

Newsletter AIP – 27 maggio 2022

Gentili Signore, cari Signori,

è appena terminato il nostro 22° Congresso nazionale. Non mi accingo a farne un riassunto (tra poco le diapositive saranno disponibili sul sito per i soci AIP), né tantomeno una valutazione, essendo stato direttamente coinvolto nella progettazione e nella realizzazione dell'evento.

Esprimo solo la speranza che i partecipanti abbiano avuto modo di scambiarsi liberamente informazioni, pareri, giudizi: la più grande aspirazione di AIP è essere un luogo dove sia possibile arricchirsi culturalmente e professionalmente, senza barriere e senza preconcetti. Come avviene nei nostri luoghi di lavoro, solo uno scambio libero e intenso permette di servire al meglio gli anziani fragili.

Molti partecipanti mi hanno personalmente espresso la loro soddisfazione per la qualità delle comunicazioni e per l'impianto complessivo. Personalmente avevo vissuto con ansia l'attesa dell'evento, nel timore di difficoltà legate alla ripartenza; invece, a Firenze si è respirata un'atmosfera gioiosa, di libertà nell'ambito di una ritrovata comunità professionale e umana. Comunità che deve essere costruita con impegno, in modo che anche chi non conosce i nostri metodi di lavoro con gli anziani fragili ne comprenda l'importanza (in una diapositiva della mia introduzione ho riportato una frase molto esplicativa di Nietzsche: "Coloro che danzavano venivano presi per pazzi da chi non era in grado di sentire la musica").

Invito chi segue questa newsletter ad inviarci indicazioni sui possibili contenuti dei prossimi appuntamenti scientifici, in modo da avvicinarci progressivamente a tematiche sempre più gradite e utili a chi condivide il nostro impegno.

Subito dopo il Congresso si è tenuto (ed è ancora in corso a Torino) il **4° Congresso nazionale "Giovani AIP"** dal titolo evocativo: "Giovani medici per vecchi pazienti". Numerosissimi i partecipanti che hanno subito un'introduzione del sottoscritto incentrata sul dovere di studiare, sul coraggio, la generosità, la curiosità come doti irrinunciabili dei giovani medici impegnati ad affrontare la complessità della condizione di salute degli anziani e a curare le fragilità indotte dalla comorbilità, dagli anni e dagli eventi avversi della vita.

In conseguenza dei miei impegni legati all'evento congressuale questa newsletter è un po' ridotta, perché mancano gli spunti dalla letteratura scientifica; mi scuso con i lettori. Fortunatamente, però, il carissimo collega **Mauro Colombo** è, come sempre, puntuale e sopperisce con le sue perfette considerazioni alla mia mancanza di tempo:

"Nella newsletter di venerdì 20, Trabucchi tocca la spinosa questione di come la qualità di vita delle persone anziane istituzionalizzate venga rovinata dai disturbi psicotici. Per ribaltare in termini positivi la possibilità di migliorare la qualità di vita delle persone con demenza di Alzheimer, in vari contesti di cura – compresa la istituzionalizzazione – vale una recente rassegna – liberamente accessibile in rete – che analizza sistematicamente gli effetti della attività fisica sulla cognitività e sulle attività della vita quotidiana [Activities of Daily Living (ADL)] [#]. I punti di partenza per aggiornare una simile revisione derivano dalla necessità di

cercare vie alternative a quella farmacologica per migliorare la qualità di vita di tali pazienti, e dalla inconcludenza delle rassegne precedenti. Queste ultime però sembravano puntare in una direzione favorevole: perciò gli Autori – appartenenti ad università cinesi, australiana e sud-coreana – sono stati attenti a correggere i possibili punti metodologici di debolezza delle indagini simili precedenti. I criteri di inclusione sono stati resi più stringenti, mirando solo alla diagnosi di demenza di Alzheimer; accrescendo il numero dei lavori esaminati, è stato possibile abbattere la eterogeneità dei risultati; sono stati esclusi dalla meta-analisi gli studi randomizzati controllati che abbinavano altri tipi di intervento oltre alla attività fisica. Alla fine della selezione, sono stati presi in considerazione 16 pubblicazioni di buona qualità – stimata mediante la scala PEDro [Physiotherapy Evidence Database] – che hanno assommato 945 partecipanti, di età compresa tra 70 ed 88 anni, 34,6% maschi. I risultati – riportati secondo la metodologia “PRISMA” [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses] sono statisticamente significativi sia rispetto alla cognitività – misurati prevalentemente mediante MMSE [Mini Mental State Examination] – che rispetto alle ADL – misurate prevalentemente mediante Alzheimer’s Disease Cooperative Study – Activities of Daily Living Inventory. Per scendere nel dettaglio, analisi “di sensibilità” hanno individuato in 3-4 sessioni alla settimana di esercizio aerobico ed anaerobico, della durata di 30-45 minuti, per 12 settimane, la modalità più redditizia. Ciò che più conta, è la “stima dell’effetto”, che viene classificata per entrambi gli obiettivi come “moderata” secondo criteri standardizzati – in linea coi risultati delle meta-analisi precedenti, e viene corroborata da una bassa eterogeneità. È ragionevole supporre che simili risultati sottendano anche vantaggi rispetto alla depressione ed in generale alla qualità di vita.

Pur nella esplicita consapevolezza di non avere scritto la parola definitiva, gli Autori definiscono i loro risultati come “vitali e puntuali” per aiutare clinici e chi pratica assistenza, semmai puntando a trovare strategie per garantire la aderenza dei pazienti ai programmi di attività motoria. Se pensiamo al titolo del 22° Congresso nazionale AIP [“Dopo la pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età”], il messaggio mi sembra suoni forte e chiaro.”

[#] Zhou, S.; Chen, S.; Liu, X.; Zhang, Y.; Zhao, M.; Li, W. Physical Activity Improves Cognition and Activities of Daily Living in Adults with Alzheimer’s Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 1216. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031216>

La settimana scorsa si è tenuta a Cagliari, in una bellissima località di saline e di fauna strepitosa, il **Congresso regionale sardo**. Un programma molto significativo, incentrato sulle potenzialità del nostro cervello, che ha visto anche la partecipazione di filosofi e di altri esperti. Non poteva essere una partenza migliore per la nuova Presidente della sezione, Daniela Viale. Grazie.

Infine, un particolare ringraziamento a chi ha reso possibile la perfetta realizzazione del Congresso nazionale, in particolare alla dottoressa Chiara Billi di MCI. Grazie a tutti i partecipanti, ai relatori invitati e ai colleghi che hanno presentato comunicazioni libere e i poster. Grazie infine agli sponsor, che hanno reso possibile un evento libero e vivace. Grazie, e non per ultimi, ai componenti il Consiglio Direttivo di AIP, che hanno contribuito con idee e suggerimenti alla realizzazione del Congresso.

Adesso inizia un'altra fase del nostro lavoro, con i programmi dei prossimi mesi: i **webinar – Seminari di psicogeriatrica** che riprenderanno in settembre, l’**Alzheimer Fest** (9-11 settembre), il **convegno di Trieste** (20-22 ottobre), la **5° Giornata nazionale contro la solitudine dell’anziano** (Padova, 15 novembre), l’**evento di fine anno a Napoli** (14-16 dicembre, per la crescita di una comune coscienza sull’adeguatezza in tutto il nostro Paese dei servizi per l’anziano fragile).

Continua anche **SoloLine** (in allegato la locandina); sottolineo l’importanza, soprattutto in estate, di questo contatto tra chi è solo ed esperti in grado di offrire supporto. Richiamo il fatto **che il grande caldo di queste settimane aumenterà la solitudine degli anziani e quindi il bisogno di contatti e di assistenza**; a questo proposito faccio presente che durante la grande crisi del 2003 gli anziani hanno lamentato soprattutto la mancanza di punti di riferimento ai quali chiedere aiuto. In quell’anno, i

due fattori che principalmente hanno concorso a creare danni alla salute sono stati la lunghezza del periodo di grande caldo (da maggio a settembre) e la ridotta escursione termica tra giorno e notte. Speriamo non si ripetano condizioni così drammatiche; però sono anche certo che la nostra preparazione ad affrontare le crisi è molto più adeguata rispetto a quegli anni (ricordo che dopo il 2003 in molte città sono state istituite, in collaborazione con la protezione civile, le “anagrafi della fragilità”, per permettere interventi mirati e tempestivi in condizioni di emergenza).

Con il consueto, ma sempre rinnovato augurio di buon lavoro

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

Newsletter AIP – 20 maggio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

tra tre giorni inizia al Palazzo dei Congressi di Firenze il 22° Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría. Come tutte le vigilie, è un tempo di attesa e di ansia, anche perché è il Congresso della rinascita, dopo che per due anni, nel 2020 e nel 2021, abbiamo organizzato tutto solo per via telematica. Fare previsioni è sempre rischioso, però spero che il Congresso serva a ridare unità al “popolo intelligente della psicogeriatría” e a valutare con serenità, ma con determinazione, gli effetti della pandemia, senza gli opposti estremismi dell’“andrà tutto bene”, “è stata un’importante lezione” e, dall’altra parte, “saremo peggio di prima”, “la crisi è stato il regno dell’io”. Ma il Congresso sarà soprattutto importante per la trasmissione e la condivisione del sapere: saranno presentate 80 relazioni su invito, 66 comunicazioni libere, 60 poster.

