

Newsletter AIP - 29 luglio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

ci avviciniamo all'agosto, un tempo che dovrebbe essere rilassante, con la nostra testa appesantita da gravissimi problemi: dalla pandemia e la sua evoluzione, alla guerra, alla crisi del personale sanitario, alla crisi di governo... però abbiamo il dovere di andare avanti, ciascuno nel suo ambito, con determinazione, serietà, professionalità e sensibilità.

A proposito del dovere di andare avanti, superando inutili prudenze (che spesso sono invece paure), riporto **alcuni spunti presi dalla lettera che i vescovi dell'Emilia Romagna hanno recentemente inviato alle autorità regionali "affinché venga rapidamente consentita la presenza dei familiari accanto agli anziani e agli ammalati ricoverati** negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie di ricovero, nel rispetto del contesto sanitario attuale e della normativa vigente". Ad inviarla nei giorni scorsi è stata la Consulta "Ripensare alla realtà dei ricoveri negli ospedali della regione Emilia Romagna, aggravata dalla pandemia da Covid-19, in particolare per quanto riguarda la dimensione terapeutica dell'incontro umano, che comprende i legami naturali". "La presenza del familiare – prosegue la lettera – deve essere considerata parte fondamentale della cura del malato, specie se fragile o non autosufficiente. Se poi il malato ha anche bisogno di supporto per le esigenze della vita quotidiana, è allettato, ha disturbi cognitivi e comunicativi, la presenza costante di un familiare, o di chi per esso, deve ritenersi indispensabile ed essere garantita, pena il decadimento globale e l'aggravamento delle condizioni generali del malato, specie se anziano". Nel testo, inoltre, la Consulta evidenzia che "il Servizio Sanitario Regionale pubblico della Regione Emilia Romagna, pur con i suoi elevati indici di efficienza ed efficacia, rischia di venire percepito in maniera negativa e che, vista la delicata situazione sanitaria, "il problema è più urgente in questo momento e si aggraverà, come è facilmente prevedibile, in concomitanza con i turni di ferie estivi del personale". Si chiede, pertanto, che "venga riconosciuto come diritto inalienabile per tutte le persone non autosufficienti quello di poter godere dell'assistenza non sanitaria da parte dei parenti". Nel testo, poi, si interpella la Regione affinché "favorisca una svolta culturale, che comprenda in maniera sostanziale la cura della dimensione relazionale e di quella spirituale come componenti costitutive dell'assistenza" e che, a tal fine, si adottino "opportune indicazioni ufficiali, da parte della Regione, sull'importanza di tali componenti della cura e dell'accesso dei parenti al letto dei malati" anche per favorire comportamenti omogenei, sollevare da responsabilità le singole Direzioni sanitarie ospedaliere e dare fondamento giuridico alle decisioni organizzative".

Ritengo non vi sia sintesi più efficace di quella dei Vescovi di questa Regione per motivare l'importanza della fine di ingiustificati blocchi all'incontro tra parenti e cittadini ricoverati in ospedale o in RSA. Speriamo che le sordità del sistema siano permeabili alla loro voce più di quanto non lo siano state alle nostre.

Sempre in ambito ecclesiastico **ricordo l'appena trascorsa Giornata Mondiale dei nonni e degli anziani indetta da Papa Francesco**. Come medici e operatori sanitari siamo stati particolarmente colpiti dalle indicazioni del Papa in linea con le nostre modalità di affrontare le tematiche della

vecchiaia della persona e dell'invecchiamento della specie. Di seguito alcuni commenti per gettare ponti tra la visione del Papa e quella dei professionisti dell'assistenza.

Un primo aspetto importante del testo di Francesco riguarda **il rifiuto implicito dell'“ageismo”**, termine che esprime il pregiudizio negativo rispetto agli interventi che devono essere compiuti a favore dell'anziano. Il termine è diventato in questi anni una sorta di slogan che coinvolge il mondo dell'assistenza e della medicina; invece, nulla di meno del dovuto deve essere realizzato a favore dell'anziano per il solo fatto che è vecchio o molto vecchio. L'azione del Papa a questo proposito è formidabile, perché toglie ogni alibi a chi vuole risparmiare tempo e denaro limitando quello che si può e si deve fare per chi è vecchio.

Un secondo aspetto di grande rilievo è espresso dalle parole: **“Le società sviluppate spendono molto per questa età della vita, ma non aiutano a interpretarla: offrono piani di assistenza, ma non progetti di esistenza”**. Chi lavora per la salute e il benessere delle persone anziane conosce bene quanto è dannosa l'incapacità di dare senso alla vita in età avanzata, condizione che si riflette negativamente, oltre che sugli anziani stessi, anche sulle persone che prestano assistenza, spesso con grande fatica; se dietro (o prima) di qualsiasi impegno non vi è “un progetto di esistenza”, come dice Francesco, il lavoro di cura è faticoso e frustrante, spesso difficile di portare avanti, in una nebbia senza obiettivi. Ciò vale sia per quanto viene fatto nelle famiglie, sia nelle istituzioni dove gli anziani sono curati.

Un ulteriore aspetto importante del messaggio riguarda **l'invito a “non interiorizzare l'idea dello scarto”**. Spesso il concetto di scarto è stato utilizzato dal Papa per indicare il nostro atteggiamento verso gli anziani; in questa occasione, invece, il messaggio è rivolto direttamente alla persona di età avanzata. Potrebbe essere interpretato come l'invito a non adottare atteggiamenti depressivi, di rinuncia alla vita. È un aspetto decisivo: sul piano clinico sappiamo quanti anziani entrano in un tunnel di dolore, perdono qualsiasi capacità di reazione, guardano alla loro vita come un fallimento. La medicina ha le proprie strade per curare questa condizione esistenziale, talvolta una depressione; le parole di Francesco rappresentano, in altro ambito, un intervento di grande efficacia. Ma anche in medicina, in alcune circostanze, il riferimento alla fede rappresenta un valido punto di appoggio. Il Papa in un altro punto **invita gli anziani a non fare “finta di essere sempre giovani”**; un consiglio di saggezza, che conosce quanto dolore e quanta frustrazione derivano dalla mancata accettazione della propria condizione, delle rughe del corpo e della mente. “Invecchiare non è una condanna, ma una benedizione!”; non sempre, però, è un'esortazione accettata. Anche in medicina è spesso difficile accompagnare una vita sulla strada della “benedizione”, cioè del riconoscere il valore di una lunga vita vissuta.

Infine, tra le molte altre indicazioni del testo di Francesco, mi permetto di sottolineare il **riferimento alle relazioni con gli altri, importanti per non essere “meri spettatori nel teatro del mondo”**. La medicina indica con determinazione agli anziani l'esigenza “a non balconear, a stare alla finestra”. La vita anche biologica trae impulso da relazioni ricche che ogni anziano può (deve) sviluppare, così evita di fermarsi con la testa, ma anche con le gambe. Abbiamo affermato ripetutamente sul piano clinico che l'amore per gli altri costruisce la vita; sentirsi in linea con l'insegnamento del Papa è motivo di grande soddisfazione, in particolare per chi ha fatto della cura dei vecchi l'obiettivo del proprio impegno professionale e umano.

A proposito, in generale, della condizione degli anziani, il mio carissimo amico e grande medico Daniele Villani mi ha ricordato **la frase di Martini, quando ha parlato di “diritti di carta”**, forse in leggera polemica con quelli che costruiscono le “carte dei diritti”, troppo spesso inconcludenti.

Attorno ai diritti degli anziani, **ritorno sul grido di dolore lanciato dal collega Vanacore per il trattamento subito dalla mamma all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale Gemelli di Roma**,

pubblicando una mail inviata da Manuela Berardinelli, Presidente di Alzheimer Uniti Italia (con l'autorizzazione di entrambi):

"Caro Vanacore,

qual è al di là dei proclami ideologici il valore di una vita?

Difficile rispondere a questa domanda che dovrebbe avere un riscontro universale che invece finisce per essere un concetto personale applicato in base alla sensibilità del singolo.

La gravissima deficienza del sistema nel modo di essere e di porsi rispetto alla persona, l'organizzazione, la gestione, che portano al fallimento della presa in cura, sono determinate, alla base, dalla mancanza del valore assoluto della salvaguardia della vita in ogni sua espressione.

Non posso dire che ho letto tua dolorosa testimonianza, in realtà l'ho vissuta, trasportata dal tuo racconto dentro la mia sofferenza sempre presente, con flashback angosciosi.

Per questo ci ho messo tanto a risponderti, un sentimento contraddittorio mi pervade, da una parte fuggo il dolore, aggravato dalle ingiustizie subite, ma è vana illusione perché è come fuggire dal proprio corpo tanto fa parte di me, dall'altra la sete di riscatto mi porta a "fiondarmi" dentro la mia, la tua storia per la fede incrollabile nel cambiamento.

Una riflessione seria è obbligo, il fallimento del sistema socio/sanitario è un'evidenza che non si può non ammettere.

Solo che il sistema non è un'entità astratta, è fatto di persone, formazione, luoghi, competenze.

Per cambiare le cose occorre il coraggio e tu con la testimonianza ne hai dato prova e sei un esempio da emulare per tanti di noi.

La sofferenza quando non è volano del cambiamento rimane fine a se stessa ed è destinata a crescere senza limite.

Molte similitudini tra noi anche se nelle diverse situazioni.

Alla base di tutto ci sono le scelte fatte o non fatte che abbiamo dovuto sopportare.

Dobbiamo reagire, prendere in mano la situazione, non subirla, credo che abbiamo un dovere per i ruoli che ricopriamo rispetto alle tante persone che non hanno modo di dare voce al dolore e denunciare le innumerevoli sofferenze ricevute.

Hai fatto una cosa importantissima, hai aperto un varco, ora c'è da capire come e cosa fare per procedere, per cambiare un sistema che ha evidenziato le sue tante falle, che imbarca acqua ad ogni secondo e che, se continua così, affonderà con tutti noi.

Il Pronto Soccorso sempre più in difficoltà, e non nascondiamoci dietro al Covid che ha solo amplificato il problema che era grave già prima, la mancata organizzazione dei servizi territoriali, la nulla collaborazione tra sociale e sanitario, la scarsa (per non dire assente...) formazione per medici e operatori sulla relazione della presa in cura, sono tutti macro aspetti che declinati nel quotidiano sono artefici di storie terribili come la tua.

Non è solo un problema di poche risorse umane, certamente il burnout non aiuta, ma c'è da andare a monte, alla motivazione, al valore che si dà alla persona ed alla professione, per comprendere che la presa in cura passa anche per una carezza, che è comunque un "farmaco" senza chimica.

Che non ci può e non si deve anche sotto Covid strappare la persona, soprattutto se anziana, dai propri affetti, che nessuno mai dovrebbe morire solo, senza il conforto di visi, mani familiari, che persino negli stati di coma sono riconosciuti importanti, chi si arroga il diritto di fare questo? In base a quale principio?

Ritorna prepotente il valore assoluto della persona e del rispetto che le si deve in quanto tale.

Se c'è una cosa che il Covid ci ha insegnato è la brutale verità che non siamo padroni del nostro tempo, non si può più aspettare, basta tavoli, basta parole, occorrono gruppi di lavoro concreti studiando esempi di successo da replicare ovunque, non affidando alle Regioni la facoltà di scegliere, perché abbiamo visto con prova provata che così facendo ci sono 20 Italie differenti.

Non voglio certo fare la rivoluzione ma non possiamo, carissimo Nicola, più sottostare ad un naufragio annunciato di proporzioni epiche.

Sentiamoci, io sono a disposizione a livello personale e Associativo.

Un abbraccio con affetto e stima

Manuela"

Il consueto contributo di Mauro Colombo, che ringrazio perché dedica tempo e passione alla nostra newsletter invece di godersi il mare o la montagna. Invecchiando, però, ho capito che l'impegno al servizio delle persone fragili è una malattia cronica inguaribile (benigna) condivisa da molti di AIP. Forse, però, è curabile attraverso la soddisfazione di essere in qualche modo utili!

"AIP è sempre stata attenta alle **problematiche del personale che cura le persone più fragili**, individuandone difficoltà e promuovendone il benessere.

