

## Newsletter AIP - 30 settembre 2022

Amiche e amici,

una persona amica e colta mi ha fatto presente che la ormai tradizionale intestazione di questa newsletter non era adeguata e un po' antiquata. Per questo oggi trovate la nuova intestazione, sperando che sia... più moderna!

In questi giorni sta finendo il mese dell'Alzheimer, che AIP ha celebrato in diverse occasioni, a cominciare dall'evento più importante e incisivo, l'Alzheimer Fest di Firenze. **Ritengo di dare un contributo alla tematica riproducendo due articoli, uno di Michela Marzano**, filosofa dell'Università di Parigi, uscito su *La Stampa*, **l'altro di Arnaldo Benini**, uscito sul domenicale de *Il Sole 24 Ore*. Sono approcci completamente diversi al tema demenze. Quello della Marzano ritorna sul tema che le è caro: "La memoria si cancella, l'amore resta", con un pezzo che dedichiamo in particolare ai caregiver, quando ritengono che il loro lavoro sia senza speranza. Il professor Arnaldo Benini, invece, con l'articolo dal titolo "I madornali errori della ricerca sull'Alzheimer" descrive da una particolare angolatura la situazione attuale della ricerca sulla malattia di Alzheimer. È un pezzo preciso, utile per chi vuole capire le crisi che si sono succedute in questi mesi attorno alle proposte di nuovi farmaci (vedi, ad esempio, le dinamiche che hanno accompagnato le valutazioni dell'Aducanumab da parte della FDA e dell'EMA). In questi giorni è stato annunciato che **lo studio condotto sul farmaco Lecanemab ha prodotto risultati incoraggianti**: si riaprono così nuove speranze sul filone dei farmaci che agiscono a livello della beta-amiloide. Non vi è dubbio che il risultato clinico di questa molecola porterà nuovo impegno di ricerca, con beneficio che si rifletterà anche sugli altri possibili filoni di studio farmacologici.

Sempre dai giornali che, quando vogliono non sono un inutile consumo di cellulosa, consiglio la lettura su *La Stampa* di **una serie di articoli dedicati agli anziani, nei quali alcuni scrittori narrano una storia**. Il 26 settembre ha iniziato Micol Beltramini con un testo che racconta l'incontro tra una nipote e la nonna in RSA, un misto di tenerezza, di realismo, di insegnamenti concreti.

Le notizie sulla diffusione della pandemia non sono rasserenanti; in particolare **preoccupano le notizie provenienti da alcune RSA che, a causa di nuove infezioni, sono tornate nuovamente indietro sulla strada dell'apertura ai parenti**. Mi chiedo quanto a lungo dovrà durare questa fisarmonica di apri e chiudi, di serenità e di nuove preoccupazioni... È necessario trovare un compromesso, rinunciando ad atteggiamenti rigidi, anche a costo di qualche rischio. Le RSA, i loro ospiti, i parenti, gli operatori non potranno continuare a operare in questa situazione di opprimente incertezza che fa perdere fiducia nell'istituzione RSA e indurisce i cuori degli operatori, che non si sentono collocati in un'impresa stabile. Il convegno "50 sfumature di cura", che si terrà a Treviso il 7-8 ottobre, ha raggiunto i 400 iscritti, segnale del desiderio da parte di molti operatori delle RSA di trovarsi assieme per discutere del futuro. Nell'abbandono da parte della politica, la solidarietà tra situazioni di analoga difficoltà permette di progettare assieme possibili vie d'uscita condivise da una situazione che, giorno dopo giorno, diviene sempre più faticosa e pesante.

**Intanto Biden il 18 settembre ha ufficialmente dichiarato che “pandemic is over”**, suscitando panico tra coloro che si aspettano nuovi fondi governativi per finanziare la ricerca sul virus e, più in generale, sui rischi posti dalle probabili infezioni del futuro. Il presidente americano ha concluso la sua intervista con queste parole: “Penso a come la pandemia ha cambiato tutto: l’attitudine dei cittadini verso se stessi, le loro famiglie, lo stato della nazione e la condizione delle loro comunità”. È un’analisi “strana” di fronte all’affermazione che tutto è finito: una sorta di liberazione, avendo sempre in mente la crisi subita. E per il futuro? In tutti i Paesi l’impulso a dimenticare è forte; la liberazione dalle mascherine è l’immagine di un desiderio di cancellare la memoria della sofferenza, anche attraverso l’abbandono di uno dei simboli più incisivi del dolore attraversato da cittadini e comunità. Con qualche perplessità da parte degli studiosi più seri che non si associano ai loro colleghi, che invece si associano agli ottimisti da bar. L’epidemiologo Gregg Gonsalves della Yale University si è dichiarato “disgustato dalle parole del presidente quando la diffusione delle vaccinazioni negli USA è ancora gravemente inadeguata”. D’altra parte, *JAMA Health Forum* del 22 settembre intitola in maniera preoccupante: “Living in an age of pandemic. From Covid-19 to Monkeypox, Polio, and Disease X”; l’articolo si conclude così: “Quando la malattia X colpirà, il dubbio è se il mondo sarà preparato o meno. La questione è aperta”. Sono prospettive pessimistiche, alle quali non siamo in grado di rispondere.

La consueta rassegna di alcuni lavori pubblicati dalle più prestigiose riviste internazionali, dedicati ai problemi clinici, psicologici e sociali affrontati dagli anziani del nostro tempo.

*JAMA Neurology* di questo mese presenta **uno studio di coorte della durata di un anno sull’evoluzione delle funzioni cognitive in una popolazione di sopravvissuti al Covid-19 a Wuhan**.

I dati sono incisivi, perché mostrano una correlazione tra la gravità della malattia e comparsa di deficit. L’interpretazione data dagli studiosi riguarda il possibile coinvolgimento di elementi neurovascolari, l’effetto della prolungata ipossia, l’infiammazione cronica sistemica in grado di esacerbare la neurodegenerazione. Non escludono anche una possibile azione di danno diretta da parte del virus a livello neuronale. Sullo stesso argomento, il *Journal of Alzheimer’s Disease* di agosto presenta i dati di **uno studio retrospettivo condotto su oltre 6 milioni di over65**. A un anno dopo l’inizio dell’infezione da Covid-19 le persone colpite presentano un HR di 1.69, in particolare tra gli over85 e le donne. Si tratta di dati particolarmente significativi che devono ancora ricevere un’adeguata spiegazione.

*JAMDA* di settembre presenta **una review degli studi che hanno esaminato la prevalenza del sintomo dolore nelle case di riposo** (26 i lavori analizzati). I dati indicano una prevalenza della diffusione del dolore che arriva all’86% e il collegamento con alcune condizioni cliniche (compromissione delle ADL, delle funzioni cognitive, depressione e artrite). Lo studio analizza la complessità dell’evento dolore nelle residenze per anziani e quindi la necessità di dedicarvi particolare attenzione, per individuare l’origine in condizioni cliniche che spesso impediscono una regolare comunicazione e quindi l’adozione di seri interventi terapeutici.

Un titolo di *Medscape.com* del 27 settembre: **“Desperate long covid patients turn to unproven alternative therapies”**. All’editoriale si collegano alcuni studi, tra i quali *BMJ Investigation* del 12 luglio dal titolo: “I pazienti long covid viaggiano all’estero per un costoso e sperimentale blood washing”. Invece di scandalizzarci, dovremo cercare di capire le nostre responsabilità rispetto a queste fughe nell’irrazionale da parte di persone alla ricerca di risposte più o meno valide sul piano oggettivo, ma non sempre provate.

Sullo stesso fascicolo di *JAMDA* viene descritto l’**andamento della sintomatologia depressiva in persone recentemente ammesse in una casa di riposo**, identificando quattro gruppi: a) le persone con sintomi lievi e persistenti (32.6%), b) sintomi moderati persistenti (50.8%), c) sintomi in aumento

(5.1%), d) sintomi severi, ma in diminuzione (11.6%). Il quadro complessivo delinea uno scenario preoccupante, che richiederebbe anche nelle RSA la presenza di medici esperti, in grado di intervenire tempestivamente con interventi terapeutici fortemente personalizzati.

**Colombo**, che ringrazio ancora una volta, torna sul **problema della ricerca sulle demenze**:

“Nella newsletter del 23 settembre, uno dei tanti spunti segnalati da Trabucchi ha riguardato un articolo di Lancet Neurology dedicato ai progressi avvenuti durante le ultime 2 decadi nella ricerca sulla malattia di Alzheimer [e – di fatto – anche sulle altre malattie dementi] [1]. Tali avanzamenti hanno permesso di definire meglio il ruolo dei biomarcatori, portando a modelli aggiornati che tracciano la linea temporale nella progressione neuropatologica e clinica. L’autore [Clifford R Jack Jr, della Mayo Clinic a Rochester (Minnesota)], a partire dalla pressoché costante co-occorrenza di patologie multiple nei cervelli di malati anziani, per concludere, intravede la possibilità di approcci multiformi, attraverso interventi combinati, mirati verso bersagli multipli, realizzando una terapia personalizzata, basata proprio sul profilo individuale dei biomarcatori – una volta divenuti facilmente accessibili. Con la consueta acuzie, il prof. Trabucchi ha sottolineato il punto 6 dell’elenco dei punti salienti dell’articolo, riportati in riquadro: la disponibilità di ampie raccolte di dati resi pubblicamente accessibili. Ma [mi] stupisce di non aver trovato nessun richiamo esplicito alle nuove possibilità di indagine portate dalla intelligenza artificiale <sup>£</sup>, al centro invece di un articolo di Lancet [2], appena pubblicato nella sezione “Digital Medicine” della serie “Perspectives”, steso da un neurologo ed un radiologo della medesima istituzione, insieme ad un ricercatore dello Scripps Research Translational Institute, a La Jolla, in California. Gli studiosi si sono dedicati al “differenziale in età cerebrale” [“brain age gap”], inteso come differenza tra età cronologica ed età stimata, indagato mediante immagini di tomografia ad emissioni di positroni con Fluorodesossiglucosio, ed in Risonanza Magnetica Nucleare <sup>#</sup>. Il differenziale stimato correlava coi depositi in proteina tau nei cervelli di persone con malattia di Alzheimer, e col declino cognitivo in tutte le forme di malattie neurodegenerative. Gli schemi rappresentativi di immagini associati ai differenziali in età più elevati – riscontrati nella malattia di Alzheimer – ricapitolano quelli osservati nell’invecchiamento cerebrale fisiologico, solamente nel caso della malattia di Alzheimer, ma non nelle altre forme di neurodegenerazione. Cicli retroattivi altamente regolati condizionano i fenomeni di crescita, omeostasi ed allostasi, nel corso della vita, in risposta a fattori intrinseci – genetici, esterni – ambientali, ed alle malattie: in caso di disregolazione, quando non è possibile tornare all’equilibrio di partenza [omeostasi], possono instaurarsi circoli viziosi auto-rinforzanti dannosi, oppure si può approdare a nuovi equilibri [allostasi (condizione tipicamente gerontologica)]. Al di là dei limiti tecnici [legati per esempio agli apparecchi di scansione, od alle popolazioni di riferimento con cui gli algoritmi vengono “istruiti” e tarati], occorre procedere nella ricerca per validare tali metodiche, prima di estenderle ad un uso generalizzato. Ma il loro potenziale viene giudicato elevato, soprattutto nei confronti delle condizioni ancora prive di biomarcatori specifici. In prospettiva, si mira ad impiegare in futuro tali promettenti risorse a scopi di diagnosi, stadiazione e monitoraggio delle malattie, e di ricerca neurobiologica sull’invecchiamento cerebrale.

<sup>#</sup> l’argomento della “differenza in età cerebrale prevista” è stato recentemente toccato nella newsletter del 2 settembre [riferimento bibliografico: Life course, genetic, and neuropathological associations with brain age in the 1946 British Birth Cohort: a population-based study. [www.thelancet.com/healthy-longevity](http://www.thelancet.com/healthy-longevity) Published online August 22, 2022 [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00167-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00167-2)]

[1] Jack C. R., Jr (2022). Advances in Alzheimer's disease research over the past two decades. The Lancet. Neurology, 21(10), 866–869. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00298-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00298-8)

[2] David T Jones, Jeyeon Lee, Eric J Topol. Digitising brain age. The Lancet. VOLUME 400, ISSUE 10357, P988, SEPTEMBER 24, 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01782-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01782-2)

<sup>£</sup> applicata anche negli acceleratori alla ricerca di nuove particelle [Elizabeth Gibney. How the revamped Large Hadron Collider will hunt for new physics. Nature 605, 604-607 (2022)

doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01388-6>

Allego la locandina del **nuovo ciclo di webinar AIP** – Seminari di Psicogeriatría, in programma **mercoledì 5 ottobre**, ore 18.30-19.30, dal titolo **“Demenza frontotemporale: ai confini della psicogeriatría”**. Richiamo l’attenzione sull’importanza della tematica trattata dalla professoressa Annachiara Cagnin. Come di consueto, l’iscrizione è gratuita, ma obbligatoria (cliccando l’apposito link all’interno della locandina).

Evidentemente come Presidente AIP non posso prendere posizione sul risultato elettorale; mi auguro però che il nuovo governo consideri con precedenza la situazione dei servizi che spesso sono anch'essi fragili, come le persone che assistono. Le RSA si trovano in condizioni economiche e organizzative per molti aspetti drammatiche; mi auguro che nei famosi primi 100 giorni il governo definisca alcune linee di intervento, anche superando le incertezze/debolezze delle regioni. I vecchi italiani non possono essere coinvolti in questioni istituzionali pur di grande rilievo!

Con i migliori auguri di buon lavoro

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

# Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

**MERCOLEDI 5 OTTOBRE 18:30-19:30**

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatría

## **Demenza frontotemporale: ai confini della psicogeriatría**

*Annachiara Cagnin (Padova)*

Conduce la discussione: *Claudio Vampini*

Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 3 ottobre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti  
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia  
Tel. +39 030 3757538 - [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it)

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence Office  
Via A. Scialoia, 52, 50136, Florence, Italy  
[+39 055 9067473 - florence@wearemci.com](mailto:florence@wearemci.com)

## ◆ Ragnoni e sentimenti

MICHELA MARZANO

### La memoria si cancella, l'amore resta

**C**hi siamo quando non riusciamo più a riconoscerci in uno specchio e anche il viso delle persone più care si appanna? La malattia di Alzheimer – di cui mercoledì scorso, il 21 settembre, si è celebrata la giornata internazionale – ci costringe a fare i conti con il dramma della perdita di quei ricordi che si sono accumulati nel corso degli anni, e sui cui si basa gran parte della vita di ciascuno di noi. Cosa resta d'altronde di una persona quando pezzi interi della sua esistenza scivolano via? Che tipo di relazione si può mantenere, stabilire o creare con chi è affetto da Alzheimer?

Quando la mamma di mio marito ha iniziato a perdere la memoria, ho cominciato a chiedermi chi fosse mia suocera nel momento in cui non riconosceva più il figlio, a tratti pensava di essere ancora una bambina, spesso non ricordava nemmeno il proprio nome. Era sempre sua mamma o era diventata un'estranea? Non spettava ormai al figlio occuparsi di lei, accettare l'inversione dei ruoli, elaborare il lutto della perdita della madre anche se lei era ancora in vita?

Quando una figlia o un figlio sono costretti a diventare genitori dei propri genitori, il dolore e la fatica sono enormi. Ma le nuove relazioni affetti-



ve che si creano sono estremamente feconde. Anche semplicemente perché un genitore, sebbene apparentemente non sia più capace di "dare", continua in realtà non solo ad essere la stessa persona di prima, ma anche a "dare" tantissimo amore.

Meno attente, meno precise, meno efficienti, meno autonome, le persone malate di Alzheimer perdono non solo la memoria, ma anche quella performance tanto cara alla società odierna. Chi soffre di una malattia neurodegenerativa non è più esattamente la stessa persona di prima: ha bisogno di cure e di accudimento; si è persa per strada pezzi interi della propria vita; fa fatica a riconoscere le persone care e, spesso, non ha nemmeno più la minima idea di chi sia. Ma in tutti questi "meno" appena elencati, e che ci spaventano tanto quando queste persone le guardiamo dall'esterno, si cela molto probabilmente l'essenziale della vita. Pure allo stadio più avanzato di una demenza senile, d'al-

tronde, rimangono la percezione di ciò che accade e l'affettività.

Genitori e nonni possono anche non riconoscere più figli e nipoti; possono pensare che la giovane donna che si occupa di loro sia la madre, oppure una sorella, oppure anche il marito. Ma l'amore non scompare, e rende ricco e prezioso il rapporto. Anzi. È spesso proprio attraverso quella nuova relazione che un figlio o un nipote riescono a fare la pace con loro stessi e con il proprio passato. Anche quando dell'amore non si ricorda più nulla, l'amore resta. Anche quando l'oblio ce la mette tutta per cancellarlo, l'amore non sparisce mai. E questo è più che sufficiente per dare coerenza a ciò che, di coerente, non sembra avere molto. Tanto i conti, nella vita, non tornano mai: si balbetta e si va avanti a tentoni, talvolta si frana e non ci si rialza, talvolta si ha la chance di poter ricominciare da capo. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Emotions Memory

# I MADORNALI ERRORI DELLA RICERCA SULL'ALZHEIMER

Demenza

di Arnaldo Benini

**D**opo 30 anni di studi sensa risultati positivi e dopo investimenti nella ricerca di miliardi di euro di dollari, la teoria secondo la quale le beta amiloide sarebbero la causa della demenza in età avanzata (la malattia di Alzheimer), è definitivamente smentita. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

La riflessione rimasta inascoltata e ancora oggi nessuno la ricorda. Le beta amiloide si trovano, talora in grande quantità, nei cervelli di donne e uomini dopo i 45 anni, e anche in bambini, nella stragrande maggioranza dei casi senza disturbi attuali e futuri. Si trovano anche negli ammalati d'Alzheimer, e si prese per certo, anche se mai dimostrato, il rapporto di causa ed effetto. Nel 2006 uscì un lavoro del neurologo Sylvain E. Lesné e Karen H. Ashe, dell'Università di Minneapolis a Minnesota che, con una beta amiloide danneggiata la memoria nei topi. La perdita di memoria è spesso uno dei primi sintomi della demenza. Il lavoro ebbe una risonanza enorme. È citato in 2300 pubblicazioni ed è stato determinante nel concentrare studi e fondi nella ricerca sulle beta amiloide. Nessuno, degli oltre 100 farmaci allestiti sulla scia di Lesné e Coll, per curare la demenza o per rallentare il decorso, ha dimostrato il minimo beneficio.

Si cominciò a parlare, con amaro umorismo, di «mafia delle amiloide» perché solo quegli studi erano finanziati e si paragonava la teoria delle amiloide al sistema solare tolemaico, dove, senza dubbi e senza prove, sole e pianeti ruotano attorno alla terra. Nel 2021, quando l'Inuità della ricerca era ormai già chiara, l'National Institutes of Health americani vi hanno investito 287 milioni di dollari. Già nel 2015 Karl

Herz, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

Non a caso, osserva Herup, sono state le industrie a chiudere le ricerche, dopo investimenti enormi. Circa l'avidità: per anni industrie ed enti pubblici hanno finanziato questa sola ricerca sulle amiloide, se- condo il principio che si studia l'Alzheimer solo studiando le amiloide. Le industrie, nel caso si fosse trovata un medicamentoso efficace, potevano contare su guadagni cospicui. Circa i consigli sbagliati: il più grave è stato di ignorare i dati clinici ed epidemiologici. In questi giorni la storia è giunta alla conclusione.

Il giovane neuroscienziato Matthew Schrag, dell'Università Vanderbilt a Nashville nello stato del Tennessee ha dimostrato che il lavoro di Lesné e Coll, del 2006, e altri usciti dopo, che tanto effetto hanno avuto, contengono dati falsi. Falsi non perché male interpretati, ma per essere stati fabbricati ad arte. Il dettaglioatissimo lavoro del giornalista scientifico Charles Piller descrive la penosa vicenda, senza precedenti nella storia della scienza. Una delle conseguenze immediate di quanto s'è accertato dovrebbe essere l'interruzione di procedure diagnostiche inutili, rischiose nel caso della puntura lombare, psicologicamente perturbanti, edicammente dubbie e molto costose. Oggi l'Alzheimer non si cura, ma si può prevenire con un disciplinato stile di vita, sin dalla giovinezza.

Herup, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

Herup, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

Herup, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

Herup, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

Herup, neuroscienziato dell'Università di Hong Kong, ammoniva i ricercatori, genetica e biochimica ma ignorava la clinica. Per questo non spiegava nulla e non avrebbe portato ad alcun medicamento. La teoria è un'ipotesi biochimica senza rapporto con malattie: la cascata delle amiloide avviene, ma non comporta con malattia. Tutta l'industria farmaceutica ha interrotto le ricerche. Secondo la teoria della cascata delle amiloide, formulata nel 1992 dal biochimico J.A. Hardy e dal neurologo G.A. Higgins, la forma più frequente di demenza senile sarebbe la conseguenza del danno delle cellule nervose causato da placche di proteina, le beta amiloide. Un terzo delle proteine prodotte dal cervello non è utilizzato. Una parte delle proteine superflue è eliminata nel liquido cerebrospinale, e una parte si accumula in placche fra i neuroni. Un'altra parte, la tau, si trova dentro i neuroni. Questa patogenesi della demenza era messa in dubbio, ancora prima d'essere formulata, niente meno che da Alois Alzheimer, che per primo, nel 1906, aveva descritto le placche nel cervello di una demenza. Nel 1911 Alzheimer sostenne che «le placche non sono la causa della demenza senile ma solo un'altra-zione secondaria dell'involuzione senile del sistema nervoso centrale». Quest'opinione, nell'unico suo lavoro sistematico sulla malattia cui il neuroscienziato Emil Kraepelin aveva dato il suo nome, era basata sul dato che la estensione e penetranza delle placche non corrispondeva alla gravità dei disturbi: demenze gravi si manifestavano con cervelli senza placche, e una mente normale era compatibile con molte o moltissime placche. Ciò era incompatibile con la legge della medicina, secondo la quale la gravità dei sintomi dipende dalla localizzazione, estensione e penetranza della lesione che li produce. Il lavoro di Alzheimer è in tedesco, allora la lingua della scienza.

PER ANNI INDUSTRIE ED ENTI PUBBLICI HANNO FINANZIATO QUASI SOLO RICERCHE SULLE AMILOIDI CON RISULTATI NULLI

How Not to Study a Disease The Story of Alzheimer's

Karl Herz  
MIT University Press,  
pagg. 257, \$27,95

© RRRR000700NE RISEVATA  
ajb@bluwin.ch

## Newsletter AIP - 23 settembre 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

la **morte dei 4 medici nell'ospedale psichiatrico di Strelecha, bombardato dall'esercito russo**, mi ha lasciato pieno di stupore e di dolore. L'ambiente colpito evoca pensieri di sofferenza, ai quali si aggiunge lo sdegno per l'inutile strage. Un ospedale psichiatrico è il contenitore, più o meno terapeutico, di un'umanità sofferente; i medici non avevano voluto abbandonarlo, ben sapendo che sarebbe arrivata sui civili la vendetta dell'esercito russo, costretto a lasciare la regione. Talvolta rispettare il giuramento di servizio alle persone più fragili comporta anche la morte!

Un momento di preghiera e di profonda gratitudine per i nostri colleghi ucraini. Il loro messaggio: qualsiasi siano le circostanze, il dovere della cura deve prevalere.

**Newsweek ha recentemente pubblicato la classifica dei migliori ospedali del mondo.** Come per altri aspetti della vita sociale, questi elenchi devono essere analizzati con prudenza; sono però degli indicatori di tendenza, che non vanno trascurati. Nella classifica di quest'anno 6 ospedali italiani si collocano tra i primi 100, mentre, ad esempio, gli ospedali francesi sono 5. È invece motivo di grave preoccupazione rilevare che le strutture ospedaliere del sud si collocano nelle posizioni più arretrate. Perché questo può accadere, quando i finanziamenti in Sanità sono equamente distribuiti su tutto il territorio nazionale? Purtroppo, si deve rilevare che anche a proposito della qualità e della quantità dei servizi per anziani, come l'assistenza domiciliare e le RSA, vi è una grave carenza nelle regioni del sud. Mancanza di personale qualificato? ridotti finanziamenti per le tecnologie? strutture vecchie mai ammodernate? Sarebbe molto utile se tra i lettori vi fosse qualcuno disponibile ad interloquire su questo argomento, uno dei più delicati e complessi tra quelli che l'Italia dovrà affrontare nei prossimi anni. Lo dobbiamo affrontare con serenità, ma con determinazione, come abbiamo dimostrato nel documento AIP preparato per le prossime elezioni.

*Lancet Neurology* di ottobre riporta **un commento su: "I progressi della ricerca sulla malattia di Alzheimer nelle ultime due decadi"**. Schematicamente sono così riassunti: 1) Sviluppo di biomarker specifici, 2) Migliore comprensione della storia naturale, 3) Sviluppo di criteri diagnostici e raccomandazioni per meglio caratterizzare la malattia di Alzheimer, 4) Riconoscimento dell'origine multieziologica della demenza dell'età avanzata, 5) Scoperte in ambito genetico, 6) Disponibilità di ampie raccolte di dati resi pubblicamente disponibili, 7) Sviluppo di trial clinici per modificare l'evoluzione della malattia. Molti potrebbero ipotizzare classifiche diverse; mi permetto di enfatizzare il punto 6, cioè la possibilità per tutti gli studiosi interessati di lavorare, elaborando idee nuove, su database raccolti da altri ricercatori. Una sconfitta dell'egoismo scientifico e la dimostrazione di un'apertura che apporterà enormi vantaggi. Ricordo che già qualche anno fa si constatava che la medicina era piena di dati clinici che nessuno utilizzava.

Un'interessante research letter di autori canadesi, pubblicata su *JAMA* il 12 settembre, riporta dati controcorrente rispetto ad altre osservazioni riguardanti il **declino cognitivo dei residenti delle strutture di long term care**. Infatti, secondo gli autori, l'incidenza di declino cognitivo dei residenti



durante la pandemia è risultata inferiore rispetto al periodo precedente. Il dato è di notevole rilievo per valutare, con correttezza metodologica, l'effetto delle varie procedure restrittive provocate dalla pandemia, che apparentemente avrebbero danneggiato la qualità della vita nelle residenze. Non sono in grado di valutare il valore di questo contributo; è, in ogni modo, un esempio importante che è necessario talvolta anche andare contro corrente, in nome del vero progresso.