Nella prossima newsletter, a caldo, comunicherò se gli obiettivi attesi sono stati raggiunti... spero di non deludermi e di non deludere chi è stato a Firenze e chi ci seguirà sul sito (le diapositive presentate potranno essere consultate dai soci AIP).

Al Congresso saranno presentate le **altre attività AIP del 2022**. Le riassumo rapidamente, in modo da informare chi fosse interessato (per chiarimenti è possibile contattare la segreteria AIP al numero: 030-3757538 o all’indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it):

- **4° Congresso nazionale Giovani AIP** “Giovani medici per vecchi pazienti” – Torino, 26-28 maggio
- **Alzheimer Fest** “Rinasci-menti. L’arte della cura” – Firenze, 9-11 settembre
- **Congresso “Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell’incontro”** – Trieste, 20-22 ottobre
- **5° Giornata nazionale contro la solitudine dell’anziano** “Covid, isolamento, solitudine” – Padova, 15 novembre
- **Convegno “I servizi per l’anziano fragile. Alla ricerca di un’omogeneità su tutto il paese”** – Napoli, 14-16 dicembre
- **Webinar**

A questi eventi vanno aggiunti quelli che saranno organizzati dalle singole regioni AIP e che saranno pubblicati sul sito appena i programmi saranno pronti. Oggi è in corso il Congresso della sezione regionale sarda dal titolo: “Neurodegenerazione e protezione in psicogeriatría”.

Il *Corriere della Sera* ha recentemente pubblicato un’inchiesta dal titolo: **“Assistenza a 3.5 milioni di anziani non autosufficienti: la vergogna d’Italia”**. Purtroppo, si tratta dell’ennesima denuncia (anche se sono sempre importanti!), alla quale non segue alcun provvedimento concreto. L’Italia è piena di “tavoli” di persone che discutono su questi problemi, senza nessuna partecipazione emotiva rispetto alla sofferenza di tanti nostri concittadini; in questa atmosfera di scarsa o nulla sintonia con il dolore, aspettare un mese, un anno, tre anni per passare alla concretezza delle soluzioni non è rilevante. Se, invece di burocrati e politici un po’ bolliti, si chiedesse a chi lavora nel campo di indicare la soluzione dei problemi sarebbe più facile. Sarò certamente accusato di superficialità per questa

affermazione, ma non vedo altre strade! Ma la comprensione dell'altro nelle sue difficoltà e la capacità di affrontare i problemi sono spesso tra loro collegate, la chiave per raggiungere risultati importanti. Al proposito sono stato molto colpito dalle affermazioni del ministro Speranza (persona seria!), secondo il quale in tre anni l'Italia sarà in grado di portare l'assistenza domiciliare a coprire il 10% degli anziani. Nessuno l'ha informato che, oltre a mancare il personale (molte migliaia di medici, infermieri, OSS, ecc.), manca completamente l'organizzazione strutturale per garantire questo servizio. Il PNRR nel documento attuativo indica: "L'approvazione del disegno di legge delega avverrà entro la primavera '23 e la promulgazione dei decreti delegati entro il primo semestre '24"; e poi? In due anni dovremmo mettere in piedi un'organizzazione complessa, sapendo che dal 2026 il sistema Italia dovrà continuare con fondi propri la gestione dei servizi realizzati. In due anni dovrà essere strutturato tutto il sistema, collaudato e portato a regime prima della fine del PNRR. Saremmo davvero felici se tutto questo potrà avvenire; però, non possiamo negare una fortissima preoccupazione! Insisto, molti di noi sanno cosa vuol dire un mese di fatica per una famiglia che deve assistere a casa una persona anziana fragile e non autosufficiente... mentre le previsioni pubbliche sono pluriennali e incerte!

Non voglio ritornare sul tema RSA, un buco nel PNRR che non ha alcuna giustificazione, se non quella che quest'ultimo è stato predisposto in un momento di pesante attacco a queste realtà, condotto senza reali motivazioni, se non quelle di una vetero-ideologia. Qualsiasi sia la ragione "politica" di questa gravissima mancanza, **oggi rileviamo la crisi di una rete che funziona, gestita con serietà e in grado di rispondere ai bisogni di molti nostri concittadini, anche se sottodimensionata sul piano qualitativo e pesantemente sottofinanziata**. Sarebbe opportuno occuparsene seriamente, però, se confrontiamo la crisi delle RSA con la gestione di altre vicende di questo tempo, dalla pandemia all'Ucraina, si giustifica il tutto, nello squallore di una politica miope... Se Draghi e Mattarella avessero personalmente il tempo di occuparsi di RSA, certamente le cose andrebbero meglio...

Di grande interesse un punto di vista pubblicato su *JAMA Psychiatry* del 4 maggio dal titolo: "**Physician-Assisted Death for Patients with Dementia**". Nella conclusione si stressa, in particolare, la difficoltà di decidere nel caso di pazienti vulnerabili come chi è affetto da demenza. "La demenza può causare una sofferenza insopportabile e irrimediabile e quindi il suicidio medicalmente assistito può essere un'opzione. Però, i pazienti nelle prime fasi della malattia che considerano la possibilità del suicidio assistito devono essere messi al corrente del fatto che la progressione della malattia non è sempre accompagnata da un aumento della sofferenza. Prendere una decisione su questi argomenti è sempre un dilemma per pazienti, famiglie e professionisti". Fortunatamente da noi il problema è ancora limitato nelle sue dimensioni; però, è importante che la comunità che cura le persone affette da demenza sia preparata ad affrontare queste delicatissime decisioni.

Un articolo di *JAMDA* del 6 maggio riporta **l'impatto dei sintomi psicotici sulla qualità della vita dei residenti nelle strutture per anziani**. I deliri e le allucinazioni hanno un effetto molto pesante, che permane anche correggendo per agitazione, ansia e depressione. Il lavoro insiste sulla necessità di cure adeguate, sia sul piano farmacologico che di altri interventi, per garantire una discreta qualità della vita delle persone ospiti delle strutture per anziani.

In questo momento nel quale è particolarmente difficile l'interpretazione del fenomeno delle reinfezioni in soggetti vaccinati (problematica sulla quale si è soffermato anche il *NYT* del 16 maggio, con un articolo nel cui titolo è scritto che la variante Omicron ha dato grandi sorprese anche agli scienziati), è molto utile la lettura della review pubblicata il 2 maggio da *Nature* sull'**epidemiologia della genetica umana del Covid-19**. È un ambito di grande importanza per comprendere i meccanismi causali che spiegano le ragioni per le quali alcuni individui sono gravemente colpiti dalla malattia dopo l'infezione con il Coronavirus (SARS-CoV-2), a differenza di molti altri.

JAMDA ha in pubblicazione in uno dei prossimi numeri un dato interessante, riguardante **la resistenza dei centenari a condizioni stressanti**. È un vecchio interrogativo, che non trova risposta sul piano delle ragioni che possano spiegare il perché di una più elevata capacità di resilienza dei centenari rispetto alle età precedenti. In questo lavoro, condotto su un ampio database, si dimostra che il trasferimento dei centenari residenti in casa di riposo in ospedale è meno frequente rispetto a quanto avviene per altre età della vita. Questi dati ripropongono l'interrogativo sulle possibili ragioni (genetiche, psicologiche, ambientali, ecc.) della resilienza dei molto, molto vecchi. La loro comprensione potrebbe fornire importanti informazioni su come invecchiare in salute.

Il consueto contributo di Mauro Colombo arricchisce la nostra newsletter con osservazioni sempre originali:

“La newsletter AIP ha già preso in considerazione i fattori di rischio per la demenza, in particolare la dozzina identificata dalla commissione Lancet. Tra questi fattori rientra il deficit uditivo – accreditato della responsabilità per lo 8% dei casi mondiali, nell'ambito di una crescente mole di prove a carico dei disturbi sensoriali. Minore attenzione è stata dedicata però ai deficit sensoriali visivi ed uditivi abbinati, la cui frequenza raggiunge il culmine sopra gli 80 anni, arrivando ad interessare più di 1 persona su 10. Perciò, JAMA del 5 maggio [1] presenta un lavoro i cui Autori riprendono un articolo di circa 1 anno fa, nella medesima rivista, approfondendo la indagine prospettica di coorte sulla salute cardiovascolare [“Cardiovascular Health Study”], condotta tra il 1992 ed il 1999. Sono stati presi in considerazione 2.927 ultra65enni [età media 74,6 anni, 58,2% femmine], scervi da demenza all'inizio di 8 anni di osservazione. Nell'arco di 14.455 persone-anno di osservazione, il 72,9% dei soggetti ha conservato l'integrità dei 2 apparati sensoriali, mentre il 12,4 % ha sviluppato un deficit visivo isolato, il 10,6% un deficit uditivo isolato, contro un 4,1% che è andato incontro a doppio deficit. Le persone nelle ultime 3 categorie erano più vecchie di 1-2 anni, rispetto a quelle integre in vista e udito. Viene confermato il ruolo dei deficit sensoriali isolati nei confronti della demenza, con incrementi circa del 50% nel rapporto tra tassi di rischio [“hazard ratio” (HR)] per entrambi. Ma per il doppio deficit tale rapporto sale a 2,6 per la demenza globalmente intesa, ed a 3,67 per la demenza di Alzheimer. La situazione si presenta più sfumata riguardo alla demenza vascolare, nei cui confronti il solo deficit uditivo si presenta sicuramente abbinato in termini statistici [HR = 1,66]. Ricorrendo a statistiche particolarmente attente agli sviluppi temporali, la soglia finché il doppio deficit sensoriale incida sullo sviluppo di demenza viene individuata in oltre 2 anni di durata, con un incremento del 31% per ogni anno di persistenza del disturbo uditivo e visivo abbinato. Secondo l'editoriale di accompagnamento [2], di fronte a tali risultati, diventa difficile banalizzare il rapporto tra sviluppo di demenza e deficit sensoriale abbinato, di cui – più ancora che l'articolo originale – indica possibili meccanismi fisiopatologici sottostanti: i possibili mutamenti strutturali indotti nel cervello dalla duplice deafferentazione – difficilmente compensabile – compresi la atrofia e la ri-organizzazione corticale; il “carico cognitivo” imposto dalla degradazione del segnale sensoriale; l'isolamento sociale e la solitudine percepita, evidenziati dalle indagini epidemiologiche. La modificabilità di tale rapporto mediante interventi sostitutivi e protesici viene proposta come argomento per future indagini, tenendo conto che si tratterebbe di uno dei pochi fattori di rischio modificabili in età avanzata. Al presente, il lavoro in questione viene presentato dai 2 editorialisti come un “contributo unico” alla letteratura, in particolare – sia pure non solo – per la scelta metodologica di avere impiegato, per stimare il deficit sensoriale, il punto di vista funzionale percepito soggettivamente dai diretti interessati, rivolgendo loro domande semplici, facilmente adottabili nella pratica clinica quotidiana. Vale la pena di segnalare che in data 25 aprile JAMA Neurology ha pubblicato direttamente in rete un “rapporto breve” [3] che propone esplicitamente di aggiungere il deficit visivo nel pannello dei fattori modificabili identificati dalla commissione Lancet, che includono solo il disturbo uditivo tra quelli collegati al rischio di demenza. Studiando 16.690 ultra50enni di ambo i sessi – metà dei quali ultra65enni, nell'ambito della ricerca su salute e pensionamento [“Health and Retirement Study”], i fattori della commissione Lancet sarebbero responsabili del 62% dei casi di demenza negli Stati Uniti. La “frazione di popolazione attribuibile” [la proporzione di casi di demenza che sarebbero potenzialmente prevenuti se un fattore di rischio fosse eliminato] più alta spetta alla ipertensione arteriosa (12%), ma al deficit visivo spetterebbe un 1,8% dei casi: tradotto in termini concreti, si tratterebbe di oltre 100.000 persone.”

- [1] Hwang, P. H., Longstreth, W. T., Jr, Thielke, S. M., Francis, C. E., Carone, M., Kuller, L. H., & Fitzpatrick, A. L. (2022). Longitudinal Changes in Hearing and Visual Impairments and Risk of Dementia in Older Adults in the United States. *JAMA network open*, 5(5), e2210734. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10734>
- [2] Reed, N. S., & Oh, E. S. (2022). New Insights Into Sensory Impairment and Dementia Risk. *JAMA network open*, 5(5), e2210740. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10740>
- [3] Ehrlich, J. R., Goldstein, J., Swenor, B. K., Whitson, H., Langa, K. M., & Veliz, P. (2022). Addition of Vision Impairment to a Life-Course Model of Potentially Modifiable Dementia Risk Factors in the US. *JAMA neurology*, e220723. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0723>

Ricordo l'impegno per l'iscrizione all'AIP, condizione che garantisce la nostra possibilità di lavorare in maniera indipendente, avendo come guida solo l'impegno a costruire ipotesi assistenziali adeguate alla sofferenza di molti anziani.

È sempre attiva la nostra helpline **Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano**, che offre il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. In allegato la locandina.

Invito infine i lettori di questa newsletter a **inviare alla nostra segreteria articoli** che possano essere pubblicati sui prossimi numeri della nostra rivista scientifica quadrimestrale *Psicogeriatría*.

Sperando di incontrare molti di voi a Firenze tra tre giorni, un cordiale augurio di buon lavoro

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

Newsletter AIP – 13 maggio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

“no, ministro, attorno alle case di riposo non è stato steso alcun anello protettivo”. È il titolo di un polemico editoriale uscito su *BMJ* il 3 maggio. Riprende una dialettica molto viva, sviluppatasi in Inghilterra e che ha colpito anche noi.

Ma ancora oggi sembra che la politica non consideri il complesso dell’assistenza a lungo termine come parte del sistema per garantire salute e benessere. Forse, trattandosi nella grande maggioranza di servizi formalmente privati, lo stato e le regioni non li considerano come cosa propria e quindi abbandonano un pezzo importantissimo dei servizi alla persona al proprio destino. Già ne avevamo avuto sentore durante la pandemia, con le famose dichiarazioni di alcuni assessori, ma oggi si va verso il peggio. A nessuno importa, nemmeno a parole, e sarebbe già qualche cosa, del drammatico aumento di tutti i costi, della mancanza di operatori di ogni livello. Non comprendo, da osservatore esterno, dove le autorità vogliano condurre il mondo delle RSA e strutture simili. Si potrebbe pensare ad una sorta di senso di colpa per non averle inserite nel PNRR; ma, adesso, cosa si pensa di fare? Restiamo in attesa che le molteplici commissioni ministeriali concludano positivamente i loro lavori (e sono davvero curioso di conoscere come potranno davvero concluderli senza tener conto delle RSA!). I “tavoli” politici non risolvono i problemi concreti; ad esempio, in questo momento di gravissima mancanza di operatori, molte RSA si sono rivolte da sole a mediatori di vario tipo per “importare” manodopera da alcuni Paesi esteri. Perché il Ministero non ha raccolto le esigenze delle Regioni provvedendo direttamente alla ricerca di manodopera, evitando così incertezze e problemi alle singole strutture? Perché ha tardato così tanto per approvare l’estensione della validità dei permessi di lavoro? Perché, perché? Questo atteggiamento di chiusura impedisce anche eventuali tentativi di cambiamento, perché di fronte al disastro si cerca – giustamente – solo di sopravvivere; a questo proposito è interessante leggere l’editoriale di *JAMA* dell’11 maggio, nel quale si presenta un report steso da un gruppo di Accademie americane (scienze, ingegneria e medicina), intitolato “The National Imperative to Improve Nursing Home Quality”. Fortunatamente la presidenza Biden si è dimostrata attenta a questo documento: e in Italia?

Come è possibile che i cittadini si fidino della cosiddetta scienza? *BMJ* del 4 maggio pubblica un editoriale che riferisce di un trial dell’OMS, il quale avrebbe dimostrato che il remdesivir ha “small effects” sulla mortalità e la progressione verso la ventilazione dei pazienti affetti da Covid-19. Che differenza dal report del febbraio 2021, quando dati preliminari suggerivano che la molecola ha scarso o nessun effetto sui pazienti ricoverati per Covid-19! *BMJ* critica anche il ritardo con il quale sono stati pubblicati i dati, quasi WHO non volesse smentire le prime indicazioni, per non ammettere che, oltre alla vaccinazione, anche altri interventi sono efficaci. Questi comportamenti sono estremamente dannosi in senso assoluto, soprattutto perché diffondono scetticismo sul valore effettivo delle scoperte scientifiche.

L’OMS continua disseminare confusione e incertezza; anche il recente rapporto nel quale si dichiara che il numero dei morti causati dal Covid-19 è gravemente sottostimato non sembra stato prodotto

per migliorare la qualità dei servizi. Lo sapevamo già che le nazioni povere non sono in grado di rilevare con precisione la propria situazione epidemiologica; lo sapevamo già che i Paesi guidati da dittatori tendono a diminuire il numero dei morti per evitare critiche alla propria capacità di affrontare l'epidemia! E che dire dell'India, che ha una forma di governo non proprio democratica, che ha rifiutato i dati dell'OMS. Vi è poi il mistero della Cina, che ha adottato misure estreme in presenza di una limitatissima diffusione del virus; è difficile non pensare che, invece, dietro questi provvedimenti si nascondano situazioni molto più gravi, che giustamente preoccupano il governo cinese. Di fronte a queste realtà ci si potrebbe aspettare interventi più netti e mirati da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità... invece si è limitata a criticare il lockdown imposto in Cina.

Sempre in ambito Covid-19, da più parti si dibatte sul futuro prossimo, con molta incertezza.

L'agenzia europea dei medicinali ha lanciato un allarme sulle nuove varianti 4 e 5 di Omicron; molte voci descrivono un ottobre con toni di grande allarme. In questa luce ritengo superficiali le decisioni di alcune amministrazioni di chiudere, e spesso smantellare, le strutture messe in piedi per combattere la pandemia: perché tanta fretta? Non era possibile, in alternativa, attuare piani di risparmio senza chiudere?