Tradizionalmente, le indagini sul benessere del personale sanitario si sono concentrate su medici ed infermieri, ma un recente rapporto, ripreso da un "punto di vista" su JAMA [§] invita ad allargare lo sguardo su tutta la filiera delle figure che concorrono alla complessa impresa della cura [£]. Non a caso il sottotitolo dell'articolo parla di "prossimo imperativo".

Una inchiesta condotta in era pre-pandemica su 10.284 soggetti già segnalava "esaurimento" nel 19,4% del personale delle cure primarie, negli Stati Uniti. La pandemia ha esasperato la situazione: pur tra flussi e reflussi, nel periodo tra gennaio ed ottobre 2021 i tassi più elevati di abbandono del lavoro è occorso tra il personale di supporto alla assistenza, ed in particolare per le frange più emarginate in termini etnici, socioeconomici e linguistici, negli USA. Ancora, una rilevazione internazionale che ha compreso 434 clinici statunitensi, ha riportato che il 47% del personale sanitario statunitense è intenzionato ad abbandonare il loro ruolo attuale entro i prossimi 2 o 3 anni. E le conseguenze di un alto ricambio nel personale ricadono sui pazienti, in termini di esperienze negative e qualità della cura.

Il "punto di vista" propone alcune contromisure.

La prima consiste in una effettiva volontà di reagire, che si traduca in un confronto aperto con le figure non-mediche e non-infermieristiche. Per quanto esplicitamente scomodo, andare oltre alle gerarchie consuete può permettere di cogliere difficoltà e proposte di soluzione direttamente dai diretti interessati.

La seconda consiste nelle misurazioni; la disponibilità dei dati è essenziale, e per agevolarla occorre sfruttare quelli già raccolti, da guardare "con nuove lenti": ricambio/fidelizzazione del personale, possibilità di crescere professionalmente all'interno della organizzazione, tempo speso ad inserire dati in cartelle elettroniche invece che dedicato direttamente ai pazienti.

La terza risiede nella revisione dell'impianto e nella ripartizione del lavoro. Spostare il carico del medesimo lavoro da una figura professionale ad un'altra può in alcune situazioni risultare funzionale [#], però può anche comportare un semplice trasferimento di frustrazioni. Meglio quindi verificare la possibilità di snellire alcune pratiche documentali, e di ricorrere a tecnologie realmente utili ad abbattere il carico di lavoro: vengono persino auspicati sistemi di risposta automatica che interagiscono coi pazienti, prima che costoro interpellino i medici.

L'ultima contromisura è particolarmente concreta: se per alcune figure la soddisfazione professionale contribuisce significativamente a "ripagare" dell'impegno, per chi deve misurarsi con le ristrettezze economiche il riconoscimento della "giusta mercede" deve accompagnare l'encomio tributato per i sacrifici profusi durante la pandemia."

[£] Quanto conti l'intera filiera è ben presente a chi cura gli anziani: la geriatria è intrinsecamente fortemente interdisciplinare ed orientata ai contesti; nelle RSA, poi, il ruolo delle figure di supporto alla assistenza è semplicemente decisivo.

[#] Personalmente, avanzo qualche riserva su misure del tipo di assegnare la raccolta dell'anamnesi a figure giovani ed inesperte: pensiamo alla importanza di una indagine accurata in caso di demenza.

[§] Rotenstein, L.S., Berwick, D.M., & Cassel, C.K. (2022). Addressing Well-being Throughout the Health Care Workforce: The Next Imperative. JAMA, 10.1001/jama.2022.12437. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.12437>do l'iscrizione all'AIP

Dal 20 al 22 ottobre si terrà a Trieste il Convegno nazionale **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**. Ricordo, a questo proposito, che **è possibile inviare abstract entro il 31 luglio**, inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com. In allegato la scheda di iscrizione.

Inoltre, allego l'informazione su **"Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano"**, la **linea di supporto psicologico lanciata da AIP**. Mi permetto di ricordare a questo proposito il recente bonus psicologo garantito dal governo Draghi; si tratta di iniziative separate. Quella di AIP è infatti

fondata sul contributo offerto gratuitamente da alcuni psicologi iscritti alla nostra Associazione; colgo l'occasione per ringraziarli per questo gesto di generosa intelligenza.

Concludo ricordando **l'iscrizione all'AIP** (mi scuso per l'insistenza).

Con viva cordialità

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

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

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

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome Cognome

Professione Specializzazione

Indirizzo

CAP Città

Tel. Email

Codice Fiscale

DATI PER LA FATTURAZIONE *(nel caso di persona/ente/istituto diverso dai dati del partecipante)*

Ragione Sociale

Se Ente Pubblico specificare tipologia di esenzione iva, se richiesta

Indirizzo

CAP Città

Tel. Fax

Email

P.IVA Codice Fiscale

QUOTE DI ISCRIZIONE

- SOCIO AIP *(in regola con la quota 2022)* a titolo gratuito
- NON SOCIO AIP €80 (22%iva inclusa)
- SPECIALIZZANDO €40 (22%iva inclusa)

PER ISCRIVERSI

compilare la scheda di iscrizione e inviarla via mail a: florence@wearemci.com

METODI DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

BONIFICO BANCARIO intestato a MCI Italia srl

Intesa Sanpaolo Spa
Filiale di Piazza Barberini 21
C/C 100000018618
IT89F0306905000100000018618
BIC/SWIFT CODE BCITITMM
Causale: AIP Trieste + COGNOME ISCRITTO
Si prega di inviare copia del pagamento a: florence@wearemci.com

CARTA DI CREDITO

VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Carta n°..... Scadenza.....

Titolare della carta..... Data di nascita.....

Importo da prelevare.....

Firma del titolare.....

Data.....

MODALITÀ DI CANCELLAZIONE DELL'ISCRIZIONE

In caso di impossibilità a partecipare al Congresso è necessario comunicare la cancellazione della partecipazione a: MCI Italia – Sede di Firenze, inviando comunicazione scritta entro il 5 agosto 2022. In caso di annullamento comunicato alla Segreteria Organizzativa entro tale data, la quota di iscrizione verrà restituita, defalcando €30 di spese amministrative e di registrazione. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non daranno diritto ad alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 60 giorni successivi alla fine del Congresso.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

[Clicca qui](#) per l'informativa completa.

Data..... Firma.....

Newsletter AIP - 22 luglio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

per domenica prossima è stata indetta da Francesco la II Giornata Mondiale dei nonni e degli anziani. Qualsiasi sia la nostra personale posizione religiosa, è doveroso ringraziare il Papa per questa decisione, che ci richiama ai doveri delle comunità verso i vecchi. Consiglio di leggere il testo che indice la festa; contiene affermazioni in sintonia con quanto la medicina e l'assistenza sostengono perché la vita non perda significato a causa dell'età. Riporto l'incipit del documento, che si riferisce al titolo generale "Nella vecchiaia daranno ancora frutti". Dice il Papa: "Il salmo va controcorrente rispetto a quello che il mondo pensa di questa età della vita e anche rispetto all'atteggiamento rassegnato di alcuni di noi anziani, che vanno avanti con poca speranza e senza più attendere nulla dal futuro".

In questo momento la speranza è difficile per tutti, non solo per gli anziani; il *NYT* del 20 luglio scrive che **il caldo e la guerra in Ucraina sono un "doppio pugno" alla nostra normalità soddisfatta**; per gli anziani i pugni sono particolarmente violentie oggi ci troviamo in crisi per tentare di ridurre gli effetti sulla salute somatica e psichica. Tra mille difficoltà anche organizzative; a questo proposito il *BMJ* ha recentemente pubblicato un articolo nel quale si lamenta la **permanenza sulle ambulanze di ammalati fuori dai Pronto Soccorso di ospedali, non più in grado di ricoverare**. Il 19 luglio lo stesso giornale riporta la notizia che le autorità governative inglesi hanno obbligato gli ospedali a rispettare il limite di mezz'ora di attesa prima del ricovero, ordinando, nel caso di impossibilità, di provvedere con soluzioni alternative. Ancora una volta si carica sulle spalle degli operatori a tutti i livelli la responsabilità di trovare risposte rapide alle mancanze storiche di capacità organizzative da parte di chi ha responsabilità politiche. Se fossimo banali, potremmo affermare che "mal comune mezzo gaudio" perché anche il Regno Unito si trova in difficoltà; però nessun "gaudio" è possibile per chi sente il dovere indiscutibile (e pesantissimo) di curare, particolarmente in momenti drammatici come l'attuale. Peraltro, in questo momento la Gran Bretagna merita particolare attenzione, perché non ha mai assistito nella sua storia a ondate di calore come l'attuale; si deve inoltre considerare che in quel paese solo il 5% delle case ha l'aria condizionata, che manca anche negli ospedali e nelle RSA. Anche in Italia ci stiamo avvicinando alle condizioni del 2003; siamo più preparati di allora, ma non possiamo limitare la nostra attenzione.

Il problema dell'eccesso di farmaci nell'anziano è al centro di molti studi e ricerche; *JAMA* del 15 luglio riporta il risultato di una revisione, nella quale si dimostra che in molte situazioni cliniche è possibile sospendere il trattamento farmacologico per diverse malattie senza arrecare alcun danno clinico al paziente. Mi auguro che questi dati servano a ridurre i timori e le inutili prudenze di cui noi medici siamo spesso vittime, dimenticando che le vere vittime sono gli anziani quando subiscono le conseguenze di trattamenti inutili, spesso dannosi.

JAMA Neurology dell'11 luglio pubblica un punto di vista interessante e originale sul **ruolo del sonno e del ritmo circadiano nella prevenzione dell'Alzheimer**. L'editoriale commenta che è importante investire sulle ricerche in questo ambito preventivo, che costituisce un aspetto importante nell'impegno per ridurre il numero delle persone ammalate di demenza nella nostra società.

JAGS di giugno pubblica un lavoro che esamina **le prospettive e le esperienze di persone cognitivamente compromesse e dei loro parenti quando sono sottoposti ad un esame PET amiloide**, rispetto ai processi, alla logistica e alle decisioni conseguenti. Il testo è diretto prevalentemente ai medici che eseguono esami clinici nelle persone anziane, perché si formino ad una comunicazione più chiara ed efficace, in particolare quando i messaggi da trasmettere sono particolarmente delicati. È certamente un messaggio di grande rilievo ed un monito da ascoltare; troppo spesso, infatti, i cittadini rischiano di non ricevere informazioni comprensibili dopo atti diagnostici importanti (si pensi a quanta enfasi viene spesso riposta sull'esecuzione della PET amiloide!).

JAMA Network Open di luglio pubblica un lavoro sulla **dieta mediterranea e i vantaggi sulla salute del cervello negli ispanoamericani**. Il dato interessante è che la dieta mediterranea esercita i suoi effetti positivi perché è adottata con maggiore impegno da parte dei cittadini più istruiti, benestanti, che non fumano, che fanno attività motoria ed hanno una minore massa corporea. È quindi evidente che l'intervento sulla qualità dell'alimentazione risulta più efficace se accompagnato da indicazioni che convincano i cittadini sull'opportunità di cambiare stile nell'alimentazione. È altrettanto importante rendersi conto che la vita delle persone anziane deve essere valutata tenendo conto di aspetti diversi, prima di qualsiasi intervento (ma non è forse l'insegnamento della famosa valutazione multidimensionale geriatrica?).