*JAMA Neurology* di settembre pubblica un lavoro sull'**effetto indotto dal trattamento con Donanemab, un anticorpo specifico per le placche di amiloide**; i livelli basali di amiloide sono direttamente associati con l'ampiezza della sua riduzione e inversamente associati con la possibilità di raggiungere una completa clearance dell'amiloide stessa. Anche l'efficacia del farmaco nel rallentare la sostanza tau è più pronunciata nei soggetti con una più completa clearance dell'amiloide e nelle regioni del cervello identificate come precedenti nella sequenza di eventi patologici. Sempre su *JAMA Neurology* di questo mese viene pubblicato un lavoro sul Crenezumab, che così si conclude: "Il farmaco è ben tollerato, ma non riduce il declino clinico nei pazienti con Alzheimer iniziale".

*JAMA Network Open* del 15 settembre presenta **uno studio di coorte cinese riguardante individui sopravvissuti al Covid-19, due anni dopo la dimissione dall'ospedale**. I dati dimostrano una progressiva riduzione del peso dei sintomi (fatigue, ansia, dispnea, oppressione toracica, mialgia); solo la dispnea continua anche se molto lieve, però i pazienti che avevano offerto di una malattia più grave, in particolare quelli ricoverati in Terapia Intensiva, presentano un rischio maggiore di persistenza dei sintomi. Il dato sembra ovvio, ma potrebbe dare origine a interessanti valutazioni.

*Science Daily* discute l'**ennesimo elenco dei fattori di rischio coinvolti nella comparsa di demenza pubblicati su *Neurology* del 14 settembre**. L'originalità del dato consiste nel fatto che lo studio, condotto su oltre 160mila persone seguite per 12 anni, è stato realizzato in individui colpiti da diabete di tipo 2, condizione ben nota essere un importante fattore di rischio per la comparsa di gravi alterazioni cognitive. Al di là del fatto, ben noto, che l'attività fisica regolare per almeno 2.5 ore alla settimana, che il sonno di durata non inferiore alle 7 ore, che una dieta salutare, che il guardare la televisione per meno di 4 ore al giorno, che i contatti sociali frequenti fanno bene, è interessante in particolare il messaggio che stili di vita opportuni riescono a contrastare anche condizioni di base negative, come soffrire per un diabete di tipo 2. Si potrebbe dire, banalmente, che non è mai troppo tardi!

Il **consueto contributo di Mauro Colombo** affronta un tema tanto interessante, quanto ancora ampiamente discusso. Mauro ha scritto il pezzo in Valle d'Aosta, luogo dove l'attività fisica è particolarmente valorizzata... apprezziamo che sacrificando la sua personale attività fisica trovi il tempo anche per discuterne con i nostri lettori:

"Il conteggio dei passi rispetto a diversi esiti in salute richiama sempre attenzione. È quello che sta accadendo al lavoro di un gruppo universitario danese-australiano, pubblicato – come "rapporto breve in linea" – il 6 settembre, su *JAMA Neurology* [1]. Gli autori precisano trattarsi del primo studio che stimi non solo la quantità ma anche le modalità e la intensità dei passi quotidiani riguardo alla incidenza di demenza. Per la analisi sono stati impiegati i dati di 78.430 persone, di età compresa tra 40 e 79 anni – media 61 – con lieve prevalenza di donne (55%), afferenti alla biobanca del Regno Unito. I passi sono stati contati indossando 24 ore al giorno per 7 giorni un accelerometro da polso, affidabilmente [oltre 14.000 persone sono state escluse proprio per un uso inappropriato dello strumento]. L'incidenza della demenza – di qualsiasi tipo – è stata rilevata dopo quasi 7 anni di osservazione – eliminando le diagnosi occorse nei primi 2 anni, per ridurre la eventualità di "causalità inversa", e dopo aggiustamento per uno stuolo di numerose covariate. Come in tante altre occasioni, le curve dei benefici seguono curve "ad U", da cui – pur in presenza di intervalli di confidenza particolarmente ampi – si possono ricavare alcuni risultati specifici: i massimi benefici si ottengono appena sotto ai famosi 10.000 passi totali al giorno: 9.826 passi riducono l'incidenza di demenza della metà. Con la "dose minima" di 3.826 passi al giorno è possibile ridurre la incidenza del 25%. Quasi la stessa quota di passi [3.677 al giorno], compiuti "incidentalmente" – per esempio, per muoversi da una camera all'altra, ad un

ritmo lento (<40 passi / minuto) – riducono la incidenza di demenza di oltre il 40%; con oltre 6.000 passi al giorno (6.315) compiuti deliberatamente – ad esempio, per esercitarsi: ad un ritmo superiore ai 40 passi al minuto – si può ridurre la incidenza di oltre il 55%. La curva della cadenza segue una forma diversa, con benefici crescenti per cadenze crescenti, per poi appiattirsi, per valori superiori a 112 passi al minuto, individuati cogliendo il ritmo più veloce per 30 minuti, non necessariamente consecutivi, in una giornata: nuovamente, a tali cadenze, si può ridurre la incidenza di oltre il 55% – dopo correzione per i numeri di passi quotidiani totali, incidentali e deliberati. Se da un lato viene restituita consistenza scientifica ai “10.000 passi” – nati su base commerciale, come richiamato nello “angolo” apparso sulla newsletter del 18 febbraio – d’altra parte i risultati sostanziano i vantaggi portati da una attività fisica non impegnativa, come anticipato nell’angolo riportato nella newsletter del 28 gennaio. Non a caso, l’editoriale di accompagnamento [2] parla di quote e modalità di cammino “facilmente accessibili”, anche se opportunamente sottolinea che applicare 7 anni di osservazione ad un 50enne può sottostimare la incidenza di demenza. Comunque, i due editorialisti si complimentano esplicitamente per la qualità metodologica del lavoro: gli autori stessi, per esempio, annoverano tra i suoi punti di forza avere calcolato un “valore E” molto alto, che mette ragionevolmente al sicuro dalla presenza di variabili confondenti non misurate. Ancora, gli editorialisti avrebbero preferito stime di quantità e modalità dei passi differenziate per sesso e per tipologia di demenza: ciò perché ormai la mole delle prove a favore della attività fisica a vantaggio della sopravvivenza in validità fisica e cognitiva è tale da non poter venire più trascurata. L’auspicio conclusivo degli editorialisti sta nell’invito ad una regolare verifica della inattività, come parte intrinseca della cura ordinaria delle persone anziane, durante le visite periodiche [annuali]: momento propizio ideale per una stesura condivisa di piani personalizzati di prevenzione delle malattie e della invalidità”.

[1] Del Pozo Cruz, B., Ahmadi, M., Naismith, S. L., & Stamatakis, E. (2022). Association of Daily Step Count and Intensity With Incident Dementia in 78 430 Adults Living in the UK. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.2672. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.2672>

[2] Planalp, E. M., & Okonkwo, O. C. (2022). Is 112 the New 10 000?-Step Count and Dementia Risk in the UK Biobank. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2022.2312. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.2312>

Ho letto su *Avvenire* un [articolo di Salvatore Mazza, giornalista colpito da Sla, sempre molto attento ed efficace nel collocare la propria vicenda personale in una logica di sistema](#). Scrive: “La mia vita dipende da sei macchine, che devono stare accese 24 ore su 24 per 365 giorni all’anno: due ventilatori polmonari, due aspiratori, la macchina per la nutrizione, e la macchina della tosse (quest’ultima una vera e propria tortura cinese da subire tre volte al giorno, serve a tenere liberi i polmoni dalle secrezioni, visto che io non riesco più nemmeno a tossire da solo)”. Ovviamente le macchine consumano molta energia; Mazza si interroga sulla possibilità concreta di ottenere il pagamento delle bollette, che hanno raggiunto livelli ingestibili con le finanze della sua famiglia. Un sistema serio, che volesse veramente difendere i più fragili dei fragili, dovrebbe togliere qualsiasi orpello burocratico nella gestione di persone che si trovano in condizione di gravissima dipendenza. Qualsiasi discussione per evitare la richiesta di suicidio assistito è inutile e lesiva della dignità della persona se non è preceduta da una drastica abolizione di ogni burocrazia quando si presentano casi come quelli di Salvatore Mazza, che sono vere offese alla vita.

Sono stato a San Donà di Piave per presentare un libro di testimonianze famigliari sulla malattia di Alzheimer, scritto da cittadini che svolgono la funzione di caregiver. L’evento si è svolto nell’ambito di una serie di azioni compiute per lanciare il **progetto di “Città Amica delle persone con demenza”** per San Donà, al quale si sono aggregati anche altri comuni del circondario. Il programma è veramente di grande rilievo umano e anche clinico; sappiamo bene, infatti, quanto sia importante la creazione attorno ai malati e alle famiglie di un’atmosfera di accoglienza e di supporto, come avviene nei luoghi che hanno scelto di diventare “amici” delle persone che soffrono per problematiche cognitive. Mi auguro che l’impegno per creare nei territori un numero sempre maggiore di città amiche possa radicalmente modificare le condizioni di vita delle famiglie e degli

ammalati; l'esperienza, infatti, indica che dove queste realtà sono cresciute le sofferenze indotte dall'isolamento, dalla solitudine, dall'incomprensione si sono drasticamente ridotte. Si tratta di iniziative poco costose sul piano economico, che inducono rilevanti vantaggi sul piano sociale. Però richiedono grande capacità progettuale e organizzativa; sono stato colpito, a proposito di idee nuove nell'ambito delle Città Amiche, dall'organizzazione nelle librerie della zona di un angolo dedicato alla presentazione di volumi riguardanti la malattia di Alzheimer. Sono infatti ormai molti quelli che narrano l'esperienza dei caregiver, con parole commoventi e spesso anche di grande significato letterario.

In occasione dell'incontro di san Donà sono stato informato di un'altra iniziativa di grandissimo valore, chiamata **"Le parole della cura. Libri coraggiosi che parlano ai bambini dell'anzianità fragile"**. Un gruppo di educatrici e psicologhe dell'ISRAA di Treviso ha costruito un elenco di libri per bambini e ragazzi che raccontano l'esperienza di vita di anziani con fragilità cognitiva. La bibliografia, costantemente aggiornata, è divisa per gruppi di età: 3/7 anni, 8/11 e 12 e + anni. A mio giudizio, dovrebbe essere un'iniziativa da diffondere in molti ambienti; l'esperienza insegna che i bambini e i giovani sono estremamente sensibili alla condizione dei loro nonni e desiderano conoscere come comportarsi nei loro riguardi quando assumono comportamenti "strani".

Una conferma che il nostro Paese è pieno di eccellenze, ma anche di situazioni precarie, viene dai dati riguardanti il **recente test per l'ammissione alla facoltà di Medicina**. Su circa 60.000 partecipanti, meno della metà sono risultati idonei. Non discuto sulla qualità del test di ammissione né se le domande fossero adeguate allo scopo, ma è triste dover ammettere che i nostri giovani hanno una preparazione culturale modesta. Inoltre, di fronte ad una prova per la quale hanno a disposizione adeguati strumenti formativi, non riescono ad acquisire le informazioni necessarie per superare il test. I dati fanno pensare anche chi è stato contrario al numero chiuso per l'accesso alla facoltà, come chi scrive; una professione difficile come quella medica richiederebbe infatti il coinvolgimento di giovani colti, in grado di prepararsi adeguatamente per un lavoro che deve essere caratterizzato da elevate doti personali e professionali. Un giovane che non conosce bene la Divina Commedia non potrebbe, a mio giudizio, fare il medico (sono però conscio che questa è la visione conservatrice di un vecchio professore!).

Un dato importante, sebbene di difficile interpretazione, è stato riportato da *The Economist* del 15 settembre: **durante gli anni della pandemia gli omicidi negli USA sono aumentati del 30%**. Cosa è avvenuto nel grande Paese? Restiamo in attesa di ulteriori dati che permettano di interpretare questo evento che ha caratterizzato il 2020 e il 2021.

Ricordo ancora i due convegni organizzati da AIP tra meno di un mese: l'incontro di Treviso (7-8 ottobre – programma allegato) dal titolo: **"50 sfumature di cura – Il paradiso può attendere" dedicato agli operatori delle RSA** e il congresso nazionale **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"** di Trieste (20-22 ottobre), che affronta le tematiche più tradizionali della nostra Associazione, in una prospettiva di forte integrazione, "I luoghi dell'incontro".

Comunico infine che da oggi è consultabile sul nostro sito in modalità open access il **n. 2-2022 di Psicogeriatría**. L'accesso libero è consentito a tutti per una settimana, fino al 30 settembre; dopo tale data la consultazione è riservata ai soci dell'AIP.

Un cordiale saluto, con un particolare ringraziamento alle colleghe e ai colleghi che continuano a iscriversi ad AIP; sono segnali che inducono momenti di serenità, soprattutto quando sembra che

l'impegno, colto e concreto allo stesso tempo, per le persone affette da malattie croniche non sia ritenuto meritevole di attenzione e di generosità personale.

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

P.S.: Colloco in una posizione inconsueta l'**invito ai nostri lettori ad andare a votare**. L'appello alla politica rivolto dall'AIP è stato ripreso da molti mezzi di comunicazione, a cominciare dai principali giornali nazionali. Nessuno però si illudeva che i partiti si sarebbero occupati della questione, ma questa lontananza dai problemi veri (vedi la testimonianza di Salvatore Mazza) non deve far rinunciare alla difesa delle nostre idee, anche attraverso il voto. Per inciso: nel reparto post-acuzie dove sono stato in questi giorni (età media dei pazienti 87 anni), 8 su 16 pazienti hanno chiesto di organizzare un seggio per permettere loro di votare. No comment!

# 50 SFUMATURE DI CURA

## IL PARADISO PUO' ATTENDERE

RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

**7 - 8 OTTOBRE 2022**

**AUDITORIUM PROVINCIA DI TREVISO**

**Via Cal di Breda 116, Treviso**

**Prenota il tuo posto  
gratuitamente!**



Siamo immersi nei 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.

Sarebbe facile unirsi al coro dei lamenti, 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 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.

Giorgio Pavan, Marco Trabucchi

La terza edizione di "50 Sfumature di Cura 2022" è articolata in due giornate.

I lavori prevedono momenti in plenaria, seguiti da sessioni parallele, ognuna coordinata da due esperti del settore.

# PROGRAMMA

## VENERDÌ 7 OTTOBRE

**Caffè di benvenuto e registrazione** **9:00**

---

**Saluto delle Autorità** **9:30**

---

<b>Mauro Michielon</b>	<b><i>Presidente ISRAA</i></b>
<b>Stefano Marcon</b>	<b><i>Presidente della Provincia di Treviso</i></b>
<b>Mario Conte</b>	<b><i>Sindaco di Treviso</i></b>
<b>Francesco Benazzi</b>	<b><i>Direttore Generale Ulss2 Marca Trevigiana</i></b>
<b>Federico Caner</b>	<b><i>Assessore Regione Veneto</i></b>

**Apertura dei lavori** **10:00**

---

**Giorgio Pavan** ***Direttore ISRAA***

**Lettura magistrale** **10:15**

---

**La scelta della cura: lavoro e vocazione**

**Marco Trabucchi** ***Presidente AIP Associazione Italiana di Psicogeriatría***

**LUOGHI DI VITA: FUNZIONALITA' E BELLEZZA AIUTANO LA CURA**  
**Sala Consiliare**

Le RSA come luoghi di vita, di lavoro, di relazione e di cura, in particolare dopo la pandemia, vanno ripensate sia nelle nuove realizzazioni che nella modifica di quelle esistenti. Raccogliamo in questa sezione gli studi, le esperienze, le realtà virtuose che possono guidarci nel cambiamento, che possono aiutarci a trovare soluzioni pratiche e a progettare il nostro futuro.

**Coordinano:** **Antonio Guaita**,  
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)  
**Patrizia Valla**,  
Architetto, Milano

**DIRITTO DI CITTADINANZA: RSA E COMUNITA'**  
**Auditorium**

Le RSA possono essere un punto di riferimento per una comunità? Possono diventare dei centri di servizi aperti ai cittadini che cercano una risposta ai propri bisogni, pur continuando a vivere a casa propria? Possiamo parlare di RSA come nuove "comunità nelle comunità"? In questa sezione raccogliamo esperienze e progetti che sono riusciti ad andare oltre il perimetro delle proprie mura, che hanno abbattuto gli steccati culturali, organizzativi, funzionali, diventando punto di riferimento nel dinamico interscambio dell' RSA con il territorio ed i cittadini.

**Coordinano:** **Rabih Chattat**,  
Università Alma Mater Studiorum, Bologna  
**Elena Lucchi**,  
Fondazione Germani, Cremona

**LA MENTE SOLA: DEMENZE E SALUTE MENTALE**  
**Sala lezioni (edificio 6)**

La tutela della salute mentale dei propri residenti si impone in modo rilevante a tutte le RSA: le demenze, le problematiche di natura psichiatrica, la solitudine... In questa sezione vogliamo raccogliere le ricerche, le esperienze, le soluzioni che hanno contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone che, in presenza di problematiche afferenti alla psiche, abitano nelle RSA.

**Coordinano:** **Gerardo Favaretto**,  
Già Direttore DSM Ulss2, Presidente MUSME  
**Manuela Berardinelli**,  
Presidente Alzheimer Uniti Italia



**COVID-RESISTENTI: VIVERE E PREVENIRE****Sala Lezioni (edificio 6)**

L'avventura del Covid, che ha trasformato le nostre vite e le vite di tanti anziani nelle RSA, continua ad essere presente nelle nostre realtà. Alla fase emergenziale di resistenza sta subentrando una nuova fase, dominata dalla forzata convivenza. In questa sezione vogliamo raccogliere gli insegnamenti, le traiettorie, le decisioni che le nostre organizzazioni hanno assunto o stanno assumendo: un modo per fare il punto sullo stato dell'arte e per darci una prospettiva per il prossimo futuro.

**Coordinano:** **Federica Boschi**, Direttrice Distr.Sanitario Lugo, AUSL Romagna  
**Melania Cappuccio**, Associazione Italiana di Psicogeriatría

**GUIDARE UNA RSA: LA SCIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE E LE STRATEGIE DI SOPRAVVIVENZA****Sala consiliare**

Gli scenari di sofferenza legati alla precarietà economica, alle scarse risorse professionali presenti nel mercato del lavoro, alla proposta di un cambio di paradigma veicolato dal PNRR, all'assenza di una legge sulla non autosufficienza, chiede miracoli gestionali che rischiano, nella pratica quotidiana, di scaricarsi nella qualità della vita delle persone assistite e delle persone che assistono. Un dramma preannunciato da anni ed ancora irrisolto. In questa sessione vengono raccolte proposte, esperienze, modelli organizzativi che aiutano a mantenere la rotta in mare in piena tempesta.

**Coordinano:** **Massimo Giordani**, Direttore UPIPA, Trento  
**Maria Mastella**, Pres. Fondazione OASI, San Bonifacio

**OSS, INFERMIERI E PROFESSIONISTI DELLA CURA IN RSA: PERCHÉ CONTINUARE A FARE QUESTO LAVORO?****Auditorium**

La crisi della vocazione per i lavori di assistenza e di cura alla persona è una realtà evidente a tutti. Vale allora la pena chiederci perché questo lavoro interessi sempre meno e che cosa sia necessario fare per rimettere al centro l'interesse per la salute e la qualità di vita dell'anziano. Raccogliamo in questa sessione le riflessioni e le proposte che possono aiutare questo percorso di ricostruzione valoriale, a partire dai percorsi scolastici e accademici, alla formazione e alla supervisione continua dei lavoratori.

**Coordinano:** **Raffaella Da Ros**, Presidente Insieme si può, Treviso  
**Roberto Volpe**, Presidente URIPA, Padova

**Chiusura dei Lavori - Auditorium****16:45****Giorgio Pavan, Marco Trabucchi****Presentazione della "Carta di Treviso"**

# PROGRAMMA

SABATO 8 OTTOBRE

Caffè di benvenuto e registrazione

9:00

Portano i loro saluti:

9:30

**Paola Roma**

*Presidente Conferenza dei Sindaci Ulss2*

**Elisa Corrà**

*Presidente CSV Treviso Belluno*

**Mirella Zambello**

*Presidente Ordine Assistenti Sociali Veneto*

**Luca Pezzullo**

*Presidente Ordine Psicologi Veneto*

Il focus è sulle applicazioni tecnologiche in area anziani, potenzialità e scenari d'uso dell'intelligenza artificiale e della robotica per la vita indipendente.

Gli argomenti sono di grande interesse per i Comuni e le Ulss, per lo sviluppo del SAD e dell'ADI, in linea con la nuova programmazione del PNNR.

**Lettura magistrale**

**La trasformazione digitale dell'assistenza**

10:00

**Oscar Zanutto**

*Coordinatore FABER - ISRAA, Aging 2.0 TV Chapter  
Ambassador, Membro ISG*

**Sessioni parallele**

10:30

**L'AUTONOMIA A CASA PROPRIA E NELLE RSA:  
IL CONTRIBUTO DELLA TECNOLOGIA**

**Auditorium**

Apertura, definiamo  
il contesto:

**Massimiliano Malavasi,**

Centro per la Ricerca e l'Innovazione WeCareMore c/o AIAS  
Bologna onlus

Coordina:

**Davide Tuis,** FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio:

*La sperimentazione di sistemi di monitoraggio indossabili nel  
contesto residenziale dell'Itis di Trieste*

**Alessia Moltani,** Conftech, Monza

**Francesco Mosetti,** ITIS, Trieste

*L'innovazione tecnologica di Teia Care nei centri per anziani*

**Guido Magrin,** founder Teia Care

*Tecnologia: la chiave per rendere possibile 50 Sfumature di Cura*

**Marco D'Angelantonio,** HIS, Monaco GER

## SAD 2.0, VERSO L'HYBRID CARE

### Sala consiliare

10:30

Apertura, definiamo  
il contesto:

*Personal Care Robots, Stato dell'Arte e Futuri Scenari*

**Filippo Cavallo**,  
Università di Firenze

Coordina:

**Nicola Contarin**, FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio:

*Il Progetto H2020 ValueCare*

**Oscar Mayora**  
Fondazione Bruno Kessler, Trento

*Il Progetto EtxeTIC*

**Iñaki Bartolomè**,  
Kwido, Bilbao

Progetto Finage

**Francesca Burgio**,  
IRCSS, Ospedale San Camillo, Venezia

Isidora: la città digitale per l'anzianità di domani.

Progetto di Antropologia Medica

**Matteo Mauri**,  
Isidora Cooperativa Meridiana

GDPR, privacy e intelligenza artificiale

**Massimo Giuriati**, Match sas, Asso Dpo

## Chiusura del Lavori

---

13:00

**Giorgio Pavan, Marco Trabucchi**

## INFORMAZIONI GENERALI

L'auditorium è situato all'interno del parco di Sant'Artemio, sede della Provincia di Treviso, in via Cal di Breda, 116.

Il parco dista circa 10 minuti in macchina dal centro città ed è raggiungibile prendendo l'autobus numero 7 della MOM (direzione Sant'Artemio).

Per chi ci raggiunge in macchina si consiglia di prendere l'uscita Treviso Nord dell'autostrada A27. È disponibile un ampio parcheggio all'esterno del parco.

Per iscriversi è possibile fare riferimento ai contatti oppure al codice QR riportati più in basso.

Saranno accettate prenotazioni sino ad esaurimento posti disponibili.

**Iscrizione gratuita, prenotazione obbligatoria**

**Informazioni e iscrizioni:**

**Email:** [50sfumaturedicura@israa.it](mailto:50sfumaturedicura@israa.it)

**Tel:** 0422 414772



---

**Comitato organizzatore:**

Laura Lionetti  
Giorgio Pavan  
Gigliola Scattolin  
Marco Trabucchi

**Comitato scientifico:**

Rabih Chattat  
Antonio Guaita  
Paolo Pigni  
Silvia Vettor

Per chi lo desidera, alle 18.30 di venerdì 7 ottobre, ISRAA offrirà un aperitivo informale in centro a Treviso, nel Giardino dei Grani, presso il nuovo Borgo Mazzini Smart Cohousing, un'occasione per vedere la parte completata ed i lavori in corso del nuovo complesso di cohousing.

A seguire la Mostra Fotografica "Treviso...Riflessioni"  
ad opera di Cristina Madeyski.

Chiostro Santa Maria Maddalena, Borgo Mazzini 23, Treviso.

## Newsletter AIP - 16 settembre 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

in occasione dell'Alzheimer Fest **Roberta Dapunt ha inviato questa splendida poesia che descrive la sua vicinanza alla suocera ammalata di demenza:**

Paola d'Alfarèi

Questi versi hanno dentro il lutto di prati conosciuti,  
trattenimento di pianto per nascondere il dolore di fieni avvenuti.  
Stagioni mutate d'abito e fasciate dall'accettazione.  
Nella loro profondità ci sono fienili in raccoglimento di dolore  
e si trattengono i profumi. I nostri profumi Paola,  
così giusta nei campi e sulle erbe tagliate.  
Spettro vestito e le mani felici, così vera tu  
che il passaggio dei tuoi anni consentiva  
una misericordia corporale senza pari.  
Tu la prova stessa della dignità,  
il lento passo una condotta morale.

Ecco, nello spazio della tua esistenza  
mi dicevi che al nostro prossimo incontro  
avresti dovuto chiedermi chi fossi.  
Sono Roberta, mi veniva da dirti, conoscimi,  
riconoscimi, ricordami Paola sempre.  
Lo ripetevo allontanandomi con la stessa emozione di sempre,  
figura splendida, sacra immagine del vero, quanto ti ho amata.

RD  
8V1118

La poesia riesce ad esprimere quello che altri linguaggi non sanno dire; Roberta ha una capacità altissima di trasmettere sentimenti che riguardano la demenza e la sua interferenza con i rapporti tra le persone.

La ricchezza umana del testo poetico mi ha fatto ricordare quanto affermato da Edgar Morin nel suo ultimo libretto, secondo il quale anche nelle situazioni più drammatiche "vi è un principio di speranza fondato sulla mente umana". La mente è certamente quella dei poeti, ma anche quella, solo apparentemente più modesta, di chi dedica il proprio lavoro agli altri, come avviene ogni giorno nei servizi per anziani.

A commento dell'Alzheimer Fest, che si è tenuto a Firenze alla fine della settimana scorsa, accludo la **lettera che Michele Farina, ideatore e realizzatore dell'evento, ha inviato ai collaboratori,**

### **dopo la fine dell'impresa, che a mio giudizio ha avuto un enorme successo sul piano umano e culturale:**

“Sono arrivato in piazza, mercoledì sera, stanco morto. Ho parcheggiato nell'angolo dove sarebbe sorto Il Tessuto Sociale. Una signora ha visto il camper dell'Alzheimer Fest e si è messa a piangere. L'uomo che era con lei l'ha abbracciata. Ho temuto il peggio: ho pensato che l'avevamo ferita, e che prima di partire avrei dovuto mettere un adesivo che spiegasse la nostra storia, i nostri obiettivi.