Mentre si lavora nell'incertezza attorno alle problematiche infettivologiche, ben altre certezze troviamo attorno ai progressi della tecnologia. *The Economist* del 7 maggio riporta in copertina il titolo di un editoriale: "The quantified self, come i dati possono aiutarvi a vivere a lungo". Scrive l'editore: "La medicina è un'industria conservatrice. Attenzione a ritardare il successo della medicina digitale, non per legittime preoccupazioni circa la sicurezza, ma per l'inerzia dei regolatori, di garanti degli standard, delle assicurazioni e delle suole di medicina". L'articolo presenta un'immagine molto positiva delle nuove tecnologie, in particolare degli apparecchi indossabili, perché sarebbero in grado di controllare in tempo reale le crisi e indicare i provvedimenti da adottare. Non vogliamo accodarci ai critici di queste innovazioni; non vi è però dubbio che il rapporto con il mondo reale deve essere conservato, con le necessarie mediazioni. Non è solo il dato biologico quello che determina la salute; non vorremmo che nei Paesi ricchi si diffondesse l'uso di questi strumenti, perché aiuterebbero a vivere a lungo, distruggendo (o relegandola in un angolo come un problema dei poveri) la medicina che vive nel mondo reale e che è in grado di regolare il passare degli anni, con interventi che riguardano l'invecchiamento della singola persona. **La tecnologia diverrebbe la padrona della vita di tutti i cittadini; ma siamo sicuri che sarà in grado di dare risultati superiori a quelli della medicina tradizionale?** Le semplificazioni di un mondo complesso (quello della salute e della malattia) non porteranno a grandi successi.

Il consueto "Angolo" del nostro collega Mauro Colombo tocca ancora una volta tematiche di grande rilievo per chi è interessato a comprendere i **collegamenti tra la vita, le sue limitazioni e lo sviluppo di malattie croniche:**

"La newsletter del 6 maggio offre lo spunto per tornare su un argomento che avevo toccato a fine dello scorso anno, parlando delle traiettorie di invecchiamento descritte nel "CFAS" [Cognitive Function and Ageing Studies] inglesi. Nell'arco di meno di 1 anno, sono usciti alcuni studi collegabili da un filo conduttore: il rapporto tra ambiente e cervello. Brevemente:

- la lettera di ricerca su JAMA citata da Trabucchi si pone come "secondo tempo" di una indagine di cui i medesimi Autori riconoscono limiti espliciti, tra i quali la sotto-rappresentazione, nel loro campione di 408 deceduti, di soggetti appartenenti alle categorie più svantaggiate. Cionondimeno l'incremento nella "probabilità positiva" [Odds Ratio] di rilevare placche neurofibrillari alla autopsia cresce in modo del tutto lineare – vedi figura – per ogni decile di aumento nello svantaggio socio-economico, fino a diventare del 50% più elevata nella categoria più sfavorevole rispetto a quella più privilegiata. I meccanismi chiamati in causa rientrano tra quelli "classici" dichiarati dalla Commissione

Lancet [stranamente quella del 2017, non la più aggiornata (del 2020)]. Gli Autori ne invocano una comprensione fisiopatologicamente “sfumata” [1].

- Lo svantaggio socio-economico può influenzare anche l’esito dell’ictus cerebrale: è però importante non limitarsi alle spiegazioni apparentemente più semplici e dirette, quali comorbidità, fattori di rischio ed accesso alle cure, che difatti non sono riusciti a spiegare tutta la varianza, negli studi precedenti. Il reddito è risultato associato inversamente alla gravità iniziale clinica – stadiata mediante uno strumento standard [National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)] al volume della lesione cerebrale – misurata mediante risonanza magnetica nucleare – ed alla disabilità residua a 3 mesi – inquadrata mediante la scala di Rankin modificata. Risultati analoghi sono stati ottenuti impiegando l’indice di deprivazione [su base logistica/catastale], sempre nel senso di associazioni più sfavorevoli per situazioni socioeconomiche peggiori. Il rilievo più interessante è arrivato adottando una analisi statistica di mediazione: 2/3 della associazione tra stato socioeconomico ed esito in invalidità è mediato dalla gravità clinica iniziale e dal volume della lesione. Nelle parole degli Autori, ciò sposta il “fulcro della colpevolezza” dai fattori a valle verso quelli a monte dell’evento, in chiave preventiva. La scelta di un unico grande centro ha escluso la possibilità dell’ostacolo allo accesso alle cure e della eventuale differenza nei trattamenti. La relazione tra stato socioeconomico ed esiti è dovuta principalmente al coinvolgimento di grandi vasi aterosclerotici e di fenomeni cardio-embolici, a loro volta intrecciati in vario modo con l’infiammazione. Le differenze in esiti collegate allo stato socioeconomico sono risultate indipendenti da fattori clinici confondenti, si manifestano prima dell’avvio delle cure, e possono coinvolgere fattori biologici [2].

Esiste però anche il lato positivo della medaglia, nella relazione ambiente-cervello: eccone due esempi:

- Tra 5 forme di supporto sociale, la disponibilità di qualcuno disposto ad ascoltarti nel momento del bisogno è stata capace di contribuire alla “resilienza cognitiva”, in base alla quale le prestazioni sono risultate migliori di quanto ci si aspetterebbe dato il volume del cervello, secondo una osservazione trasversale riferita al seminale “Framingham Study”. Gli Autori propongono meccanismi biologici specifici per lo “ascolto supportivo”, che implicherebbe gli effetti comportamentali acuti della ossitocina, e – sui tempi lunghi – la capacità di indurre sinaptogenesi e riparazione neurale del fattore neurotrofico cerebrale [3].
- In oltre 13.000 donne reclutate nell’ambito del vasto studio sulle infermiere statunitensi, la precedente esposizione a spazi verdi residenziali – rilevata mediante satelliti nel 2013 – è risultata associata all’equivalente di un “ringiovanimento” di oltre 1 anno nelle prestazioni cognitive globali e specificatamente in capacità psicomotorie ed attentive, ma non in apprendimento e memoria di lavoro, esaminate tra il 2014 ed il 2016. L’analisi di mediazione ha chiamato in causa la depressione, escludendo invece l’inquinamento atmosferico e la attività fisica. Lo studio si allinea ad altri, sia riguardo agli effetti favorevoli [a maggior verde corrisponde meno demenza di Alzheimer] sia riguardo ai mancati riscontri [il verde non è abbinato al volume ippocampale (sinistro o destro), responsabile della memoria e dell’apprendimento] [4].”

[1] Powell, W. R., Zuelsdorff, M., Keller, S. A., Betthausen, T. J., Rissman, R. A., Bendlin, B. B., & Kind, A. (2022). Association of Neighborhood-Level Disadvantage With Neurofibrillary Tangles on Neuropathological Tissue Assessment. *JAMA network open*, 5(4), e228966. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.8966>

[2] Ghoneem, A., Osborne, M. T., Abohashem, S., Naddaf, N., Patrich, T., Dar, T., Abdelbaky, A., Al-Quthami, A., Wasfy, J. H., Armstrong, K. A., Ay, H., & Tawakol, A. (2022). Association of Socioeconomic Status and Infarct Volume With Functional Outcome in Patients With Ischemic Stroke. *JAMA network open*, 5(4), e229178. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9178>

[3] Salinas, J., O'Donnell, A., Kojis, D. J., Pase, M. P., DeCarli, C., Rentz, D. M., Berkman, L. F., Beiser, A., & Seshadri, S. (2021). Association of Social Support With Brain Volume and Cognition. *JAMA network open*, 4(8), e2121122. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.21122>

[4] Jimenez, M. P., Elliott, E. G., DeVille, N. V., Laden, F., Hart, J. E., Weuve, J., Grodstein, F., & James, P. (2022). Residential Green Space and Cognitive Function in a Large Cohort of Middle-Aged Women. *JAMA network open*, 5(4), e229306. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9306>

Tra pochi giorni si terrà a Firenze il 22° Congresso nazionale AIP (23-25 maggio). Il programma definitivo è consultabile sul nostro sito. È prevista un’affluenza superiore alle stesse nostre attese.

Come ho già avuto modo di commentare, vi è evidentemente voglia di normalità, di incontro, di scambi scientifici assieme a quelli umani. Sarò molto lieto di poter incontrare colleghe e colleghi che ci seguono su questa newsletter, anche per ricevere qualche indicazione sui temi da affrontare in futuro nei diversi impegni di AIP, perché di loro maggior interesse.

Mercoledì scorso **si è concluso, con la lezione del prof. Umberto Albert, il ciclo dei webinar AIP – Seminari di Psicogeriatría** (sono stati 6). Come si può comprendere dal sito, dove le videoregistrazioni sono accessibili solo per i soci della nostra Associazione, si tratta di argomenti di grande interesse sia pratico che teorico, in linea con la tradizione di AIP. I 6 webinar tenuti nel 2022 hanno ciascuno registrato una partecipazione che varia tra 150 e 250 colleghe e colleghi.

