblica un editoriale dal titolo molto forte: “Death by Ableism”**. Presenta il caso di un cittadino americano, affetto da numerose limitazioni funzionali e cognitive, conseguenti all’anossia cerebrale causata da infarto cardiaco, ricoverato in ospedale per le complicanze dovute al Covid-19. Al paziente furono sospese tutte le terapie, perché, ha dichiarato il curante, “non poteva camminare né parlare e non aveva una qualità della vita. Poiché il trattamento del Covid-19 non avrebbe cambiato il suo stato funzionale e la qualità della vita, il team aveva deciso di sospendere le cure e il supporto nutrizionale”. L’autrice dell’articolo riporta il caso di suo figlio, che viveva in condizioni di limitata autonomia, e che è stato anche lui vittima di una “rampant ableism” e delle sue profonde conseguenze. L’argomento è di enorme importanza e dovremmo dedicargli maggiore attenzione, senza chiudere gli occhi di fronte a situazioni di grave disumanità, in nome di un autoattribuito diritto delle strutture e degli operatori sanitari a decidere chi è degno di vivere e chi invece deve morire.

JAGS del primo numero del 2023 riporta un articolo ed un editoriale sull’**uso degli anticonvulsivanti in un campione di ospiti delle case di riposo affetti da demenza, ma non da epilessia**. Il dato di rilievo è la prevalenza del trattamento con gabapentin e acido valproico che si avvicina al 30% degli ospiti. Il commento severo a questi dati è che spesso si cerca di evitare la somministrazione di certi farmaci con il conseguente aumento di altri, con il risultato che in alcuni casi si compiono scelte peggiori di quelle precedenti che si era cercato di sostituire. “È difficile predire quale sarà il prossimo farmaco che salterà fuori nell’impresa incerta di prevenire il trattamento con farmaci ritenuti inadeguati per i BPSD”.

**NEJM del 5 gennaio pubblica un articolo firmato da un gruppo di autori internazionali sull’efficacia di Lecanemab nelle fasi iniziali della malattia di Alzheimer**. Ci si potrebbe domandare l’utilità di un articolo che di fatto riproduce risultati già noti: il farmaco riduce i marker dell’amiloide, ha rallentato il declino nel tempo della cognitivtà e della funzione in confronto con il placebo, ma è associato con rilevanti eventi avversi. Le conclusioni del lavoro sono sempre quelle che già conosciamo: “trial più lunghi sono necessari per determinare l’efficacia e la sicurezza della molecola nelle fasi iniziali dell’Alzheimer”. Speriamo in risultati più incisivi nel prossimo futuro anche se con molecole non innovative; è, in ogni modo, apprezzabile l’atteggiamento che porta a identificare dati che potrebbero portare a progressi più incisivi.

**Il consueto “Angolo” di Mauro Colombo**, accompagnato dal consueto (ma non banale) nostro ringraziamento:

“Il richiamo del prof. Trabucchi al “punto di vista” esposto da JAMA Psychiatry [#] sull’ansia nelle persone anziane, riportato nella newsletter del 27 gennaio, merita a mio avviso di non rimanere “inesplorato” – per “fare il verso” al titolo di quell’articolo, la cui ricchezza di contenuti mi appare inversamente proporzionale alla lunghezza [2 pagine scarse, bibliografia compresa (liberamente accessibile in rete)].

Parto da una considerazione sugli autori: l’unico ad esplicitare in calce al pezzo conflitti di interesse è Eric Lenze, che rivendica – per conto di tutti 3 – di avere dedicato decenni all’argomento [giustamente, come è facile verificare mediante una rapida ricerca bibliografica: la sua prima pubblicazione specifica riportata in PubMed risale al 2002].

Gli autori ribattono vibratamente alla affermazione dello US Preventive Services Task Force secondo cui “alla luce dell’attuale evidenza è impossibile misurare il rapporto costo/beneficio dello screening dell’ansia negli anziani”. Passiamo in rassegna le risposte alle 3 domande riportate nella newsletter, esplicitando i titoli dei rispettivi paragrafi.