La signora si è avvicinata. Vuole sapere chi siamo, cos'è l'Alzheimer Fest.

Sono una coppia di svizzeri di Lucerna. Lei racconta che ha perso la mamma per l'Alzheimer un anno fa. E che fino a tre giorni prima di andarsene, hanno cantato insieme. Le parole no, ma la melodia di una canzone la sua mamma ancora se la ricordava.

La signora ci ascolta. E dopo il pianto, sorride stupita. Dice che facciamo una bella cosa.

Ci salutiamo, ci auguriamo buona fortuna. Loro sono in partenza per le Cinque Terre, noi resteremo in piazza e faremo festa anche per loro, e per quella amata e sconosciuta signora svizzera che ha cantato il motivo della vita fino alla fine, pur non ricordandone le parole.

È stato lì, in quel momento, appena arrivato, che ho capito. Ho sentito che l'Alzheimer Fest a Firenze sarebbe andato bene. Naturalmente, c'è voluta tutta la vostra passione e la vostra energia, la passione di chi c'è stato e di chi non ha potuto esserci, di chi ci ha lavorato tanto o poco in questi mesi, per realizzarlo, per farlo vibrare.

Ringrazio tutti di cuore. Anche questa volta ce l'abbiamo fatta.

Un abbraccio

Michele”

**Passando alla nostra consueta attenzione per i problemi organizzativi della medicina, in allegato è possibile leggere quanto mi ha inviato Massimo Calabrò**, collega geriatra di grande valore, in risposta ad un articolo pubblicato sul *Corriere della Sera*. Richiamo l'attenzione sulle parole finali, quando parla della gioia di lavorare nella Sanità, gioia che riesce a superare le frustrazioni imposte dall'organizzazione di un sistema burocratico, privo di guide razionali e di obiettivi chiari. Se l'atmosfera non cambierà, davvero il nostro SSN è destinato ad una progressiva riduzione, con il rischio di diventare marginale per la salute degli italiani.

Una breve annotazione dalla letteratura scientifica, riservandoci per le prossime newsletter un approfondimento delle informazioni. *Nature* del 13 settembre riporta un pezzo riguardante le **conseguenze del lockdown e la difficile interpretazione che ne viene data a livello epidemiologico**. Il testo dimostra la difficoltà di rilevare i risultati clinici di alcuni interventi e quindi l'esigenza di essere sempre prudenti prima di trarre conclusioni definitive anche su aspetti di grande rilievo per la vita individuale e sociale, come è stato il lockdown.

Infine, **come di consueto, riporto il commento di Mauro Colombo sui problemi posti dall'ipoacusia:**

“Nella newsletter del 26 agosto, il prof. Trabucchi torna sulla problematica degli apparecchi acustici per le persone con demenza – sia che vivano al domicilio quanto più in RSA – prendendo spunto da un articolo di JAMA che passa in rassegna 12 lavori [1]. L'articolo inquadra 27 tra barriere, facilitatori e fattori neutri rispetto all'uso delle protesi, all'interno di un complesso costruito teorico, distinguendo i determinanti dell'uso in intrinseci ed estrinseci. Tra i primi, vanno inclusi le capacità della persona con demenza a maneggiare tali apparecchi, ed i fattori motivazionali collegati alle relative conseguenze e confort di uso. Tra i secondi, stanno il contesto di ascolto e la presenza di stimoli/suggerimenti, e di incoraggiamenti. E proprio qui – a mio avviso – si gioca la partita, soprattutto nel contesto critico delle RSA. Personale adeguatamente formato, inserito in clima di lavoro favorevole, possono compensare, proprio portando quelle “influenze sociali” [sotto forma di suggerimenti ed incoraggiamenti] i contrappesi che i deficit cognitivi fanno gravare sulla bilancia. Non trovo casuale che il termine “nursing” appaia 6 volte nella rassegna – che pure non nomina le residenze. Le società scientifiche – coi loro strumenti comunicativi – possono/debbono sottolineare la problematica del ruolo dei sistemi sensoriali rispetto alla cognitività ed alle pratiche assistenziali collegate. Al

di là di quanto discusso in un “angolo” di maggio, un articolo pubblicato 3 anni fa su “BMC Geriatrics” da autori afferenti letteralmente a mezzo mondo [2] sottolineava, mediante una analisi qualitativa, che sia le persone con demenza [lieve e moderata] quanto coloro che li assistevano desiderassero una valutazione più comprensiva, spiegazioni più complete sia pur comprensibili, e la dotazione di strumenti correttivi, rispetto a vista ed udito. L’articolo partiva dalla premessa che 90% degli anziani con deterioramento cognitivo presentano una perdita uditiva, mentre quasi una persona con demenza su tre ha una compromissione visiva. Inoltre, vista ed udito sono abitualmente coinvolti nella valutazione cognitiva. Ciononostante, tali deficit sensoriali continuano a venire misconosciuti, sotto-diagnosticati e sotto-trattati. Eppure, quanto valga intervenire per compensare le difficoltà sensoriali negli anziani ospitati in strutture di ricovero lo aveva già dimostrato una indagine apparsa ormai 15 anni fa, su una rivista specialistica collegata a JAMA, relativa a 17 strutture in Alabama [3]. Anche questo lavoro parte da un dato epidemiologico particolarmente urgente: i deficit visivi occorrono nei residenti in strutture di ricovero con frequenza da 3 a 15 volte maggiore rispetto ai coetanei viventi al domicilio; ma in un terzo dei casi risulterebbe altamente efficace un semplice intervento correttivo delle anomalie refrattive [miopia ed ipermetropia]. Fornendo un paio di occhiali a miopi e presbiti, mentre è rimasta invariata la qualità generale di vita [in entrambe le componenti fisica e mentale (misurata con lo Short-Form 36 (SF-36)], è stato possibile ottenere miglioramenti significativi in: visione generale, lettura, stress psicologico, attività e passatempi, interazione sociale, globalità delle attività quotidiane collegate alla vista, sintomatologia depressiva. A quest’ultimo riguardo, segnalo che la adozione delle lenti per 2 mesi ha portato il punteggio della Geriatric Depression Scale nel gruppo di intervento ad un livello lontano dalla soglia critica, presente all’inizio della osservazione, e persistente nel gruppo di controllo [da 4,6 a 3,6 nel gruppo di intervento, contro da 4,8 a 4,9 nel gruppo di controllo].”

[1] Hooper, E., Brown, L., Cross, H., Dawes, P., Leroi, I., & Armitage, C. J. (2022). Systematic Review of Factors Associated With Hearing Aid Use in People Living in the Community With Dementia and Age-Related Hearing Loss. *Journal of the American Medical Directors Association*, S1525-8610(22)00552-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.07.011>

[2] Wolski, L., Leroi, I., Regan, J., Dawes, P., Charalambous, A. P., Thodi, C., Prokopiou, J., Villeneuve, R., Helmer, C., Johannes, A. M., & Himmelsbach, I. (2019). The need for improved cognitive, hearing and vision assessments for older people with cognitive impairment: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 19(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1336-3>

[3] Owsley, C., McGwin, G., Jr, Scilley, K., Meek, G. C., Seker, D., & Dyer, A. (2007). Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Archives of ophthalmology (Chicago, Ill. : 1960)*, 125(11), 1471–1477. <https://doi.org/10.1001/archophth.125.11.1471>

Ricordo che è sempre attiva, grazie alla disponibilità generosa di un gruppo di psicologi AIP, la linea **SoloLine – Una telefonata contro la solitudine dell’anziano** (allegate le modalità operative per il collegamento).

Ricordo anche **“50 sfumature di cura - Il paradiso può attendere”**, il convegno organizzato a Treviso da ISRAA e AIP il 7-8 ottobre, dedicato a “RSA: presente, futuro e senso della vita”. La partecipazione è gratuita, ad un evento che, come si evince dal programma allegato, è di grande respiro per pensare al futuro dei servizi degli anziani. Il ritrovarsi insieme in questa occasione sarà una testimonianza dell’attaccamento alle nostre strutture e una critica implicita, ma pesantissima, anche alle più recenti decisioni del Parlamento che, invece di identificare modalità per finanziare la crisi energetica, ha pensato di autorizzare a... far pagare di più le famiglie. Il riscaldamento delle RSA dovrebbe valere almeno come il far funzionare i forni delle aziende energivore... ma non sembra vada così!

Infine, le **iscrizioni all’AIP**. Mi scuso per la continua insistenza, ma l’adesione di nuovi soci diventa un modo indispensabile per continuare l’opera di AIP. In questi giorni si è riunito il Consiglio Direttivo di AIP e ha valutato positivamente l’andamento delle iscrizioni, anche se è rilevante la discrepanza tra il numero di queste e il suo peso sociale della nostra Associazione (come si è verificato, ad esempio, per la campagna stampa seguita alla presentazione del nostro decalogo rivolto alla

politica, perché il nuovo Parlamento dedichi un'attenzione seria ai problemi posti degli anziani fragili).

Con amicizia e l'augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*



La Sanità dimenticata dai partiti  
Francesco Cognetti | 09 settembre 2022

Ogni giorno assistiamo al progressivo collasso del Servizio Sanitario Nazionale. Mancano medici, infermieri, posti letto e risorse. I medici specialisti ospedalieri sono circa 130mila, 60mila in meno della Germania e 43mila in meno della Francia. L'emorragia dei camici bianchi riguarda anche i medici di medicina generale: sono pochi e nei prossimi anni molti andranno in pensione. E si assiste a un consistente esodo di camici bianchi neolaureati e specializzandi, perché all'estero gli stipendi e le condizioni di lavoro sono migliori. L'attuale crisi dei Pronto soccorso è il risultato di anni di tagli irrazionali e irresponsabili e la punta dell'iceberg di un sistema ospedaliero in affanno. Ciononostante, la sanità resta ai margini dei programmi elettorali delle varie coalizioni, in cui la parola «ospedale» è quasi del tutto assente. Non basta aver registrato la più elevata mortalità da Covid insieme con un maggiore eccesso di mortalità anche per altre patologie rispetto agli anni precedenti la pandemia fra tutti i Paesi dell'Europa Occidentale? E la previsione di un consistente aumento di mortalità per tumori nei prossimi mesi o anni è purtroppo molto realistica per effetto del blocco/rallentamento degli screening e della cancellazione/ritardo delle chirurgie oncologiche. Non basta avere i Pronto soccorso perennemente in tilt per rendersi conto che, ormai, l'ospedale è diventato una vera e propria emergenza nell'emergenza?

I programmi elettorali delle principali coalizioni sono tutti molto generici: riforma della sanità territoriale, potenziamento organico degli operatori sanitari e vaghi riferimenti al superamento delle liste di attesa. Ma mancano progetti strutturati di riforma che rispondano a una logica di «sistema». Come detto, l'ospedale è il grande assente.

Il Pnrr destina ingenti risorse alla sanità, ma il piano che è stato predisposto dal nostro governo è privo di una vera e propria strategia che porti alla rifondazione del nostro Servizio sanitario. Di fronte a questa situazione, la risposta delle istituzioni è stata del tutto insufficiente, con una confusa riforma del territorio inadeguata a risolvere i problemi dell'ospedale e tra l'altro di difficilissima attuazione e la cui impostazione vuole rispondere ad una domanda di salute che sarà inevitabilmente sempre più personalizzata ed improntata all'innovazione tecnologica, alla conoscenza della genetica e dei big data con approcci vetusti di decenni che sono l'esatto contrario della medicina moderna.

Serve un nuovo modello, in cui territorio e ospedale siano interconnessi. Va superata la storica dualità fra le due realtà, a favore di un unico sistema di servizi continuo e complementare in cui prevalga l'idea di ospedale esteso al territorio.

Con l'esclusione di una minima parte di casi, la sede della valutazione dei pazienti acuti deve rimanere l'ospedale, in particolare il Pronto soccorso. Ciò per evitare il rischio che pazienti gravi perdano tempo prezioso nel loro passaggio nelle strutture territoriali.

Il «Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani» (Fossc) in questi mesi ha avanzato proposte concrete, rimaste però inascoltate nonostante le numerose interlocuzioni con il ministro della Salute, i vertici del dicastero e i responsabili della sanità dei diversi partiti politici.

Abbiamo chiesto la completa revisione dei parametri organizzativi degli ospedali, sanciti con il decreto ministeriale 70 del 2015, con un aumento consistente dei posti letto di degenza ordinaria e di terapia intensiva (attualmente occupiamo la 22° posizione in Europa).

Servono quindi nuovi finanziamenti anche per aumentare il numero di laureati in medicina e di specialisti soprattutto nelle aree più carenti (ad esempio anestesia, terapia intensiva, medicina d'urgenza). Deve essere condivisa un'elevata considerazione del valore strategico dell'elemento professionale e dello sviluppo delle discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo e

operativo. Servono, cioè, interventi strutturali, purtroppo del tutto assenti nei programmi elettorali. I rappresentanti delle forze politiche devono essere ben consapevoli che la sanità è un bene prezioso e che il diritto alla salute è in grave pericolo nel nostro Paese.

*Riflessioni personali:*

*molti anni fa ci hanno dato l'illusione di avere una sanità moderna riducendo i posti letti e chiedendo l'abbattimento della durata delle degenze. Opera meritoria, se, come ora inizia ad essere detto, l'embricatura sintonica e condivisa con la medicina territoriale fosse stabilita e reale. Ma In un passato non remoto, tristi esecutori di ordini poco dotati di visione, hanno smantellato le attività efficienti a favore di riorganizzazioni che accentravano in enti "esterni" interpretati da renderli assai lontani da logiche ospedaliere (Centrali Operative Territoriali): attività cliniche che divenivano burocratiche in nome di un cosiddetto monitoraggio di percorso...*

*L'impatto drammatico di svariate ingerenze è stato anche nell'instillare a medici e personale tutto la logica di essere operatori, e non professionisti. L'allontanamento dalla nostra professione ha radici lontane, quando le prime affermazioni del nascente populismo, definivano i dipendenti pubblici parassiti e c'era un subliminale disincentivo ad investire sul proprio percorso culturale e professionale a favore di un precoce e più facile guadagno.*

*Forse siamo ancora in tempo, se la mia personale esperienza mi fa dire, che alle porte dei 70 anni, ho ancora la gioia di imparare e condividere il mio pensiero.*

*L'impegno a divulgare i propri "credo" e le proprie esperienze non dovrebbero cadere nel vuoto e probabilmente potrebbero essere stimolo a discussioni proficue e comunque ad illuminare il futuro professionale dei nostri giovani Colleghi. Da questi aspetti si potrebbe iniziare a ricostruire una sanità appropriata al futuro che ci attende, se, come sembra, poche sono le intuizioni basate su dati che definiranno la rinascita della sanità. Investiamo sui giovani facendo vivere loro la bellezza della nostra attività professionale e come saremo ripagati di ogni sforzo dalla gioia di svolgere quotidianamente la nostra parte nel complesso mondo della sanità.*

*Dr. Massimo Calabrò*

# 50 SFUMATURE DI CURA

## IL PARADISO PUO' ATTENDERE

RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

**7 - 8 OTTOBRE 2022**

**AUDITORIUM PROVINCIA DI TREVISO**

**Via Cal di Breda 116, Treviso**

**Prenota il tuo posto  
gratuitamente!**



Siamo immersi nei 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.

Sarebbe facile unirsi al coro dei lamenti, 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 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.

Giorgio Pavan, Marco Trabucchi

La terza edizione di "50 Sfumature di Cura 2022" è articolata in due giornate.

I lavori prevedono momenti in plenaria, seguiti da sessioni parallele, ognuna coordinata da due esperti del settore.

# PROGRAMMA

## VENERDÌ 7 OTTOBRE

**Caffè di benvenuto e registrazione** **9:00**

---

**Saluto delle Autorità** **9:30**

---

<b>Mauro Michielon</b>	<b><i>Presidente ISRAA</i></b>
<b>Stefano Marcon</b>	<b><i>Presidente della Provincia di Treviso</i></b>
<b>Mario Conte</b>	<b><i>Sindaco di Treviso</i></b>
<b>Francesco Benazzi</b>	<b><i>Direttore Generale Ulss2 Marca Trevigiana</i></b>
<b>Federico Caner</b>	<b><i>Assessore Regione Veneto</i></b>

**Apertura dei lavori** **10:00**

---

**Giorgio Pavan** ***Direttore ISRAA***

**Lettura magistrale** **10:15**

---

**La scelta della cura: lavoro e vocazione**

**Marco Trabucchi** ***Presidente AIP Associazione Italiana di Psicogeriatría***

**LUOGHI DI VITA: FUNZIONALITA' E BELLEZZA AIUTANO LA CURA**  
**Sala Consiliare**

Le RSA come luoghi di vita, di lavoro, di relazione e di cura, in particolare dopo la pandemia, vanno ripensate sia nelle nuove realizzazioni che nella modifica di quelle esistenti. Raccogliamo in questa sezione gli studi, le esperienze, le realtà virtuose che possono guidarci nel cambiamento, che possono aiutarci a trovare soluzioni pratiche e a progettare il nostro futuro.

**Coordinano:** **Antonio Guaita**,  
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)  
**Patrizia Valla**,  
Architetto, Milano

**DIRITTO DI CITTADINANZA: RSA E COMUNITA'**  
**Auditorium**

Le RSA possono essere un punto di riferimento per una comunità? Possono diventare dei centri di servizi aperti ai cittadini che cercano una risposta ai propri bisogni, pur continuando a vivere a casa propria? Possiamo parlare di RSA come nuove "comunità nelle comunità"? In questa sezione raccogliamo esperienze e progetti che sono riusciti ad andare oltre il perimetro delle proprie mura, che hanno abbattuto gli steccati culturali, organizzativi, funzionali, diventando punto di riferimento nel dinamico interscambio dell' RSA con il territorio ed i cittadini.

**Coordinano:** **Rabih Chattat**,  
Università Alma Mater Studiorum, Bologna  
**Elena Lucchi**,  
Fondazione Germani, Cremona

**LA MENTE SOLA: DEMENZE E SALUTE MENTALE**  
**Sala lezioni (edificio 6)**

La tutela della salute mentale dei propri residenti si impone in modo rilevante a tutte le RSA: le demenze, le problematiche di natura psichiatrica, la solitudine... In questa sezione vogliamo raccogliere le ricerche, le esperienze, le soluzioni che hanno contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone che, in presenza di problematiche afferenti alla psiche, abitano nelle RSA.

**Coordinano:** **Gerardo Favaretto**,  
Già Direttore DSM Ulss2, Presidente MUSME  
**Manuela Berardinelli**,  
Presidente Alzheimer Uniti Italia

**COVID-RESISTENTI: VIVERE E PREVENIRE****Sala Lezioni (edificio 6)**

L'avventura del Covid, che ha trasformato le nostre vite e le vite di tanti anziani nelle RSA, continua ad essere presente nelle nostre realtà. Alla fase emergenziale di resistenza sta subentrando una nuova fase, dominata dalla forzata convivenza. In questa sezione vogliamo raccogliere gli insegnamenti, le traiettorie, le decisioni che le nostre organizzazioni hanno assunto o stanno assumendo: un modo per fare il punto sullo stato dell'arte e per darci una prospettiva per il prossimo futuro.

**Coordinano:** **Federica Boschi**, Direttrice Distr.Sanitario Lugo, AUSL Romagna  
**Melania Cappuccio**, Associazione Italiana di Psicogeriatría

**GUIDARE UNA RSA: LA SCIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE E LE STRATEGIE DI SOPRAVVIVENZA****Sala consiliare**

Gli scenari di sofferenza legati alla precarietà economica, alle scarse risorse professionali presenti nel mercato del lavoro, alla proposta di un cambio di paradigma veicolato dal PNRR, all'assenza di una legge sulla non autosufficienza, chiede miracoli gestionali che rischiano, nella pratica quotidiana, di scaricarsi nella qualità della vita delle persone assistite e delle persone che assistono. Un dramma preannunciato da anni ed ancora irrisolto. In questa sessione vengono raccolte proposte, esperienze, modelli organizzativi che aiutano a mantenere la rotta in mare in piena tempesta.

**Coordinano:** **Massimo Giordani**, Direttore UPIPA, Trento  
**Maria Mastella**, Pres. Fondazione OASI, San Bonifacio

**OSS, INFERMIERI E PROFESSIONISTI DELLA CURA IN RSA: PERCHÉ CONTINUARE A FARE QUESTO LAVORO?****Auditorium**

La crisi della vocazione per i lavori di assistenza e di cura alla persona è una realtà evidente a tutti. Vale allora la pena chiederci perché questo lavoro interessi sempre meno e che cosa sia necessario fare per rimettere al centro l'interesse per la salute e la qualità di vita dell'anziano. Raccogliamo in questa sessione le riflessioni e le proposte che possono aiutare questo percorso di ricostruzione valoriale, a partire dai percorsi scolastici e accademici, alla formazione e alla supervisione continua dei lavoratori.

**Coordinano:** **Raffaella Da Ros**, Presidente Insieme si può, Treviso  
**Roberto Volpe**, Presidente URIPA, Padova

**Chiusura dei Lavori - Auditorium****16:45****Giorgio Pavan, Marco Trabucchi****Presentazione della "Carta di Treviso"**

# PROGRAMMA

SABATO 8 OTTOBRE

Caffè di benvenuto e registrazione

9:00

Portano i loro saluti:

9:30

**Paola Roma**

*Presidente Conferenza dei Sindaci Ulss2*

**Elisa Corrà**

*Presidente CSV Treviso Belluno*

**Mirella Zambello**

*Presidente Ordine Assistenti Sociali Veneto*

**Luca Pezzullo**

*Presidente Ordine Psicologi Veneto*

Il focus è sulle applicazioni tecnologiche in area anziani, potenzialità e scenari d'uso dell'intelligenza artificiale e della robotica per la vita indipendente.

Gli argomenti sono di grande interesse per i Comuni e le Ulss, per lo sviluppo del SAD e dell'ADI, in linea con la nuova programmazione del PNNR.

**Lettura magistrale**

**La trasformazione digitale dell'assistenza**

10:00

**Oscar Zanutto**

*Coordinatore FABER - ISRAA, Aging 2.0 TV Chapter  
Ambassador, Membro ISG*

**Sessioni parallele**

10:30

**L'AUTONOMIA A CASA PROPRIA E NELLE RSA:  
IL CONTRIBUTO DELLA TECNOLOGIA**

**Auditorium**

Apertura, definiamo  
il contesto:

**Massimiliano Malavasi,**

Centro per la Ricerca e l'Innovazione WeCareMore c/o AIAS  
Bologna onlus

Coordina:

**Davide Tuis,** FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio:

*La sperimentazione di sistemi di monitoraggio indossabili nel  
contesto residenziale dell'Itis di Trieste*

**Alessia Moltani,** Conftech, Monza

**Francesco Mosetti,** ITIS, Trieste

*L'innovazione tecnologica di Teia Care nei centri per anziani*

**Guido Magrin,** founder Teia Care

*Tecnologia: la chiave per rendere possibile 50 Sfumature di Cura*

**Marco D'Angelantonio,** HIS, Monaco GER



## SAD 2.0, VERSO L'HYBRID CARE

### Sala consiliare

10:30

Apertura, definiamo  
il contesto:

*Personal Care Robots, Stato dell'Arte e Futuri Scenari*

**Filippo Cavallo**,  
Università di Firenze

Coordina:

**Nicola Contarin**, FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio:

*Il Progetto H2020 ValueCare*

**Oscar Mayora**  
Fondazione Bruno Kessler, Trento

*Il Progetto EtxeTIC*

**Iñaki Bartolomè**,  
Kwido, Bilbao

Progetto Finage

**Francesca Burgio**,  
IRCSS, Ospedale San Camillo, Venezia

Isidora: la città digitale per l'anzianità di domani.

Progetto di Antropologia Medica

**Matteo Mauri**,  
Isidora Cooperativa Meridiana

GDPR, privacy e intelligenza artificiale

**Massimo Giuriati**, Match sas, Asso Dpo

## Chiusura del Lavori

---

13:00

**Giorgio Pavan, Marco Trabucchi**

## INFORMAZIONI GENERALI

L'auditorium è situato all'interno del parco di Sant'Artemio, sede della Provincia di Treviso, in via Cal di Breda, 116.

Il parco dista circa 10 minuti in macchina dal centro città ed è raggiungibile prendendo l'autobus numero 7 della MOM (direzione Sant'Artemio).

Per chi ci raggiunge in macchina si consiglia di prendere l'uscita Treviso Nord dell'autostrada A27. È disponibile un ampio parcheggio all'esterno del parco.

Per iscriversi è possibile fare riferimento ai contatti oppure al codice QR riportati più in basso.

Saranno accettate prenotazioni sino ad esaurimento posti disponibili.

**Iscrizione gratuita, prenotazione  
obbligatoria**

**Informazioni e iscrizioni:**

**Email:** [50sfumaturedicura@israa.it](mailto:50sfumaturedicura@israa.it)

**Tel:** 0422 414772



---

**Comitato organizzatore:**

Laura Lionetti  
Giorgio Pavan  
Gigliola Scattolin  
Marco Trabucchi

**Comitato scientifico:**

Rabih Chattat  
Antonio Guaita  
Paolo Pigni  
Silvia Vettor

Per chi lo desidera, alle 18.30 di venerdì 7 ottobre, ISRAA offrirà un aperitivo informale in centro a Treviso, nel Giardino dei Grani, presso il nuovo Borgo Mazzini Smart Cohousing, un'occasione per vedere la parte completata ed i lavori in corso del nuovo complesso di cohousing.

A seguire la Mostra Fotografica "Treviso...Riflessioni"  
ad opera di Cristina Madeyski.

Chiostro Santa Maria Maddalena, Borgo Mazzini 23, Treviso.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



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

Una iniziativa dell'AIP  
(Associazione Italiana di Psicogeriatria)  
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 Psicogeriatria) rivolto agli anziani

## Newsletter AIP - 9 settembre 2022

Gentili Signore, cari Amici,

**oggi inizia l'Alzheimer Fest di Firenze**, una grande scommessa. Ne riferiremo la settimana prossima con la speranza di successo, come è avvenuto nelle 5 precedenti edizioni (Gavirate, Levico Terme, Treviso, e due volte a Cesenatico). "La Lettura" del *Corriere della Sera* ne ha parlato domenica 4 settembre.

**Nei giorni scorsi si è tenuto a Cesenatico il 1° Forum nazionale dei Caffè Alzheimer**, organizzato dalla Fondazione Maratona Alzheimer in collaborazione con AIP. Particolarmente numerosa e vivace la partecipazione da tutta Italia, a testimonianza dell'interesse diffuso per un modello diverso di intervento a favore delle persone con demenza e delle loro famiglie. Il Caffè Alzheimer è per definizione immerso nella realtà e nelle sue difficoltà e vede una partecipazione attiva paritaria tra i fruitori e gli organizzatori. È di rilevante utilità sociale, perché costituisce un supporto alla rete dei servizi; infatti, contribuisce a mantenere nel proprio domicilio la persona ammalata, rappresenta un forte supporto ai caregiver, permette di identificare momenti di crisi nella vita e nella condizione di salute dell'ammalato. È un evento che aumenta il capitale sociale di una comunità, risultato che si raggiunge a basso costo.