Segnalo che dal 26 al 28 maggio si terrà a Torino il **4° Congresso nazionale Giovani AIP** “Giovani medici per vecchi pazienti”. In allegato il programma e la scheda di iscrizione. Per qualsiasi necessità potete contattare la segreteria organizzativa all’indirizzo email: iscrizioni@pelagusofficia.it.

Ricordo infine che è sempre attivo il numero verde della nostra **Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell’anziano**, che offre il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. In allegato la locandina.

Un cordiale saluto

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



Torino



26 27 e 28 maggio 2022

Presidente del Congresso : M. Trabucchi

Presidente Onorario : T.D.Voci

Comitato Scientifico

Responsabile : M. Massaia

**Componenti : A. Bianchetti, S. Cappa, A. M.Cotroneo, F. Di Stefano,
D. Leotta , A. Papa, L. Serchisu, C. Serrati, N. Veronese, O. Zanetti**

1 giornata

h. 10.00 Apertura dei lavori e saluto autorità *A. M. Cotroneo – M. Massaia - L. Serchisu*

h. 10.30 Presiedono : *. M. Cotroneo – M. Massaia*

Giovani Medici per vecchi pazienti *M. Trabucchi*

La depressione in età geriatrica *D. De Leo*

h. 11.30 SIMPOSIO 1 – Neuropsicologia

Coordinatore: *D. Leotta -L. Malimpensa*

La relazione paziente – familiare - operatore *C. Chiavarino*

Il ruolo dello psicologo in ambulatorio *D. Vai*

Ascoltare e curare *S. Eleuteri*

Take Home Messages *F. Santagata*

h.12.30 Presiede : *C. Miceli*

Long term Care : il paziente tipico *N. Veronese*

h. 13.00 lunch

h. 14.00 2 Simposio

Coordinatore *E. Canonico*

Prevenzione e management del delirium *G. Bellelli*

Le cadute *S. Bonanzinga*

Le pneumopatie interstiziali nell'anziano *A. D'Urso*

h. 15.00 Moderatori : *G. Di Gravina – V. Tibaldi*

La Telemedicina : limiti, efficacia e prospettive *M. Massaia*

La Teleriabilitazione *S. Cappa /S. Bottiroli*

h. 15.45 Presiede : *I. Rainero*

Il ruolo della funzione mitocondriale nel decadimento cognitivo *P. D'Amelio*

h. 16.15 Simposio : Dove siamo arrivati e dove andremo

Coordinatore : *O. Zanetti*

La cura della Malattia di Alzheimer *E. Calvi*

le SNAP, definizione e diagnosi clinica *E. Mossello*

La gestione ospedaliera del pz con Alzheimer *C. Luppi*

Take Home Messages *F. Di Stefano*

h. 17.15 Conclusione 1 giornata

h. 17,30 Premio C. Liffredo

Welcome Cocktail

h.9.00 Presiede : *A. Papa*

Gli NPS nella demenza : riconoscerli e trattarli *C. Vampini*

h.9.30 Simposio 3 Ansia e sonno

Coordinatore : *A. Cicolin/G. Isoardo*

La gestione dei disturbi del sonno nell'anziano *C. A. Artusi*

Disturbi del sonno e decadimento cognitivo *M. Papurello*

Ansia e disturbi del sonno *L. Serchisu*

Take Home Messages *D. Persico*

h. 10.30 Coffe Break

h. 10.45 Simposio 4 Nutrizione e attività fisica

Coordinatore : *R. Rozzini*

Il ruolo dell'attività fisica nell'anziano *G. Parodi*

Il ruolo della nutrizione equilibrata nell'anziano *L. Ingnoli*

Stili di vita : prevenzione o terapia *D. Addesi*

Take Home Messages *F. Gissi*

h. 11.45 Simposio 5 SNC

Coordinatore : *S. Cappa*

M. di Parkinson *A. Pilotto*

Demenza vascolare *F. Coccia*

Demenza Frontale temporale *U. Manera*

Take Home Messages : *M. Marabotto*

Presiede : *D. Leotta*

La Lewy Body Dementia *P. Cagnin*

h. 13.30 Lunch

h. 14.30 Simposio 6

Coordinatore : *P. Sapone*

Neuroinfiammazione e depressione *L. Espa*

Neuroinfiammazione e decadimento cognitivo *B. Giordano*

Neuroprotezione *L. Sarro*

Take Home Messages *D. Bianca*

h.15.30 Simposio 7 Aspetti psicogeriatrici del pz affetto da ictus

Coordinatore : *C. Serrati*

Ictus e delirium

G. Isaia

Ictus e depressione

E. Salvatore

Ictus e deterioramento cognitivo

S. Mondino

Take Home Messages : *C. Noviello*

h.16.30 Presiede : *G. Emanuelli*

L'antifragilità *G. Vercelli*

h.17.00 Presiede : *A. M. Cotroneo*

Update sulla terapia con monoclonali nella malattia di Alzheimer *M. Massaia*

h. 17.30 Conclusione 2 giornata

h. 20.30 Cena sociale

3 giornata

h.9.00 Presiede : *B. Ingnoli*

Valore dell' interpretazione del ritmo nictemerale per la diagnosi precoce di OSAS nel paziente iperteso

P. Lentini

h. 9.30 Moderatori : *G. Leone – T. D. Voci*

Psicogeriatrica e comorbidità

L'anziano in PS –DEA

V. Natale

Disfunzione tiroidea nell'anziano

F. Corica

Lo scompenso Cardiaco e FA

M. Giammaria

h. 10.30 Coffee Break

h. 10.45 Presiede : *S. Taraglio*

PNNR e potenzialità organizzative assistenziali psicogeriatriche *G. Gelmini*

h. 11.15 Moderatori : *A. Bellora – D. Martelli*

Le pandemie e la medicina geriatrica *G. Battaglia*

Approccio multifattoriale al disturbo neurocognitivo lieve *M. Massaia*

Uso dei farmaci nell'anziano *P. Gareri*

12,15 Take Home Messages : *F. Santagata - F. Di Stefano – D. Persico – F. Gissi*

M. Marabotto – D. Bianca – C. Noviello

h.13.00 Conclusione dei lavori *A.M.Cotroneo - M. Massaia – L. Serchisu*

INFORMAZIONI GENERALI

crediti ECM previsti: 17

DESTINATARI:

Giovani Medici: *geriatri, internisti, neurologi, psichiatri*
Giovani Psicologi

PROVENIENZA: territorio nazionale

ISCRIZIONE

L e iscrizioni dovranno essere effettuate facendo pervenire alla segreteria organizzativa
iscrizioni@pelagusofficia.it

entro e non oltre il 16 maggio 2022 la scheda iscrizione allegata compilata in maniera leggibile in ogni sua parte e firmata, e la ricevuta di avvenuto bonifico in casa di pagamento della quota d'iscrizione.

Pagamento quota tramite bonifico bancario a favore di MANAGER Srl – Banca CR ASTI – IBAN

IT37G060850100100000002155

CAUSALE: *NOME e COGNOME – congresso nazionale giovani aip*

SI CONSIGLIA DI VERIFICARE CON LA SEGRETERIA LA DISPONIBILITA' DI POSTIPRIMA DI EFFETTUARE IL BONIFICO

costo: € 500,00 - comprende:

PARTECIPAZIONE AI LAVORI:

kit congressuale, partecipazione al corso, materiale ECM, attestato di partecipazione,
attestato attribuzione crediti agli aventi diritto

&

FORMULA CAMPUS:

n° 2 pernottamenti, coffee break, welcome cocktail, colazione di lavoro, n° 2 cene

[ITCILO: International Training Centre of the ILO](#)

Viale Maestri del Lavoro, 10, 10127 Torino TO

Provider e segreteria organizzativa:



Manager s.r.l. C.so F. Turati 11/C – 10128 Torino (TO)

&

PELAGUS Officia

370.3773395 - segreteria@pelagusofficia.it

Con il contributo non condizionante di:

Gold Sponsor



Silver Sponsor



Bronze Sponsor



**Angelini
Pharma**



VIATRIS

Sponsor



**NEOPHARMED
GENTILI**



Per garantire una corretta registrazione ai fini ECM occorre compilare **in modo leggibile tutti i campi obbligatori**, firmare e rispedire via mail a iscrizioni@pelagusofficia.it

Riferimenti del corso	26,27,28 MAGGIO 2022	4° incontro Nazionale Giovani AIP	
Dati Anagrafici	Cognome	Nome	
	Data di nascita	Comune di nascita	Provincia
Residenza	Via e numero civico		
	Comune	CAP	Sigla Provincia o Nazione
Contatti	N. tel lavoro (NON OBBLIGATORIO)		N. tel domicilio (NON OBBLIGATORIO)
	N. cellulare		Indirizzo e-mail
Dati fiscali	Codice fiscale		Partita IVA (NON OBBLIGATORIO)
Posizione lavorativa	Sede lavoro ASL/ASO/Ente		Reparto (ES. Medicina/Geriatria/ etc.)
Iscritto a	Albo professionale: <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Psicologi di _____(provincia)		Numero iscrizione Albo: _____
Professione	<input type="checkbox"/> Medico specialista in <input type="checkbox"/> GERIATRIA; <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA; <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA; <input type="checkbox"/> PSICHIATRIA; <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA;		Psicologo specialista in <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA;