Riporto un commento di Mauro Colombo, al solito di grande significato. Desidero premettere che **l'impegno di AIP per affrontare le difficoltà delle RSA**, cercando le soluzioni possibili, risponde a varie motivazioni: perché le critiche senza proposte sono scandalose (mi riferisco alla gravissima mancanza di attenzione alle RSA nel PNRR, che inficia tutta la costruzione di progetti che si dovrebbero occupare di anziani fragili); perché un cittadino non può dimenticare che nelle nostre RSA sono ospitati circa 300.000 anziani fragili (non è forse un altro scandalo la mancanza di dati precisi su quanti siano i residenti?), dei quali è responsabile a causa della comune cittadinanza; perché chi è in grado di curare le persone nelle residenze possiede un capitale di conoscenze cliniche che gli permettono di affrontare qualsiasi complessa compromissione della salute in età avanzata anche in anziani non residenti. **Mauro condivide questa impostazione di attenzione, dedicandovi il suo importante contributo settimanale:**

“La newsletter del 15 luglio ribatte il tema delle RSA, argomento al cuore di AIP, ed oggetto di rinnovata attenzione in letteratura. Un esempio ne è costituito da una indagine, pubblicata nel 2020, che ha esplorato le “cure a lungo termine” in Norvegia [#]. Gli autori sono ben consapevoli del contesto che impone in tutta Europa cambiamenti nelle “cure primarie”, le quali si occupano anche di bisogni “non-sanitari”, e si articolano nei 2 bracci comunitario e residenziale: quest'ultimo essendo a sua volta sfaccettato. Pur nei limiti dichiarati di tale approccio, gli autori hanno rivolto alle 422 municipalità nazionali una serie di semplici domande di chiarezza cristallina, ottenendo risposte nel 66% dei casi, con una verosimile sottorappresentazione delle municipalità più piccole. Il 98% delle municipalità che hanno risposto erano dotate di strutture, dedicate a ricoveri sia di breve che di lunga durata. Lo 89% delle residenze per ricoveri lungo datanti offrivano cure per persone con demenza: 1/3 di tutte comprendevano reparti appositi. Le strutture per ricoveri brevi si erano dotate di servizi riabilitativi (81%), cure palliative (70%), “cure intermedie” [per pazienti delicati dimessi dagli ospedali – anche là “quicker&sicker”: pazienti dimessi precocemente in condizioni precarie (50%)], servizi per persone con demenza (35%) ma anche con disturbi psichiatrici (18%), neurologici (11%) ed abuso di sostanze (10%). Tali ultime 3 attività sono gestite anche da una minoranza di strutture per ricoveri a lungo termine. La maggior parte delle municipalità erano dotate di 1 o più strutture che fornivano ricoveri di entrambe le durate; 3 o più servizi specializzati venivano offerti dal 57% delle municipalità nelle strutture a breve ricovero e nel 12% delle municipalità nelle strutture per lungodegenze. A prescindere dalle tempistiche dei ricoveri, le strutture più grandi ed in collocazioni più

centrali avevano maggiori probabilità di essere dotate di una pluralità di servizi. Le cure domiciliari erano aperte ad un ventaglio molto alto di tipologie di servizi: cure per soggetti dementi (79%), riattivazione (76%), cure psichiatriche (59%), oncologiche (54%), da remoto (52%), per l'abuso di sostanze (51%), palliative (47%). 69% dei servizi domiciliari offrivano da 3 a 7 tipologie di cure specializzate; l'ampiezza della gamma di servizi specializzati era collegata anche per le cure domiciliari alla numerosità della popolazione nelle municipalità, ma non alla loro posizione periferica piuttosto che centrale.

Quali insegnamenti possiamo trarre? Intanto a mio avviso dobbiamo guardare con attenzione le soluzioni adottate in Norvegia, dato che possiamo apprendere da un paese di alta civiltà e raffinata cultura gerontologica.

Le 2 versioni – istituzionale e comunitaria – delle cure a lungo termine non vengono contrapposte come poli antitetici, ma viste come complementari. Difatti, la maggior parte sia delle strutture di ricovero che delle cure domiciliari di questa analisi norvegese fornivano servizi differenziati e specializzati, tendenzialmente più disponibili in municipalità di grandi dimensioni, collocate centralmente, confermando indagini precedenti nella stessa nazione. Se da un lato una tendenza del genere appare ragionevole in termini sia demografici che di sostenibilità concreta, va detto altresì che nella realtà dei fatti la situazione presentava ampie quote di sovrapposizione tra tendenza “generalista” e “specializzata”. Né viene sostenuta una superiorità a priori di un modello sull'altro. Semmai, nei commenti che i responsabili della indagine hanno ottenuto durante l'interloquio con i responsabili delle municipalità, veniva più volte ribadito il valore della flessibilità nella offerta, in ragione della complessità dei bisogni sostenuta dalla comorbosità, e della volontà di individualizzare la risposta di cura. Difatti, alcune offerte “specializzate” vengono considerate sia necessarie che vantaggiose: per esempio, i nuclei specifici per persone con demenza hanno comportato maggiore presenza di volontari, contatti tra assistito e personale, coinvolgimento in attività, consulenze psichiatriche, a fronte di minor ricorso a contenzioni, e ad un uso più appropriato di psicofarmaci [meno antipsicotici e più antidepressivi], in una esperienza tedesca. Ancora, le cure palliative hanno portato – tra l'altro – a benefici in termini di nausea, ansia, accesso allo staff, e qualità di vita. Per converso, tali specializzazioni potrebbero comportare problematiche di competizione tra pazienti a fronte di risorse limitate, e di frammentazione degli interventi, se troppo focalizzati attorno alla diagnosi di riferimento che motiva l'accesso al servizio. Da tutto ciò, la necessità di procedere nelle attività di ricerca, in ambiti diversi come, per esempio, la “equità orizzontale” [per verificare l'omologia dei trattamenti a parità di circostanze] o la eventuale diversa efficacia dei 2 modelli di cura, confrontando gli esiti dell'approccio “generalista” con quello “specialista”. Non viene messo in discussione il confronto tra cure domiciliari e residenziali; semmai viene esplicitata la preoccupazione di creare/aggiornare le competenze che in particolare l'approccio “specialista” impone. Le bibliografie citate specificatamente risalgono anche fino a 6 anni prima della pubblicazione dell'articolo, sottolineando la gravità e persistenza del problema, in tutta Europa.”

[#]Rostad, H. M., Skinner, M. S., Hellesø, R., & Sogstad, M. (2020). Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study. *BMC healthservicesresearch*, 20(1), 793. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05647-y>

Concludo riportando il **testo ricevuto dal collega Alberto Righi, che interviene sulla mail molto critica, da noi recentemente pubblicata, scritta dalla figliadi un'ospite ultranovantenne, riguardo alla qualità delle cure ricevute in una RSA**: “Vorrei esprimere qualche riflessione sulla vicenda della signora ospite in RSA; mi ha colpito l'atteggiamento di tutti i personaggi coinvolti: il primo operatore che ritiene di aver svolto il proprio compito segnalando al medico che l'ospite è disidratata (non pensa nemmeno a spostarla in un ambiente più confortevole o ad offrirle un paio di bicchieri d'acqua), il medico che è stato impegnato per tutta la giornata, l'operatrice che non la può mettere a letto perché ha altro da fare. Tutti impegnati in una attività frenetica ed incalzante in cui gli ospiti e le loro richieste risultano un intoppo, quasi un incidente di percorso nelle mansioni da svolgere. Il motivo paradossale, ma secondo me plausibile, è che tutta questa attività continua deve essere svolta e documentata, pena inevitabili sanzioni, mentre la richiesta di un anziano può essere posticipata a quando è comodo soddisfarla. Sicuramente la precarietà lavorativa gioca un ruolo importante. Ciò che vorrei però evidenziare è l'atteggiamento difensivo di tutti gli operatori, indicativo, secondo me, di un ambiente e di una mentalità volti alla ricerca ed identificazione di

“colpevoli”, anziché alla promozione di una cultura geriatrica che pone al centro la persona. Questa vicenda mi ha riportato alla mente quanto vissuto nel periodo in cui ho prestato servizio presso una RSA. Ignoro se tale incongruenza sia riscontrabile nella maggioranza delle RSA, ma sicuramente rappresenta un pericolo da tenere sempre presente”.

Il testo del collega non ha bisogno di ulteriori commenti; mi permetto solo di osservare che lo scenario delle RSA italiane è molto, troppo frastagiato; infatti, a fronte di situazioni come quelle criticate da Righi, ve ne sono moltissime altre che vivono con cultura, coraggio e generosità i tempi critici che stanno affrontando le residenze. Osservo inoltre che il comportamento degli operatori, anche nelle eventuali espressioni patologiche, come quelle indicate dalla mail di denuncia, sono la conseguenza di un inadeguato governo della singola struttura. Dove non è chiaro lo scopo per il quale si lavora, il comportamento di ogni operatore è dettato dalla soggettività, con risultati spesso inadeguati. Dove, invece, esiste un sistema formativo efficace, che trasmette informazioni tecniche, ma anche indicazioni di senso, atteggiamenti come quelli indicati sono molto, molto meno frequenti.

Invito a leggere l'articolo di Cristiano Gori su *Il Mulino* di luglio, dedicato all'assistenza agli anziani non autosufficienti (<https://www.rivistailmulino.it/a/l-assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti>). Nel sottotitolo: “Migliorare l'assistenza agli anziani nel nostro Paese è una necessità di cui si discute da quasi 30 anni. L'imminente disegno di legge delega del governo sarà finalmente l'occasione per rafforzare tali politiche assistenziali?”. Ricordo a questo proposito il Progetto Obiettivo Anziani degli inizi degli anni '90; è stato un testo per allora modernissimo, che però ha bisogno di essere sostituito da una visione più attuale, legata alle fortissime innovazioni avvenute in ambito sociale, organizzativo, psicologico ed anche clinico.

Ricordo ancora una volta **l'iscrizione all'AIP**, pregando colleghe e colleghi di non scordarsi che la vita della nostra Associazione continua anche durante le vacanze.

Il **31 luglio scade il termine per inviare abstract** in occasione del **convegno nazionale “Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro”**. Tutti i dettagli relativi all'invio dei lavori, al programma e alla modalità di iscrizione sono reperibili sul sito AIP www.psicogeriatría.it.

Segnalo che la linea **“SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano”** è sempre attiva (in allegato la locandina). In questo tempo di grande caldo è importante che i cittadini possano disporre di un punto di riferimento per essere aiutati ad affrontare difficoltà psicologiche e pratiche.

In allegato, infine, invio il programma preliminare del **XVIII Brain Aging “Gli anziani nel 2030. Prospettive cliniche, psicologiche ed organizzative”**, che si terrà a Napoli dal 14 al 16 dicembre. È già possibile iscriversi, cliccando l'apposito link all'interno del programma.

Con viva cordialità, un saluto a chi si trova in vacanza, ricordando la frase di Milan Kundera: “Esiste un legame stretto tra lentezza e memoria, tra velocità e oblio(...): il grado di lentezza è direttamente proporzionale all'intensità della memoria, il grado di velocità è direttamente proporzionale all'intensità dell'oblio”. A chi, invece, lavora, ricordando che molte colleghe e colleghi hanno dovuto rimandare il proprio tempo di riposo a causa delle drammatiche riduzioni di personale che caratterizzano in questi mesi gli ospedali, le RSA e gli altri servizi, esprimo la mia personale gratitudine e quella di tutta l'AIP.