In questi giorni **AIP ha elaborato un testo sui problemi ancora irrisolti riguardanti le cure e l'assistenza degli ammalati cronici**. In tempo di elezioni, si spera che i partiti possano cogliere alcune delle indicazioni contenute nel documento. Allego il testo perché chi ha interesse lo possa diffondere sui media nel proprio ambito. Fino ad ora è stato commentato da articoli, tra gli altri, comparsi su *Quotidiano della Sanità*, *Panorama della Sanità*, *Il Corriere della Sera*, *La Repubblica*, *Avvenire*, *Il Mattino*.

Riporto il titolo di un pezzo pubblicato il 3 settembre dell'editor di *BMJ* Kamran Abbasi riguardante le **crisi attuali che investono il mondo della sanità e dell'assistenza**: "I politici dopo il Covid hanno fallito anche sulla crisi energetica"; l'autore si pone l'interrogativo retorico se la politica non abbia ancora capito la gravità dei fatti o se, invece, pur capendola non ritiene di intervenire. Non mi permetto alcun commento, perché il titolo per i nostri lettori è certamente autoesplicativo; sono convinto che abbiamo il dovere di criticare la politica, senza però farci dominare dal pessimismo che paralizza qualsiasi impegno.

A questo proposito, è importante quanto scritto dal *NYT* del 24 agosto sullo **stato di accusa al quale è stato sottoposto il Centers of Disease Control and Prevention (CDC) degli USA per la gestione della crisi pandemica**. Il direttore del CDC ha fatto un'ampia ammissione di inadeguatezza (abbiamo mai visto qualche cosa di simile in Italia?): "Per 75 anni ci stavamo preparando ad affrontare il Covid-19, ma quando è giunto il 'big moment' la nostra prestazione è stata inferiore alle aspettative. Per essere onesti, noi siamo responsabili di alcuni drammatici errori, a partire dai test, fino alla raccolta

dei dati e alla comunicazione". Un grande Paese ha dei grandi funzionari in grado di autocritica per costruire un domani migliore.

Non sempre però le varie agenzie sono responsabili dei fallimenti; **talvolta, la scienza non è in grado di dare indicazioni minimamente credibili. Quello che sta capitando intorno al Monkeypox è da manuale**; contraddizioni, prese di posizione politiche, affermazioni prive di senso (ad esempio, in Francia si è dichiarato da parte di alcuni studiosi, preoccupati per le scarse difese frapposte al virus, che il Monkeypox potrebbe essere "la sifilide del 21esimo secolo". A queste dichiarazioni è seguita una protesta da parte della comunità LGBTQIA+ per evitare qualsiasi forma di stigmatizzazione attorno alla diffusione del virus.

A proposito di demenze, è interessante quanto pubblicato da *JAMA Network Open* del 5 agosto sulla **grave mancanza di specialisti in alcune zone degli USA, in particolare quelle rurali. Lo stesso sta avvenendo anche in Italia**, e non solo per le zone marginali; i CDCD non riescono a coprire orari più ampi di apertura, perché mancano neurologi, geriatri, psichiatri in grado di diagnosticare la malattia e di organizzare il follow up nel tempo.

**Di seguito il consueto contributo di Mauro Colombo** su un argomento scarsamente trattato, ma che, invece, è di grande rilievo pratico:

"Il significato dei ricoveri temporanei in RSA, ed il loro rapporto con la rete dei servizi, costituisce oggetto di dibattito. Uno spunto può derivare dal caso particolare di ricovero temporaneo riguardante le "skilled nursing homes" statunitensi [SNH], a significato riabilitativo. JAMA ha appena pubblicato una esperienza collegata alla continuità con le cure domiciliari, relativa ad oltre 105.000 beneficiari di Medicare, di circa 80 ( $\pm 10$ ) anni, 2/3 femmine, dimessi da ospedali verso tali strutture, e da là alle cure domiciliari, dopo quasi 1 mese di degenza media in SNH. Tale campione è stato scelto a caso tra gli omologhi beneficiari di Medicare, dei quali rappresenta il 5%; i pazienti presentavano in media 5 o più comorbidità, e – grazie alle informazioni funzionali ottenute mediante il "Minimum Data Set" – erano indipendenti mediamente in poco più che 1 attività quotidiana su 7, al momento della dimissione dall'ospedale per le SNH. Il 62,5% dei pazienti studiati, a 90 giorni dal termine delle cure domiciliari – durate in media 7 settimane, ma con ampia variabilità, sono stati classificati come "guariti". Per "guarigione" si intendeva qualsiasi miglioramento in autonomia nelle proprie capacità funzionali – rispetto alla situazione al momento della dimissione dalle SNH. Viceversa, altri esiti quali morte, ri-ospedalizzazioni o peggioramento funzionale costituivano sotto-categorie della "mancata guarigione". Fattori influenti sulla "guarigione", al di là di questioni economiche-amministrative (relative sia alla struttura che alla tutela sanitaria), sono risultati: deterioramento cognitivo, comorbidità, etnia (nera ed ispanica) e (assai più nettamente) fragilità [sfavorevoli], e per converso sesso femminile e capacità funzionale [favorevoli]. Oltre il 90% di coloro che non erano "guariti" presentavano diversi livelli di fragilità, contro lo 83% del campione totale, e lo 80% dei "guariti". Complessivamente, la distribuzione percentuale dei pazienti secondo le categorie degli esiti tendeva a stabilizzarsi ai 60 giorni di osservazione, ma i soggetti fragili presentavano una maggiore variabilità sia nel tempo di recupero che nella percentuale di "guariti" al 90° giorno di osservazione. Gli Autori ne concludono che i pazienti più fragili tendono ad impiegare più tempo a recuperare funzionalità, e possono spesso richiedere cure domiciliari più lunghe di 3 mesi. In ogni caso, la prognosi funzionale può essere "estremamente sfidante" [traduzione letterale].

Negli Stati Uniti, solo poco più della metà delle persone anziane possono venire dimesse direttamente dall'ospedale al domicilio. Per molti di loro, le strutture intermedie costituiscono una tappa importante e necessaria, per poter rientrare in comunità. Inoltre, spesso occorre una ulteriore fase di cure domiciliari, in continuità con le precedenti. Va detto che l'obiettivo riabilitativo costituisce senz'altro il motivo principale per l'accesso alle SNH statunitensi, ma non ne è l'unico. Il passaggio alla realtà italiana non è certamente automatico, ma il valore delle strutture geriatriche intermedie riabilitative è confermato – almeno per la maggior parte dei pazienti – da dati ed esperienze. In ogni caso, le cure residenziali e quelle domiciliari –

anche secondo la letteratura internazionale – si pongono come realtà non antitetiche e concorrenti, ma contigue – possibilmente continue – e comunque alleate.”

Fonte: Shi, S., Olivieri-Mui, B., Oh, G., McCarthy, E., & Kim, D. H. (2022). Analysis of Functional Recovery in Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities and Then Home. *JAMA network open*, 5(8), e2225452. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25452>

La dottoressa Gigliola Scattolin mi ha inviato la mail che segue, intervenendo con leggerezza ma intelligenza sul **problema del coinvolgimento delle persone anziane in compiti complessi**:

“Visto che ha accennato Placido Domingo ho piacere di condividere due miei pensieri su quanto accaduto... Come molti anziani è un uomo fragile e, come tutti i fragili, ha bisogno di quella che, in una società sana, dovrebbe essere una naturale rete di protezione; invece, attorno si ritrova persone (figli e manager?) che lo considerano una “macchina da soldi” e come tale lo usano senza scrupoli. Non si può dire in pubblico, ma una riflessione va fatta: oggi più che mai sembra interessare tutto ciò che porta guadagno (economico, voti, prestigio...), che non è un male, ma non può essere il fine nelle relazioni umane, in particolare di quelle di cura (che portano ben altri vantaggi). Credo, nemmeno il fine ultimo dell’arte e del lavoro degli artisti. Detto questo, anche da Placido Domingo si poteva ricavare qualcosa di utile. Un esempio: un grande artista che rallenta, come succederà a tutti, ma nulla viene disperso di quello che è stato. Sarebbe una lezione per tutti, la vita è anche fragilità, il valore di ciò che si è stati rimane. Si poteva organizzare uno spettacolo con lui al centro della scena e molti giovani cantanti attorno a lui, ad intonare le note che non ha più nella gola, ma ancora nel suo cuore e nella sua storia. Insieme, vecchio e nuovo. Osare, cambiare... Purtroppo, manca pure la fantasia... meglio una brutta copia del passato. D’altronde, anche di opere non se ne scrivono più di nuove...”.

Allego il programma delle **“50 sfumature di cura – “Il paradiso può attendere”** (Treviso, 7-8 ottobre). È possibile iscriversi gratuitamente; è molto importante una presenza corale, perché così si darebbe la dimostrazione che il mondo delle RSA è vivo e pronto a non rinunciare al proprio compito di grandissima importanza sociale. Mi chiedo, però, fino a che punto è possibile continuare a lavorare se non si modificano gli attuali gravissimi fattori di crisi, cioè l’aumento dei costi dell’energia e dell’inflazione. Questi sono l’ultima drammatica dimostrazione della crisi con la quale devono convivere le nostre RSA. Ma vi è l’estrema esigenza sociale di non privare i cittadini dei servizi dedicati all’anziano cronico. Se la politica fosse davvero attenta ai cittadini meno fortunati... noi però ci auguriamo che qualche politico si ricordi!

Allego anche il programma del convegno nazionale **“Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell’incontro”** (Trieste, 20-22 ottobre). Ricordo che “i luoghi dell’incontro” si riferiscono sia ai risultati della ricerca sull’invecchiamento cerebrale, cioè alle dinamiche interattive tra i neuroni, sia alla città di Trieste, dove si incontrano tradizioni, storie, culture diverse. Il tutto nella logica della complessità, come avviene per molti aspetti della vita umana.

Infine il consueto ricordo per l’**iscrizione all’AIP**; un’operazione per esprimere gratitudine alla nostra Associazione e un impegno per permetterle di continuare a lavorare.

Con viva cordialità, sperando che questa newsletter continui a rappresentare un punto di riferimento per le colleghe e i colleghi che operano con gli anziani fragili (ripeto, a questo proposito, l’invito ad inviarci critiche, contributi, commenti, unito al ringraziamento per quanti mi hanno già inviato il loro parere).

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*

PRESIDENTE:	Prof. MARCO TRABUCCHI
PRESIDENTE ELETTO:	Prof. DIEGO DE LEO
PAST-PRESIDENT:	Prof. UMBERTO SENIN
VICE-PRESIDENTI:	Prof. GIUSEPPE BELLELLI Dott.ssa GIOVANNA FERRANDES Prof. GIANCARLO LOGROSCINO Dr. CLAUDIO VAMPINI
PRESIDENTE COMITATO DI GARANZIA E INDIRIZZO:	Prof. LUIGI FERRANNINI
RESPONSABILE SEZIONI REGIONALI:	Dr. CARLO SERRATI
SEGRETARIO:	Dr. ANGELO BIANCHETTI

## **L'Associazione Italiana di Psicogeriatría e le elezioni. Un invito ai partiti per un impegno a favore degli anziani fragili**

Tra poche settimane andremo a votare.

AIP esprime alcune indicazioni che potrebbero essere colte da tutti i partiti a favore di ogni persona fragile per età, per condizione di salute e per collocazione sociale.

I principi ai quali si ispira questo documento guardano alla giustizia, all'equità e al diritto alla libertà: condizioni possibili solo attraverso un'adeguata organizzazione civile e una competenza e conoscenza da parte dei pianificatori e legislatori sulle problematiche legate all'invecchiamento.

1. Impegno ad evitare discussioni e decisioni attorno alle persone anziane che siano incentrate solo su problematiche di "risparmio" e di "spreco". Ogni provvedimento deve essere attuato sulla base dell'utilità individuale e collettiva, pur con la dovuta attenzione ad appropriatezza ed efficienza. Chi ha lavorato e creato condivisione sociale, cultura e ricchezza per il nostro Paese ha un credito di riconoscenza e rispetto che non si deve valutare in termini economici. Per rispondere a questa esigenza, primaria per ogni società civile, è necessario strutturare in modo radicalmente nuovo la formazione degli operatori sanitari e dell'assistenza a tutti i livelli, da quello universitario agli altri luoghi di formazione. Oggi mancano operatori preparati umanamente e tecnicamente per la cura degli anziani fragili, con le gravissime conseguenze che oggi rendono precario il lavoro di molti servizi.
2. La persona anziana ha bisogno della protezione necessaria per il suo livello di fragilità. Non hanno efficacia provvedimenti generici fondati solo sull'età, che non è di per sé indicatore della necessità di supporto. È necessario considerare tra i criteri per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale la deprivazione sociale, indicatore di svantaggio in termini di istruzione, di capacità economica e di relazioni. In questa prospettiva, le forze politiche devono dedicare particolare attenzione all'organizzazione dei servizi per gli anziani fragili nelle regioni meridionali del nostro Paese, abbandonando lo storico disinteresse.
3. I luoghi di vita devono essere organizzati in modo accogliente e sicuro. È inutile e offensivo invitare gli anziani a uscire di casa e a vivere nella comunità se le strade sono deserte, inospitali, talvolta frequentate da persone non amiche, spesso con barriere architettoniche. Attenzione allo spopolamento dei centri storici e alla scomparsa di luoghi naturali di incontro. È necessario studiare modalità urbanistiche dove la persona fragile possa trovare punti di appoggio fisico e psicologico.
4. La solitudine dell'anziano e i danni da questa provocati devono essere al centro dell'attenzione del legislatore e degli amministratori di ogni livello. Troppi sono stati recentemente i drammi della solitudine dei singoli e delle coppie. È un fenomeno che tende a diventare sempre più pervasivo; vanno quindi organizzati sistemi per creare socialità e favorire i contatti; nei casi più gravi, è necessario prevedere forme di accompagnamento diretto da parte dei servizi.



PRESIDENTE:	Prof. MARCO TRABUCCHI
PRESIDENTE ELETTO:	Prof. DIEGO DE LEO
PAST-PRESIDENT:	Prof. UMBERTO SENIN
VICE-PRESIDENTI:	Prof. GIUSEPPE BELLELLI Dott.ssa GIOVANNA FERRANDES Prof. GIANCARLO LOGROSCINO Dr. CLAUDIO VAMPINI
PRESIDENTE COMITATO DI GARANZIA E INDIRIZZO:	Prof. LUIGI FERRANNINI
RESPONSABILE SEZIONI REGIONALI:	Dr. CARLO SERRATI
SEGRETARIO:	Dr. ANGELO BIANCHETTI

---

5. Gli anziani devono essere aiutati nell'utilizzazione delle nuove tecnologie, almeno quelle di base, per potersi mettere in contatto con i servizi senza sentirsi esclusi e impotenti. Non devono diventare barriere che provocano disagi e crescenti diseguaglianze. Attuare programmi di digitalizzazione diffusi nel territorio.
6. È necessario riorganizzare profondamente l'assistenza all'anziano nel territorio. Il PNRR contiene indicazioni quantitative non sempre realizzabili e utili rispetto alla cura delle persone fragili. Andrà rivisto, anche rispetto a contenuti e obiettivi, quando si dovranno stendere i piani attuativi, identificando in particolare alternative al ricovero ospedaliero realmente efficaci sul piano clinico-assistenziale, che però non pongano sulle famiglie carichi di lavoro insostenibili. Attenzione particolare deve essere data al lavoro di caregiving, per facilitarne il compito in un'atmosfera di protezione sul piano organizzativo ed economico.
7. L'assistenza nell'ospedale deve essere riorganizzata tenendo conto della forte prevalenza delle persone molto anziane tra i degenti. È necessario diffondere una cultura e un'organizzazione che rispetti le esigenze della persona non più giovane colpita da una malattia acuta. Da rivedere anche la disponibilità di posti letto ospedalieri, in particolare nelle aree mediche, per evitare dimissioni inadeguate. Un ospedale adatto agli anziani fragili sarebbe per le sue caratteristiche un ospedale migliore per tutti. È necessario un intervento radicale per la riorganizzazione del Pronto Soccorso, porta d'accesso all'ospedale spesso irrispettosa dei bisogni di cura e assistenza posti dalle malattie croniche e dalle fragilità.
8. Le case di riposo (RSA) sono al centro dell'impegno delle comunità sul piano dei finanziamenti, fino ad ora assolutamente insufficienti, e del personale, che deve essere in quantità adeguata e con ottima preparazione professionale. Le comunità di ogni livello devono porre le residenze degli anziani al centro delle loro attenzioni e della loro vita. Lo stato nazionale deve intervenire per integrare l'attività regionale quando questa, per problematiche economico-organizzative, non è in grado di dare risposte adeguate.
9. I servizi territoriali e ospedalieri devono prevedere modalità di cura e accoglienza delle persone affette da demenza, che hanno esigenze specifiche e sono particolarmente fragili.
10. Infine: l'anziano è costruttore di futuro. L'organizzazione politica che non accetta questa posizione non costruisce una comunità equilibrata e giusta.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

# NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

## i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP  
a partecipazione internazionale

CREDITI  
ECM

**11,2**

**Trieste**

**20-22 ottobre 2022**

# Giovedì 20 ottobre

13:00-13:15 **Accredito**

## SALA TERGESTE

13:15-17:00 **Comunicazioni orali sessione NON ECM**

Presiedono: Gian Luigi Gigli (Udine), Marco Trabucchi (Brescia)

**Caratteristiche cliniche e farmacologiche di pazienti anziani con diagnosi di depressione in un ambulatorio territoriale in Italia**

Andrea Fabbo

**L'applicazione del Training Riabilitativo TCI e MindLenses Professional in un caso clinico post ischemico**

Valentina Ricci

**Long Covid: quando il virus si mimetizza con la depressione**

Antonino Cotroneo

**Omocisteinemia e depressione nello studio longitudinale "invece"**

Virginia Aglieri

**Disturbo della sfera sonno-veglia dell'anziano: approccio nutraceutico con valeriana, luppolo, giuggiolo e melatonina 1 mg**

Antonio Lera

## 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

**Neuro-nutraceutici e declino cognitivo: valutazione del nutraceutico synaid® (somministrazione per 24 mesi) in soggetti con e senza deterioramento cognitivo**

Massimo Veneziano

**I pazienti anziani con compromissione cognitiva sono esposti a un eccesso di farmaci sedativi e anticolinergici: l'esperienza dello studio identità**

Stefano Govoni

**Analisi trascrittomica di putativi geni di rischio in una coorte di pazienti con diagnosi clinica di malattia di Alzheimer e di demenza mista: biomarcatori o fattori di confondimento?**

Stefano Govoni

**Neuropotenziamento delle funzioni esecutive e interventi di age management in contesti professionali di alto livello: sviluppo di un protocollo intensivo a distanza**

Davide Crivelli

**La diffusione di una cultura dementia friendly**

Antonella Deponte

**Determining prevalence rates of mild cognitive impairment (mci): a systematic review**

Giulia Marselli

**Efficacia dell'esercizio fisico sui disturbi neuropsichiatrici e sulle attività strumentali nei pazienti con malattia di Alzheimer**

Nicola Serroni

**Rischio di demenza e in particolare della malattia di Alzheimer in pazienti con storia in anamnesi di disturbo dell'umore e/o del disturbo bipolare (BD) - risultati di una indagine**

Nicola Serroni

**La fisioterapia a domicilio nei pazienti anziani durante la pandemia da Covid 19**

Nicola Serroni

# Giovedì 20 ottobre

13:15-17:00

## SALA ZODIACO

### Comunicazioni orali sessione NON ECM

Presiedono: Umberto Albert (Trieste), Claudio Vampini (Verona)

#### Quali sfide nei servizi di assistenza alla persona anziana? Prospettive e preoccupazioni per il futuro

Luca Croci

#### Neuroimaging in persone con pregresso tentativo di suicidio: dalla morfometria alla connettività funzionale

Nicola Meda

#### Poor Sleep Quality and Mental Health in Aging

Ilaria Corbo

#### Sintomi neuropsicologici di presentazione di Covid 19: valore prognostico e significato clinico

Federica Viola

#### Supervisione neurologica in residenze per anziani: spunti di profonda riflessione attraverso due progetti eseguiti in epoca pre-Covid

Ferdinando Schiavo

#### Geni e declino cognitivo nella popolazione anziana: l'effetto combinato di APOE e TOMM40

Virginia Aglieri

#### Ambulatorio Multidisciplinare Neuropsichiatrico implicazioni per la psicogeriatra

Marialaura Lussignoli

#### Pandemia e riabilitazione: il punto di vista OIC diventa prismatico

Monica Rapattoni

#### Fattori associati allo stato funzionale in un campione di pazienti anziani afferenti ad un CDCD

Alessandro Greatti

#### La professione psicologica. Prospettive di lavoro nell'ambito dell'invecchiamento

Giovanni Ottoboni

#### Il positive care e le terapie non farmacologiche (TNF)

Maria Ostuni

17:00-17:15

## SALA TERGESTE

### Premiazione delle migliori comunicazioni libere

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

# 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 Logroscino (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)
- 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 Omiciuolo (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 nuove 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

Il Provider Motus Animi, ha assegnato all'evento n.11,2 Crediti Formativi ECM.

Codice di riferimento dell'evento n. 2112- 359821 per le figure di Medico Chirurgo (tutte le specialità), Psicologo, Tecnico della Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Educatore Professionale.

## ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)  
A titolo gratuito
  - Non Socio AIP - € 80
  - Specializzando\* - € 40
- \*E 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

## SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

## COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert  
Paolo Manganotti  
Cinzia Omiciuolo  
Marco Trabucchi  
Michela Zanetti

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



**MCI**

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

# 50 SFUMATURE DI CURA

## IL PARADISO PUO' ATTENDERE

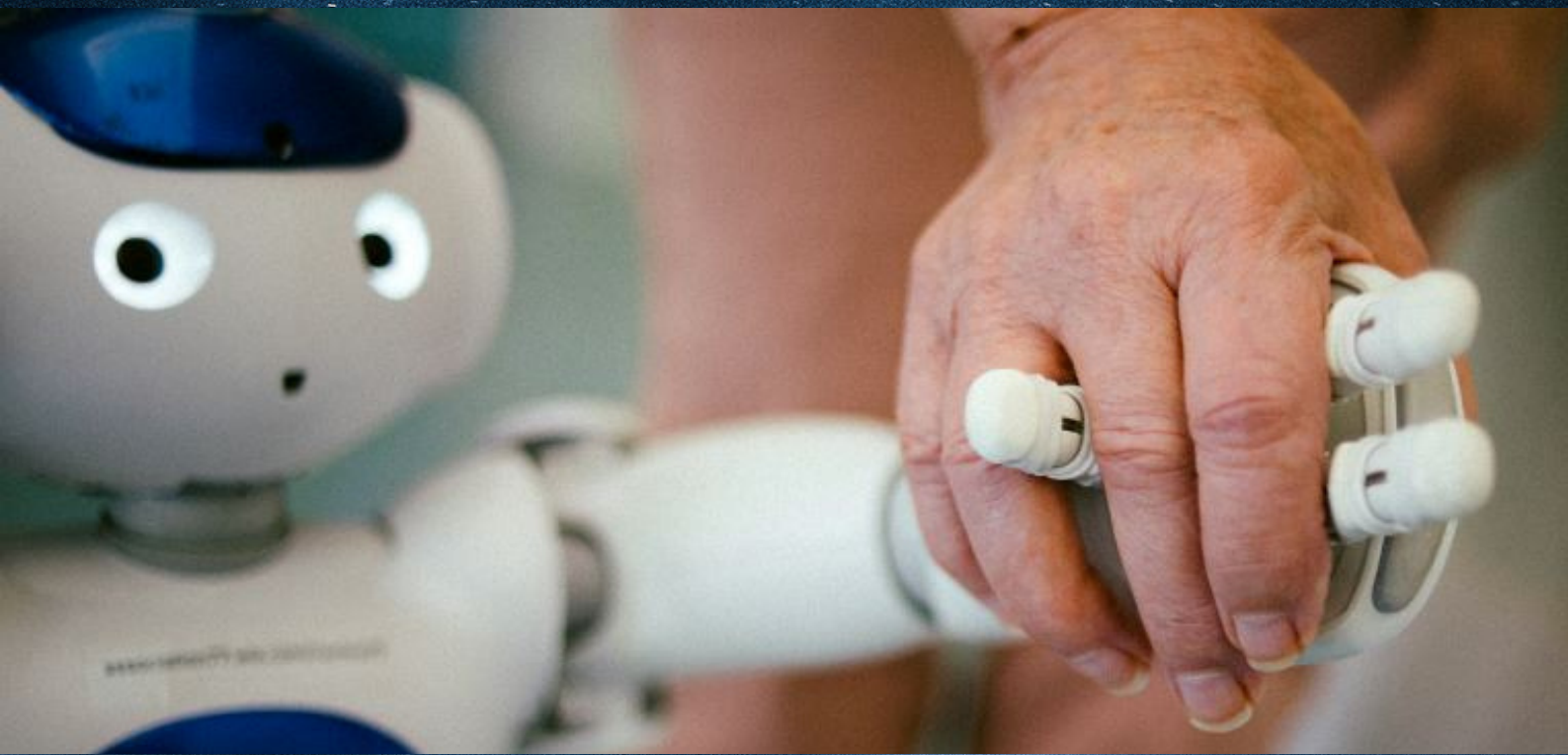
RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

**7 - 8 OTTOBRE 2022**

**AUDITORIUM PROVINCIA DI TREVISO**

**Via Cal di Breda 116, Treviso**

**Prenota il tuo posto  
gratuitamente!**





Siamo immersi nei 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.

Sarebbe facile unirsi al coro dei lamenti, 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 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.

Giorgio Pavan, Marco Trabucchi

La terza edizione di "50 Sfumature di Cura 2022" è articolata in due giornate.

I lavori prevedono momenti in plenaria, seguiti da sessioni parallele, ognuna coordinata da due esperti del settore.