Allego ricevuta di pagamento quota iscrizione e modulo raccolta dati per fatturazione (obbligatorio)

ovvero, in caso di iscrizione a carico di sponsor : reclutamento diretto: azienda _____
allego anche modello di autocertificazione reclutamento diretto

ovvero, in caso partecipazione in qualità di docente : Ospite del comitato organizzatore

comunicazione di eventuali allergie e/o intolleranze alimentari:

Informativa sul trattamento dei dati personali

La presente per informarLa che presso la nostra azienda viene effettuato il trattamento dei Suoi dati personali nel pieno rispetto della vigente normativa nazionale e comunitaria in materia di trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del REGOLAMENTO UE 679/2016 la informiamo che:

1. **Finalità del trattamento:** I dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività dell'impresa secondo le seguenti finalità:
 - a) dirette esclusivamente all'assolvimento degli obblighi contrattuali o per l'acquisizione di informative precontrattuali, nonché per informazioni relative a richieste dell'interessato di forniture e servizi.
 - b) connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;
 - c) fornire informazioni su altri progetti formativi e/o eventi simili e, in generale, destinati alla Sua categoria professionale
2. **Categoria di dati raccolti:** I dati raccolti rientrano nella categoria dei dati personali identificativi (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione) strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con clienti e fornitori (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso, assolvimento degli obblighi fiscali e contabili, ecc...).
3. **Base giuridica del trattamento:** Il trattamento dei Suoi dati trattati per le finalità indicate al punto 1 lettere a) e b) della presente informativa è svolto lecitamente, in quanto:
 - è effettuato in esecuzione di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta;
 - è necessario per adempiere un obbligo legale incombente sul Titolare del trattamento (in relazione agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile);Il trattamento dei Suoi dati per le finalità indicate al punto 1) lettera c) sarà svolto esclusivamente laddove Lei abbia espresso il Suo specifico consenso per tali finalità.
4. **Modalità di trattamento dei dati:** Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In particolare la informiamo che i suoi dati sono:
 - trattati in modo lecito, corretto e trasparente;
 - raccolti per le finalità sopra determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità;
 - adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
 - esatti e, se necessario, aggiornati, cancellati e/o rettificati;
 - conservati in una forma che consenta la sua identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati;
 - trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali.
5. **Comunicazione dei dati:** Per il perseguimento delle finalità indicate i suoi dati potranno essere comunicati esclusivamente ai seguenti soggetti: istituti di credito per l'eventuale gestione di incassi e pagamenti derivanti dall'esecuzione di contratti; società o soggetti terzi incaricati di servizi di stampa, imbustamento, spedizione e/o consegna di documenti; corrieri e spedizionieri di servizi postali; società, consulenti o professionisti eventualmente incaricati della installazione, della manutenzione, dell'aggiornamento e, in generale, della gestione dei sistemi informativi e non del titolare; società di recupero, cessione e tutela del credito; studi professionali e di consulenza legale, fiscale, commerciale, del lavoro e organizzativa; collaboratori aziendali e dipendenti incaricati dei trattamenti; nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti, nonché degli obblighi derivanti dalla legge o che hanno accesso ai dati personali in forza di provvedimenti normativi o amministrativi.
Tali soggetti svolgono la funzione di Responsabile esterno del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti Titolari del Trattamento.
L'elenco completo dei responsabili è comunque disponibile presso la sede dell'azienda e per reperirlo è sufficiente rivolgersi al Titolare sopra indicato.
6. **Diffusione dei dati e profilazione:** Per il perseguimento delle finalità indicate i Suoi dati non saranno soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.
7. **Trasferimento all'estero:** I suoi dati personali non sono trasferiti fuori dal territorio nazionale.
8. **Obbligatorietà/facoltatività del conferimento dei dati:** Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali, può essere:
 - strettamente necessario alla gestione ed esecuzione dei rapporti contrattuali in essere ovvero in corso di costituzione, ovvero per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
 - obbligatorio in relazione agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;
9. **Rifiuto di conferimento dei dati:** L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali per le finalità indicate al punto 1 della presente informativa comporta l'impossibilità di procedere alla corretta e completa esecuzione del contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta.
10. **Periodo di conservazione dei dati:** I dati personali che La riguardano saranno conservati in una forma che consenta la sua identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, e comunque nel rispetto degli obblighi di legge relativi ai tempi di conservazione dei dati (accertamenti fiscali e termini di prescrizione per l'esercizio dei diritti).
11. **Diritti dell'interessato:** In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:
 - a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
 - b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
 - c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
 - d) ottenere la limitazione del trattamento;
 - e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
 - f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;

opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
proporre reclamo a un'autorità di controllo.

%&"HHC@AF98E@HF5HH5A9BHC9fID9e5: I G'X]5b]U7cfcbyc]b dYfgcbUXY"Y[UY fUddfYgYbRUbHY Wb g'XY]b Wfgc'cfVUggUbc &&hc]bc

13. I diritti di cui sopra potranno essere esercitati con richiesta scritta rivolta al titolare del trattamento via lettera raccomandata o anche via mail a segreteria@pelagusofficia.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

presa visione della nostra informativa sulla privacy sopra riportata, la invito a indicare di seguito le sue preferenze in merito al trattamento dei suoi dati personali:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

a) Al trattamento per finalità riportate nell'informativa sulla privacy:

dirette esclusivamente all'assolvimento degli obblighi contrattuali o per l'acquisizione di informative precontrattuali, nonché per informazioni relative a richieste dell'interessato di forniture e servizi

b) connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali per le finalità indicate al punto a) e b) comporta l'impossibilità di procedere alla corretta e completa registrazione dell'iscrizione

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Al trattamento per finalità relative ad invio a mezzo posta elettronica o SMS, da parte della ditta PELAGUS di A.C. di comunicazioni relative ad analoghi progetti formativi e/o eventi di specifico interesse della Sua categoria professionale

Data _____

firma _____



Newsletter AIP – 6 maggio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

la settimana scorsa **si è svolto a Bertinoro, in un bellissimo luogo, un convegno destinato a mettere le basi per la costruzione di un'alleanza tra i Caffè Alzheimer di tutta Italia**. Lo scopo è diffondere buone pratiche riguardanti queste importanti realtà, al fine di permettere la realizzazione di nuovi Caffè con un'impostazione omogenea del proprio lavoro. L'Emilia Romagna è ricca di associazioni di familiari che hanno intrapreso questa strada; l'obiettivo della Fondazione Maratona Alzheimer, organizzatrice dell'incontro, in collaborazione con AIP, è quello di esplorare la concreta possibilità di realizzare Caffè Alzheimer in tutto il nostro Paese. Nel corso del convegno Andrea Fabbo, presidente della sezione emiliano-romagnola dell'AIP, ha presentato una lettura articolata sui servizi della sua regione dedicati alla demenza. **Sul sito AIP sono disponibili le diapositive presentate**, perché possono rappresentare un modello di confronto e una guida; tutto può essere migliorato, però ritengo che lo standard complessivo sia di buon livello.

NEJM del 7 aprile ha pubblicato un editoriale su **“Dieci anni di Choosing Wisely per ridurre le cure di scarso valore”**. Chi lavora nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane ricorderà quanto si è discusso su questo tema qualche anno fa; l'autore sostiene che nell'economia capitalista, orientata alla crescita, il più ha sempre rappresentato un più, mentre non è mai stato il meglio. Anche se la cultura sottostante a questo modello non è si è diffusa come si sperava, l'indicazione di fondo resta un punto fermo nella cultura per una cura responsabile.

NEJM del 14 aprile ha pubblicato un editoriale dal titolo che non traduco, perché altamente indicativo nella lingua originale: **“From Resentment to Reconnection. Reflections on Caring for the Unvaccinated”**. Scrive l'autore, un medico di Boston: “Il mio compito sarà sempre quello di superare il gap tra la conoscenza scientifica e i pazienti del mondo reale. Quelli tra costoro nei quali il gap è più ampio sono quelli ai quali io dedicherò maggiore attenzione”. Credo si possa adottare questo atteggiamento; i no vax hanno rappresentato un momento doloroso della nostra organizzazione sociale, però adesso è tempo per una “reconnection”. Peraltro, come indicato in un editoriale di *JAMA* pubblicato il 2 maggio, “la società si sta dirigendo verso una nuova normalità, che includerà la vaccinazione annuale contro il Covid-19, assieme alla vaccinazione stagionale per l'influenza”. In questo nuovo scenario non possiamo continuare a sostenere una polemica, ma dovremo accettare qualche comportamento difforme dalle regole, senza però rinunciare alla nostra fiducia nella scienza. D'altra parte, *JAMA Neurology* dell'8 marzo presenta **dati preoccupanti, riportati da uno studio condotto a Wuhan, sulla modificazione ad un anno delle funzioni cognitive in una popolazione di ultrasessantenni**. È stato dimostrato un rischio molto elevato di rilevanti compromissioni, con una progressione corrispondente alla gravità del Covid-19, che va da un rischio aumentato di 5 volte per il disturbo cognitivo precoce a 19 volte per alterazioni cognitive di lunga durata e progressive.