- *I disturbi ansiosi esistono presso le persone anziane.* Una crescente mole di letteratura depone per una presenza “pervasiva e perniciosa”, anche se la prevalenza può venire sottostimata: il fenotipo clinico della ansia negli anziani – come accade per la depressione – è spesso mascherato sotto forma di gravi preoccupazioni, paura di cadere, somatizzazioni, sindrome da solitudine. Sta di fatto che solo un terzo degli anziani con ansia generalizzata riceve una qualche forma di trattamento: la scarsa accuratezza degli strumenti diagnostici non implica la mancanza del bisogno.
- *I disturbi ansiosi sono importanti per le persone anziane.* Come mostrano svariate meta-analisi, la ansia – sia come disturbo che come sintomo – è collegata a situazioni gravi come cardio-cerebro-vasculo-patie e malattie autoimmuni e neurodegenerative. Una ricerca mediante neuroimmagini su 78 ultra50enni ha evidenziato un invecchiamento accelerato in chi presenta livelli elevati di ansia [vedi riferimento bibliografico (9)]. I 3 psichiatri statunitensi si domandano se l’ansia sia solo il prodromo o il “canarino nella miniera” di un deterioramento imminente, oppure una (con-)causa determinante una neuropatologia che può portare a perdite cognitive in età avanzata, come nel caso delle facoltà globali e della memoria verbale, nello studio sulle infermiere statunitensi. Ne deriva un esplicito sconcerto per il rischio che le raccomandazioni della agenzia peggiorino l’ageismo.
- *I trattamenti per l’ansia negli anziani esistono.* Gli editorialisti concordano col timore di un uso inappropriato delle benzodiazepine: ma vanno tenute in conto le alternative – qualificate come efficaci e sicure – quali gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, e la terapia cognitiva-comportamentale. Le esperienze in corso negli Stati Uniti sembrano capaci di “intaccare la sofferenza”: una opportunità che non dovrebbe venire negata alle persone anziane.”

[#] Andreescu, C., Lenze, E., & Lavretsky, H. (2023). Is Anxiety in Late Life an Uncharted Territory?- Questioning the USPSTF Draft Recommendation Statement for Anxiety Screening in Older Adults. *JAMA psychiatry*, 10.1001/jamapsychiatry.2022.4609. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4609>

P.S.) La newsletter – uscita proprio il 27 gennaio – inizia con la commemorazione della Giornata della Memoria. 10 giorni prima, JAMA aveva pubblicato un “punto di vista” sulla evoluzione del pensiero anatomico dai tempi del nazismo ad oggi [Hildebrandt S. (2023). *Anatomy From Nazi Germany to Today*. *JAMA*, 329(3), 207–208. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.23531>]

Infine, come di consueto, un ringraziamento a chi ha deciso di **iscriversi all’AIP**, aiutando così la vita della nostra Associazione.

Il giorno **14 aprile si terrà per via telematica la votazione per l’elezione dei 30 componenti del Consiglio Direttivo AIP, che resterà in carica per gli anni 2023-2025**. Presto saranno inviate le modalità per accedere alla procedura di voto via computer o cellulare; si rammenta che potranno votare solo gli iscritti all’AIP al momento del voto stesso. Si fa presente inoltre che **le candidature devono essere inviate alla segreteria ( [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it) ) entro il 1 marzo**.

**Allegati alla newsletter i programmi dei quattro Corsi pregressuali** che si terranno il 13 aprile, eccetto il Corso di Neuropsicologia, che inizierà il 12 aprile, per continuare il 13. È indispensabile iscriversi al più presto, per dare la possibilità di programmare in tempo le aule del Palazzo dei Congressi di Firenze, che sono limitate di numero e capienza.