# PROGRAMMA

## VENERDÌ 7 OTTOBRE

**Caffè di benvenuto e registrazione** **9:00**

---

**Saluto delle Autorità** **9:30**

---

<b>Mauro Michielon</b>	<b><i>Presidente ISRAA</i></b>
<b>Mario Conte</b>	<b><i>Sindaco di Treviso</i></b>
<b>Stefano Marcon</b>	<b><i>Presidente della Provincia di Treviso</i></b>
<b>Francesco Benazzi</b>	<b><i>Direttore Generale Ulss2 Marca Trevigiana Regione del Veneto</i></b>

**Apertura dei lavori** **10:00**

---

**Giorgio Pavan** ***Direttore ISRAA***

**Lettura magistrale** **10:15**

---

**La scelta della cura: lavoro e vocazione**

**Marco Trabucchi** ***Presidente AIP Associazione Italiana di  
Psicogeriatría***

**LUOGHI DI VITA: FUNZIONALITA' E BELLEZZA AIUTANO LA CURA**  
**Sala Consiliare**

Le RSA come luoghi di vita, di lavoro, di relazione e di cura, in particolare dopo la pandemia, vanno ripensate sia nelle nuove realizzazioni che nella modifica di quelle esistenti. Raccogliamo in questa sezione gli studi, le esperienze, le realtà virtuose che possono guidarci nel cambiamento, che possono aiutarci a trovare soluzioni pratiche e a progettare il nostro futuro.

**Coordinano:** **Antonio Guaita**,  
Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)  
**Patrizia Valla**,  
Studio di architettura, Milano

**DIRITTO DI CITTADINANZA: RSA E COMUNITA'**  
**Auditorium**

Le RSA possono essere un punto di riferimento per una comunità? Possono diventare dei centri di servizi aperti ai cittadini che cercano una risposta ai propri bisogni, pur continuando a vivere a casa propria? Possiamo parlare di RSA come nuove "comunità nelle comunità"? In questa sezione raccogliamo esperienze e progetti che sono riusciti ad andare oltre il perimetro delle proprie mura, che hanno abbattuto gli steccati culturali, organizzativi, funzionali, diventando punto di riferimento nel dinamico interscambio dell' RSA con il territorio ed i cittadini.

**Coordinano:** **Rabih Chattat**,  
Università Alma Mater Studiorum, Bologna  
**Elena Lucchi**,  
Fondazione Germani, Cremona

**LA MENTE SOLA: DEMENZE E SALUTE MENTALE**  
**Sala lezioni (edificio 6)**

La tutela della salute mentale dei propri residenti si impone in modo rilevante a tutte le RSA: le demenze, le problematiche di natura psichiatrica, la solitudine... In questa sezione vogliamo raccogliere le ricerche, le esperienze, le soluzioni che hanno contribuito a migliorare la qualità della vita delle persone che, in presenza di problematiche afferenti alla psiche, abitano nelle RSA.

**Coordinano:** **Diego De Leo**,  
University of Griffith, Brisbane, AUS  
**Manuela Berardinelli**,  
Presidente Alzheimer Uniti Italia

**COVID-RESISTENTI: VIVERE E PREVENIRE****Sala Lezioni (edificio 6)**

L'avventura del Covid, che ha trasformato le nostre vite e le vite di tanti anziani nelle RSA, continua ad essere presente nelle nostre realtà. Alla fase emergenziale di resistenza sta subentrando una nuova fase, dominata dalla forzata convivenza. In questa sezione vogliamo raccogliere gli insegnamenti, le traiettorie, le decisioni che le nostre organizzazioni hanno assunto o stanno assumendo: un modo per fare il punto sullo stato dell'arte e per darci una prospettiva per il prossimo futuro.

**Coordinano:** **Federica Boschi**, AUSL Romagna  
**Melania Cappuccio**, MMG Valle del Lujo (BG)

**GUIDARE UNA RSA: LA SCIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE E LE STRATEGIE DI SOPRAVVIVENZA****Sala consiliare**

Gli scenari di sofferenza legati alla precarietà economica, alle scarse risorse professionali presenti nel mercato del lavoro, alla proposta di un cambio di paradigma veicolato dal PNRR, all'assenza di una legge sulla non autosufficienza, chiede miracoli gestionali che rischiano, nella pratica quotidiana, di scaricarsi nella qualità della vita delle persone assistite e delle persone che assistono. Un dramma preannunciato da anni ed ancora irrisolto. In questa sessione vengono raccolte proposte, esperienze, modelli organizzativi che aiutano a mantenere la rotta in mare in piena tempesta.

**Coordinano:** **Massimo Giordani**, Direttore UPIPA, Trento  
**Maria Mastella**, Pres. Fondazione OASI, San Bonifacio

**OSS, INFERMIERI E PROFESSIONISTI DELLA CURA IN RSA: PERCHÉ CONTINUARE A FARE QUESTO LAVORO?****Auditorium**

La crisi della vocazione per i lavori di assistenza e di cura alla persona è una realtà evidente a tutti. Vale allora la pena chiederci perché questo lavoro interessi sempre meno e che cosa sia necessario fare per rimettere al centro l'interesse per la salute e la qualità di vita dell'anziano. Raccogliamo in questa sessione le riflessioni e le proposte che possono aiutare questo percorso di ricostruzione valoriale, a partire dai percorsi scolastici e accademici, alla formazione e alla supervisione continua dei lavoratori.

**Coordinano:** **Raffaella Da Ros**, Presidente Insieme si può, Treviso  
**Roberto Volpe**, Presidente URIPA, Padova

**Chiusura dei Lavori - Auditorium****16:45****Giorgio Pavan, Marco Trabucchi****Presentazione della "Carta di Treviso"**

# PROGRAMMA

## SABATO 8 OTTOBRE

**Caffè di benvenuto e registrazione** **9:00**

---

**Portano i loro saluti:** **9:30**

---

<b>Paola Roma</b>	<b><i>Presidente Conferenza dei Sindaci Ulss2</i></b>
<b>Elisa Corrà</b>	<b><i>Presidente CSV Treviso Belluno</i></b>
<b>Mirella Zambello</b>	<b><i>Presidente Ordine Assistenti Sociali Veneto</i></b>
<b>Luca Pezzullo</b>	<b><i>Presidente Ordine Psicologi Veneto</i></b>

- I temi di questa giornata trattano alle applicazioni tecnologiche in area anziani, potenzialità e scenari d'uso dell'intelligenza artificiale e della robotica per la vita indipendente.
- Gli argomenti saranno particolarmente d'interesse per i Comuni e le Ulss, per lo sviluppo del SAD e dell'ADI, in linea con la nuova programmazione del PNNR.

**Lettura magistrale** **10:00**

---

**La trasformazione digitale dell'assistenza**

**Oscar Zanutto** ***Coordinatore FABER-Fabbrica Europa, ISRAA, Aging 2.0 TV Chapter Ambassador, International Society of Gerotechnology***

**Sessioni parallele** **10:30**

**L'AUTONOMIA A CASA PROPRIA E NELLE RSA:  
IL CONTRIBUTO DELLA TECNOLOGIA**

**Auditorium**

Apertura, definiamo il contesto: **Massimiliano Malavasi**,  
Centro per la Ricerca e l'Innovazione WeCareMore c/o AIAS  
Bologna onlus

Coordina: **Davide Tuis**, FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio: *La sperimentazione dei sensori ambientabili ed indossabili nel contesto residenziale dell'Itis di Trieste*  
**Alessia Moltani**, Conftech, Monza

*L'innovazione tecnologica di Teia Care nei centri per anziani*  
**Guido Magrin**, founder Teia Care

*L'esperienza di Santiago Night Project*  
**Marco D'Angelantonio**, HIS, Monaco GER

## SAD 2.0, VERSO L'HYBRID CARE

### Sala consiliare

10:30

Apertura, definiamo  
il contesto:

*Personal Care Robots, Stato dell'Arte e Futuri Scenari*

**Filippo Cavallo**,  
Università di Firenze

Coordina:

**Nicola Contarin**, FABER - Fabbrica Europa, ISRAA, Treviso

Casi studio:

*Il Progetto H2020 ValueCare*

**Oscar Mayora**  
Fondazione Bruno Kessler, Trento

*Il Progetto Etxectic*

**Iñaki Bartolomè**,  
Kwido, Bilbao

Progetto Finage

**Francesca Burgio**,  
IRCSS, Ospedale San Camillo, Venezia

## Chiusura del Lavori

---

13:00

**Giorgio Pavan, Marco Trabucchi**

## INFORMAZIONI GENERALI

L'auditorium è situato all'interno del parco di Sant'Artemio, sede della Provincia di Treviso, in via Cal di Breda, 116.

Il parco dista circa 10 minuti in macchina dal centro città ed è raggiungibile prendendo l'autobus numero 7 della MOM (direzione Sant'Artemio).

Per chi ci raggiunge in macchina si consiglia di prendere l'uscita Treviso Nord dell'autostrada A27. È disponibile un ampio parcheggio.

Per Iscriverti è possibile fare riferimento ai contatti oppure al codice QR riportati più in basso.

Saranno accettate prenotazioni sino ad esaurimento posti disponibili.

**Iscrizione gratuita, prenotazione obbligatoria**

**Informazioni e iscrizioni:**

**Email:** [50sfumaturedicura@israa.it](mailto:50sfumaturedicura@israa.it)

**Tel:** 0422 414772



---

**Comitato organizzatore:**

Laura Lionetti  
Giorgio Pavan  
Gigliola Scattolin  
Marco Trabucchi

**Comitato scientifico:**

Rabih Chattat  
Antonio Guaita  
Paolo Pigni  
Silvia Vettor

Per chi lo desidera, alle 18.30 di venerdì 7 ottobre, ISRAA offrirà un aperitivo informale in centro a Treviso, nel Giardino dei Grani, presso il nuovo Borgo Mazzini Smart Cohousing, un'occasione per vedere la parte completata ed i lavori in corso del nuovo complesso di cohousing.

A seguire la Mostra Fotografica "Treviso...Riflessioni"  
ad opera di Cristina Madeyski.

Chiostro Santa Maria Maddalena, Borgo Mazzini 23, Treviso.

## Newsletter AIP - 2 settembre 2022

Gentili Signore e cari Amici,

inizio questa newsletter con i 4 articoli comparsi il 31 agosto sullo stesso numero del *New York Times*. Oltre che per il loro interesse, ne riferisco per invitare chi può ad abbonarsi ad una selezione degli articoli del giornale che viene inviata ogni giorno al costo di 14 euro al mese. Una cifra che potrebbe essere sostenuta in cambio di un'apertura verso vedute più ampie. Personalmente, per quanto può interessare al lettore, mi è stato molto utile.

Il primo articolo riporta uno studio israeliano secondo il quale **Paxlovid riduce la mortalità, ma solo negli anziani**.

Il secondo riporta il dato sulla **riduzione della speranza di vita in USA in seguito alla pandemia**. Ancora una volta i dati indicano che gli eventi negativi inducono effetti peggiori nelle minoranze (da tempo in questa newsletter seguiamo con attenzione gli effetti delle disparità sociali sulla salute).

Il terzo della serie riguarda la notizia che **la legislatura californiana ha approvato una legge per punire i medici che diffondono false informazioni**. Non faccio commenti a questo articolo; mi permetto solo di accennare ai due rischi contrapposti: da una parte si comprime la libertà di pensiero, dall'altra si evita la diffusione nella popolazione di notizie pericolose per la salute.

Il quarto pezzo pubblicato dal giornale riguarda invece la **fiducia che è stata riposta dagli americani in Anthony Fauci**, che agli inizi della pandemia è stato ritenuto un vecchietto di fascino, ma "no sense", per poi diventare una forte guida pratica, ma anche morale per il suo Paese (onore alle sue origini abruzzesi).

A questo punto qualcuno si chiederà perché non faccio pubblicità anche agli abbonamenti delle riviste scientifiche; hanno infatti un particolare: costano molto di più del *NYT* (di fatto, quindi, devono essere seguite nelle biblioteche!).

**Accludo a questa newsletter il testo di un appello rivolto ai partiti da parte di URIPA**, l'Associazione delle case di riposo del Veneto, il cui presidente è Roberto Volpe, un vecchio (giovane) compagno d'arme nella battaglia per la difesa del ruolo insostituibile delle residenze per anziani. È un documento severo, ma documentato, di molto utile lettura. Ricordo a questo proposito che un gruppo di colleghi di AIP, guidato da Mauro Colombo e Antonio Guaita, sta lavorando ad un documento ufficiale della nostra Associazione. Sentiamo, infatti, sempre più forte il dovere di diffondere in Italia un forte senso di responsabilità per la cura degli anziani fragili che non possono più restare a casa; sentiamo anche il dovere di opporci a posizioni banali e non documentate.

Un breve report di alcuni articoli della letteratura internazionale.

A questo proposito mi farebbe piacere conoscere il parere dei lettori sull'impostazione di questa newsletter: troppo spazio alla cronaca, poco alla scienza, troppo alle valutazioni organizzative? È troppo lunga o si leggerebbero volentieri anche altre informazioni?

Il *NEJM* del 18 agosto riporta il risultato di un **trial randomizzato contro placebo con Metformina, Ivermectina e Fluvoxamina rispetto alla capacità di prevenire la sindrome respiratoria acuta dopo**



**infezione da Covid-19**, in particolare di prevenire l'ipossiemia, l'accesso al Pronto Soccorso, l'ospedalizzazione e la morte. Nessuno dei tre farmaci presenta un profilo positivo, mettendo un punto fermo su altre precedenti valutazioni dubbie e incerte.

JAMA del 23/30 agosto pubblica un importante editoriale sulle **disparità nel controllo della colesterolemia**. D'altra parte, sono numerosi nell'ambito delle malattie cardiovascolari le indagini che testimoniano le differenze dovute alla razza, all'istruzione, alle condizioni economiche. Studi ormai classici hanno dimostrato che in America la popolazione nera ha un rischio molto più elevato della popolazione bianca di morire a causa di malattie cardiache. Mi permetto di insistere ancora una volta attorno al tema delle disparità nei livelli di salute e anche degli interventi di cura; un tema che è molto collegato con le problematiche dell'invecchiamento e la sua qualità.

Su questa stessa linea *Lancet* del 27 agosto pubblica un editoriale sulle **ricadute della pandemia sulla salute pubblica e la salute mentale**, sostenendo che il Covid-19 è stato un campanello d'allarme rispetto all'esigenza di una maggiore preparazione per affrontare le sfide del futuro.

*Journal of Alzheimer's Disease* del 2 agosto presenta un'elaborazione molto interessante sulla **possibilità che vi sia un collegamento tra herpes virus e malattia di Alzheimer**. Il testo presenta alcuni progetti di ricerca su questo argomento.

**Riporto il contributo di Mauro Colombo, dedicato alla problematica della grande variabilità dei processi di invecchiamento.** Una tematica di grande fascino, però ancora oscura per molta parte:

“La stima della età biologica costituisce un obiettivo importante della gerontologia, allo scopo di rendere conto della variabilità che tipicamente caratterizza – a livello di funzionalità, morbosità e mortalità – l'invecchiamento. Una simile misura tornerebbe particolarmente utile per applicazioni sia cliniche che di ricerca. A questo scopo, studiosi inglesi si sono concentrati sulla età cerebrale, indicata come “differenza in età cerebrale prevista” misurata come differenza tra età anagrafica ed età dell'encefalo stimata mediante risonanza magnetica – derivata tramite intelligenza artificiale applicata ad un vasto campione di cervelli sani<sup>§</sup>. Tale metrica si è rivelata associata alla funzionalità fisica, allo sviluppo di demenza e di malattie neuropsichiatriche quali malattia di Alzheimer, sclerosi multipla e depressione, oltre a predire la mortalità ad 8 anni in una popolazione di 70enni. Una peculiarità dello studio considerato consiste nel concentrarsi su una fascia di età particolarmente ristretta: i 70enni appartenenti ad una coorte di 456 inglesi nati in una settimana del marzo 1946. Il campione studiato deriva da uno omologo più ampio, che è andato incontro a 24 valutazioni multidimensionali precedenti. Un primo risultato sorprendente consiste nella variabilità particolarmente estesa tra età cerebrale prevista, compresa tra 46,3 e 94,3 anni, ed età anagrafica al momento della valutazione, compresa tra 69,3 e 71,9 anni. Un secondo risultato sorprendente consiste nello “anticipo” della età cerebrale predetta rispetto a quella anagrafica: una media di 2,77 anni sul campione totale, e di 5,5 anni per il sottocampione femminile. Una metodica statistica particolare [“partizionamento gerarchico della varianza”] – senza correzioni per confronti multipli – è stata scelta per esplorare i possibili fattori che contribuiscono all'invecchiamento cerebrale, piuttosto che indicare quelli più influenti. Sono così stati selezionati 12 predittori, che insieme rendono conto di 1/3 della varianza totale del modello: sesso [femminile<sup>£</sup>], presenza di fattori di rischio cardiovascolari a 36<sup>#</sup> ed a 69 anni<sup>#</sup>, concentrazione serica in neurofilamenti leggeri<sup>#</sup>, prestazioni cognitive attuali<sup>£</sup>, danni cerebrali strutturali<sup>#</sup>; età anagrafica<sup>#</sup>, cognitivtà da bambino<sup>£</sup>, stato socio-economico<sup>£</sup>, carico amiloideo alle neuroimmagini<sup>#</sup>, volume intracranico totale<sup>£</sup>, volume cerebrale totale<sup>£</sup> e quota di iperintensità alla sostanza bianca<sup>#</sup>. Solo i primi 6 fattori sono stati filtrati dalla analisi statistica convenzionale, mentre sono stati esclusi dal modello – comunque esaminato – il livello di scolarità, fattori genetici [portatore di APOE ε4 o di rischio poligenico per malattia di Alzheimer], misure di prestazione fisica [volume espiratorio forzato in 1 secondo, forza della stretta di mano, velocità di cammino], volumi dell'ippocampo e dei ventricoli cerebrali. La esclusione di alcuni fattori può derivare dalle caratteristiche della coorte studiata [“largamente pre-sintomatica”]; gli Autori però sottolineano che la “differenza in età cerebrale prevista” cattura cambiamenti che si accumulano nell'encefalo con l'avanzare dell'età, sostenuti plausibilmente da fattori di rischio che si sviluppano nel corso della vita. È significativo che la forza della regressione tra “differenza in età cerebrale prevista” e presenza di fattori di rischio cardiovascolare sia uguale se rilevata a 36 come a 69 anni: ma in questo ultimo caso, ancora

una volta, ad aumentare sensibilmente è la variabilità della associazione: la deviazione standard passa da 1,74 a 13,45. Ancora, la età cerebrale stimata è stata in grado di predire, in un sottocampione di 345 soggetti, le velocità di atrofia cerebrale globale ed ippocampale, e della espansione ventricolare. Un'ultima annotazione: a conferma della sensibilità della popolazione investigata verso la ricerca, il 30% dei partecipanti si è data disponibile a donare il proprio cervello, dopo la morte, a fini di studio”.

Nota: fattori favorevoli (♠) e sfavorevoli (♣) per una età cerebrale predetta inferiore rispetto alla età anagrafica

<sup>§</sup> Life course, genetic, and neuropathological associations with brain age in the 1946 British Birth Cohort: a population-based study [www.thelancet.com/healthy-longevity](http://www.thelancet.com/healthy-longevity) Published online August 22, 2022 [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00167-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00167-2)

Ringrazio la collega Leotta, primario neurologo di Torino, per questa [nota sugli attacchi di hacker alle strutture sanitarie](#). Ritengo sia un problema gravissimo, che riguarda in particolare gli ammalati cronici:

“Venerdì 19 agosto u.s. l’ASL Città di Torino, una delle Aziende Sanitarie più grandi d’Italia, è stata oggetto di un attacco “hacker” che ha causato il blocco dei sistemi informatici di 5 ospedali e dei servizi territoriali, non rivendicato da alcun gruppo terroristico, ma con richiesta di riscatto.

L’attacco ha comportato il blocco dell’accesso alle cartelle cliniche in P.S. e nei reparti ospedalieri, l’impossibilità ad elaborare ed a trasmettere gli esami di laboratorio e strumentali, l’inaccessibilità alle reti di comunicazione intra e interospedaliere, l’impossibilità di accedere ai database degli ambulatori, l’erogazione di attività ambulatoriali solo mediante modalità manuale, l’impossibilità ad emettere ricette dematerializzate, ritardi nell’autorizzazione di ausili e presidi sanitari e comunicazioni esiti visite U.V.G., interruzione pagamenti ticket, ritiro esami radiologici, e, al momento in cui vengono scritte queste righe e sono trascorsi 13 giorni, senza che la maggior parte di queste attività sia stata ripristinata.

Gli attacchi informatici, in particolare quelli ai sistemi delle strutture sanitarie, secondo gli esperti e gli organi di stampa sono sempre più frequenti. I dati del CSI Piemonte (Consorzio per il Sistema Informativo), riferiscono di circa 150 mila attacchi “malevoli” al giorno per la sola Regione Piemonte.

Gli ospedali e le Aziende Sanitarie sarebbero prede predilette, sia per l’accesso alle cartelle sanitarie, sia perché gli ospedali vengono visti come soggetti vulnerabili per un eventuale pagamento di riscatto, sia perché probabilmente sono più vulnerabili in quanto gli investimenti in “cybersicurezza” sono minori.

Se i virus come il Covid, che inaspettatamente ha colpito gli uomini, ha causato, oltre alle sofferenze dei pazienti e delle loro famiglie, sofferenze, stress, disagio, superlavoro al personale sanitario, anche i virus che colpiscono i sistemi informatici si ripercuotono, oltre che con disservizi e anche rischi per i pazienti e per la popolazione tutta (un emocromo urgente può impiegare oltre un’ora ad arrivare in P.S., stampato su foglietti senza valori di riferimento e ai limiti del non leggibile), immaginiamo come stanno lavorando tutti gli operatori sanitari e gli amministrativi della ASL colpita.

Anche dal punto di vista deontologico e del rapporto di fiducia medico-paziente il tema della sicurezza entra in discussione, come ha giustamente sottolineato il presidente dell’Ordine dei Medici di Torino Guido Giustetto che dice: “Ogni volta che vengono messi in rete dati sensibili dei pazienti si affida ad uno strumento terzo il rapporto di fiducia medico-paziente, che è basato sul segreto professionale e sulla riservatezza, e di cui è proprio il medico il responsabile e il garante.”

Due osservazioni finali.

[L’Istat ha comunicato che, secondo una prima stima, i decessi del luglio 2022 sono stati oltre 62.000, numero superiore del 20% rispetto a quelli degli anni precedenti](#). Questo aumento così vistoso viene attribuito al grande caldo, mentre il Covid-19 avrebbe avuto un impatto minore sulla mortalità del primo trimestre rispetto agli anni 2020 e 2021. Il dato, che riguarda in particolare gli ultra80enni, pesa sulla nostra organizzazione sociale. È troppo elevato; infatti, una certa quota di aumento della mortalità è accettabile, ma questi numeri indicano che [è mancata un’organizzazione territoriale in grado di intervenire](#). Non si sente più parlare di “anagrafe della fragilità”, forse perché troppo difficile da attuare. Sarebbe però necessario che i comuni si muovano con le proprie forze, anche utilizzando il volontariato, senza aspettare che intervengano le ASL, organismi burocratici che

sono più sensibili (escluse alcune lodevoli eccezioni) agli equilibri politico-sindacali che al bene comune.

Un'altra osservazione parte dalla posizione che abbiamo sempre adottato in questa newsletter a favore del fatto che **gli anziani non devono rinunciare a vivere attivamente a causa degli anni**. Ne avevamo discusso anche a proposito di Anthony Fauci. Io continuo ad essere convinto, sulla base dell'esperienza, ma soprattutto di dati inconfutabili della letteratura scientifica, che chi si consuma dentro la vita, poi la ritrova più ricca e amica. Però è necessario che la scelta sia compiuta con prudenza e attenzione alla realtà, non come in questi giorni ha fatto Placido Domingo, che all'Arena di Verona ha realizzato una performance piena di errori e di vuoti di memoria. Il grandissimo tenore si è sopravvalutato; adesso paga le conseguenze tristi della sua caparbia, anche perché la gente mediamente non perdona al grande che cade (gli orchestrali si sono rifiutati di ubbidire ad alcuni suoi ordini!). Quindi non rinunciare mai prima del tempo, ma con la saggezza di farlo prima che sia troppo tardi.

La settimana prossima sarà ricca di attività organizzate da AIP: il giorno 7 a Cesenatico si svolgerà il **1° Forum nazionale sui Caffè Alzheimer** (vedi programma allegato). È il prolungamento, organizzato con la Fondazione Maratona Alzheimer, di una storica attenzione di AIP alla crescita di questi servizi a basso costo, di grande utilità e in grado di attivare positivamente le risorse spontanee delle comunità.

Dal 9 all'11 settembre si terrà a Firenze la 6a edizione dell'**Alzheimer Fest** (il programma è consultabile sul sito [www.psicogeriatría.it](http://www.psicogeriatría.it)). Quest'anno il luogo sarà Piazza della Santissima Annunziata, luogo splendido che ci auguriamo possa essere la degna cornice di un evento ormai collaudato per dare significato alla presenza delle persone affette da demenza e dalle loro famiglie all'interno della nostra vita sociale. Firenze è città d'arte, ricca di storia civile; siamo certi saprà accogliere dignitosamente il mondo della malattia.

Ricordo che il 20-22 ottobre si terrà a Trieste il convegno **"Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**, un'occasione significativa per un contatto con le realtà di confine e le relative problematiche in ambito psicogeriatrico. Il programma è disponibile sul sito AIP.

Infine, ricordo, come sempre, **l'importanza dell'iscrizione all'AIP**, per sottolineare, soprattutto in tempi difficili, l'attaccamento umano alla nostra Associazione, ma anche quello tecnico-professionale a quanto cerchiamo di elaborare e diffondere in difesa dell'anziano fragile.