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

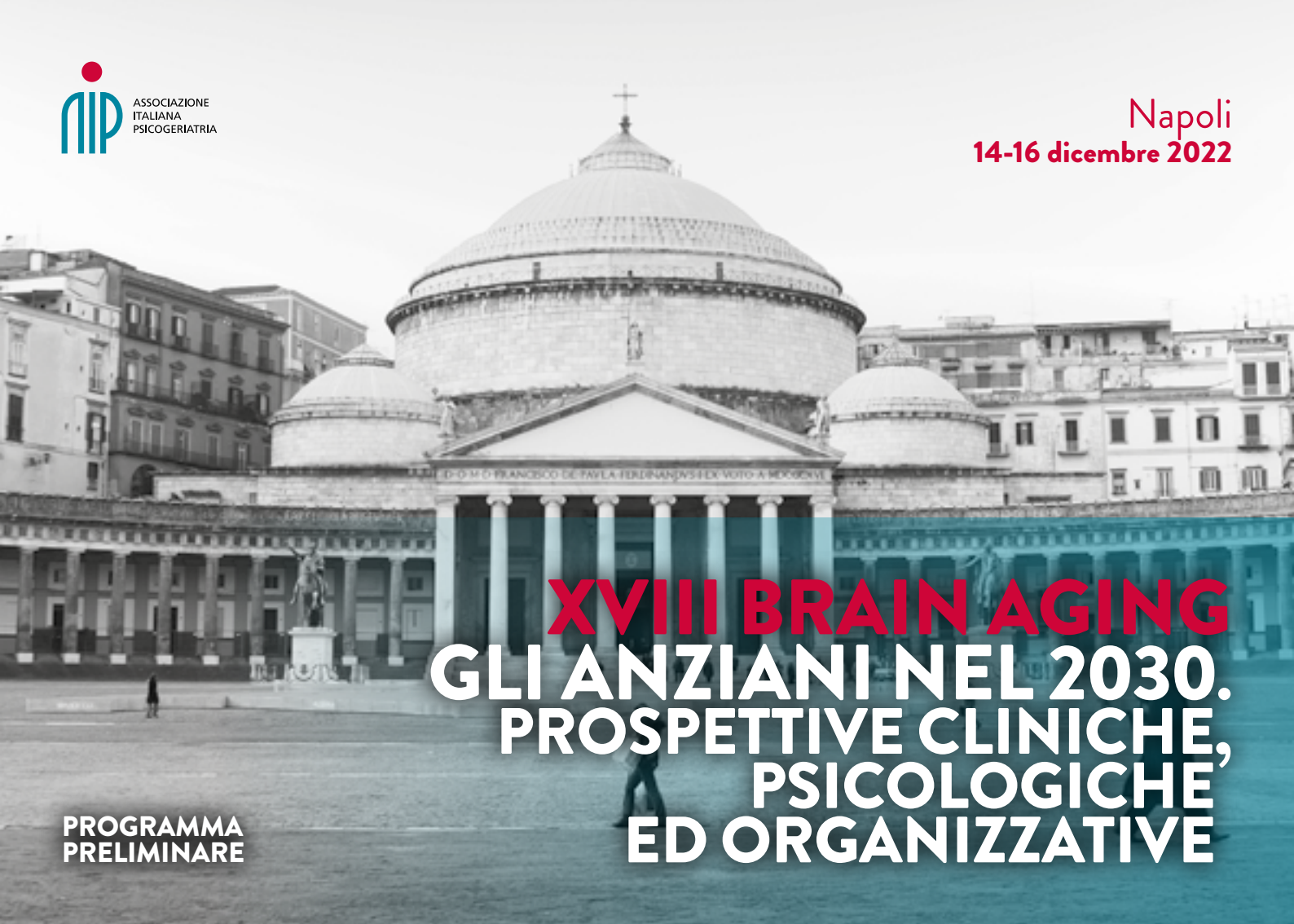
Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

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

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



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

PROGRAMMA
PRELIMINARE

Mercoledì 14 dicembre

17:00-19:30 **CERIMONIA INAUGURALE**
Saluti delle Autorità
Introduzione Vincenzo Canonico (Napoli)

La vita dell'anziano nel 2030
Introduzione Marco Trabucchi (Brescia)
Medico
Psicologo
Biologo
Urbanista
Filosofo

Giovedì 15 dicembre

9:00-11:00 **SIMPOSIO**
L'innovazione sulla depressione dell'anziano

11:00-11:30 **Pausa**

11:30-13:00 **Comunicazioni libere**

13:00-14:30 **Pausa**

14:30-16:30 **SIMPOSIO**
La malattia di Parkinson: recenti progressi

16:30-18:30 **Comunicazioni libere**

Venerdì 16 dicembre

9:00-11:00 **SIMPOSIO**
Innovazione nell'imaging delle demenze

11:00-11:30 **Pausa**

11:30-13:00 **Comunicazioni libere**

13:00 **Chiusura del Congresso**



SEDE DEL CONGRESSO

Aula magna
Università Federico II
Via Partenope, 36 - Napoli

ISCRIZIONI

Sarà possibile iscriversi dall'11 luglio 2022.
La partecipazione in presenza è a numero chiuso
in base all'ordine cronologico di ricezione.

QUOTE D'ISCRIZIONE (iva inclusa)

(entro il 25 novembre)

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

È possibile iscriversi unicamente on line cliccando QUI

ECM

Sarà inoltrata pratica di accreditamento ECM
per le professioni di Medico (Neurologia, Geriatria,
Psichiatria, Medicina Nucleare) e Psicologo.

ABSTRACT

Sarà possibile presentare abstract che saranno selezionati
dal comitato Scientifico, per la presentazione di Poster e
Comunicazioni Orali. La presentazione dei lavori dovrà avvenire
dal 1 settembre al 31 ottobre 2022.

TOPICS

- La cultura psicogeriatrica:
dalla specificità alla complessità
- Le demenze: dalla diagnosi alla terapia
- La depressione dell'anziano:
l'accompagnamento e i farmaci
- Il delirium: un marker della qualità delle cure
- Patologia somatica e benessere psichico
- La solitudine è il peggior nemico dell'anziano
- I luoghi della cura: l'ospedale
- I luoghi della cura: la casa dell'anziano
e i servizi territoriali
- I luoghi della cura: lue RSA
- La tecnologia al servizio della cura.
Il ruolo dell'intelligenza artificiale
- Il dolore e la sofferenza nella persona anziana

Responsabile Scientifico
Prof. Vincenzo Canonico

Segreteria Scientifica



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

Segreteria Organizzativa



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

www.psicogeriatria.com

Newsletter AIP – 15 luglio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

Lo scenario è drammatico: il caldo che indebolisce gli anziani, e che è previsto sempre più pesante nelle prossime settimane, la diffusione del Covid che riduce la forza lavoro in molte strutture per anziani e provoca un'augmentata occupazione dei posti letto ospedalieri, i problemi concreti provocati dalla guerra in Ucraina, la mancanza di pioggia, i dati sempre più gravi sulla diffusione della povertà... sarebbe facile diffondere timori e angosce. Però, anche se non vogliamo essere considerati tra i pessimisti per vocazione, non possiamo nascondere le nostre preoccupazioni, soprattutto perché non si vedono provvedimenti chiari da parte delle autorità politiche ai vari livelli.

L'attenzione alle persone più fragili, che in queste circostanze dovrebbero essere protette con precedenza assoluta, non sembra diffusa. Chi pensa a loro?

Il mondo dell'assistenza non può essere il solo a farsi carico di bisogni di dimensioni enormi; il futuro degli anziani sarà caratterizzato da situazioni difficili, in un intreccio di crisi che rischiano di rinforzarsi le une con le altre. I poveri sono i più esposti alle malattie, così come gli anziani soli; la pandemia toglie dai servizi un numero crescente di operatori, proprio nel momento in cui il caldo provoca gravi disagi nelle persone fragili e impone risposte articolate. La crisi dell'acqua non avrà conseguenze dirette sulla vita delle persone anziane; le notizie che la riguardano diffondono però tra gli anziani una preoccupazione forse irrazionale, ma non di meno gravemente lesiva degli equilibri psicologici.

Purtroppo, attorno a questo scenario di incertezza, **non si vedono brillare interventi di elevata qualità, con il coraggio di criticare il potere, sia quello poco attivo della politica, sia quello spesso inadeguato delle scienze che studiano le epidemie**. Per questo è particolarmente importante l'editoriale di Fiona Godlee, per 17 anni redattore capo di *BMJ*, intitolato: "My final choice: speaking truth to power". Le fa eco su *JAMA* del 5 luglio Kirsten Bibbins-Domingo, appena nominato editor in chief di *JAMA*: "Science, medicine and public health are at extraordinary crossroads". Abbiamo il dovere di una continua sorveglianza critica della realtà; non possiamo essere vassalli accomodanti del potere. Solo Walter Ricciardi sembra parlare chiaro: "Si è deciso di non combattere più il virus. Senza interventi su ospedali, scuola e trasporti avremo un autunno disastroso".

Un lavoro interessante, pubblicato su *JAMA Health Forum* del 10 giugno, conferma come **l'uso dei servizi sanitari dipenda molto dalla cultura e dalla condizione sociale dei potenziali fruitori**. In uno studio condotto su circa due milioni di cittadini afferenti al Medicaid è stato dimostrato che i neri dipendevano di meno in termini economici e di fruizione dei servizi, compresi quelli territoriali, ma che, invece, utilizzavano in maniera molto più intensa i dipartimenti di emergenza. Si deve constatare una certa somiglianza con quanto avviene in Italia, dove le persone marginali tendono a utilizzare il Pronto Soccorso degli ospedali, trascurando allo stesso tempo le offerte di servizi più articolati. Questi comportamenti, che riflettono scarsa informazione, ignoranza, povertà hanno ricadute importanti anche sulla salute collettiva. Ad esempio, recentemente è stato dimostrato che vi sono fino a 3 anni di differenza della spettanza di vita per gli uomini e 2 per le donne a seconda

delle zone di residenza a Roma, confermando nella realtà quanto è noto (dolorosamente), cioè la relazione causale tra posizione socio-economica e stato di salute. Peraltro, i lettori ricorderanno che dati simili sono stati rilevati già anni orsono anche nella città di Torino. Su *JAMA* del 7 luglio è stato pubblicato un lavoro con dati che vanno nella stessa direzione, che dimostrano come l'effetto negativo della pandemia da Covid-19 sulla speranza di vita alla nascita è stato più rilevante nelle minoranze razziali ed etniche.

Sempre nell'ambito delle tematiche che si occupano degli effetti delle condizioni di sfavore rispetto alla salute, è stato pubblicato un dato, correlato anche da un editoriale di commento, su *JAMA Internal Medicine* dell'11 luglio; **i pazienti asiatici, neri e ispanici ricoverati nelle unità di Terapia Intensiva ricevono una minore quantità di ossigeno a causa del fatto che gli ossimetri danno risultati meno precisi (più elevati) se utilizzati in cittadini con la pelle scura**. Il dato conferma quanto pubblicato in un altro lavoro sempre su *JAMA Internal Medicine* del 31 maggio, nel quale si riportano gli stessi dati anche nelle persone ricoverate per Covid-19, con conseguenze negative sull'impostazione delle terapie nei pazienti neri e ispanici e le relative conseguenze sulla salute. Nell'editoriale di riferimento è scritto che mentre le limitazioni tecniche della pulsossimetria sono note da molti anni, gli studi sulle implicazioni cliniche dell'ipossiemia nascosta in pazienti con la pelle più scura sono relativamente recenti (anche se molto disturbanti).

Personalmente sono molto attento all'insistenza della letteratura scientifica sulle disuguaglianze come fattore di malattia; dovrebbero essere temi al centro dell'interesse di tutti gli operatori sanitari. Per troppo tempo, invece, è stato argomento trascurato dagli studi epidemiologici e dall'insegnamento! Su *BMJ* del'11 luglio, Michael Marmot, un grande maestro pioniere di questi studi, scrive: "Non è molto originale affermare che abbiamo bisogno di dati migliori e di migliori evidenze, però è necessario".

L'incertezza sull'epidemia di Covid-19 è sempre più ampia e alimentata dalle stupidaggini pronunciate da qualche collega, che trova momenti di gloria solo accusando il suo vicino di inaudite malefatte. Ma è la natura umana, oppure l'italiano medio si sente realizzato solo criticando, invece di costruire?

***JAMA News and Perspectives* riporta l'ennesima revisione dei dati sul Paxlovid**. Noto una certa discrepanza tra la scarsa diffusione di questo farmaco sul piano clinico e la sua grande diffusione sui mezzi comunicazione. Perché? Si va diffondendo un ulteriore atteggiamento di sfiducia nella scienza e nell'organizzazione che la sostiene?

Consiglio a chi segue questa newsletter la lettura del recente volumetto di Eugenio Borgna: "Tenerezza", edito da Einaudi. "Non è un semplice saggio, ma un poema sulla tenerezza scritto con tenerezza, dimostrando che anche la scrittura è una forma di tenerezza" (Enzo Bianchi). Sulla copertina del libro l'autore scrive: "Non c'è cura dell'anima e del corpo se non è accompagnata dalla tenerezza che, oggi ancor più che nel passato, è necessario a farci incontrare gli uni con gli altri, nell'attenzione e nell'ascolto, nel silenzio e nella solidarietà". Il lettore sa bene quanto abbiamo insistito in questa newsletter sulla gentilezza come strumento di convivenza e di cura; la tenerezza forse viene prima, perché è gentile con l'altro chi prova tenerezza nei suoi riguardi.