Allego anche una **recensione del libro “Aiutami a ricordare”** pubblicata sul *Corriere della Sera* del 2 febbraio.

Un caro saluto a tutti i lettori, confidando in una sintonia rispetto ai compiti che ci attendono come cittadini e come operatori in ambito clinico e assistenziale.

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

# CORSO PRECONGRESSUALE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

## LE RSA E IL RINNOVATO RUOLO DEGLI OSS

Coordinatori: Antonio Guaita e Marco Trabucchi

### Giovedì 13 aprile

Presiedono: Mauro Colombo (Abbiategrasso), Silvia Vettor (Treviso)

**10.30-10.45** **Saluto del Presidente eletto AIP**

Diego De Leo (Padova)

**10.45-11.30** **Le RSA del futuro, la sfida dei nuovi bisogni  
e la centralità degli operatori per le nuove risposte**

Antonio Guaita (Abbiategrasso)

**11.30-12.15** **Non ti abbandonerò mai": l'OSS e la sua giornata**

Marco Trabucchi (Brescia)

**12.15-13.00** **Cosa ti aspetti da me? Slanci e zavorre dell'OSS**

Irene Nardi (Treviso)

**13.00-14.00** **Pausa**

**14.00-14.45** **L'OSS, lo stress e l'intelligenza emotiva**

Susanna Baldi (Milano)

**14.45-15.30** **L'OSS, persona che cura: i disturbi del comportamento  
nelle persone con demenza**

Chiara Cutaia (Abbiategrasso)

**15.30-16.30** **Discussione generale e contributi preordinati**

Coordina: Giorgio Pavan (Treviso)

**16.30** **Chiusura del corso**



# Informazioni generali

## SEDE

Palazzo dei Congressi  
Via Valfonda 1° Firenze

## 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

## 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 agevolate 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
<b>Congresso - MEDICO Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
<b>Congresso - MEDICO non Socio AIP</b>	€ 300	€ 400	€ 500
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP</b>	€ 280	€ 360	€ 500
<b>Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO</b>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Corso Pregressuale di Neuropsicologia</b>	€ 120	€ 150	€ 180
<b>Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari</b>	A titolo gratuito		
<b>Corso Pregressuale di Psicogeriatría Forense</b>		€ 100	
<b>Corso Pregressuale Interdisciplinare</b>		€ 100	
<b>Corso Pregressuale per Educatori Professionali</b>		€ 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

## Segreteria Scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti

Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia

Tel. +39 030 3757538

aipsegreteria@grg-bs.it

## Segreteria Organizzativa



MCI Italia | Florence office

Via A. Scialoja, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

[www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it)

# CORSO DI NEUROPSICOLOGIA

## LA NEURO-PSICOLOGIA NEI LUOGHI DI CURA: PROCEDURE A CONFRONTO

### Mercoledì 12 aprile

- 14:00-14:30** **Saluto e presentazione del Corso**  
*Giovanna Ferrandes (Genova), Marco Trabucchi (Brescia)*
- 14:30-15:00** **LETTURA**  
La neuropsicologia tra complessità e integrazione in psicogeriatría  
*Carlo Serrati (Imperia)*
- 15:00-15:30** **LETTURA**  
Gli aspetti relazionali e la presa in carico in neuropsicologia  
*Federica Gottardi (Milano)*
- 15:30-16:00** **LETTURA**  
La formazione specialistica  
*Cecilia Guariglia (Roma)*
- 16:00-17:00** **L'AMBITO DELLA RICERCA**  
*Moderatore: Laura Serra (Roma)*
- Il contributo della neuropsicologia alla ricerca psicogeriatrica  
*Camillo Marra (Roma)*
  - Il ruolo della neuropsicologia nella ricerca psicosociale  
*Rabih Chattat (Bologna)*
- DISCUSSIONE INTERATTIVA
- 17:00-17:30** **PAUSA**
- 17:30-19:30** **L'AMBITO DEI CDCD**  
*Moderatore: Paolo Caffarra (Parma)*
- Uno sguardo agli scenari organizzativi  
*Nicola Vanacore (Roma)*
  - La complessità e i livelli della presa in carico: quale neuropsicologia clinica?  
*Valentina Laganà (Lamezia Terme)*
  - Imparare dall'esperienza: presentazione di una situazione clinica complessa  
*Daniela Viale (Cagliari)*
- DISCUSSIONE INTERATTIVA