Con viva cordialità e l'augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

**7 SETTEMBRE 2022**  
**COLONIA AGIP DI CESENATICO**

# **1° FORUM NAZIONALE DEI CAFFE' ALZHEIMER**



segreteria organizzativa



Coordinatrice

**ROBERTA OSTI**

339 6543304

[r.osti@fondazionemaratonaalzheimer.it](mailto:r.osti@fondazionemaratonaalzheimer.it)

## **PROGRAMMA DEL MATTINO IL PUNTO SULLA SITUAZIONE ITALIANA**

**10:30** Caffè di benvenuto e registrazione partecipanti

**11:00** Saluti del Sindaco di Cesenatico **Matteo Gozzoli**

**11:10** Presentazione del Forum - **Stefano Montalti, Marco Trabucchi**

**11.20** Da S. Ginesio un messaggio per l'Italia **Manuela Berardinelli**

**11:30** Lo stato dei Caffè Alzheimer in Italia: risultati di una Survey Nazionale - **Stefano Boffelli**

**12:00** La rete delle cure nelle quale si collocano oggi i Caffè Alzheimer - **Marco Trabucchi, Rabih Chattat, Federica Boschi, Andrea Fabbo**

**13:00** Lunch

## **PROGRAMMA DEL POMERIGGIO: ESPERIENZE REGIONALI E POSSIBILI PROGETTI NEL TRIENNIO 22-25**

**14:00** Presentazione delle esperienze Regionali dei Caffè Alzheimer

**15:30** Il Caffè Alzheimer Diffuso: un progetto importante e un'opportunità per le associazioni - **Roberta Osti, Federica Limongi**

**16:00** Una piattaforma web Nazionale: contenuti e contributi possibili - **Chiara Vecchi**

**16:15** Care del malato: realizzazione del Manuale Nazionale degli Interventi - **Federica Gottardi**

**16:30** Care dei familiari: realizzazione del Manuale Nazionale degli Interventi - **Valentina Laganà**

**16:45** Discussione, proposte e raccolta di adesioni sui progetti presentati

**17:15** Presentazione del Docufilm: L'acqua non muore mai

**17:30** Conclusioni e arrivederci al 2023

## **PROGRAMMA DELLA SERA**

**21:00** Proiezione in anteprima del Docufilm "L'acqua non muore mai" - **Barbara Roganti - Regista**

## I RELATORI

**Stefano Montalti** – Presidente Fondazione Maratona Alzheimer

**Marco Trabucchi** – Presidente AIP, Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia

**Manuela Berardinelli** - Presidente Alzheimer Uniti Italia e AFAM Marche

**Stefano Boffelli** – AIP, Fondazione Poliambulanza Brescia

**Rabih Chattat** – Coord. Corso di Laurea Magistrale in Psicologia clinica Unibo

**Federica Boschi** – Referente PDTA demenze AUSL Romagna, Direttrice Distretto Sanitario di Lugo

**Andrea Fabbo** – Ref. Progetto Demenze Servizio AssTerr Regione Emilia Romagna

**Roberta Osti** – Coordinatrice Forum e Progetto Caffè Alzheimer Diffuso

**Federica Limongi** – Istituto di Neuroscienze del CNR sede di Padova

**Chiara Vecchi** – Coord. Caffè Alzheimer della Lombardia Orientale e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

**Federica Gottardi** – Coord. Caffè Alzheimer della Lombardia Orientale e Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

**Valentina Laganà** – Associazione per la Ricerca Neurogenetica – Coord. Regionale dei Caffè Alzheimer della Calabria

### Per le esperienze regionali:

**Amalia Bruni (Calabria)** – Presidente SINDem e fondatrice del Centro Regionale di Neurogenetica

**Paolo Putzu (Sardegna)** – Primario Divisione Geriatria, Centro Alzheimer e Centro Diurno per i Disturbi della memoria ASL 8 Cagliari

**Sara Avanzini (Lombardia)** – Coordinamento dei Caffè Alzheimer della Lombardia Orientale e col Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia,

**Elisa Bosso (Piemonte)** – Caffè Alzheimer di Dronero (Cuneo)

**Marcello Francesconi (Piemonte)** – Presidente Alzheimer Asti

**Katia Pinto (Puglia)** – Presidente Alzheimer Bari

**Rita Squarcetti (Campania)** – Presidente Auser Tuscia (Viterbo)

**Antonino Cardaci (Sicilia)** - Vice Presidente Alzheimer Uniti Italia

### Per l'Emilia Romagna:

**Luciana Ribani (Bologna)**- Vice Presidente Arad

**Laura Guidi (Bologna)** – Presidente APS "Giovani nel Tempo"

**Luana Mazzoni (Cesena)** – Fondazione Don Baronio

**Elisa Berardi (Cesenatico)** – ASP Rubicone

**Manuela Boschetti – Elisa Ridolfi (Rimini)** – Associazione Alzheimer Rimini

*IL “DRAMMA” DEI  
CENTRI DI SERVIZIO PER PERSONE  
ANZIANE IN CONDIZIONE DI NON  
AUTOSUFFICIENZA (RSA)*

***DALLA DEMONIZZAZIONE DELLE  
RSA DURANTE LA PANDEMIA  
ALL’AUMENTO DEI COSTI  
ENERGETICI PASSANDO DALLA  
CRISI DEL PERSONALE, AL PNRR,  
AL DM 77.***

*PRO MEMORIA PER  
L’ON. ENRICO LETTA*

## Una settimana insostenibile

Gentile Cliente,

quella che si apre è una settimana all'insegna di nuove impennate dei prezzi dell'energia che ha raggiunto, sui mercati, nelle quotazioni futures per la settimana 29 Agosto – 4 Settembre il preoccupante valore di 847 €/MWh (0,847 €/kWh).

Questo vuol dire che **ci saranno delle ore nelle quali l'energia potrà superare i 1.000 €/MWh (1 €/kWh) !!**

Il prezzo medio del futures per il mese di Settembre ha raggiunto, sui mercati, il ragguardevole valore di 738 €/MWh (0,738 €/kWh).

Tradotto con un esempio molto esemplificativo: a parità di consumo una bolletta, per la sola componente materia prima energia, del valore di 1000 € pagati per i consumi del mese di Settembre 2020 ci sono costati 3.250 € per il mese di Settembre 2021 e potrebbero costarci 15.123 € per il prossimo mese di Settembre 2022

**Bolletta consumi di Settembre 2020 costo 1.000 €**

**Bolletta consumi di Settembre 2021 costo 3.250 €**

**Bolletta consumi di Settembre 2022 costo 15.123 €**

Di fronte a questi numeri ogni parola è superflua.

Spegniamo tutto quello che è possibile !!

Ringraziando per l'attenzione, con la speranza che le quotazioni possano diminuire quanto prima, porgiamo i nostri migliori saluti.



## Premessa

Dinanzi all'emergenza **contingente** che le gestioni delle RSA si trovano a dover affrontare in **queste settimane per effetto dell'aumento dei costi energetici**, l'indice di questo documento ha dovuto rispettare questa priorità **ma gli argomenti che seguono e che oggi poniamo alla Sua attenzione**, rappresentano i temi reali e strutturali che **devono trovare uno spazio nell'agenda politica di un Paese che invecchia** e che invecchierà con numeri allarmanti, e di cui le strutture residenziali risultano **oggi un patrimonio indispensabile** che lo sarà ancor più per i prossimi anni.

Problematiche quelle qui rappresentate che hanno **origini lontane nel tempo e che l'evento pandemico ha fatto emergere con immeritati "contorni oscuri"**.

Una **demonizzazione del sistema residenziale per le persone anziane non autosufficienti** alimentato in questi due anni grazie a una "stampa" che ha amplificato questa rappresentazione data da parte di taluni **"protagonisti della vita pubblica"** quali politici, prelati, piuttosto che da coloro che si definiscono rappresentanti della società civile e che ha portato al **totale abbandono di quelle azioni politiche di cui le nostre strutture avvertivano da anni la necessità di interventi strutturali**.



**URIPA**  
UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE ASSISTENZA AGLI ANZIANI

**«NON LUOGHI, DOVE SONO CONCENTRATI I NOSTRI ANZIANI ESPULSI DAL TESSUTO, SOCIALE, FAMILIARE E DOMESTICO. UNA SORTA DI INFERNO, DI ANTICAMERA DEI SENZA RITORNO»**

F.to Mons. Giuseppe Paglia

Repubblica  
18 MARZO 2021

8 settembre 2020

**Commissione riforma dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria della popolazione anziana**

**Vincenzo Paglia PRESIDENTE**

**Edith Bruck scrittrice e poetessa,**

**Maite Carpio regista**

**Simonetta Agnello Hornby scrittrice**

Leonardo Palumbi epidemiologo dell'Università di Tor Vergata

Alessandro Paino giurista

Andrea Urbani, direttore generale della programmazione sanitaria

Gampiero Dalla Zuanna Prof. Ordinario di Demografia presso l'Università di Trento,

Nerina Dirindin Prof.ssa

Gianni Rezza Direttore generale della prevenzione sanitaria,

Silvio Brusaferrò Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità,

Paola Di Giulio infermiera docente di Scienze infermieristiche e vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità e

Velia Bruno Presidente Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità.

Mario Barbagallo ordinario di Geriatria dell'Università di Palermo

Giuseppe Liotta docente di Sanità pubblica, Università Tor Vergata,

Paolo Vineis ordinario di Epidemiologia sociale



Dal Decreto dell' 8 settembre

*Considerato che la recente pandemia da Sars Covid 2 ha colpito prevalentemente gli anziani, e in modo particolarmente severo, gli assistiti in Residenze sanitarie Assistenziali (RSA) e case di riposo, che secondo stime prudenziali costituiscono circa il 50% di tutte le vittime della pandemia.*



In tale contesto ferisce profondamente leggere che il 19 maggio u.s. il Ministro della Sanità e il presidente della citata commissione **abbiano affidando ad una forza di polizia quale l'Arma dei Carabinieri, il compito di fare una serie di verifiche e una mappatura a livello comunale delle nostre strutture, offrendo nuovamente alla opinione pubblica una immagine dei nostri Enti non dissimile a quanto si riserva alle peggiori organizzazioni criminali.**

Una decisione che per molti aspetti è per questo irrispettosa di quanto fatto in molte regioni **dove puntuali e aggiornate sono le anagrafiche delle strutture, al pari delle rigide procedure di accreditamento e le puntuali attività di vigilanza e controllo che vengono promosse dalle locali Aziende Sanitarie in un panorama di forte integrazione con le reti territoriali dei servizi.**



Comunicato n. 31

Data del comunicato 19 maggio 2021

**Salute: Sottoscritto Protocollo tra Ministero, Arma e commissioni anziani per ricognizione Rsa**

E' stato sottoscritto oggi, nella Sala Anselmi presso la sede del Ministero della Salute in Lungotevere ripa 1, un Protocollo d'intesa, della durata di tre anni, **con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri per la ricognizione delle residenze socio-assistenziali presenti sul territorio nazionale**. La proposta è il frutto del lavoro della "Commissione per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana" congiuntamente alla Direzione generale della programmazione del Ministero della Salute. Le aree di collaborazione – si legge nel testo del protocollo – riguardano: "la mappatura, a livello comunale, delle residenze socio-assistenziali variamente denominate (case di riposo, case alloggio, case famiglia) presenti sull'intero territorio nazionale; la realizzazione di una anagrafe delle residenze socio-assistenziali, recante il numero delle strutture operative, la rispettiva capacità recettiva, le modalità organizzative ed ogni altro aspetto d'interesse". L'Arma – prosegue il protocollo – **si impegna a "effettuare il censimento delle strutture"** e a "svolgere le successive verifiche in relazione a situazioni meritevoli di approfondimento". Il Ministero della Salute "fornisce all'Arma la consulenza tecnico-giuridica nell'individuazione della normativa nazionale e regionale". Il Protocollo è stato sottoscritto dal direttore generale della programmazione del Ministero della Salute, **Andrea Urbani**, dal Comandante Generale dell'Arma, il Generale **Teo Luzi**, dal Presidente della "Commissione per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana", Monsignor **Vincenzo Paglia**.

"L'attenzione per gli anziani **deve essere oggi più che mai** una priorità per le istituzioni e per tutta la nostra comunità nazionale" ha dichiarato il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**.



**Monsignor Paglia consegna a Draghi la Carta dei diritti degli anziani**

REPUBBLICA- 1 settembre 2021

La proposta di riforma, ha spiegato monsignor Paglia dopo l'incontro a cui era presente anche il ministro Roberto Speranza, "rappresenta una vera e propria rivoluzione copernicana, il rovesciamento di un paradigma che vuole **gli anziani emarginati dal flusso vitale della società**, elemento irrilevante della esistenza, **scarto e peso per chi anziano non è**. La pandemia ne ha svelato in tutta la sua crudezza le conseguenze drammatiche. **Al contrario vogliamo gli anziani al centro, nelle loro case, nei quartieri, nelle periferie delle grandi città così come nei Comuni delle aree interne a rischio di spopolamento**".

Viene così disegnato un continuum assistenziale che abbraccia attraverso servizi di rete sul territorio, i 4 milioni di anziani over 80, quelli più a rischio di dipendenza e solitudine. **La riforma prevede inoltre una integrazione della assistenza sociale e sanitaria nelle cure domiciliari** che diverranno continuative per coloro che ne hanno bisogno, si stima almeno mezzo milione di over 65.

Nella "Carta dei diritti degli anziani" viene poi portato avanti lo sforzo di unificazione delle diverse commissioni valutative al fine di accelerare e unificare la risposta assistenziale.

Si prevedono inoltre **1.000 centri diurni per anziani** con demenze o altre patologie croniche, forme di incentivazione al **co-housing** ed un nuovo ruolo delle RSA chiamate a svolgere una importante funzione nella post acuzie e riabilitazione, e ad assicurare servizi lungo tutto lo spettro del continuum assistenziale.



Egregio Onorevole,

un Paese **che siede al secondo posto al mondo per il suo tasso di invecchiamento** non può esimersi dall'affrontare questa situazione **che già oggi è una vera e propria emergenza.**

Emergenza che **sarà destinata ad essere drammatica** considerato che da qui al 2050 passeremo da poco più delle 4.500.000 persone anziane ultra ottantenni di oggi a poco meno di 8.000.000 e **noi ben sappiamo quale sia la percentuale di persone in condizione di non autosufficienza non assistibili a domicilio che questi numeri portano in seno.**

**Oggi però, dinanzi al tema della crisi energetica chiediamo un Suo sostegno affinché i nostri Enti pubblici e privati non siano lasciati soli come è avvenuto durante il periodo pandemico dove, forse unici nel panorama dei sostegni economici siamo stati lasciati soli dai vari governi che si sono succeduti.**

Grazie della certa attenzione che ci riserverà nello scorrere le pagine che seguono.

Con stima

Il Presidente  
Dott. Roberto Volpe

Lì 30 agosto 2022

## Indice

**AUMENTO DEI COSTI ENERGETICI** – Le RSA fuori dal disegno di legge n. 2685 “Conversione in legge del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115 recante misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali (lettera al Presidente del Consiglio).

Pag. 8 - 24

## **II DRAMMA DELLA CRISI DEL PERSONALE**

Pag. 25 - 33

## **DIMENTICATI DAL PNRR**

Pag. 34 - 37

**DM 77 DEL 23 maggio 2022** - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Pag. 38 - 41

# AUMENTO DEI COSTI ENERGETICI

**COMUNICATO STAMPA**

Per case di riposo, asili nido e scuole dell'infanzia è “disastro energetico”: appello del Presidente URIPA Roberto Volpe al Presidente del Consiglio Draghi ed ai Ministri Franco, Bianchi, Speranza e Stefani per un intervento a favore degli Enti

*Roberto Volpe, presidente di Uripa, voce di Rsa pubbliche e private in Veneto, ha scritto una lettera al Presidente del Consiglio Draghi ed ai Ministri Franco, Bonetti, Bianchi, Speranza e Stefani per chiedere un intervento urgente per case di riposo, asili nido e scuole dell'infanzia che soffrono pesantemente le conseguenze del caro bollette. Per loro, infatti, l'energia elettrica è aumentata **del 63% da giugno a luglio 2022** e di un astronomico **1061% da luglio 2020 a luglio 2022**.*

*“Senza un aiuto - scrive Volpe - che potrebbe trovare spazio emendando il “disegno di legge n. 2685 di Conversione in legge del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115 recante misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali - che sarà oggetto di discussione presso il Senato Martedì 6 settembre e alla Camera martedì 13 settembre, le rette delle case di riposo potrebbero **essere aumentate di oltre 400 euro al mese** (13/14 euro al giorno/ospite) e **di 18/20 euro mese/bambino** per quanto attiene le Scuole dell'Infanzia e gli Asili nido ovvero, oltre il **10% delle tariffe/rette attualmente pagate oggi dagli utenti di questi servizi**”*

Prosegue Volpe nell'appello a Draghi e ai Ministri del suo Governo: *“Non vogliamo pensare nemmeno per un momento che il Governo abbandoni al dissesto economico i gestori di questi fondamentali servizi quali l'assistenza socio sanitaria alle persone anziane in condizione di non autosufficienza e i servizi educativi per l'infanzia. **Sarebbe per altro inspiegabile una scelta diversa in un contesto che ci vede il secondo Paese al mondo per tasso di invecchiamento e tra gli ultimi come tasso di natalità**”.*

Sullo stesso tema, lo scorso 7 luglio Volpe per Uripa aveva rivolto un analogo appello a tutte le parlamentari e i parlamentari eletti in Veneto.

Volpe ha informato dell'iniziativa anche il Presidente del Veneto Luca Zaia, l'Assessore alla salute Manuela Lanzarin e tutti i Sindaci del Veneto chiedendo il loro sostegno.

*“Siamo dinanzi ad un bivio – scrive Volpe -: portare in dissesto gli Enti o alimentare uno scontro sociale con le famiglie che non sarebbero in grado di assorbire questi costi che si assommano agli altri aumenti che hanno colpito i beni primari come certifica il tasso inflattivo in costante ascesa”.*

*E' retorico parlare del problema della non autosufficienza e della scarsa natalità se poi ci giriamo dall'altra parte e facciamo finta che il problema originato da questa situazione sia solo in capo ai Consigli di Amministrazione dei nostri Enti”.*

*Senza un intervento a favore delle nostre strutture, dichiara Volpe, ci troveremmo dinanzi al paradosso che le famiglie dovranno pagare gli aumenti di due bollette (salatissime); quella della casa dove vivono e quella della casa (di riposo) dove vive il loro genitore”!*

*Se verranno a mancare questi sostegni dovendo così intervenire sulle rette daremo indicazione agli Enti che il peso di questo rincaro per i consumi energetici trovi riferimento esplicito in una precisa voce della fatturazione **così il problema sarà chiaramente esposto.***

A seguire un estratto della documentazione tecnica che accompagna la nota di URIPA nella quale emerge con chiarezza il peso degli aumenti dei costi per le forniture di energia e gas che gli Enti si trovano ad affrontare rispetto agli esercizi passati.

### Energia Elettrica

Mese	*Pun	Mese	Pun	AUMENTO
Giugno 2022	271,31	Luglio 2022	441,65	<b>62,78%</b>
Luglio 2021	102,66	Luglio 2022	441,65	<b>330,21%</b>
Luglio 2020	38,01	Luglio 2022	441,65	<b>1061,00%</b>
Luglio 2019	52,31	Luglio 2022	441,65	<b>744,30%</b>

N.b. In un solo mese un aumento del 62,78%

Il PUN (acronimo di Prezzo Unico Nazionale) è il **prezzo di riferimento all'ingrosso dell'energia elettrica** che viene acquistata sul mercato della Borsa Elettrica Italiana.

### Gas

Mese	*Psv	Mese	Psv	AUMENTO
Giugno 2022	118,28	Luglio 2022	184,88	<b>66,13%</b>
Luglio 2021	37,4	Luglio 2022	184,88	<b>394,3%</b>
Luglio 2020	6,81	Luglio 2022	184,88	<b>2616,00%</b>
Luglio 2019	13,35	Luglio 2022	184,88	<b>1988,33%</b>

N.b. In un solo mese un aumento del 66,13 %

PSV E' il punto di scambio virtuale è quindi il principale punto di incontro tra **domanda e offerta del mercato del gas** in Italia. Qui si definisce il prezzo del gas all'ingrosso e in base a questo valore i fornitori gas valutano il prezzo della materia prima gas da applicare ai clienti finali.

Vi ringrazio anticipatamente per l'attesa attenzione.

SEGUONO DATI SULL'OFFERTA DI RESIDENZIALITA' IN VENETO



## RSA E POSTI LETTO IN VENETO

Centri di servizio accreditati per persone anziane non autosufficienti operanti nella Regione del Veneto						
			nr	%	pl	%
Prov.	Belluno	1 Dolomiti	29	8,38%	1.978	6,07%
Prov.	Treviso	2 Marca	58	16,76%	5.653	17,35%
Prov.	Venezia	3 Serenissima	33	9,54%	3.939	12,09%
		4 Veneto orientale	13	3,76%	1.351	4,15%
Prov.	Rovigo	5 Polesana	21	6,07%	2.146	6,59%
Prov.	Padova	6 Euganea	43	12,43%	5.089	15,62%
Prov.	Vicenza	7 Pedemontana	34	9,83%	3.040	9,33%
		8 Berica	40	11,56%	3.725	11,43%
Prov.	Verona	9 Scaligera	75	21,68%	5.667	17,39%

Totale strutture (RSA)	<b>346</b>
Totale posti letto	<b>32.588</b>

## BAMBINI

Open Polis indica su base ISTAT, la presenza in Veneto di 1.299 strutture autorizzate tra asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia per complessivi 32.658 posti

Padova lì 24 Agosto 2022

Prot. 96 /2022

Egregio  
Prof. **Mario Draghi**  
Presidente del Consiglio

Egregio  
Dott. **Daniele Franco**  
Ministro dell'Economia e delle Finanze

Egregio  
Prof. **Patrizio Bianchi**  
Ministro dell'Istruzione

Egregio  
On. **Roberto Speranza**  
Ministro della Salute

Gent.ma  
Sen. **Erika Stefani**  
Ministro della Disabilità

E.p.c

Egredi Signori **Presidenti**  
Enti Associati  
LORO SEDI

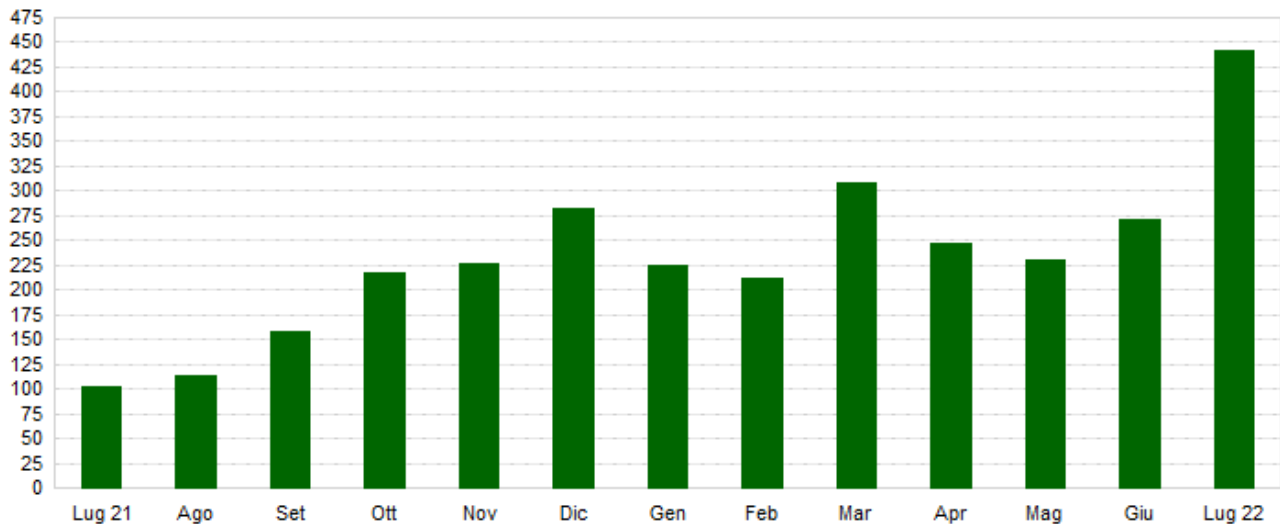
Oggetto: AZIONE DI CONTRASTO ALL'AUMENTO DEI COSTI ENERGETICI A SOSTEGNO DEI CENTRI DI SERVIZIO SOCIO-SANITARI (RSA) E DEI SERVIZI ALL'INFANZIA (SCUOLE DELL'INFANZIA E ASILI NIDO).

Egregio Presidente,  
Gentili tutte, Egredi tutti,

come sarete sicuramente a conoscenza le gestioni dei settori dei **Servizi Socio-Sanitari (RSA)** e non meno dei **Servizi per l'Infanzia** (Scuole dell'infanzia e asili nido) dal mese di luglio del 2021 stanno pesantemente soffrendo del progressivo e insostenibile incremento dei costi derivanti dall' aumento incontrollato dei prezzi per le forniture energetiche (energia elettrica e gas)

Una situazione ben rappresentata dalle tabelle che seguono, che fotografano il "disastro energetico" che sta investendo questi nostri fondamentali servizi.

Dati di sintesi MPE-MGP – sintesi mensile (fonte GME)  
 Prezzo d'acquisto (€/MWh)



### Energia Elettrica

Mese	Pun	Mese	Pun	AUMENTO
Giugno 2022	271,31	Luglio 2022	441,65	<b>62,78%</b>
Luglio 2021	102,66	Luglio 2022	441,65	<b>330,21%</b>
Luglio 2020	38,01	Luglio 2022	441,65	<b>1061,00%</b>
Luglio 2019	52,31	Luglio 2022	441,65	<b>744,30%</b>

N.b. In un solo mese un aumento del 62,78%

### Gas

Mese	Psv	Mese	Psv	AUMENTO
Giugno 2022	118,28	Luglio 2022	184,88	<b>66,13%</b>
Luglio 2021	37,4	Luglio 2022	184,88	<b>394,3%</b>
Luglio 2020	6,81	Luglio 2022	184,88	<b>2616,00%</b>
Luglio 2019	13,35	Luglio 2022	184,88	<b>1988,33%</b>

N.b. In un solo mese un aumento del 66,13 %

Settori citati nei quali operano sia soggetti pubblici, come i Comuni, le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB), che soggetti del privato sociale (no profit).

Aumenti che per l'esercizio corrente rispetto al 2021, stanno incidendo per 13/14 euro al giorno/ospite per le RSA e di 40 euro mese/bambino per quanto attiene le Scuole dell'Infanzia e gli Asili nido ovvero, oltre il **20%** delle tariffe/rette pagate nel 2021 dagli utenti di questi servizi.

Un aggravio economico insostenibile per i nostri bilanci a cui vanno ad sommarsi i costi di altre oneri di gestione per contestuale aumento del tasso inflattivo su altri beni primari.

Una situazione destinata a peggiorare come quotidianamente viene rappresentata dalle diverse componenti del Governo.

A fronte di questo scenario risulta necessario che il Governo proponga urgentemente in essere degli interventi concreti allo scopo preciso di evitare che gli Enti Gestori, siano essi pubblici che privati, riversino questi aumenti sulle rette a carico dei Familiari degli Ospiti e dei Genitori dei Bambini frequentanti i servizi dell'Infanzia.

Aumenti che investirebbero anche per gli Enti Locali che si troverebbero nella condizione di dover intervenire ulteriormente dinanzi alla impossibilità per molti utenti e famiglie di sostenere in proprio questi oneri.