Mauro Colombo, come sempre originale, affronta nel suo contributo settimanale il problema della dimensione dei campioni analizzati negli studi clinici. Induce a considerare l'importanza dei messaggi di un determinato studio, anche se talvolta le procedure statistiche non hanno seguito regole perfette:

"Anche uno studio con un campione piccolo può essere interessante ed informativo, se ben condotto. È il caso – a mio avviso – di un lavoro apparso sul numero del 16 giugno di *JAMA*, che esplora i rapporti tra vestibolopatia e cognitività in 63enni belgi [#]. Esistono premesse a supporto dell'indagine, al di là della fitta

rete di connessioni del sistema vestibolare con l'encefalo, dal tronco cerebrale, al cervelletto, ad ampie aree corticali. Già in precedenza erano stati segnalati, in conseguenza a sofferenza dell'apparato vestibolare, deficit cognitivi – in particolare ma non solo la “cognizione visuo-spaziale” – che tendono a persistere, a differenza della almeno parziale compensazione cui vanno incontro, col tempo, le alterazioni dei riflessi oculo-vestibolari. Viceversa, una maggiore frequenza di vestibolopatie è stata riscontrata in caso di deterioramento cognitivo lieve e di malattia di Alzheimer, così come di atrofia ippocampale – a sua volta collegata con deficit di memoria e navigazione spaziali. Gli elementi di interesse che segnalo in questo studio sono a livello sia di metodo che di risultati.

A livello di metodo, la apparente esiguità del campione [34 soggetti nel gruppo di osservazione ed altrettanti in quello di controllo] risponde invece ad un preciso computo di numerosità, basato sul principio importantissimo della “minima differenza clinicamente significativa”, prendendo come parametro di riferimento il test neuropsicologico fulcro, scelto per misurare vari ambiti cognitivi anche in persone con difficoltà uditive [RBANS-H (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status)]. Per dare maggiore concretezza ai risultati, tabelle e grafici sono stati accompagnati da specificazioni nella “stima dell'effetto”, distinta – secondo criteri statistici adottati in tutto il mondo – in 4 livelli: trascurabile / piccola / media / grande. Un altro importante aspetto metodologico, che distingue lo studio segnalato, riguarda la considerazione del deficit uditivo – che accompagna quello vestibolare da un terzo a due quinti dei casi – come variabile potenzialmente confondente.

Rispetto ai coetanei di ambo i sessi, i soggetti con sofferenza vestibolare bilaterale – accertata secondo criteri riconosciuti internazionalmente – presentavano peggiori prestazioni cognitive generali ed in particolare nei domini della memoria immediata, della cognitività visuo-spaziale, e dell'attenzione. Inaspettatamente, non sono state rilevate differenze riguardo a memoria differita e linguaggio. Ma il risultato – per me – più sorprendente sta nel fatto che l'unica correlazione clinicamente, ancor prima che statisticamente, significativa con la cognitività vale per il classico ed universalmente impiegato “test Tinetti” [“POMA”]: sia nel punteggio generale, che nella sottoscala che esplora l'equilibrio statico, con effetto stimato “grande”. Nessuna associazione rilevante è stata trovata neppure con prove vestibolari, test funzionali, né con questionari che indagano nei soggetti vestibolopatici le difficoltà riportate nella vita quotidiana, ed i sintomi: la fiducia nel proprio equilibrio, l'oscillopsia e la instabilità riferita. La problematica neuropsicologica rilevata richiama il deterioramento cognitivo lieve di tipo amnesico, chiamando così in causa la questione della reversibilità e delle manovre preventive e riabilitative, verso un settore anatomicamente e fisiopatologicamente prossimo al sistema uditivo, il cui malfunzionamento costituisce il più frequente fattore di rischio modificabile della demenza”.

[#] Bosmans, J., Gommeren, H., Mertens, G., Cras, P., Engelborghs, S., Van Ombergen, A., Vereeck, L., Gilles, A., & Van Rompaey, V. (2022). Associations of Bilateral Vestibulopathy With Cognition in Older Adults Matched With Healthy Controls for Hearing Status. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, e221303. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2022.1303>

Siamo in attesa che il Consiglio dei Ministri approvi la legge delega per la riorganizzazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti. Ci auguriamo che possa passare in tempi brevi, anche perché poi si dovrà procedere alla stesura dei decreti delegati, che rappresentano la parte operativa (indicano, infatti, come realizzare gli interventi enunciati nella legge delega). Molto facilmente il tutto diventerà realistico per il periodo post-elettorale, con i rischi connessi al risultato delle elezioni stesse. Sarebbe un segnale molto importante, se in questa ulteriore estate di fatiche per chi deve prendersi cura degli anziani non autosufficienti, la politica desse un segnale. Ma almeno noi che ci occupiamo della sofferenza delle persone anziane siamo d'accordo? Ho l'impressione, che però non vorrei coltivare, che l'ambiguità attorno al tema delle RSA sia un motivo di discordia e quindi di rallentamento dell'iter di approvazione della legge delega. Anche l'eccesso di enfasi ripetuta sull'integrazione sociale e sanitaria, senza una precisa indicazione di come può essere realizzata, non è certo motivo per stimolare grande attenzione. Sembrano discorsi vecchi, seppure importanti, lontani dalla concretezza delle necessità di chi è direttamente coinvolto nelle cure.

Il mio pessimismo sulla volontà politica di cambiare davvero per andare incontro alle richieste dei malati, sia acuti che cronici, è stato recentemente ulteriormente alimentato dalla notizia che

quest'anno il numero dei posti nella facoltà di Medicina è stato aumentato di ben il 2.8% rispetto al 2021! I decisori non leggono la realtà? Non si rendono conto della gravissima mancanza di medici? Quali sarebbero le ragioni di questo atteggiamento malthusiano? Forse lo scarso impegno delle scuole di medicina?

Ieri abbiamo inviato un Save the date per il **23° Congresso nazionale AIP**, che si terrà al **Palazzo dei Congressi di Firenze dal 13 al 15 aprile 2023**. Prego chiunque dei nostri lettori che voglia suggerire tematiche generali o argomenti specifici di inviarci indicazioni e suggerimenti. Vorremmo che l'edizione del 2023 fosse la migliore di una lunga tradizione positiva (qualcuno ricorda ancora con nostalgia i Congressi nazionali tenuti a Gardone Riviera, sede lasciata per l'esiguità degli spazi e la lontananza dalle principali vie di comunicazione).

Ricordo che **il 31 luglio scade il termine per presentare abstract** in occasione del Convegno nazionale **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"** (Trieste, 20-22 ottobre 2022). I lavori devono essere inviati all'indirizzo mail: florence@wearemci.com ; tutti i dettagli sul sito AIP www.psicogeriatría.it .

Continua l'attività di "SoloLine. Una telefonata contro la solitudine dell'anziano", utile oggi e nella prospettiva di settimane ancor più calde, nelle quali l'anziano sente maggiormente il peso della solitudine (in allegato la locandina). A questo proposito *JAMA* del 5 luglio pubblica un editoriale di Carla Perissinotto, studiosa ben nota per le sue ricerche sulla solitudine, nel quale riafferma che "loneliness and isolation can independently increase the risk of death and functional decline". Sostiene inoltre che nei certificati di morte è indispensabile riportare anche questi dati per impostare studi seri sui cofattori che regolano la mortalità nell'anziano.

Allego infine un mio articolo uscito sul Corriere della Sera – Salute del 14 luglio: l'attenzione verso gli anziani fragili non è mai sufficiente.

Concludo con il consueto invito all'iscrizione all'AIP, strumento importante per esercitare una vera appartenenza al nostro mondo. E per permettere a questo "nostro" mondo di essere presente nelle dinamiche collettive con la sua capacità di elaborazione e di formazione. Per qualsiasi informazione potete contattare la segreteria all'indirizzo aipsegreteria@grg-bs.it .

Un cordiale saluto e un augurio di buone vacanze a chi può farle e di buon lavoro a chi invece deve restare perché non trova nessuno cui affidare la cura dei pazienti nei vari luoghi della sofferenza. A loro la nostra vigile vicinanza.

Con viva cordialità

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

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

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

AGLI ANZIANI LA SOLITUDINE FA MALE QUANTO (E PIÙ) DEL CALDO



di **Marco Trabucchi***

Troppo il caldo di queste settimane: non è gradito alle persone anziane, anche quelle che sentono il bisogno di rinascere, scaldandosi, dopo l'inverno.

Vi sono vari modi per ridurre l'effetto negativo del caldo sulla vita di chi non è più giovane: basta compiere alcune scelte, spesso faticose, ma garanzia di benessere. Ritengo però inutile ripeterle, perché già abbiamo subito l'assedio di giornali, televisioni, social... per questo provo a indicare solo alcune parole chiave.

L'acqua è una medicina. Quando le temperature si alzano pesantemente, come sta avvenendo in questi giorni, il consiglio di bere diviene una prescrizione, come fosse una medicina. La dose di un litro e mezzo al giorno ha una funzione simile al numero di pastiglie da assumere nelle 24 ore per una specifica patologia.

Frutta e verdura fresche sono un cibo senza alternative. Ricche di fattori nutrienti e di sali, sono digeribili; garantiscono inoltre un transito intestinale regolare. Si devono sostituire ai cibi pesanti, molto ricchi di grassi.

La solitudine uccide più del caldo. È una condizione che non se si può sempre vincere, ma si deve fare il possibile per attivare contatti con gli altri, per organizzare sistemi di supporto quando è difficile rifornirsi di cibi freschi, quando il condizionatore si può rompere e l'ascensore si è bloccato...

Il caldo impone coraggio. La calura fa perdere la voglia di uscire di casa. È allora che dobbiamo avere il coraggio di non mollare, di non pensare solo alla poltrona, di impegnarci a vedere amici e co-

È un momento in cui è necessario prestare ancora più attenzione del solito a chi è più fragile, seguendo consigli di «buon senso», ma molto efficaci, sia per la salute fisica sia per quella psicologica

noscenti. Il caldo peggiora i suoi effetti negativi se non si cammina, se si parla solo di argomenti legati alla calura.

È doveroso ricordarsi che gli effetti negativi del caldo sulla salute si possono sviluppare in poche ore; quindi bisogna intervenire velocemente, senza attendere che la situazione di difficoltà si superi da sola. Famiglie, vicine o lontane, devono sentire l'impegno di aiutare i loro anziani parenti, stendendo intorno ai loro timori una rete protettiva, evitando che si possano sentire soli nei

momenti di crisi.

Badanti: anche loro soffrono il caldo e quindi vanno aiutati a mantenere la lucidità nell'assistenza all'anziano fragile. Le regole sono le stesse valide per i loro assistiti: dall'idratazione, all'impegno contro la solitudine.

Le persone affette da un disturbo cognitivo da sole non riescono a adattarsi a condizioni esterne poco favorevoli. Vanno quindi accompagnate con attenzione, senza distrazioni. La demenza, e in particolare l'Alzheimer, induce effetti che rendono il cervello particolarmente sensibile alla disidratazione.

È assolutamente necessario intervenire in supporto della persona anziana prima che le sue condizioni suggeriscano l'opportunità di un ricovero ospedaliero. L'ospedale e il Pronto soccorso, particolarmente carichi di lavoro in questi tempi, vanno riservati a situazioni che non possono essere affrontate a casa. Le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) sono luoghi dove le fragilità si concentrano; quindi, devono essere molto attente agli effetti del caldo. Fortunatamente il progresso di questi ultimi anni ha indotto le strutture per anziani a dotarsi di sistemi per rinfrescare l'aria.

* Società Italiana di Psicogeriatría

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Newsletter AIP – 8 luglio 2022

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

nella grande calura continuiamo il nostro lavoro, certi che per chi usa il cervello come principale strumento vitale la sensazione di caldo è regolata dalla mente (sia biologicamente che psicologicamente). E quindi le alte temperature non interferiscono con la nostra naturale capacità di impegno.

Ringrazio Pierluigi Dal Santo per il commento, che riporto di seguito, all'articolo di Vanacore che abbiamo pubblicato nella nostra newsletter del 10 giugno. E' un'analisi drammatica e lucida allo stesso tempo, che ci preoccupa molto, proprio perché compiuta da un collega estremamente serio.