Lo stesso numero di *NEJM* sopracitato contiene **uno studio molto approfondito sull'efficacia del nirmatrelvir in pazienti ad alto rischio, non ospedalizzati, con il Covid-19**. Il trattamento con il farmaco, associato al ritonavir (che agisce sulla farmacocinetica), ha ridotto del 89% il rischio di progressione a un Covid-19 più grave, senza evidenti effetti avversi.

È importante notare come con il passare del tempo le riviste scientifiche pubblicano sempre più frequentemente studi metodologicamente accurati, superando l'iniziale fase critica del periodo post-pandemico, quando la fretta autorizzava anche qualche "scorciatoia", che, peraltro, non ha portato a grandi risultati sul piano della prassi clinica. Ad esempio, sono stati recentemente pubblicati **numerosi lavori sugli effetti delle condizioni di svantaggio (economiche, razziali, educative, di residenza, ecc.) e la frequenza/gravità del Covid-19**. Su questa linea, *JAMA* del 28 aprile pubblica un accurato lavoro sull'effetto indotto dalla vita in un quartiere svantaggiato sullo sviluppo di placche neurofibrillari, rilevate in studi autoptici. I dati sono particolarmente interessanti, perché fino ad ora è stato studiato solo lo sviluppo delle placche amiloidi in queste condizioni ambientali; così, invece, si arricchiscono le informazioni che permettono di dimostrare in modo più convincente il rapporto tra luoghi di vita svantaggiati e comparsa di demenza.

Mauro Colombo riprende e approfondisce con la consueta maestria alcuni temi presentati nella nostra newsletter precedente: **lo stress dei famigliari di fronte al ricovero di un proprio caro in terapia intensiva e i disordini mentali come fattore di rischio di demenza**:

"La newsletter del 29 aprile sottolinea la necessità di prestare attenzione ai familiari i cui parenti sono stati ricoverati in reparti di terapie intensive causa SARS-Covid: il punto chiave consiste nel Disturbo da Stress Post-traumatico ed in generale nello stress. Qui ribalto il punto di vista, focalizzandomi sullo stress e sui disordini mentali rispetto alle loro ricadute in termini di neuropatologia e di demenza.

Uno studio in collaborazione tra centri universitari di varie parti del mondo ha indagato l'effetto dello stress sia nella popolazione generale che tra fratelli, accedendo a registri svedesi [1]. Le coorti dei soggetti esposti e non esposti a diagnosi di stress erano molto ampie: rispettivamente 61.748 contro 595.335 nella popolazione generale, e 44.839 contro 78.482 tra i fratelli. Dopo quasi 5 anni dalla diagnosi, e con gli opportuni aggiustamenti statistici, è stato rilevato un aumento superiore al 50% nel rischio di sviluppare una malattia neurodegenerativa: il rischio variava dallo 80% per forme vascolari al 3% per le forme degenerative – in particolare del 36% per la malattia di Alzheimer; i risultati sono stati sostanzialmente sovrapponibili nelle 2 popolazioni indagate [generale e fratelli]. Non sono state rilevate invece associazioni col morbo di Parkinson o con la sclerosi laterale amiotrofica. Le diagnosi sia in ambito psichico che di esito neurodegenerativo hanno fatto riferimento alle classificazioni ICD 9 ed ICD 10. Sesso, anamnesi psichiatrica personale ed anamnesi familiare per malattie neurodegenerative sono risultate ininfluenti. Il ruolo della età merita una segnalazione particolare: se – come prevedibile – l'incidenza cumulativa di malattie degenerative cresce con il prolungarsi della osservazione, col massimo distacco tra la banda dei soggetti esposti da quella dei non esposti dopo 22 anni – l'effetto della esposizione allo stress decresceva con l'aumentare dell'età al momento della data indice: si passava da un rischio di sviluppare malattia degenerativa del 245% sotto ai 35 anni, al 171% dai 36 ai 52 anni, al 145% sopra i 52 anni; l'andamento era simile per neuro degenerazioni sia primarie che vascolari. I meccanismi fisiopatologici invocati – sia pure a livello di ipotesi – erano plausibili, con particolare attenzione alle problematiche vascolari.

Sempre in area *JAMA* – ma nella linea "Internal Medicine" – una indagine che ha esaminato 1,7 milioni di Neo Zelandesi [nati tra il 1928 ed il 1967] per 30 anni [dal 1988 al 2018] ha preso in considerazione un altro fattore modificabile per demenza – ancora, fuori dal novero elencato dalla Commissione Lancet: i disordini mentali, relativamente sotto-studiati al riguardo [2]. Come nello studio precedente, le diagnosi erano codificate mediante ICD 9 ed ICD 10; inoltre, sono state seguite le linee guida internazionali per gli studi epidemiologici "STROBE" [Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology]. All'inizio della osservazione, gli individui avevano una età compresa tra 21 e 60 anni, ed erano perfettamente bilanciati riguardo al sesso. I soggetti con disturbo mentale avevano un rischio relativo pari a 4,24 di sviluppare demenza, inoltre con un anticipo di 5 anni e mezzo, rispetto alla controparte libera da disordini mentali. Il dato si confermava anche tenendo conto dei problemi fisici precedenti e della deprivazione socioeconomica,

del sesso e della età. Riguardo alle specifiche condizioni psichiche, l'entità del rischio di sviluppare demenza spaziava da circa 3 volte per i disturbi neurotici ed i comportamenti auto-lesionisti, ad oltre 6 volte per quelli psicotici, passando attraverso le 4 volte e mezzo per i disturbi affettivi e le 5 per l'abuso di sostanze ed altri tipi di disturbi mentali. Quanto alla tipologia di demenza, si andava dalle quasi 3 volte per la malattia di Alzheimer a quasi 6 volte per le altre forme. La associazione colta tra disturbi mentali e demenza è più stretta di quella con problematiche fisiche, e della stessa forza rispetto ad altri fattori di rischio già comprovati, incluso l'allele APOE4; un eventuale rapporto causale suggerirebbe la opportunità di intervenire preventivamente, specialmente in considerazione delle età relativamente giovani coinvolte. Il fatto che forme clinicamente diverse di disturbo convergano verso la demenza fa ipotizzare differenti meccanismi eziopatogenetici: la questione viene proposta come ambito prioritario di ricerca. I presupposti ne sono stati sottolineati tramite l'attenzione a prendere in considerazione anche l'ipotesi che i disturbi mentali costituiscano un indicatore precoce di rischio piuttosto che un fattore causale di demenza: gli Autori si sono sforzati di seguire l'ordine temporale degli accadimenti, e di escludere per quanto possibile l'eventualità di una causalità inversa ed ipotesi alternative, corroborando la discussione con bibliografie di prim'ordine."

[1] Song, H., Sieurin, J., Wirdefeldt, K., Pedersen, N. L., Almqvist, C., Larsson, H., Valdimarsdóttir, U. A., & Fang, F. (2020). Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Neurodegenerative Diseases. *JAMA neurology*, 77(6), 700–709. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.0117>

[2] Richmond-Rakerd, L. S., D'Souza, S., Milne, B. J., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2022). Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia: 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens. *JAMA psychiatry*, 79(4), 333–340. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.4377>

Allego due articoli comparsi sulla stampa nazionale riguardanti le tematiche presenti nel mondo e nella cultura di AIP. Da una parte, l'intervista, pubblicata da "Salute" di *Repubblica*, che ha ripreso il tema molto discusso in AIP della solitudine dell'anziano; dall'altra, il pezzo comparso su *Corriere Salute* sulla gentilezza come caratteristica fondante del lavoro a favore delle persone fragili. Il titolo: "La natura della gentilezza si svela con chi è più fragile" è ampiamente esplicativo del significato del testo; per scrivere le poche righe ho avuto davanti agli occhi i comportamenti di tante persone preparate e generose che, anche nei momenti più difficili, quando la pressione del dovere poteva far dimenticare la gentilezza, hanno invece saputo restare fedeli ad una scelta che è umana e professionale allo stesso tempo. E che dovrebbe essere di ogni cittadino, anche nelle relazioni di tutti i giorni.

Ritorno con insistenza, della quale chiedo scusa ai lettori, alla richiesta di **iscrizione all'AIP** come mezzo per facilitare il nostro lavoro. Per maggiori informazioni potete visitare il sito www.psicogeriatría.it oppure contattare direttamente la nostra segreteria all'indirizzo aipsegreteria@grg-bs.it.

Il 4 maggio si è tenuto con successo il webinar AIP dedicato a "DaT SPECT, FDG ed Amyloid PET: uso clinico ed aspetti pratici". Il prossimo appuntamento è per mercoledì **11 maggio** con l'ultimo **webinar**; il prof. Umberto Albert tratterà di "**Le psicoterapie negli anziani**". L'iscrizione, necessaria e a titolo gratuito, si può effettuare accedendo al link riportato nella locandina in allegato.