In questo contesto non vogliamo pensare che il Governo "abbandoni al dissesto economico" i gestori di questi fondamentali servizi **quali l'assistenza socio sanitaria a persone anziane in condizione di non autosufficienza e i servizi educativi per l'infanzia.**

Sarebbe per altro inspiegabile una scelta diversa **in un Paese che ci vede il secondo al mondo per tasso di invecchiamento della sua popolazione e tra gli ultimi come tasso di natalità.**

Motivi tutti che ci portano a chiedere un intervento Governativo che preveda di assorbire a carico della fiscalità generale quanto già **avvenuto** per la Sanità Pubblica, **con l'art. 40 del Decreto Legge 17 maggio 2022, n. 50, convertito dalla Legge 15 luglio 2022, n. 91 (Decreto Aiuti),** che per il 2022 **ha aumentato livello del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato di 200 milioni di euro allo scopo di contribuire ai maggiori costi per gli Enti del Servizio sanitario nazionale determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche**

Invero ad oggi lo strumento tecnico che consente di recuperare per ognuno dei Gestori l'effettivo maggior costo è il credito d'imposta

, del quale di per sé già godono i Gestori pubblici e privati, **ma che risulta però estremamente limitato o meglio inefficiente** in quanto:

- a) concede il recupero del maggior costo solo nella misura del 15% dell'energia elettrica e del 25% del gas naturale;
- b) concede il contributo straordinario solo per il secondo **e terzo** trimestre del 2022.

Quando invece:

- a) per la generalità delle Imprese può sì considerarsi accettabile che quanto superi il contributo sia recuperato con l'aumento del listino prezzi praticati al Mercato; l'aumento delle rette **invece non è socialmente accettabile** per il recupero anche di questo costo, in quanto **colpirebbe con un aumento del 20%**, selettivamente, i nuclei familiari in stato di bisogno avendo a carico il costo del ricovero della Persona non autosufficiente o quello di una retta per i servizi all'infanzia.

Motivi questi che ci avevano portato (prot. 77/2022 del 7 luglio US) a chiedere sostegno a tutti i Parlamentari e Senatrici/ri Veneto affinché proponessero un intervento normativo sul Decreto Legge n. 50 del 17 maggio 2021 "**Decreto Aiuti**".

Dalle informazioni che abbiamo potuto assumere, ci pare che l'ultima e unica possibilità di vedere accolto **questo appello possa trovare risposta emendando il disegno di legge n. 2685 "Conversione in legge del decreto-legge 9 agosto 2022, n. 115 recante misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali"** che sarà oggetto di discussione **in Commissione Bilancio del Senato della Repubblica dal 30 agosto.** e alla Camera **da** martedì 13 settembre.

Un calendario di lavori che raffigura uno scenario nel quale **ogni azione Parlamentare difficilmente possa trovare spazio** se non condivisa o meglio **promossa dall'autorevolezza del Governo.**

---

*A Lei Signor Presidente,*

*e agli autorevoli Ministri che La accompagnano nell'attività di Governo, consegniamo questo nostro appello certi che non verrà meno il Suo/Vostro sostegno per le due fasce tra le più fragili della nostra società, gli anziani e i bambini.*

*Grazie Signor Presidente.  
Grazie Signore e Signori Ministri.*

IL PRESIDENTE  
Roberto Volpe



Allegati a seguire :    1 Testo dei tre emendamenti proposti S&O  
                                  2 Relazione tecnica di analisi economico/finanziaria

A seguire le Bozze di tre emendamenti che sicuramente scontano, nella forma e nella sostanza, la nostra inesperienza sulla stesura di simili atti parlamentari.

### **Primo Emendamento**

Emendamento al Decreto Legge 9 agosto 2022, n. 115, Atti Senato n. 2685, introducendo i commi 3-bis e 4-bis, nonché modificando il comma 8 in materia di oneri.

**CREDITO DI IMPOSTA BIENNALE PER L'AUMENTO DEL COSTO DELL'ENERGIA ELETTRICA, A SOSTEGNO DEI CENTRI DI SERVIZIO, DEI CENTRI DIURNI E DEI SERVIZI DELL'INFANZIA (SCUOLE DELL'INFANZIA PARITARIE E ASILI NIDO AUTORIZZATI/ACCREDITATI).**

Nel Decreto Legge 9 agosto 2022, n. 115, recante "misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali". è inserito nell'articolo 6 dopo il comma 3, il seguente:

**3-bis.** *In deroga al comma 3 che precede, ai Soggetti che, indipendentemente dalla natura giuridica, pubblica privata, gestiscano in regime di accreditamento:*

*a) strutture di ospitalità e di lungodegenza, di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti. residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, ospedali di comunità, unità riabilitative territoriali, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani autosufficienti e non autosufficienti, e comunque tutte le strutture residenziali di cui all'articolo 44 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, quelle socio-assistenziali;*

*b) servizi educativi per l'infanzia di cui all'art. 2, comma 3, del Decreto Legislativo 13 aprile 2017 n. 65 - Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107,*

*c) scuole dell'infanzia di cui all'art. 2, comma 5, del Decreto Legislativo 13 aprile 2017 n. 65 - Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107, è riconosciuto, a totale compensazione dei maggiori oneri effettivamente sostenuti per l'acquisto della componente energia, un contributo straordinario, sotto forma di credito di imposta, pari al 100 per cento della spesa sostenuta per l'acquisto della componente energetica, effettivamente utilizzata nei quattro trimestri dell'anno 2022 e dell'anno 2023, comprovato mediante le relative fatture d'acquisto, qualora il prezzo della stessa, calcolato sulla base della media riferita a ciascun trimestre 2022, al netto delle imposte e degli eventuali sussidi, abbia subito un incremento del costo per kWh superiore al 30 per cento del corrispondente prezzo medio riferito al medesimo trimestre dell'anno 2019.*

## Secondo Emendamento

CREDITO DI IMPOSTA BIENNALE PER L'AUMENTO DEL COSTO DEL **GAS NATURALE**, A SOSTEGNO DEI CENTRI DI SERVIZIO, DEI CENTRI DIURNI E DEI SERVIZI DELL'INFANZIA (SCUOLE DELL'INFANZIA PARITARIE E ASILI NIDO AUTORIZZATI/ACCREDITATI).

Nel Decreto Legge 9 agosto 2022, n. 115, recante "misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali". è inserito nell'articolo 6 dopo il comma 4, il seguente:

**4-bis.** *In deroga al comma 4 che precede, ai Soggetti che, indipendentemente dalla natura giuridica, pubblica privata, gestiscano in regime di accreditamento:*

*a) strutture di ospitalità e di lungodegenza, di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti. residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, ospedali di comunità, unità riabilitative territoriali, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani autosufficienti e non autosufficienti, e comunque tutte le strutture residenziali di cui all'articolo 44 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, quelle socio-assistenziali;*

*b) servizi educativi per l'infanzia di cui all'art. 2, comma 3, del Decreto Legislativo 13 aprile 2017 n. 65 - Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107,*

*c) scuole dell'infanzia di cui all'art. 2, comma 5, del Decreto Legislativo 13 aprile 2017 n. 65 - Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107, è riconosciuto a totale compensazione dei maggiori oneri effettivamente sostenuti per l'acquisto del gas naturale, un contributo straordinario, sotto forma di credito di imposta, pari al 100 per cento della spesa sostenuta per l'acquisto del medesimo gas, consumato nei quattro trimestri solari dell'anno 2022 e dell'anno 2023, per usi energetici diversi dagli usi termoelettrici, qualora il prezzo di riferimento del gas naturale, calcolato come media, riferita a ciascuno trimestre del 2022, dei prezzi di riferimento del Mercato Infragiornaliero (MI-GAS) pubblicati dal Gestore del mercati energetici (GME), abbia subito un incremento superiore al 30 per cento del corrispondente prezzo medio riferito al medesimo trimestre dell'anno 2019.*

## Terzo Emendamento

MODIFICHE AL COMMA 8 DELL'ART. 6 DEL DECRETO LEGGE 9 AGOSTO 2022 N. 115 IN TEMA DI ONERI.

Il comma 8 è sostituito dal seguente:

*8. Agli oneri di cui al presente articolo, valutati in 4.561,24 milioni di euro per l'anno 2022, di cui 1.036,88 milioni di euro relativi al comma 1, 1.070,36 milioni di euro relativi al comma 2, 995,40 milioni di euro relativi al comma 3, 835 milioni di euro relativi al comma 3-bis, 270,60 milioni di euro relativi al comma 4 e 353 milioni di euro relativi al comma 4-bis, si provvede ai sensi dell'articolo 43.*

---

## STIMA DEGLI ONERI A CARICO DEL BILANCIO DELLO STATO

### ONERI PER IL MAGGIOR COSTO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Calcolando in 180.000 il numero delle Persone non autosufficienti ricoverate; fatta 13,65 euro la media della maggiore spesa per energia elettrica e gas, per giornata di ricovero, l'ammontare annuo è pari nel totale ad euro 835.000.000,00.

### ONERI PER IL MAGGIOR COSTO DEI SERVIZI ALL'INFANZIA

Il Focus del Ministero dell'Istruzione, dal titolo *Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2021/2022* riporta che le scuole dell'infanzia paritarie sono 8.634 con 470.294 Bambini.

Il Report dell'ISTAT di giugno 2020 "Nidi e Servizi Educativi per l'Infanzia" indica a pag. 39 in 393.000 i Bambini di età compresa fra i 3 e i 36 mesi iscritti ad un Nido.

La somma dei Bambini della Scuola dell'Infanzia (470.294) e dei Nidi (393.000) è pari a 863.294 Bambini da 0 a 6 anni. Fatto in € 40,00 al mese il maggior costo per energia elettrica e gas naturale, per ognuno dei 10 mesi di frequenza per anno scolastico, la somma annua totale del maggior costo è pari ad € 353.000.000,00.

Segue dettaglio della stima



## Relazione tecnica di analisi economico/finanziaria

Le dimensioni del problema sono espone nei dati che seguono:

- 1) Il consumo annuo medio di gas naturale per posto letto è stimabile in 1.660 smc e di 830 smc per posto di Centro Diurno;
- 2) L'effetto dell'aumento del costo della materia prima **gas naturale**, come da Convenzione Consip 14 è così calcolato per i **Servizi Socio Sanitari**:

PFOR: espresso in Eurocent/smc, è l'elemento a copertura dei costi di approvvigionamento del gas naturale nel trimestre t-esimo, pari alla media aritmetica delle quotazioni forward trimestrali OTC relative al trimestre t-esimo del gas, presso l'hub TTF, rilevate da ICIS-Heren con riferimento <b>al secondo mese solare antecedente il trimestre t-esimo - quindi agosto 2022 per il IV trimestre 2022.</b>					
<i>periodo</i>	€/Smc	aumento €/Smc rispetto al II trimestre 2021	maggior costo annuo per posto letto nel 2022 (consumo annuo 1.660 smc)		
			% riparto consumo annuo per trimestre	1.660	maggior costo per trimestre
Il trimestre 2021	0,1767				
III trimestre 2021	0,2646	0,0879			
IV trimestre 2021	0,4780	0,3013			
I trimestre 2022	0,8580	0,6814	39%	647,4	441,13 €
II trimestre 2022	0,8382	0,6615	8%	132,8	87,85 €
III trimestre 2022	1,0286	0,8519	9%	149,4	127,28 €
IV trimestre 2022 - in base a indice TTF primi 15 gg. di Agosto	2,2500	1,9854	44%	730,4	1.450,16 €
Somma					2.106,41 €
I.V.A. 5%					105,32 €
Aumento del costo della materia prima gas naturale su un posto letto per Persone non autosufficienti e autosufficienti - la metà per un posto di Centro Diurno - si ricorda che l'I.V.A. - 5% dal 2022 - è indetraibile in quanto i servizi socio-sanitari e per l'infanzia sono esenti IVA					<b>2.211,73 €</b>

- 3) L'effetto dell'aumento del costo della materia prima **gas naturale**, come da Convenzione Consip 14, è così calcolato per i **Servizi all'Infanzia 0 – 6 anni**:

<p>PFOR: espresso in Eurocent/smc, è l'elemento a copertura dei costi di approvvigionamento del gas naturale nel trimestre t-esimo, pari alla media aritmetica delle quotazioni forward trimestrali OTC relative al trimestre t-esimo del gas, presso l'hub TTF, rilevate da ICIS-Heren con riferimento <b>al secondo mese solare antecedente il trimestre t-esimo - quindi agosto 2022 per il IV trimestre 2022.</b></p>					
<i>periodo</i>	€/Smc	aumento €/Smc rispetto al II trimestre 2021	maggior costo annuo <b>per Alunno di Servizio Infanzia 0 - 6 anni</b> (consumo annuo 189 smc)		
			% riparto consumo annuo per trimestre	189	maggior costo per trimestre
<b>II trimestre 2021</b>	0,1767				
<b>III trimestre 2021</b>	0,2646	0,0879			
<b>IV trimestre 2021</b>	0,4780	0,3013			
<b>I trimestre 2022</b>	0,8580	0,6814	39%	73,7	50,22 €
<b>II trimestre 2022</b>	0,8382	0,6615	8%	15,1	10,00 €
<b>III trimestre 2022</b>	1,0286	0,8519	9%	17,0	14,49 €
<b>IV trimestre 2022 - in base a indice TTF primi 15 gg. di Agosto</b>	2,2500	1,9854	44%	83,2	165,11 €
<p>aumento del costo della materia prima gas naturale per Alunno Servizi Infanzia 0 - 6 anni - si ricorda che l'I.V.A. - 5% dal 2022 - è indetraibile in quanto i servizi sono esenti IVA</p>					239,83 €
I.V.A. 5%					11,99 €
<p>maggior costo annuo per ciascun Alunno 0 - 6 anni a seguito dell'aumento del <b>gas naturale</b> per il 2022</p>					<b>251,82 €</b>

- 4) L'effetto dell'aumento del costo della materia prima **energia elettrica**, come da Convenzione Consip 19, è così calcolato per i **Servizi Socio Sanitari**:

ENERGIA ELETTRICA - Prezzo Unico Nazionale per i contratti Consip 19 a prezzo variabile - VARIAZIONI DI COSTI PER L'AUMENTO DEL PUN NEL 2022 RISPETTO A MAGGIO 2021						
A	B	C	D	E	F	G
periodo	Prezzo d'acquisto. PUN (€/MWh)	Aumento €/Smc rispetto al PUN di maggio 2021	aumento per kWh = C /1.000	incidenza mensile consumi	consumo annuo kWh pro capite ripartito per mesi secondo la %	maggior costo per mese e sommati per anno, PER POSTO LETTO - metà per posto di Centro Diurno
2021 gennaio	60,71 €				6.772	
2021 febbraio	56,57 €					
2021 marzo	60,39 €					
2021 aprile	69,02 €					
<b>2021 maggio</b>	<b>69,91 €</b>					
2021 giugno	84,80 €					
2021 luglio	102,66 €					
2021 agosto	112,40 €					
2021 settembre	158,59 €					
2021 ottobre	217,63 €					
2021 novembre	225,95 €					
2021 dicembre	281,24 €					
2022 gennaio	224,50 €	154,59 €	0,155 €	8,31%	562,68	86,985 €
2022 febbraio	211,69 €	141,78 €	0,142 €	7,63%	516,64	73,249 €
2022 marzo	308,07 €	238,16 €	0,238 €	8,15%	552,09	131,485 €
2022 aprile	245,97 €	176,06 €	0,176 €	7,88%	533,91	94,000 €
2022 maggio	230,06 €	160,15 €	0,160 €	8,12%	549,70	88,035 €
2022 giugno	271,31 €	201,40 €	0,201 €	10,23%	748,18	150,684 €
2022 luglio	441,65 €	371,74 €	0,372 €	11,05%	748,18	278,129 €
2022 agosto - media dei primi 18 giorni: <i>vedi sotto</i>	488,22 €	418,31 €	0,418 €	10,00%	677,16	283,265 €
2022 settembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	8,90%	602,88	252,190 €
2022 ottobre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	8,08%	547,10	228,858 €
2022 novembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	5,97%	404,60	169,248 €
2022 dicembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	5,46%	369,86	154,717 €
Maggior costo per il solo aumento della materia prima cui è da aggiungere l'I.V.A. al 22%						1.990,845 €
I.V.A. 22%						437,99 €
Somma aumento costo annuo 2022 per posto letto per l'aumento della materia prima <b>energia elettrica</b> (la metà per posto di Centro Diurno)						<b>2.428,83 €</b>

- 5) L'andamento del PUN ad agosto 2022 depone per un aumento maggiore di quello imputato sopra ai mesi da agosto a dicembre essendo:

**PUN in crescendo giorno per giorno ad Agosto 2022**

Agosto 2022	Prezzo d'acquisto. PUN (€/MWh)
lunedì 01	464,17
martedì 02	483,11
mercoledì 03	515,89
giovedì 04	538,23
venerdì 05	532,09
sabato 06	535,49
domenica 07	459,71
lunedì 08	477,1
martedì 09	474,4
mercoledì 10	432,58
giovedì 11	486,41
venerdì 12	485,32
sabato 13	446,85
domenica 14	402,7
lunedì 15	463,04
martedì 16	503,87
mercoledì 17	537,99
giovedì 18	549,06

- 6) L'effetto dell'aumento del costo della materia prima **energia elettrica**, come da Convenzione Consip 19 è così calcolato per i **Servizi all'Infanzia 0 – 6 anni**:

ENERGIA ELETTRICA - Prezzo Unico Nazionale per i contratti Consip 19 a prezzo variabile - VARIAZIONI DI COSTI PER L'AUMENTO DEL PUN NEL 2022 RISPETTO A MAGGIO 2021						
SERVIZI ALL'INFANZIA 0 - 6 ANNI						
A	B	C	D	E	F	G
periodo	Prezzo d'acquisto. PUN (€/MWh)	aumento €/Smc rispetto al PUN di maggio 2021	aumento per kWh = C /1.000	incidenza mensile consumi	consumo annuo kWh pro capite ripartito per mesi secondo la %	maggior costo per mese e sommati per anno, PER ALUNNO 0 - 6 ANNI
2021 gennaio	60,71 €				439	
2021 febbraio	56,57 €					
2021 marzo	60,39 €					
2021 aprile	69,02 €					
<b>2021 maggio</b>	<b>69,91 €</b>					
2021 giugno	84,80 €					
2021 luglio	102,66 €					
2021 agosto	112,40 €					
2021 settembre	158,59 €					
2021 ottobre	217,63 €					
2021 novembre	225,95 €					
2021 dicembre	281,24 €					
2022 gennaio	224,50 €	154,59 €	0,155 €	8,31%	36,48	5,639 €
2022 febbraio	211,69 €	141,78 €	0,142 €	7,63%	33,49	4,748 €
2022 marzo	308,07 €	238,16 €	0,238 €	8,15%	35,79	8,523 €
2022 aprile	245,97 €	176,06 €	0,176 €	7,88%	34,61	6,093 €
2022 maggio	230,06 €	160,15 €	0,160 €	8,12%	35,63	5,707 €
2022 giugno	271,31 €	201,40 €	0,201 €	10,23%	48,50	9,768 €
2022 luglio	441,65 €	371,74 €	0,372 €	11,05%	48,50	18,029 €
2022 agosto - media dei primi 18 giorni: <i>vedi sotto</i>	488,22 €	418,31 €	0,418 €	10,00%	43,90	18,362 €
2022 settembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	8,90%	39,08	16,348 €
2022 ottobre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	8,08%	35,47	14,835 €
2022 novembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	5,97%	26,23	10,971 €
2022 dicembre come agosto	488,22 €	418,31 €	0,418 €	5,46%	23,98	10,029 €
Maggior costo per il solo aumento della materia prima cui è da aggiungere l'I.V.A. al 22%						129,054 €
Imposta sul Valore Aggiunto					22%	28,392 €
Somma di aumento della materia prima <b>energia elettrica</b> con I.V.A. PER ALUNNO 0 - 6 ANNI						<b>157,446 €</b>

7) Per i SERVIZI SOCIO-SANITARI l'aumento combinato dei costi per il gas naturale e per l'energia elettrica è il seguente:

Aumento del costo della materia prima <b>gas naturale su un posto letto per Persone non autosufficienti e autosufficienti</b> - la metà per un posto di Centro Diurno - l'I.V.A. - 5% dal 2022 - è indetraibile in quanto i servizi socio-sanitari e per l'infanzia sono esenti IVA - <b>presunto per aumenti del PFOR ad agosto,</b>	<b>2.211,73 €</b>
Somma aumento costo annuo 2022 per posto letto per l'aumento della materia prima energia elettrica (la metà per posto di Centro Diurno) - - <b>presunto per aumenti del PUN ad agosto,</b>	<b>2.428,83 €</b>
Somma maggior costo per ciascun Ospite residente (la metà se in Centro Diurno) dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2022	<b>4.640,56 €</b>

Pari per una Residenza Sanitaria Assistenziale da 120 posti alla cifra di € 556.867,00.  
In mancanza, con effetto retroattivo dal 1 gennaio 2022 le rette dovrebbero aumentare giornalmente di € 13,65.

8) Per i SERVIZI ALL'INFANZIA 0 – 6 ANNI l'aumento combinato dei costi per il gas naturale e l'energia elettrica è il seguente:

maggior costo annuo per ciascun Alunno 0 - 6 anni a seguito dell'aumento del <b>gas naturale</b> per il 2022 - <b>presunto per aumenti del PFOR ad agosto</b>	<b>251,82 €</b>
somma di aumento della materia prima energia elettrica con I.V.A. PER ALUNNO 0 - 6 ANNI	<b>157,44 €</b>
Somma maggior costo per ciascun ALUNNO DA 0 A 6 ANNI, dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2022 - - <b>presunto per aumenti del PUN ad agosto,</b>	<b>409,26 €</b>

Per una Scuola dell'Infanzia con 95 Alunni in 4 sezioni la somma è pari a 38.000 euro per anno scolastico ovvero all'aumento di 40 euro per ciascuna retta mensile.

S&O

Documentazione Tecnica:

a Cura del dott. Nilo Furlanetto - Segretario Direttore

Opere Pie d'Onigo Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza di Pederobba (TV)

IPAB Componente del Consiglio di Amministrazione di URIPA

Padova 19 agosto 2022

# IL DRAMMA DELLA CRISI DEL PERSONALE



Padova 11, 01.07.1998

Al Ministro della Sanità  
Al Ministro del Lavoro  
Al Ministro degli Interni  
All'Assessore alla Sanità  
della Regione del Veneto  
All'Ass.re alle Politiche Sociali  
della Regione del Veneto  
Al Segretario Nazionale CGIL  
Al Segretario Nazionale CISL  
Al Segretario Nazionale UIL  
Alla Federazione Nazionale Collegi  
Infer.Prof.li (IPASVI)  
LL.SS.

Prot.N. 337

Oggetto : **Emergenza servizio infermieristico nelle Strutture  
Residenziali per ospiti anziani non autosufficienti.**

Premesso che con il D.L.vo 502/92 e succ.modifiche ed integrazioni sono state soppresse le locali scuole per infermieri professionali a favore di diplomi Universitari attraverso percorsi di laurea breve, con la presente intendiamo denunciare alle Signorie Loro, per le rispettive competenze, la drammaticità ed emergenza dettata dalla prossima impossibilità di assunzione di personale infermieristico nelle Residenze che offrono servizi socio sanitari a persona anziane e disabili non autosufficienti della regione Veneto, per carenza di detto personale.

Infatti, a fronte di un aumento da tutti ormai certificato dell'invecchiamento della popolazione del nostro paese, e di conseguenza di un aggravamento generale delle condizioni di salute della popolazione anziana, sempre più bisognosa di servizi sanitari diretti, siamo già oggi nella condizione di non aver nel mercato del lavoro, un numero sufficiente di figure, quali gli infermieri professionali, colonne portanti dei servizi sanitari a favore della popolazione anziana non autosufficiente.

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

C.F. e P.IVA: 02697860288

Sede: Via Savelli, 15 - 35129 PADOVA - Tel. 049 / 8076303 - Fax 049 / 8076301



URIPA

Sono quotidiane ormai le lettere di dimissione del nostro personale infermieristico chiamato a svolgere la propria professionalità nelle locali Aziende Sanitarie, anche per rapporti di lavoro a tempo determinato.

Non riusciamo a capire quindi il perchè dei provvedimenti legislativi che hanno portato di fatto ad un blocco così significativo di possibilità lavoro, a fronte di un'offerta in crescita esponenziale, paradossalmente, in un momento in cui la crisi occupazionale sembra essere l'argomento predominante nel nostro paese.

Il percorso universitario, per altro certamente apprezzato ed inteso quale livello di alta specializzazione, non poteva essere attivato prescindendo da una necessaria garanzia nel mercato, di personale infermieristico di base, formato secondo i vecchi percorsi.

Al proposito si ricorda come, se oggi sopresse Scuole Infermieristiche, dislocate nell'intero territorio regionale, fossero una garanzia anche di lavoro locale, con un percorso formativo che includeva una contribuzione allo studio certamente significativa.

Ci chiediamo oggi, quanti saranno gli studenti capaci in questo nuovo percorso, quale quello universitario, in grado di sopportare gli oneri economici imposti dalla frequenza universitaria, ed inoltre, come potremmo pensare che dai nostri paesi, dislocati per molta realtà, lontani dalle città capoluogo, vi possa essere l'esodo, solo verso alcuni capoluoghi di provincia dove operano le università.

Se a ciò aggiungiamo una politica sanitaria sul territorio sempre più reclamizzata, quale l'ospedalizzazione a domicilio o l'assistenza domiciliare integrata, viene da chiederci con quali risorse umane faremo questo servizio.

Non ultimo in termini di aggravamento della drammatica situazione, va considerata l'ingiustificata differenziazione dei contratti di lavoro tra Enti Locali, Enti Privati, ed i contratti sanitari di gran lunga più favorevoli ai lavoratori.

Con l'attuale legislazione siamo inoltre nell'impossibilità di ricorrere a personale infermieristico a riposo, anche di età relativamente giovane.

Certamente, il compito che noi abbiamo di fornire servizi sanitari adeguati ai nostri ospiti, verrà a mancare anche in termini di qualità se pensiamo al turn over di personale infermieristico che viviamo quotidianamente, con l'ovvia conseguenza di venir meno...



URIPA

può prescindere dalla conoscenza diretta degli ospiti, che nelle nostre Residenze non vengono per pochi giorni, ma sempre più, per vivere gli ultimi anni della loro vita, in condizioni fisiche sempre più compromesse.

Nel consegnare formalmente, con il presente atto, il problema alle SS.LL., la presente viene contestualmente inviata a tutti i Prefetti del Territorio Regionale per la denuncia del gravissimo problema sopra esposto, confidando in un autorevole intervento.

In attesa di sollecito riscontro e a disposizione per una audizione nel merito, si porgono deferenti saluti.

IL PRESIDENTE  
Roberto Valpe



URIPA

Padova il 10.04.2000

On.le Massimo D'Alama  
Presidente Consiglio dei Ministri  
Piazza Colonna 370  
00187 ROMA

E p.c.