“L'articolo di Vanacore mi ha veramente impressionato per la distaccata lucidità di analisi che solo un dolore tremendo, unito a una grande sapienza, possono aver generato. L'ho letto più volte e mi ha dato l'occasione per alcune riflessioni che mi sento ora di condividere. Non nascondo che in un primo momento, dopo una giornata estenuante, lo avevo riposto nel cassetto, classificandolo così, sommariamente: “...le solite lamentele, le solite belle teorie, i soliti buoni propositi, l'incolmabile distanza tra chi scrive linee di indirizzo, PDTA e LG e una realtà complessa, variegata e che non riusciamo nemmeno a riconoscere finché non bussa alla nostra porta...”. Tuttavia, rileggendolo qualche giorno dopo, con maggiore attenzione, e dando il giusto peso ad affermazioni come *“quando la sottrazione è eccessiva allora abbiamo bisogno di un'azione forte di sanità pubblica che prima documenti e poi chieda conto delle modifiche della realtà”*, e *“le decisioni assunte in questi anni, come la riduzione dei posti letto per acuti e la progressiva aziendalizzazione delle strutture sanitarie attente più alle tariffe dei ricoveri per acuti che alla qualità delle prestazioni fornite, fanno ipotizzare scenari cupi se non si inverte rapidamente la rotta”*, ho completamente rivisto il primo frettoloso giudizio: chi siede all'ISS, ricoprendo un ruolo di grande responsabilità, solo apparentemente lontano dalle difficoltà quotidiane, ha il dovere di levare la propria voce per cercare di migliorare una realtà macroscopicamente lontana dalle giuste norme. Un sincero ringraziamento quindi al Prof. Vanacore per quanto ci ha saputo trasmettere con la sua vicenda personale.

Per ora restano la dura fatica quotidiana, i **Pronto Soccorso in sempre maggiore difficoltà**, occupati da pazienti in attesa di ricovero, specialmente in reparti medici, l'affollamento, le difficoltà di comunicazione con i familiari tenuti lontani dai loro malati, le attese snervanti, lo stress. Non dipende solo dal numero eccessivo di codici “bianchi” e “verdi” che dovrebbero trovare risposta in altri contesti assistenziali, vale a dire in una medicina territoriale comunque già in sofferenza per risorse e organizzazione, ma anche e soprattutto dal prolungamento dei tempi di degenza nei reparti di Geriatria e Medicina Generale, a causa della presenza di un numero sempre maggiore di pazienti ad alta complessità assistenziale e con basso “turn-over”, spesso provenienti da Unità Operative dell'area urgenza-emergenza (UTI, Stroke Unit, UTIC) e che non possono essere assistiti adeguatamente se non in ospedale. Dopo la soppressione dei reparti di Lungodegenza ospedaliera nella Regione Veneto, le “strutture intermedie” (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali) non si sono potute attivare completamente a causa della carenza di personale e questo ha reso ancora più complessa la gestione.

Il punto focale dell'articolo di Vanacore è il **diritto-dovere di una comunicazione corretta e puntuale**. Non vi è alcun dubbio che la comunicazione con il paziente ed i familiari sia un diritto fondamentale, base di ogni processo di cura specie nell'anziano: diritto di essere informati dell'iter diagnostico più appropriato e proporzionato alla situazione del paziente e alla sua aspettanza di vita, della terapia, della prognosi e dei luoghi di cura più appropriati. Dovere dei medici è di favorire la piena attuazione di tale diritto. Le limitazioni all'accesso nei luoghi di cura hanno rivoluzionato le modalità di comunicazione e accentuato fatica e stress degli operatori, costretti a lunghe, impersonali comunicazioni telefoniche. I "contatti" nel mio reparto di Geriatria avvengono sistematicamente, a cura del personale medico 2-3 volte alla settimana, raggiungendo tutti i familiari dei degenti e aggiornando sul decorso clinico, sulle prospettive di guarigione o sui fallimenti. Per i pazienti nuovi entrati e per le urgenze-emergenze o qualsiasi nuova situazione che abbia mutato il decorso prima delineato, il contatto telefonico è ovviamente immediato, 24 ore/24. Nulla potrà mai comunque sostituire la spontaneità e i significati profondi di uno sguardo, di un silenzio o di un gesto. Per le situazioni più impegnative si privilegia ovviamente la comunicazione diretta, "in presenza" e l'assistenza continua dei familiari o dei "care-givers". Il peso più leggero della pandemia ci sta aiutando, per fortuna, anche se temiamo ancora per il prossimo futuro e la fatica si fa sempre più sentire.

Fatica e scarsità di risorse umane. Per 10-15 anni le Direzioni Strategiche hanno costantemente utilizzato un termine, "ottimizzazione", brutto neologismo che invece di essere inteso come "attuazione delle condizioni ottimali in un'attività o in un'azienda", (cit. da S. Battaglia Grande Dizionario della Lingua Italiana – UTET), è stato effettivamente impiegato come sinonimo di risparmi sistematici, continui: in altre parole assicurare il (giusto) miglioramento dell'efficacia dei servizi con minori risorse umane. Si è così progressivamente arrivati alla spogliazione di reparti, alla difficoltà o impossibilità di adeguare gli organici agli effettivi carichi di lavoro, alla fuga dei medici. La mancata (pianificata) programmazione delle scuole di specializzazione ha fatto il resto e solo da due anni, in tragico ritardo, si sta correndo ai ripari, grazie al COVID. Si sta assistendo inoltre alla sempre maggiore difficoltà a mantenere organici adeguati negli ospedali periferici (presidi di rete – spoke e nodo di rete, come nella denominazione adottata dalla Regione Veneto) e la continuità assistenziale viene assicurata con contratti libero-professionali che coprono le ore notturne e parte dei pomeriggi (14-20): in tale situazione il rischio clinico non può che aumentare e si innesca quindi un circolo vizioso, per cui l'attività in questi ospedali "decentrati", viene considerata molto meno attrattiva. I concorsi pubblici sono andati finora quasi deserti e comunque i giovani specialisti non scelgono certo di far carriera in un ospedale periferico, anche se di buona tradizione, ma comunque lontano dai centri di maggior richiamo. Ritengo che per risolvere il problema, oltre alla riprogrammazione degli accessi alle Scuole di Specializzazione, sarà necessario esercitare una forte azione di promozione a livello nazionale e regionale per rendere obbligatoria, ma premiata dal punto di vista remunerativo, l'attività professionale negli ospedali periferici, la cui piena efficienza è comunque indispensabile per l'equilibrio generale del Sistema Sanitario Nazionale.

Il valore della presenza e della testimonianza. Come Direttore di un Reparto di Geriatra e con responsabilità organizzative e gestionali di un Dipartimento di Medicina Generale non posso far altro che confermare quanto sostenuto dal Prof. Vanacore, vale a dire che quando "*...la sottrazione è eccessiva allora abbiamo bisogno di un'azione forte di sanità pubblica che prima documenti e poi chieda conto delle modifiche della realtà...*". In attesa che ciò si possa attuare in tempi tali da non rendere irreversibile la situazione del SSN, non posso far altro, da parte mia, che testimoniare il mio "saper restare", nome biblico primo di ogni pratica di cura, risposta concreta all'appello di chi è in difficoltà, di chi si trova nella sofferenza e nel dolore. Non è un venir meno ai miei doveri di sovrintendere alla organizzazione, ma la testimonianza di un impegno concreto, diretto, per i pazienti e a fianco di tutti coloro che fanno del lavoro nella sanità anche una missione."

A commento di un altro testo riportato nella newsletter della settimana scorsa, quello della figlia di una signora ospite in RSA, di seguito pubblico la mail ricevuta da Alberto Cester, vecchio amico di AIP.

"Caro Marco, da molto non ci si sente, per vari motivi, ma ho letto quanto da te scritto, e dalla figlia di quella povera signora 96enne. Sento quindi il dovere di inviarti il mio pensiero.

È davanti agli occhi di tutti la débâcle organizzativa, strutturale e ahimè financo sanitaria, del mondo delle RSA. Di fronte a poche realtà che hanno saputo resistere e reagire, paghiamo tutti lo scotto di aver piegato/dimenticato i delicatissimi aspetti, legati alla priorità dei problemi sanitari nella fragilità residenziale... Abbiamo per anni tutti, e forse a ragione, cavalcato l'idea dell'occupazione del tempo, di dare spazi ad altro, del "riabilitare", spesso in maniera piuttosto grossolana, i grandi anziani... e tutto ciò è andato a scapito degli aspetti squisitamente sanitari..., inalienabili e fondamentali per la cura dei vecchi... Dobbiamo tutti, rifondare questa modalità di assistenza senza derive qualunquistiche o populistiche che giustifichino le figure che abbiamo inserito a supporto dell'assistenza, ma puntando su una alta e qualificata rifondazione sanitario-assistenziale delle RSA... Ma dove è e come trovare il personale sanitario ed infermieristico sufficiente e preparato? Non certo solo dando "galloni" di nuove competenze al personale, ma dando responsabilità qualificate e qualificanti al nostro personale. Ci vuole una inversione di rotta... So che comprenderai il motivo ed il vero significato di questa mia”.

Cester è lucido in questa analisi dolente; le sue affermazioni ci fanno pensare, perché giungono da persona di grande cultura ed esperienza in ambito geriatrico. Come per Dal Santo, non si tratta di letture corporative, ma della lettura di un mondo in grande difficoltà, che avrebbe bisogno di un maggiore impegno da parte della politica, ma anche delle stesse professioni.

Continua la collaborazione di Mauro Colombo, sempre attento ad ampliare con la sua cultura alcune affermazioni fatte da chi scrive e non sempre adeguate.

“Purtroppo, va registrato un nuovo insuccesso di un tentativo con un altro anticorpo monoclonale per la cura della demenza di tipo Alzheimer [1]. JAMA ha recentemente pubblicato uno studio “a prova di concetto” dove sono state adoperate dosi crescenti di Semorinemab, un anticorpo monoclonale rivolto contro la proteina Tau, il cui accumulo nel cervello – secondo uno schema tipico - è correlato con la progressione clinica del deficit cognitivo. Studi preclinici avevano in effetti dimostrato una capacità di intercettare la proteina Tau extracellulare, e così di bloccare la deposizione dei “grovigli neurofibrillari”, nel modello murino. Inespiegabilmente, ciò non si è ripetuto nei 422 circa 70enni, di ambo i sessi, selezionati per malattia di Alzheimer lieve o prodromica [Mini Mental State Examination circa 23/30, Clinical Dementia Rating–Sum of Boxes circa 4/18]. Alla fine di 73 settimane, nessuna delle 3 dosi attive si è comportata in modo differente rispetto al placebo, né riguardo alla evoluzione neuropatologica [eseguita mediante Tomografia ad Emissione di Positroni] né riguardo alla involuzione cognitiva, misurata con una batteria neuropsicologica polivalente. Gli Autori – prevalentemente californiani, con contributi da New Jersey, Australia, Olanda e Svizzera – hanno chiamato in causa possibili motivazioni dell’insuccesso, che possono rifarsi a: possibile imperfetta corrispondenza biochimica tra anticorpo e bersaglio [ma arrivando ad immaginare la necessità anticorpi malattia/stato-specifici, se non addirittura specifici per ciascun paziente]; differenze nella modalità di diffusione della proteina tossica tra animale da esperimento e paziente umano, fino a dubitare che una diffusione “simil-prionica” da cellula a cellula sia alla base della neurodegenerazione collegata alla proteina Tau. Quantomeno, i profili di accettabilità [4 persone su 5 hanno portato a termine l’esperimento, a prescindere che assumessero placebo o farmaco in qualsiasi dose] e sicurezza non precludono eventuali ulteriori ricerche.