### Giovedì 13 aprile

- 8.30-10:30** **L'AMBITO OSPEDALIERO**  
*Moderatore: Giovanna Ferrandes (Genova)*
- La neuropsicologia in ospedale: quale presa in carico?  
*Gabriella Biffa (Genova)*
  - Le procedure dell'assessment in ospedale: tra personalizzazione e complessità cliniche  
*Marina Quattropani (Catania)*
  - Imparare dall'esperienza: presentazione di una situazione clinica complessa  
*Gabriella Bottini (Pavia)*
- DISCUSSIONE INTERATTIVA
- 10.30-11:00** **PAUSA**
- 11:00-13:00** **L'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE**  
*Moderatore: Elena Lucchi (Cremona)*
- L'ambito del terzo settore e l'intervento a domicilio  
*Silvia Vettor (Treviso)*
  - Non solo demenze: le motivazioni delle richieste di aiuto  
*Margherita Papa (Grosseto)*
  - Imparare dall'esperienza: presentazione di una situazione clinica complessa  
*Floriana De Vanna (Bari)*
- DISCUSSIONE INTERATTIVA
- 13:00-14:00** **PAUSA**
- 14:00-16:00** **L'AMBITO DELLA RESIDENZIALITÀ E DELLA SEMIRESIDENZIALITÀ**  
*Moderatore: Enrico Mossello (Firenze)*
- Oltre la diagnosi: le procedure neuropsicologiche nelle RSA e nei Centri Diurni  
*Sara Avanzini (Brescia)*
  - La multidisciplinarietà nelle RSA: uno strumento di lavoro  
*Giorgio Pavan (Treviso)*
  - Imparare dall'esperienza: presentazione di una situazione clinica complessa  
*Stefano Boggi (Milano)*
- DISCUSSIONE INTERATTIVA
- 16:00-16:30** **Conclusioni**  
*Diego De Leo (Brisbane-Padova)*
- 16:30** **Chiusura del Corso e Test ECM**

#### COMITATO SCIENTIFICO

Gabriella Bottini, Giovanna Ferrandes, Federica Gottardi, Valentina Laganà, Camillo Marra, Grazia Razza, Silvia Vettor, Daniela Viale

# Informazioni generali

## SEDE

Palazzo dei Congressi  
Via Valfonda 1° Firenze

## 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

## 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
<b>Congresso - MEDICO Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
<b>Congresso - MEDICO non Socio AIP</b>	€ 300	€ 400	€ 500
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP</b>	€ 280	€ 360	€ 500
<b>Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO</b>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Corso Pregressuale di Neuropsicologia</b>	€ 120	€ 150	€ 180
<b>Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari</b>	A titolo gratuito		
<b>Corso Pregressuale di Psicogeriatría Forense</b>	€ 100		
<b>Corso Pregressuale Interdisciplinare</b>	€ 100		
<b>Corso Pregressuale per Educatori Professionali</b>	€ 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

## Segreteria Scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti

Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia

Tel. +39 030 3757538

aipsegreteria@grg-bs.it

## Segreteria Organizzativa



mci

MCI Italia | Florence office

Via A. Scialoja, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

[www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it)

# CORSO PRECONGRESSUALE INTERDISCIPLINARE

## LA CURA DELL'ANZIANO AL DOMICILIO: UNA SFIDA INTERDISCIPLINARE

### Giovedì 13 aprile

Moderatori e Discussant: Christian Pozzi (Lugano-Cremona), Enrico Benvenuti (Firenze)