Nei giorni scorsi abbiamo inviato a tutti il **programma definitivo del 22° Congresso nazionale AIP** (Firenze, Palazzo dei Congressi, 23-25 maggio). L'andamento delle iscrizioni, molto positivo, ha dimostrato che la crisi indotta dalla pandemia è in via di superamento: vi sono meno timori per incontrarsi, mentre prevale il desiderio di vicinanza, anche fisica, e di scambio di idee e di realizzazioni. Speriamo che l'andamento dell'epidemiologia rinforzi nei fatti questo andamento ottimistico e positivo. Mi auguro, in particolare, che le RSA possano affrontare con maggiore serenità il continuo modificarsi della situazione epidemica al quale sono sottoposte; gli operatori di ogni livello subiscono uno stress continuo, provocato dall'esigenza di cambiamenti anche giornalieri,

che rischiano di ritardare il desiderato ritorno alla normalità. È necessario creare alleanze per pensare a modelli diversi di convivenza con la malattia nelle RSA, perché le strutture non potranno sopportare ancora a lungo le attuali incertezze, senza conseguenze sulla qualità della cura verso i residenti e dell'attenzione verso i famigliari.

Un cordiale saluto ed un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDI 11 MAGGIO 18:30 – 19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

Le psicoterapie negli anziani

Umberto Albert - Trieste

Conduce la discussione: *Claudio Vampini*
Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 9 maggio 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



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

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com



MARCO TRABUCCHI
Geriatra e presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría

Impegniamoci

a non lasciar solo nessuno

Difficile, soprattutto per gli anziani e i più deboli, chiedere aiuto. Perciò l'iniziativa deve partire da noi. Dai medici di base. Dalle parrocchie. Dalle associazioni di volontariato

colloquio con
MARCO TRABUCCHI

cerca suggerisce che mani tendono a essere "di quanto si possa". Il senso che in media esempi di aiuto e supporto nei confronti degli e di indifferenza. Vi comunità dove si possono connessioni sociali i estranei, dove ci si volmente, può cambiare le cose».

o si dovrebbe per combattere la

ire semplicemente "altro". Bisogna creare comunità bin di comunità bin solo riducendo la che attraverso in i e urbanistici. Gli i dovrebbero chiedere, se nelle città ci sono abbastanza persone possano stare insieme, se questi luoghi sono abbastanza curi. Se si ha paura di uscire, per esempio, perché vive in un quartiere molto violento degradato - e questo, di nuovo, cade alle perso-socialmente ed economicamente svantaggiate ricadrà più facilmente nell'isolamento sociale. Il welfare e per sili, scuole efficienti e doposcuola differenza. Per i più giovani, ne, ancora più. La disoccupazione giovanili relati all'isolamento dell'essere avere fisica. icino, sta nelanza di proprio futuro. della società. Date alle per per il futuro, nella società, a solitudine. e facce, una sociale, che per risolvere affrontarle

La solitudine è un'epidemia mortale. Ne è convinto Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione

Italiana di Psicogeriatría, che così la descrive nel suo libro *Maledetta solitudine* (Edizioni San Paolo, 2019), scritto con Diego De Leo. A volte cercata, a volte subita, può essere un'esperienza dolorosa e angosciante, soprattutto se profonda e protratta. E in certi casi può contribuire non solo a un disagio psichico, ma anche allo sviluppo di numerose patologie. Esiste, infatti, una linea di demarcazione, più o meno definita, oltre la quale l'isolamento può diventare dannoso per la salute fisica e mentale. «Questo è un punto importante», chiarisce Trabucchi. Che aggiunge: «In generale si supera questo confine quando l'individuo vive con angoscia questa condizione o quando percepisce che, in caso di bisogno, non ha nessuno su cui fare affidamento, dunque non ha una rete di supporto». Stiamo parlando di una condizione che può riguardare persone di qualsiasi età, ma in particolar modo gli anziani, in media più esposti all'isolamento sociale e allo stesso tempo più soggetti a diversi problemi di salute. «In età avanzata può accadere di perdere il coniuge o il partner», aggiunge lo psicogeriatra: «I figli si sono allontanati dal nucleo

familiare, si può andare incontro al diradarsi delle amicizie e al pensionamento. Anche la pandemia di Covid-19 purtroppo ha fatto la sua parte, allentando ulteriormente le connessioni degli anziani: pensiamo al blocco delle attività parrocchiali o dei circoli ricreativi, perno della rete sociale per queste persone». Come in un circolo vizioso, l'isolamento porta stress e malessere, che sono a loro volta forieri di altra solitudine. Il campanello d'allarme deve suonare quando ci si rende conto che ci troviamo davanti a una persona che non ha contatti cui poter fare riferimento. Ma chi può e deve accorgersene? «In una società sempre più centrata sul singolo può essere complesso per chi è isolato entrare in confidenza e chiedere aiuto», aggiunge Trabucchi: «Per questo, l'iniziativa dovrebbe partire da noi, da chiunque entri in relazione con la persona sola. A partire dal medico di base, che deve essere la sentinella della salute psico-fisica dei cittadini, ma coinvolti dovrebbero essere le persone in parrocchia, così come le associazioni di volontariato». Il fatto è che non bisogna aver timore di offrire il proprio aiuto. «L'obiettivo è quello di aiutare l'individuo a ricostruire una rete sociale, anche se piccola», commenta l'esperto: «Per farlo si può partire da semplici proposte, per esempio coinvolgendolo e chiedendo di partecipare a un evento sociale o a un momento di aggregazione che coinvolge la comunità». La Società Italiana di Psicogeriatría si sta muovendo in tal senso. «Dobbiamo attivarci in prima persona per contrastare questa solitudine nociva», conclude Trabucchi: «A livello nazionale si sta ancora facendo poco, mentre le iniziative dovrebbero essere all'ordine del giorno. Non è un caso se nel Regno Unito sia stato addirittura istituito un Ministero della solitudine». **e.m.**

LA NATURA DELLA GENTILEZZA SI SVELA CON CHI È PIÙ FRAGILE



di **Marco Trabucchi***

La gentilezza «è diversa dalla correttezza formale» è stato scritto di recente su *Corriere Salute*. Tale affermazione può pienamente adattarsi alla realtà delle residenze per anziani. Le Rsa sono infatti appena uscite dallo tsunami che le ha colpite negli ultimi due anni e si trovano ancora in una situazione d'incertezza. La vita deve però proseguire, perché le comunità hanno l'esigenza di trovare adeguate risposte alle solitudini, alle malattie, alle sofferenze di molti anziani fragili, che non possono più rimanere nel proprio ambiente naturale di vita. Fortunatamente, in particolare grazie alla nobile storia, le Rsa stanno ritrovando al loro interno la forza per continuare il lavoro, cercando di non far gravare sui residenti le ovvie difficoltà di questi tempi. Qual è la forza intrinseca delle realtà residenziali? La principale motivazione è la coscienza di rappresentare un «mondo vitale», di non essere solo luoghi di appoggio temporaneo di vite nel momento della loro conclusione, ma di essere luoghi dove la persona, anche se fragile, può trovare momenti di sostegno sul piano psicologico e su quello delle condizioni materiali di vita. Mondi vitali sono quelli dove gli operatori ritrovano un senso del loro impegno, un senso che dà forza per un lavoro che può essere molto faticoso, in particolare oggi (purtroppo continua l'altalena dei casi positivi, senza che il più delle volte sia possibile identificare le ragioni dell'infezione).

In questo tempo gli aspetti formali e sostanziali dell'assistenza vengono rispettati, anche perché non sono messi in discussione dalle strutture serie, nonostante le difficoltà imposte dalle circostanze. «La gentilezza è diversa» come si diceva all'inizio: «Ci trattarono con

Nelle Rsa, dove ospiti ma anche personale sono stati duramente provati dalla pandemia, è comunque possibile, e accade, che si riesca ad andare oltre la correttezza formale e dare prova di vera umanità

sincero, che si esprime con atti visibili, di essere utili per alleviare la sofferenza dell'altro. La gentilezza non è mai noiosa, ripetitiva, pesante, intrusiva, ma sempre lieve, pur senza perdere di concretezza e quindi di serietà e credibilità. Una delle espressioni della gentilezza è l'affidabilità, modalità per dare alla relazione un tono di rapporto facile e concreto, stabile, che induce fiducia. Talvolta, la gentilezza deve superare sé stessa, quando le circostanze vanno nel senso contrario; è stato sostenuto che, ad esempio, nel lavoro di cura rivolto a persone affette da malattie di lunga durata, che impongono disponibilità sulle 24 ore, bisogna «essere santi» per non reagire in modo brusco, dimenticando gli accenti della gentilezza. Ma in questi casi si gioca davvero la grandezza di un'umanità che non perde le sue fondamentali caratteristiche. La gentilezza si esprime in un tono di voce senza accentuazioni, in una carezza che accompagna il contatto tattile, in un volto sereno, in occhi sorridenti. La gentilezza viene sempre interiorizzata; anche se la risposta non è razionale, induce un sottofondo di vita serena, esso stesso una cura. Ciò vale per il singolo ospite di una Rsa, ma vale anche per l'atmosfera complessiva, quella che il visitatore entrando in una residenza percepisce immediatamente.

* Società Italiana Psicogeriatría

© RIPRODUZIONE RISERVATA