Viceversa, notizie relativamente buone derivano – sempre su JAMA [2] – dalla ricerca che ha impiegato alte dosi di metilcobalamina in pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica [SLA], malattia intrattabile e letale, di solito entro 4 anni, nei cui confronti il Riluzolo e lo Edavarone – benché approvati dall’ente normatore statunitense [FDA] – risultano poco efficaci. In 65 pazienti 60enni giapponesi di ambo i sessi, arruolati entro 1 anno dall’esordio di malattia a moderata velocità di progressione, 50 mg di metilcobalamina - iniettata per via intramuscolare 2 volte alla settimana – sono risultati – a confronto col placebo - in grado di rallentare l’evoluzione della malattia, misurata con uno strumento validato, riferito al controllo neuromuscolare degli arti. Non sono stati ottenuti viceversa effetti significativi sulle funzioni bulbari e respiratoria – forse perché interessate in stadi più avanzati della malattia. 9 pazienti su 10, sia nel gruppo placebo che in quello sperimentale, assumevano contemporaneamente Riluzolo. Alla base del relativo successo, sottostanno motivi razionali a livello neurobiologico, a partire dallo abbassamento - nei soli pazienti trattati attivamente - dei livelli plasmatici di omocisteina, tipicamente elevati in questa

malattia. La neurotossicità della omocisteina è nota da tempo, poiché induce eccitotossicità, stress ossidativo, disfunzione mitocondriale, neuroflogosi, morte dei motoneuroni #. Inoltre, la metilcobalamina di per sé possiede proprietà anti-infiammatorie ed antiossidanti, oltre a proteggere verso la neurotossicità da glutammato, indipendentemente dall'effetto sulla omocisteinemia. In ogni caso, accettabilità e sicurezza sono stati garantiti, aprendo uno spiraglio di speranza.”

[1] Teng, E., Manser, P. T., Pickthorn, K., Brunstein, F., Blendstrup, M., Sanabria Bohorquez, S., Wildsmith, K. R., Toth, B., Dolton, M., Ramakrishnan, V., Bobbala, A., Sikkes, S., Ward, M., Fuji, R. N., Kerchner, G. A., & Tauriel Investigators (2022). Safety and Efficacy of Semorinemab in Individuals With Prodromal to Mild Alzheimer Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.1375. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.1375>

[2] Oki, R., Izumi, Y., Fujita, K., Miyamoto, R., Nodera, H., Sato, Y., Sakaguchi, S., Nokihara, H., Kanai, K., Tsunemi, T., Hattori, N., Hatanaka, Y., Sonoo, M., Atsuta, N., Sobue, G., Shimizu, T., Shibuya, K., Ikeda, K., Kano, O., Nishinaka, K., ... Japan Early-Stage Trial of Ultrahigh-Dose Methylcobalamin for ALS (JETALS) Collaborators (2022). Efficacy and Safety of Ultrahigh-Dose Methylcobalamin in Early-Stage Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 79(6), 575–583. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0901>

2 delle bibliografie citate vedono tra i co-Autori Giancarlo Logroscino [riferimento 19 (2010) e 20 (2008)]

La settimana scorsa si è tenuto a Brescia in presenza il Consiglio Direttivo di AIP, che ha visto un ampio dibattito sul futuro a breve della nostra Associazione. In particolare, **sono state approvate le seguenti attività a livello nazionale**: a) 1° Forum nazionale dei Caffè Alzheimer (**Cesenatico, 7 settembre**); b) Alzheimer Fest (**Firenze, 9-11 settembre**); c) "50 sfumature di cura" dedicate specificamente alle RSA (**Treviso, 6-8 ottobre**); d) "Neuroscienze e invecchiamento" (**Trieste, 20-22 ottobre**); e) La 5° giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano: "Covid, isolamento, solitudine" (**Padova, 15 novembre**); f) "Gli anziani nel 2030. Prospettive cliniche, psicologiche ed organizzative" (**Napoli, 14-16 dicembre**). Per quanto riguarda i congressi regionali, sono in programma entro l'anno quelli di: Liguria, Veneto, Emilia, Toscana, Lazio, Calabria, Sicilia. E' stata inoltre ricordata l'opportunità di essere presenti come AIP nelle attività organizzate nei territori da parte di diverse realtà in **occasione del 21 settembre, giornata mondiale dell'Alzheimer**.

E' stato inoltre deciso **che nel 2023 si terranno due eventi dedicati** specificamente alle giovani colleghe e colleghi: il tradizionale congresso nazionale giovani (**18-20 maggio**) e la scuola estiva dedicata alla depressione dell'anziano alla **fine di giugno**, sempre a Torino.

E' stato inoltre **approvato il titolo del 23° Congresso Nazionale AIP** che si terrà al Palazzo dei Congressi di Firenze **dal 13 al 15 aprile 2023: "La psicogeriatría del futuro: competenze, tecniche e significati"**. Nelle prossime newsletter saranno forniti maggiori dettagli sul programma e sulle modalità di partecipazione.

Allego il **Save the Date per l'evento di Treviso**, assieme alla presentazione del significato e dello scopo di "Il paradiso può attendere".

Ritorno ancora su **"SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano"**, perché in questo tempo di grande caldo è importante che i cittadini possano disporre di un punto di riferimento per essere aiutati ad affrontare difficoltà psicologiche e pratiche. In allegato la locandina.

Con viva simpatia e stima

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

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

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

IL PARADISO PUÒ ATTENDERE

> Siamo pieni di problemi e nessuno ci ascolta! Cosa facciamo?

> Questa è la domanda che ci siamo posti quando abbiamo deciso di organizzare le 50 sfumature di cura, edizione 2022.

> La forte tentazione è di andare, come fanno in tanti, a fare i sit-in di protesta in piazza Montecitorio, ma ancora una volta, con tanta pazienza e un infinito senso di responsabilità, ripartiamo da noi stessi cercando di ritrovare la nostra identità, migliorare la qualità dei nostri servizi, provare ad immaginare un futuro nel quale è addirittura possibile ampliare il nostro impegno prendendo in considerazione, oltre alla residenzialità, anche il territorio, le comunità, per diventare approdo sicuro per le persone che invecchiando hanno bisogno di aiuto.

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

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

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

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

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



50 SFUMATURE DI CURA IL PARADISO PUO' ATTENDERE

RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

SAVE THE DATE

7 - 8 OTTOBRE 2022

AUDITORIUM PROVINCIA DI TREVISO



Newsletter AIP – 1 luglio 2022

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

ho ricevuto la mail che pubblico di seguito da parte di un gruppo di medici che lavorano nelle RSA del Trentino. Contiene numerosi spunti riguardanti un ruolo che diventa sempre più importante nell'ambito dell'assistenza residenziale all'anziano fragile; per ora mi astengo da qualsiasi commento (anche se ne ho molto apprezzato lo stile e il contenuto) per non togliere spazio al dibattito, che spero sia molto ampio:

“Facendo seguito al nostro incontro in occasione dell'evento *‘Le comunità amiche delle persone con demenza’* tenutosi a Vallelaghi (TN) lo scorso 27 maggio, le presentiamo con piacere questa nuova realtà della Consulta dei Medici di RSA del Trentino. La possibilità di sentirsi parte di una comunità per chi da tempo offre il proprio servizio all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali, è da sempre una necessità prioritaria. Le RSA come le conosciamo oggi sono un organismo nuovo ed in crescita, ma non pensavamo che la prova di maturità sarebbe arrivata proprio attraverso l'ultima pandemia. L'esame è stato duro ed impegnativo, i nostri ospiti hanno incontrato il virus da vicino: in RSA la prossimità delle cure è plasmata dal contatto, dal tempo, dalla condivisione di un respiro, spesso di sollievo, a volte emanato da una risata, in qualche caso accompagnato da una lacrima. Due anni fa, il Virus SARS-CoV-2, che predilige queste vie di trasmissione, le ha attraversate lasciando una voragine. In questa fase sono nate le prime connessioni tra noi medici di RSA: la spontaneità, dettata dal bisogno di ascoltarsi e consultarsi, ci ha consentito di condividere linee guida, esperienze, conduzione di casi clinici, questioni organizzative e gestionali, ma anche di confrontarci su ciò che stava già cambiando prima della pandemia: l'incremento della prospettiva di vita e, quindi, della complessità dei nostri pazienti. Il primo elemento che ci unisce in qualità di medici di RSA è il tempo: è ampio, godiamo di grandi spazi osservazionali; la cronicità che accogliamo ci conquista, diventiamo membri di una famiglia, nella quale finiamo per abbattere ogni barriera, compresa quella del freddo distacco professionale. Si può curare con il cuore? Non “si può”, ma si deve! Si deve con professionalità, nella prossimità, con la complicità del tempo e della gentilezza. Grazie a queste premesse la Consulta ha preso il via dotandosi di un proprio statuto e di un rappresentante per portare la voce dei medici di RSA presso le istituzioni che ci hanno subito coinvolto nel processo di ripartenza. La prima tappa è stata la partecipazione al tavolo di lavoro dedicato alla stesura del Protocollo per la riapertura delle RSA dopo il terribile lockdown. Il gruppo multidisciplinare (presidenti, direttori e medici di RSA) ha proposto e condiviso le linee guida per la riapertura delle RSA e, assieme al tavolo tecnico provinciale, ha contribuito al graduale processo di ripartenza della vita comunitaria all'interno delle strutture. La Consulta dei medici ha poi proseguito raccogliendo i bisogni espressi dai componenti e, sulla base delle necessità e criticità emerse, si sono costituiti i primi 5 gruppi di lavoro interni:

1. supporto dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze e dei centri di salute mentale per la gestione degli ospiti affetti da BPSD e patologia psichiatrica;
2. miglioramento del processo di accoglienza del residente in RSA;
3. nutrizione clinica in RSA ed appropriatezza prescrittiva dei supplementi orali artificiali;
4. integrazione delle RSA nella rete territoriale delle cure palliative;
5. digitalizzazione sanitaria e telemedicina.

Ogni gruppo di lavoro è rappresentato da un referente membro della Consulta. L'obiettivo comune è promuovere la migliore qualità di vita dei residenti accolti nelle strutture, oggi sempre più fragili e comorbidi. La strategia che ci vede operativi si realizza proponendo soluzioni, contribuendo alla realizzazione di specifici percorsi formativi, individuando linee di indirizzo operative a misura di RSA, semplificando i processi migliorandone la qualità, integrando le strutture nella rete ospedale-territorio. È stata avviata un'attiva e proficua collaborazione con l'Unione Provinciale Per L'Assistenza (U.P.I.P.A.), alla quale apparteniamo, e con

l'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari (APSS). Grazie alla figura preposta di supporto clinico-organizzativo e di sanità alle RSA, i colleghi dell'A.P.S.S., con il loro contributo, completano ed integrano i gruppi di lavoro dei medici di RSA. Il prossimo incontro con i coordinatori infermieristici delle nostre strutture vuole di fatto promuovere l'estensione del progetto della Consulta a tutto il comparto sanitario delle RSA. Seguirà il confronto con i responsabili delle Unità Operative di Geriatria della Provincia per creare un canale di collaborazione continuativa; auspichiamo sia un'ulteriore occasione per migliorare l'integrazione dei piani sanitari assistenziali e magari contribuire ai progetti di ricerca scientifica."