- 10.00-10.30 Dalla frammentazione alla continuità delle cure**  
*Alessandro Morandi (Cremona)*
- 10.30-11.00 Strumenti di valutazione indispensabili per la presa in carico domiciliare della persona anziana fragile e del suo caregiver**  
*Alberto Zucchelli (Brescia)*
- 11.00-11.10 Standing break**
- 11.10-11.30 Prima del territorio un ospedale proattivo: il Mobility Team**  
*Andrea Staglianò (Monza)*
- 11.30-11.50 GIROT (Gruppo di Intervento Rapido Ospedale Territorio): l'esperienza fiorentina di ospedalizzazione domiciliare**  
*Enrico Benvenuti (Firenze)*
- 11.50-12.15 Tavola rotonda tra i relatori. Discussione**
- 12.15-13.30 Pausa**
- 13.30-15.40 INNOVAZIONE**  
*(Ogni intervento prevede 20 min. di comunicazione orale e 10 min. di discussione)*
- 13.30-14.00 Demenze e fragilità: invio, valutazione e presa in carico territoriale nell'ASL di Modena**  
*Andrea Fabbo (Modena)*
- 14.00-14.30 Cure palliative e fragilità: l'esempio dell'ASST di Lecco**  
*Gianlorenzo Scaccabarozzi (Lecco)*
- 14.30-14.40 Standing break**
- 14.40-15.10 L'ospedale e il territorio si parlano: il progetto sperimentale "Continuamente"**  
*Federica Bartoli (Monza), Chiara De Ponti (Monza)*
- 15.10-15.40 La solitudine degli anziani: prassi e tendenze di intervento**  
*Elia Pusterla (Lugano)*
- 15.40-16.00 Conclusioni ed operatività futura: teniamoci in contatto!**  
*Enrico Benvenuti (Firenze), Christian Pozzi (Lugano-Cremona)*
- 16.30 Chiusura del corso**

# Informazioni generali

## SEDE

Palazzo dei Congressi  
Via Valfonda 1° Firenze

## 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

## 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 agevolate 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
<b>Congresso - MEDICO Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
<b>Congresso - MEDICO non Socio AIP</b>	€ 300	€ 400	€ 500
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP</b>	€ 280	€ 360	€ 500
<b>Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO</b>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Corso Pregressuale di Neuropsicologia</b>	€ 120	€ 150	€ 180
<b>Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari</b>	A titolo gratuito		
<b>Corso Pregressuale di Psicogeriatra Forense</b>		€ 100	
<b>Corso Pregressuale Interdisciplinare</b>		€ 100	
<b>Corso Pregressuale per Educatori Professionali</b>		€ 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

## 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](http://www.aipcongresso.it)



**Aiutami a ricordare**  
*Marco Trabucchi*  
San Paolo  
Pagine 216  
Euro 18,00

**U**n trattato? Una serie di storie? Un manuale «pratico» Tutti e tre. Un aspetto si intreccia con gli altri due, li informa e li condiziona, dando loro corpo. L'ultimo libro di Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di psicogeriatricia è però, più ancora, un atto d'amore, verso le «persone affette da demenza» (termine selezionato con cura già dall'introduzione) e verso i loro familiari. Pagine chiare e sistematiche ma anche «calde». E istruttive anche per chi non è coinvolto direttamente dal problema.