On.le Rosi Bardi  
Ministro della Sanità  
Viale dell'Industria, 20  
00144 ROMA

Prot.N. 130

Oggetto: *Emergenza sanitaria dovuta alla carenza di personale infermieristico a servizio delle persone anziane non autosufficienti e disabili, ospiti delle Residenze Socio Assistenziali del Veneto e delle altre regioni del Paese.*

## LETTERA APERTA

Onorevole Presidente,

Da oltre due anni stiamo segnalando al Ministro della Sanità, alle Autorità Prefettizie e alla Magistratura, la drammatica situazione venutasi a creare a causa della carenza di personale infermieristico a servizio delle persone disabili e anziane, in condizioni di non autosufficienza, ospiti delle Residenze della nostra regione, e per quanto ci risulta, anche nelle altre regioni del nostro Paese.

Abbiamo evidenziato, che con l'applicazione del D.L.vo n.502 del 1992, il legislatore abbia totalmente fallito nell'individuare l'unico percorso formativo per la figura infermieristica, attraverso la struttura universitaria, attivando la laurea breve in Scienze Infermieristiche. Infatti, la soppressione del vecchio percorso formativo, che garantiva una maggiore partecipazione in sede locale, incentivata anche da modeste borse di studio, che in qualche modo compensavano un impegno formativo importante e qualificante, ha causato una notevole diminuzione del livello di partecipazione, provocando una drastica diminuzione degli iscritti con le conseguenze già sopra evidenziate.

Evidenziamo inoltre che l'infermiere dovrebbe essere oggi impegnato, non solo nelle strutture ospedaliere, ma anche nelle residenze per Anziani non autosufficienti e disabili, nonché sul territorio, per i servizi integrati di base.

URIPA

*Rammentiamo inoltre che nei Paesi dell'Europa dell'Est, vi sono oggi moltissime risorse di personale infermieristico qualificato che non possono essere utilizzate a causa della mancata equipollenza del titolo di studio; problema per altro già sollecitato al competente Ministro della Sanità, il quale non ha ancora dato corso al regolamento per il riconoscimento dei titoli professionali esteri.*

*Considerato anche che attualmente i flussi immigratori risultano contingenti, ci risulta quasi impossibile attivare le procedure di immigrazione e la conseguente regolarizzazione dei permessi di soggiorno.*

*Ogni giorno infatti, i mass-media riportano programmi politici, leggi finanziarie dello Stato, evidenziano il problema della disoccupazione del nostro Paese, quando, solo nella nostra regione, avremo fin da subito la possibilità di offrire oltre 1000 posti di lavoro nel settore dell'assistenza socio-sanitaria, a connessioni da altre regioni più disagiate e anche a cittadini stranieri.*

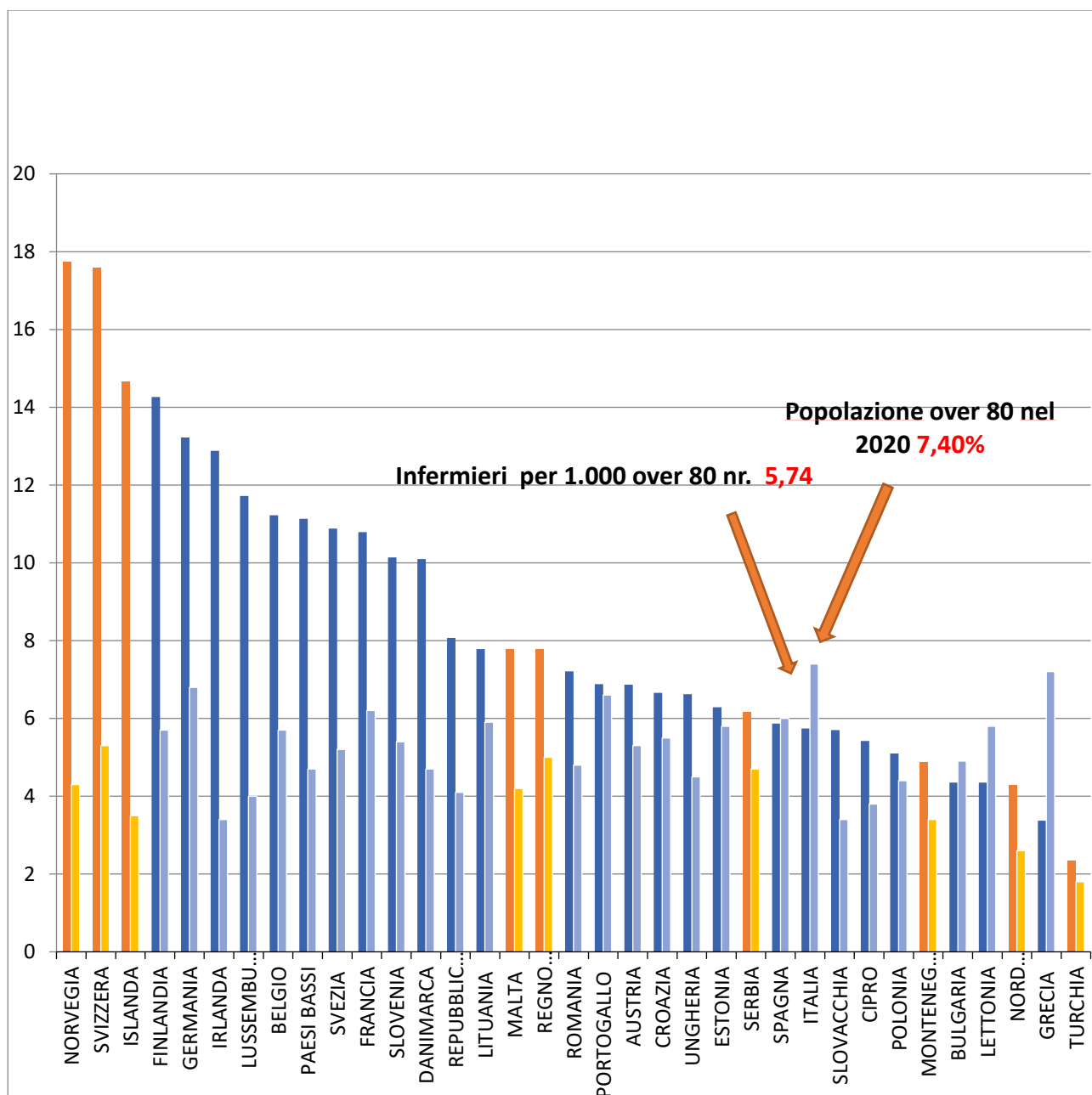
*Per noi operatori il disagio di tale situazione causa rabbia, quando riscontriamo che i nostri nonni e genitori, i quali hanno contribuito a costruire questo straordinario Paese, garantendoci benessere e libertà, ora rischiano di non essere adeguatamente assistiti, per la nostra impossibilità a garantire un servizio assistenziale qualificato per l'insipienza di chi oggi dovrebbe governare il Paese, programmando le risorse umane adeguate.*

*Vogliamo auspicare pertanto, che la S.V. abbia almeno la disponibilità di un cenno di riscontro alla presente, preso atto che i numerosi appelli finora rivolti al Ministro della Sanità sono risultati vani.*

*Gradisca con l'occasione deferenti saluti.*

IL PRESIDENTE  
Roberto Pulici

## NUMERO DI INFERMIERI PER POPOLAZIONE OVER 80 CONFRONTO



**A vent'anni di distanza dalla prima grave crisi di personale infermieristico** il nostro Paese, che secondo le stime risulta il secondo/terzo più vecchio al mondo **risulta avere un parametro di personale infermieristico di 5,8 unità per mille abitanti**, a fronte dei 10 di Francia, Belgio, Olanda e i 13 della Germania con popolazione over 80 secondo solo alla Grecia!

Non serve su questo tema giustificare comodamente oggi il tema delle retribuzioni, tema comunque importante.

Una ragazza o un ragazzo che affronta il percorso di laurea mai lo farà pensando che la sua carriera di infermiere si sviluppi all'interno di una struttura per anziani!

Ciò premesso in questi due anni con non pochi ostacoli abbiamo messo una "toppa sulla barca che affonda" ottenendo **con immane difficoltà** (con il parere avverso del Ministero della Salute) la proroga della deroga fissata dal Governo di cui rappresentiamo la cronistoria:

**Decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 (in Gazzetta Ufficiale 23 luglio 2021, n. 175), coordinato con la legge di conversione 16 settembre 2021, n. 126, recante: «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche.»**

*Art. 6 bis - Proroga delle deroghe alle norme in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie*

**1. Al fine di fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e socio-sanitario che si riscontra nel territorio nazionale, fino al 31 dicembre 2022 e' consentito l'esercizio temporaneo, nel territorio nazionale, delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica di operatore socio-sanitario, in deroga alle norme sul riconoscimento delle predette qualifiche professionali, secondo le procedure di cui all'articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. )**

Data del 31.12.2022 che oggi risulta prorogata al **31.12.2023** per effetto di quanto disposto dal Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 19 maggio 2022, n. 52 Art. 5-quater (in G.U. 23/05/2022, n. 119) che così recita:

*All'articolo 6-bis, comma 1, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126, le parole: "fino al 31 dicembre 2022" sono sostituite dalle seguenti: "fino al 31 dicembre 2023"*

Con che prospettiva **dinanzi a questa continua instabilità un infermiere straniero verrebbe** oggi in Italia piuttosto che accogliere l'offerta che viene da altri paesi Europei (es. Germania) **che hanno attuato politiche migratorie di queste figure professionali senza vincoli temporali?**

Quali sono i motivi per i quali, nonostante le ripetute sollecitazioni - per altro datate nel tempo (ad oggi non risulta esservi un percorso didattico post scuola dell'obbligo, che per brevità definiamo "**liceo socio sanitario**"), in grado di intercettare dopo la scuola dell'obbligo una parte considerevole di giovani orientandoli così ad una professione socio-sanitaria, i cui benefici sarebbero oggi sotto gli occhi di tutti?

URIPA

26

Padova li, 13.11.2000

E p.c.

Al Ministro della Pubblica Istruzione

Ai Parlamentari del Veneto

Al Presidente Giunta Regionale del Veneto

Al Vice Presidente Giunta Regionale del Veneto  
E Assessore alla Sanità

All'Assessore Regionale Servizi Sociali

Ai Presidenti Enti Associati

LORO SEDI

Prot. N. 503

Oggetto: Riforma del percorso scolastico.

Onorevole Signor Ministro,

Da giorni la nostra Associazione sta seguendo con particolare attenzione il dibattito tutt'ora in corso in merito alla proposta di Decreto Legislativo, relativo al riordino del ciclo scolastico.

Con particolare attenzione abbiamo seguito anche le considerazioni socio-politiche sul tema e siamo venuti a conoscenza che vi sono oggi 243 indirizzi di scuole superiori, post-obbligo.

La proposta riorganizzativa del ciclo scolastico prevede di accorpate il tutto in quattro grandi aree; e, ancora una volta, abbiamo constatato che nessuno ha previsto un percorso scolastico post scuola dell'obbligo, con indirizzo sanitario e sociale.

Come Lei ben saprà, il sistema dei servizi socio-sanitari, nel nostro paese, sta vivendo un momento drammatico in rapporto alla domanda/offerta di personale infermieristico. Oggi, sono le Università titolari della formazione infermieristica e nasce spontaneo chiedersi per quale motivo viene richiesto un percorso formativo di cinque anni di scuola superiore per accedere al titolo di geometra, ragioniere, perito, titolo riconosciuto e richiesto per accedere al corso universitario triennale di laurea breve in Scienze Infermieristiche.

Come a tutti è ben noto, dopo la scuola dell'obbligo, ognuno cerca un indirizzo per cosa fare nel mondo del lavoro; quindi crediamo sia necessario, come negli altri paesi del mondo, favorire la nascita di un liceo infermieristico pur mantenendo la successiva ulteriore specializzazione universitaria.

Eguale proposta vale anche per quanto attiene il percorso formativo per i servizi sociali, oggi di competenza delle Regioni nell'ambito della formazione professionale, e per il quale vi è una paurosa carenza di iscrizioni.

Ai Parlamentari veneti che ci leggono per conoscenza, rivolgiamo un caldo invito al fine di alimentare, quanto meno il dibattito nelle competenti sedi istituzionali sulle tematiche proposte.

Ricordiamo a tutti che si può morire o si morirà sempre di più, quando nei servizi alle persone non autosufficienti vengono a mancare, non certo nuovi farmaci, nuova tecnologia, ma il personale quale infermieri ed operatori socio-assistenziali, indispensabili per l'erogazione dei servizi.

Gradita l'occasione per porgere deferenti saluti.

IL PRESIDENTE  
Roberto Lupo



UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI  
D.E. S.A. N° 0297560261  
Sede in Via S. Maria 15 - 35139 PADOVA - Tel. 049 8734000 - Fax 049 8511000 - E-mail: uripa@emadnet.it

Problema oggi che ci sta pesantemente travolgendoci **con riferimento alla carenza della figura dell'operatore socio sanitario** la cui professionalità è demandata ad un percorso formativo di 1000 ore.

Professione la cui domanda in questo ultimo anno è crollata a fronte dell'aumento esponenziale e una quasi totale assenza ai corsi allo scopo attivati.

## DIMENTICATI DAL PNRR



Nel PNRR spiace riscontrare che l'unica voce a cui è stato dato ascolto (ben riassunta a pag. 8 Il Sole 24 Ore nella edizione del 17 maggio) è stata unicamente orientata al finanziamento **per il potenziamento dei servizi domiciliari accompagnata dalla previsione di una riduzione delle RSA** piuttosto che la loro parziale riconversione in nuove strutture **come appartamenti autonomi attrezzati per anziani con disabilità**.

Orientamento che trova conferma nelle somme così destinate dal PNNR.che vedono 4 miliardi di euro per l'assistenza domiciliare e soli 250 milioni destinati alle RSA ma per le sole finalità sopra richiamate.

Nessun cenno viene riservato alla necessità che le RSA debbano invece essere riammodernate ed adeguate ai bisogni che i futuri anziani in condizione di non autosufficienza non assistibili a domicilio esprimeranno.

Scelte in linea con i primi esiti dei lavori della Commissione Istituita con Decreto del Ministro della salute del 8 settembre 2020 (commissione Paglia!) alla quale ci eravamo rivolti lo scorso 4 dicembre con una formale richiesta di audizione evidentemente ritenuta dalla presidenza non meritevole di attenzione, nonostante la nostra legittima rappresentanza di oltre 300 strutture pubbliche e del privato no profit attive nella Regione del Veneto che complessivamente assommano a oltre 32.000 posti letto e non meno 27.000 posti di lavoro.

Richiesta la nostra promossa non certo per mettere in discussione eventuali nuovi e opportuni scenari di servizi ma più semplicemente, volta a rappresentare in tale sede un diverso angolo visuale di queste strutture (RSA) che ricordiamo, **sono le uniche che fino ad oggi e non meno domani sono in grado di dare adeguate risposte socio sanitarie ai bisogni che esprimono le persone anziane in condizione di non autosufficienza non assistibili a domicilio che le proiezioni demografiche ci prospettano con una crescita esponenziale**.

Un contributo che ritenevamo utile e questo perché ben conosciamo le condizioni fisiche e psichiche della popolazione che è da noi ospite e non meno delle loro famiglie, e che non può e non potrà trovare risposte adeguate ai loro bisogni in contesti domiciliari o strutture autogestite autonomamente.

Noi non siamo preoccupati del fatto che qualcuno creda veramente di poter "buttare le chiavi" di tutte o parte delle strutture per persone anziane non autosufficienti del nostro Paese, così come non stiamo cercando lo scontro ideologico tra i servizi che svolgiamo e i servizi domiciliari o altre forme di residenzialità .

Da amministratori responsabili, diversamente dal pensiero unico che sembra dominare nel biasimare le RSA da parte di una certa Politica irresponsabile , vogliamo sperare che nel prossimo legislatore prevalga la consapevolezza della necessità di lavorare affinché tutti i servizi di cui abbisognano le persone anziane del nostre Paese a partire dai primi bisogni e fino alla fase terminale della vita, si integrino tra loro andando a formare un reale perimetro di protezione di questa parte fragile delle nostre comunità.

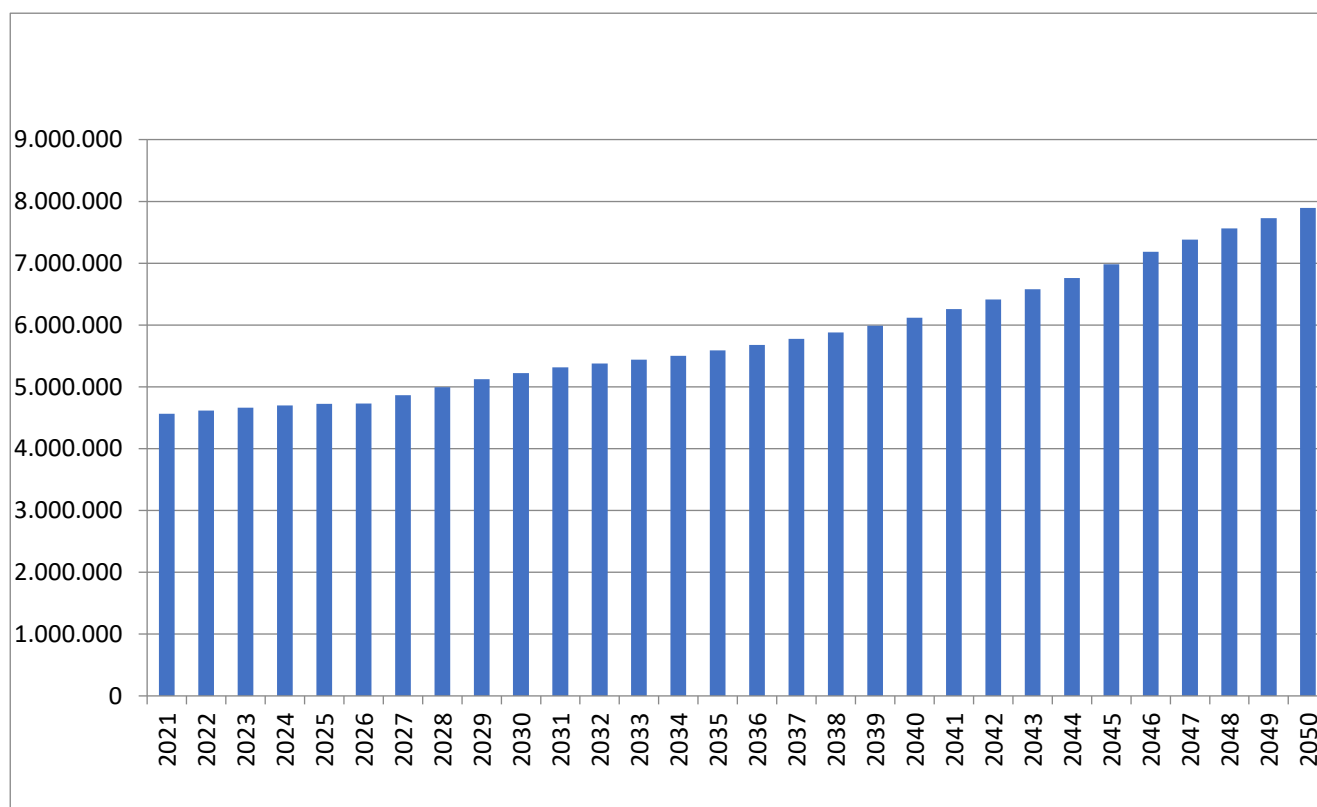
Un progetto di "filiera" di servizi a favore della popolazione anziana di cui non vi è traccia nei programmi e nelle discussioni alle quali possiamo solo assistere perché ci è stata negata ogni possibilità di dare il nostro contributo di esperienza e conoscenza.

Motivi tutti per i quali rappresentiamo a Lei la nostra preoccupazione che questi atti, proclami ed enunciazioni stiano oscurando lo scenario che si prospetta nel nostro Paese per i prossimi 10/15 anni quando è certo che così facendo, arriveremo ancora una volta impreparati nel dare risposte ai bisogni che si troverà a vivere ad esempio, quella parte di generazione (Baby Boomers) che non potrà godere di adeguate risposte alla condizione di non autosufficienza che non sarà assistibile a domicilio.

Generazione che porterà in dote stili di vita e contesti familiari che sono ben diversi da quelli degli anziani di oggi.

Considerazioni che vogliamo accompagnare ricordando alcuni dati demografici che da soli valgono più di ogni ideologica presa di posizione:

### PROIEZIONE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA OVER 80 2021-2050 Dati ISTAT 2021 Valori Assoluti



Anziani molti dei quali raggiungeranno l'ultima parte della loro vita in una condizione familiare di solitudine, visto l'elevato numero di separazioni coniugali che queste generazioni hanno maturato, che si accompagnerà con un numero di figli mediamente di poco superiori all'unità molti dei quali vivranno lontani dai luoghi nati.

Donne e uomini anziani dei quali una parte numericamente importante maturerà elevati bisogni socio sanitari che già oggi vediamo caratterizzarsi in misura crescente da una condizione di non autosufficienza, che sempre più si accompagna ad un importante deterioramento cognitivo e per questo, con una insostituibile necessità di assistenza e cura residenziale.

Condizioni di salute il cui peso risulta già oggi insostenibile per molte famiglie in particolare se consideriamo gli effetti che si producono sulla componente di genere femminile.

In questo scenario stentiamo a credere che i futuri programmi del Governo, possano prevedere di dare a queste persone anziane in modo quasi esclusivo risposte in strutture autogestite piuttosto che con una assistenza socio sanitaria prestata al domicilio dove sappiamo, come sia indispensabile per questa tipologia di servizi la presenza del supporto di una adeguata rete familiare.

Anziani che in condizione di non autosufficienza avranno diritto di avere uno stile di vita in linea con il loro vissuto e per questo è doveroso porsi anche la domanda se crediamo davvero che, diversamente da quanto leggiamo oggi tra le soluzioni prospettate, non vi sia anche la necessità di adeguare la tipologia dei posti letto delle attuali strutture residenziali, caratterizzate in numero significativo da camere multiple al pari di altre carenze strutturali e impiantistiche.

Valutazioni queste di cui non si fa cenno in nessun documento predisposto dalla citata commissione perché orientata verso il pensiero unico di condanna nei confronti del sistema della residenzialità.

Senza donne e uomini professionalmente preparate e vocate a prendersi cura dei nostri anziani non servirà a nulla programmare servizi domiciliari, dimore autogestite e ristrutturare le attuali RSA, perché saranno tutti servizi impossibili da attuare.

## DM 77 DEL 23 maggio 2022

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

*“Con la pubblicazione in Gazzetta ufficiale del decreto di riforma dell’assistenza territoriale – ha commentato il ministro della Salute – tutti gli obiettivi del PNRR Salute, in scadenza il 30 giugno, sono stati conseguiti. **Ora possiamo investire risorse senza precedenti per rafforzare il nostro Servizio Sanitario Nazionale**”.*

Evitando di commentare le dichiarazioni del Ministro, rappresentiamo per un giudizio oggettivo come oggi si sia deciso di regolamentare modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Come si vede le RSA non sono state nemmeno considerate se non solo citate come acronimo a pag. 31 e 34 del citato decreto che diversamente delinea:

---

omissis

### **Casa della Comunità**

*Strutture aperte h24 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale che dovrebbero essere il luogo fisico e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Un luogo fisico che “vorrebbe” rappresentare il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per le comunità locali.*

### **Centrale operativa 116117**

*La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, attivo h24 ore 7 giorni su 7, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale*

### **Centrale Operativa Territoriale**

*La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza.*

### **Infermiere di Famiglia e Comunità**

*È/dovrebbe essere la figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.*

### **Unità di continuità assistenziale**

*È un’équipe mobile operante in distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.*

**Assistenza domiciliare**

*La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.*

**Ospedale di comunità**

*E' una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con una dotazione massima di 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri volta a favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.*

**Rete delle Cure Palliative**

*E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.*

**Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie**

*Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività del C.F. può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.*

**Telemedicina**

*Utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari ed è inclusa in una rete di cure coordinate. La Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.*

Non vogliamo qui eccepire o contestare alcune nuove unità di offerta socio sanitarie ma di certo diventa difficile comprendere la costante omissione delle RSA nel fondamentale ruolo che rivestono nella rete servizi territoriali e quanto peggio la mancata stima del fabbisogno delle figure professionali che necessitano per assicurare questi nuovi servizi.

Senza entrare troppo nello specifico ci soffermiamo, vista la situazione che ben conosciamo, sulla previsione della introduzione della figura dell'infermiere di famiglia o comunità di cui **non si contesta assolutamente la funzione anzi apprezzabilissima**, ma la sua **contestualizzazione nell'attuale mercato del lavoro**.

Un infermiere di famiglia ogni 3.000 abitanti indica che nella nostra regione l'ammontare complessivo del fabbisogno sarebbe pari a oltre 1.600 unità che diventano quasi 20.000 se consideriamo lo standard sull'intera popolazione del nostro Paese.

**Visto il tema della carenza di personale infermieristico, è legittimo chiedersi chi sia /siano colui/coloro che in questa situazione del mercato del lavoro ha/hanno fissato questi parametri e tempi di attuazione!**

A parte questo aspetto sul tema del personale sanitario non possiamo che prendere atto di come **le residenze per anziani non autosufficienti RSA**, che avevano pieno titolo ad essere considerate attrici protagoniste nel riordino dei servizi socio sanitari, **siano state completamente escluse esattamente come è avvenuto nella stesura del PNRR nonostante l'oggettiva necessità di essere riqualificate sotto il profilo logistico e tecnologico** se solo pensiamo agli anziani non autosufficienti che avremo tra qualche anno.

Il solo fatto di non aver nemmeno prospettato/considerato che in alcuni ambiti le case della comunità potessero svilupparsi attigue alle nostre strutture con gli ovvi benefici di salute ed economie di gestione che si sarebbero generati, indica una **miopia del legislatore nazionale assolutamente censurabile** a partire dalla previsione del PNRR che prevedeva il finanziamento Case della Comunità solo sul patrimonio immobiliare delle Aziende ULSS.

Invero se andiamo a rileggere le **ripetute dichiarazioni di questi due anni contro le residenze per anziani rilasciate dai "soliti noti" e da molti altri "cinici avvoltoi"**, non potevamo aspettarci altro che questo.

E non chiediamoci perché quasi nessuno vuole più fare l'infermiere piuttosto che l'operatore socio sanitario in una residenza per anziani **se l'immagine delle nostre straordinarie ragazze e ragazzi offerta in questi anni alla pubblica opinione da queste persone è quella di spietati aguzzini**