Di seguito riporto il testo di una mail ricevuta da una persona da me conosciuta, seria, responsabile. Ho pensato prima di pubblicarla ma, **proprio perché AIP ha speso e spende molte energie per migliorare la qualità della vita dei residenti delle RSA, ho ritenuto che mostrare anche gli aspetti negativi della realtà faccia parte del nostro dovere**. Perché certi comportamenti non si devono ripetere; ad esempio, in questo momento ogni RSA dovrebbe avere a disposizione 24 ore su 24 un tecnico per il condizionamento. Nulla di meno: occorre essere determinati nella difesa della vita delle persone fragili:

"Caro professore, come sa, da qualche mese mia madre novantaseienne vive in una RSA. Non è stata una scelta facile, ma era ormai l'unica percorribile. "Almeno è in un ambiente protetto, osservata e accudita", mi sono detta. E me lo sono ripetuta più volte, non per assolvermi, perché non mi sono mai sentita colpevole, ma per rassicurarmi di aver agito pensando al meglio per la mamma. Poi, un giorno – casualmente era il 17 maggio, ma la superstizione non fa parte dei miei pensieri – tutto è cambiato. I fatti: erano le 15,30 di pomeriggio e la giornata era caldissima. Non avevo programmato di far visita a mia madre ma, grazie ad un impegno saltato, sono riuscita ad andare da lei. Salgo al primo piano e la vedo a metà corridoio, di spalle, seduta sulla sua carrozzina. Poche altre ospiti vicine a lei. Grandi vetrate e finestre sigillate avevano trasformato quel corridoio in una sauna. La mamma, capo reclinato, non rispondeva. Aveva gli occhi chiusi, un flebile gemito le usciva dalla bocca. Non muoveva più nemmeno le mani. Cerco invano qualcuno. Prendo l'ascensore e scendo al bar con la mamma in carrozzina sperando che sarebbe stato sufficiente farla bere con la cannuccia per farla riprendere. Nulla. Telefono a mezzo mondo e finalmente, intorno alle 16, arriva la dottoressa di nucleo. Mi rassicura, dicendo che non si tratta di TIA. Poi, con una serenità disarmante, mi informa che già al mattino le assistenti le avevano segnalato che la mamma era disidratata. Già al mattino? E se non fossi andata da lei? Certo, magari verso le 18 avrebbero trovato il tempo per accorgersi che la mamma non respirava più e per telefonarmi. Cosa vuoi, tanto è molto anziana, non ci si deve stupire di fronte a quello che i "sacri testi" definiscono "fatal outcome". Non è finita qui. Stabilito che, forse, sarebbe stato opportuno idratare la mamma con una fleboclisi, torniamo di sopra e raggiungiamo l'infermeria. La dottoressa, continuando a ripetere che lei, in tutte quelle ore trascorse dal mattino al pomeriggio, ha avuto molte altre cose da fare, informa l'infermiera della necessità della flebo e chiede ad un'operatrice socioassistenziale di mettere a letto mia madre. "Adesso non ho tempo" è stata la risposta. Non ho tempo? Le condizioni della mamma stavano peggiorando a vista d'occhio ed io, basita, mi sembrava di essere spettatrice della commedia dell'assurdo. Anche perché, e anche questo è grave, la dottoressa non è stata in grado di far eseguire un'indicazione urgente. Per fortuna la mamma si è gradualmente ripresa. In quanto a me, sono tornata a casa con un'angoscia difficile da descrivere. E con un pensiero martellante: come, abbiamo fatto il possibile per accudirla a casa fino a 95 anni, prima di arrenderci e ora l'abbiamo portata in una RSA a morire di sete? Le telefonate e le lettere di scuse sono arrivate, anche se ormai si è spezzato quel patto di fiducia fondamentale tra i familiari e le strutture alle quali si affidano i propri cari. Caro professore, che futuro avranno le RSA? Gli sforzi suoi e dei molti che ancora credono che un futuro ci debba essere non possono prescindere da una selezione rigorosa del personale. La crisi dei numeri non deve portarci a credere che chiunque si presenti possa essere adeguato a seguire con cura e competenza".

Sono parole tristi e pesantissime; sono anche un macigno nella testa di chi, come noi, vorrebbe poter sempre sostenere che le RSA sono la seconda casa dei vecchi, quella dove si va quando la prima deve essere abbandonata perché non garantisce più la protezione necessaria. Ma una casa che protegge, difende dalle crisi di ogni tipo, accompagna come la casa vera. Ciò avviene, e posso testimoniare, in molte RSA, ma **quando potremo verificare che la difesa dei residenti è una regola di ferro in ogni realtà, in qualsiasi territorio?**

JAMDA ha in press un lavoro significativo e originale, perché mette **in relazione le modalità di somministrazione di neurolettici, benzodiazepine e oppiacei con alcune caratteristiche delle RSA**. Il lavoro parla di cultura organizzativa specifica; il dato ci induce a ritenere importante per una prescrizione razionale l'azione diretta sulle problematiche cliniche, ma altrettanto importante è l'attenzione all'impostazione di fondo di ogni specifica struttura. Il tema dell'appropriatezza delle prescrizioni nell'anziano è stato affrontato anche su JAGS di giugno, discutendo in particolare la realtà dei dipartimenti di emergenza.

Insisto nella polemica contro la burocrazia dominante nei nostri servizi, citando l'orribile questionario diffuso a Nettuno per fare una delle tante, inutili e banali indagini sulle condizioni dei cittadini. Gli uffici hanno distribuito un questionario alle famiglie che vivono con un disabile: "Da zero a quattro, quanto ti vergogni del tuo familiare?". Ne parlo nella newsletter per vari motivi: 1) La politica dov'era? L'assessore ai servizi sociali perché non studia prima di lasciare nelle mani di qualche funzionario che si crede colto argomenti così delicati? 2) La persona che ha scritto quel testo va rimossa senza incertezze. In un assessorato dove si dovrebbe aiutare chi soffre non si può essere privi di intelligenza emotiva e di rispetto verso la sofferenza. Nel comune di Nettuno vi sono certamente posti vacanti nel settore salute animale (con tutto il rispetto per il principale amico dell'uomo!). 3) Ma il mio vero timore riguarda soprattutto la possibilità che simili domande, prive di attenzione per il dolore, vengano rivolte anche alle famiglie che assistono le persone affette da demenza. Secondo un rapido calcolo a Nettuno potrebbero essere 1000... Ma in quel comune funzionano l'assistenza domiciliare e i CDCD, oppure si ritiene di assolvere il dovere della cura attraverso la proposizione di indagini inutili e volgari?

Continua l'importantissima collaborazione con Mauro Colombo, con il quale, come potete constatare dalla lettura dei suoi contributi, vi è un'elevata sintonia culturale:

"L'intreccio delle vie che possono portare allo sviluppo della demenza rientra appieno nell'ambito di interesse della AIP. Nonostante la abbondanza di studi epidemiologici che legano svariati fattori di rischio cardiovascolare alla demenza, la relazione tra la comorbidità cardiovascolare e la demenza è tuttora incerta. Né si conosce come tale eventuale associazione si confronti e/o interagisca col rischio genetico di demenza. Per contribuire a risolvere tali dubbi, è stata condotta una indagine su oltre 200.000 ultra60enni inglesi, gallesi e scozzesi, di origine europea, i cui dati sono depositati nella biobanca inglese. Lo studio è sinora l'unico nel suo genere ad avere analizzato contemporaneamente le possibili combinazioni di 3 condizioni cardiometaboliche [ictus, infarto miocardico, diabete mellito], 3 livelli di rischio genetico [derivato dalle combinazioni di alleli predittivi di rischio di demenza: ciascuno singolarmente poco rilevante, ma addizionabile con altri], e le condizioni cerebrali strutturali, mediante neuro-immagini. Il tutto incardinato in una base di dati 10 volte più estesa che in tutte le indagini precedenti – rispetto alle quali lo studio segnalato presenta la novità dell'impianto a trilemma. In sintesi, al termine di una osservazione durata tra i 10 ed i 14 anni, è risultato che la multimorbidità cardiometabolica ed il rischio genetico sono associati indipendentemente [in assenza di interazioni] al rischio di demenza; l'aggiustamento per fattori di rischio cardiometabolico modificava di poco gli esiti. Il rischio di sviluppare demenza aumenta in modo monotonicamente con l'aumento dell'indice di multimorbidità cardiometabolica, in accordo con analisi precedenti. Il rischio di demenza associato ad una piena comorbidità cardiometabolica era tre volte più elevato rispetto a quello associato alla classe più alta di rischio poligenetico. L'abbinamento di massima multimorbidità e massimo rischio genetico comportava un rischio di demenza quasi 6 volte quello dell'abbinamento delle corrispettive assenze. Mentre i 3 livelli crescenti di rischio cardiometabolico sono risultati associati ai volumi sia delle iperintensità nella sostanza bianca, che – inversamente – della materia grigia cerebrale e dell'ippocampo, le 3 classi crescenti di rischio poligenetico sono risultate abbinare solo a quest'ultimo, con minore effetto e significatività statistica. Simili risultati suggeriscono l'esistenza di meccanismi differenti sottostanti al rischio di demenza: la multimorbidità cardiometabolica potrebbe esitare in danni cerebrovascolari e neurodegenerativi globali, mentre il rischio poligenetico sarebbe più prossimo al coinvolgimento della cascata

amiloidogenetica ed alla taupatia conseguente, più specifiche per l'ippocampo. In ogni caso, le osservazioni pubblicate su "Lancet Healthy Longevity" [1] – e corredate da un valido editoriale di commento [2] (entrambi liberamente accessibili in rete) - possono avere una ricaduta importante a livello sia clinico che di salute pubblica, indirizzando ad una più sollecita prevenzione delle malattie cardiometaboliche.

[1] Tai, X. Y., Veldsman, M., Lyall, D. M., Littlejohns, T. J., Langa, K. M., Husain, M., Ranson, J., & Lewellyn, D. J. (2022). Cardiometabolic multimorbidity, genetic risk, and dementia: a prospective cohort study. *The Lancet. Healthy longevity*, 3(6), e428–e436. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00117-9](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00117-9)

[2] Kontari, P. (2022) Association of cardiometabolic and genetic risk with incidence of dementia. *The Lancet. Healthy longevity*, 3(6), e374-375. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00127-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00127-1)

Cito una frase dal recente libretto di Anthony Fauci *Prevedere l'imprevedibile*: "È importante empatizzare con i pazienti, capirli a fondo. Un medico, così come gli altri professionisti della sanità, deve dedicarsi al cento per cento e stabilire con loro un rapporto basato sulla sensibilità, sul conforto, sulla compassione, la rassicurazione, il rispetto". Un grande medico e ricercatore, che ha avuto enormi responsabilità dell'organizzazione della risposta al Coronavirus in USA, sostiene che **i farmaci e i vaccini non sono una cura se non accompagnati da quanto indicato rispetto al rapporto personale con chi è curato**. Ricordo a latere che Fauci il 15 giugno è risultato positivo al Covid, con una sintomatologia molto leggera, nonostante si sia sottoposto alla seconda vaccinazione booster. Possiamo dire che è l'esempio al massimo livello dell'attuale situazione: le vaccinazioni proteggono le persone fragili dalle conseguenze più negative dell'infezione (la polmonite e le relative crisi respiratorie); questa, però, continua a diffondersi. Il problema adesso sono le ricadute sui sistemi delle cure, dagli ospedali che devono continuare a dedicare un'attenzione specifica a questi ammalati, alle RSA che non possono vivere serenamente l'impegno verso l'apertura ai parenti, ormai improcrastinabile. Il virus, si potrebbe dire, da una mira sul singolo individuo ha cambiato la propria attenzione, centrando sui servizi la propria azione negativa, con danni certamente meno evidenti, ma con riflessi concreti e pesantissimi sulla salute pubblica.

Oggi, venerdì 1° luglio, e domani si svolge a Brescia il Consiglio Direttivo dell'AIP, tradizionale occasione periodica per costruire collegialmente il futuro della nostra Associazione. Nella prossima newsletter pubblicheremo i risultati dell'incontro, in modo da coinvolgere chi ci è vicino nella costruzione di atti importanti per l'assistenza agli anziani fragili. Sarà studiata con particolare attenzione l'organizzazione di una campagna per incrementare il numero degli iscritti (con la collaborazione di tutti!).

Ritorno ancora su **"SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano"**, perché in questo tempo di grande caldo è importante che i cittadini possano disporre di un punto di riferimento per essere aiutati ad affrontare difficoltà psicologiche e pratiche. In allegato la locandina.

Allego anche il programma del prossimo convegno che AIP organizza a **Trieste il 20-22 ottobre** dal titolo **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**. Ricordo che è possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali. **I lavori possono essere inviati entro il 31 luglio 2022** a: florence@wearemci.com .

Con viva stima e il consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

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

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



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste

20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

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

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

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

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

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

SEDE

• 20 ottobre

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

• 21/22 ottobre

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

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

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

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

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

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

Paolo Manganotti (Trieste)

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

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

Giancarlo Logrosino (Bari)

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

Peter Kapeller (Villach)

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

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

Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer

Annachiara Cagnin (Padova)

Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

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

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

Giuseppe Bellelli (Monza)

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

Cristiano Donadio (Parigi)

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

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

Angelo Bianchetti (Brescia)

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

Michela Zanetti (Trieste)

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

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

Agitazione psicomotoria e farmaci

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

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

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

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

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

ECM

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

ISCRIZIONI

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

La quota di iscrizione include:

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

INVIO ABSTRACT

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

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

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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



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