**L. Rip.**

# CORSO PRECONGRESSUALE DI PSICOGERIATRIA FORENSE

## PERIZIE E CONSULENZE IN PSICOGERIATRIA FORENSE: OBIETTIVI, STRUMENTI, METODOLOGIA

### Giovedì 13 aprile

- 9:00 - 9:30** **Saluto e presentazione del Corso**  
*Roberto Catanesi (Bari), Ignazio Grattagliano (Bari),  
Francesco Scapati (Taranto)*
- 9:30-10:00** **LETTURA**  
Disabilità psichica in età senile e amministrazione  
di sostegno nella casistica della cassazione  
*Francesco Antonio Genovese (Reggio Calabria)*
- 10:00-12:20** **L' AMBITO PENALE**  
*Moderatori: Antonello Bellomo (Foggia), Giancarlo  
Logroscino (Bari), Osvaldo Scarpino, (Ancona)*
- Letture introduttive**  
Vulnerabilità e suggestionabilità dell'anziano  
nella perizia in ambito psicogeriatrico:  
problematiche cliniche e metodologiche  
*Roberto Catanesi (Bari)*
- Il colloquio con il paziente anziano -  
(Comprendere)  
*Grazia Razza (Catania)*
- Gli strumenti psicodiagnostici - (Misurare)  
*Ignazio Grattagliano (Bari)*
- Responsabilità penale e biomarkers - (Obiettivare)  
*Giancarlo Logroscino (Bari)*
- La sintesi orientata degli  
elementi raccolti - (Valutare)  
*Francesco Scapati (Taranto)*
- Discussione
- 12:20-12:45** **Discussione su un caso peritale  
in tema di circoscrizione di incapace**  
*Roberto Catanesi (Bari), Luigi Ferrannini (Genova)*
- 12:45-13:00** **Conclusioni della sessione**  
*Luigi Ferrannini (Genova)*
- 13:00-14:00** **PAUSA**

- 14:00-16:20** **L'AMBITO CIVILE**  
*Moderatori: Roberto Catanesi (Bari), Grazia Razza (Catania),  
Francesco Scapati (Taranto)*
- Letture introduttive**  
Il concetto di autonomia e di libertà di  
scelta nell'anziano: problematiche cliniche e  
metodologiche  
*Felice Francesco Carabellese (Bari)*
- La valutazione della capacità di agire e di  
scegliere  
*Antonello Bellomo (Foggia)*
- La valutazione della qualità del consenso  
*Gabriele Mandarelli (Bari)*
- Gli strumenti psicodiagnostici  
*Ignazio Grattagliano (Bari)*
- La sintesi orientata degli elementi raccolti  
*Fabio Cembrani (Trento)*
- Discussione
- 16:20-16:45** **Discussione su un caso peritale  
in tema di amministrazione di sostegno  
e consenso alle cure**  
*Felice Francesco Carabellese (Bari),  
Antonello Bellomo (Foggia)*
- 16:45-17:00** **Conclusioni**  
*Luigi Ferrannini (Genova)*
- 17:00** **Chiusura del Corso e Test ECM**

### COMITATO SCIENTIFICO

Antonello Bellomo, Felice Francesco Carabellese,  
Roberto Catanesi, Francesco Scapati,  
Giovanna Ferrandes, Luigi Ferrannini,  
Ignazio Grattagliano, Grazia Razza, Osvaldo Scarpino

# Informazioni generali

## SEDE

Palazzo dei Congressi  
Via Valfonda 1° Firenze

## 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

## 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
<b>Congresso - MEDICO Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
<b>Congresso - MEDICO non Socio AIP</b>	€ 300	€ 400	€ 500
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP</b> <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP</b>	€ 280	€ 360	€ 500
<b>Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO</b>	€ 130	€ 180	€ 300
<b>Corso Pregressuale di Neuropsicologia</b>	€ 120	€ 150	€ 180
<b>Corso Pregressuale per Operatori Socio-Sanitari</b>	A titolo gratuito		
<b>Corso Pregressuale di Psicogeriatría Forense</b>	€ 100		
<b>Corso Pregressuale Interdisciplinare</b>	€ 100		
<b>Corso Pregressuale per Educatori Professionali</b>	€ 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

## Segreteria Scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti

Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia

Tel. +39 030 3757538

aipsegreteria@grg-bs.it

## Segreteria Organizzativa



mci

MCI Italia | Florence office

Via A. Scialoja, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

[www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it)