

Newsletter AIP – 24 giugno 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

un articolo pubblicato da *JAMA* del 15 giugno riporta gli **effetti gravemente negativi sulla salute delle persone anziane indotti dall'“ageismo”**, atteggiamento caratterizzato da pregiudizi sulla vecchiaia in generale e dal rifiuto di attuare adeguati atti di cura in età avanzata. È uno studio che induce profondi ripensamenti sull'organizzazione sociale delle nostre comunità, importante anche perché porta a galla un sentire sotterraneo più diffuso di quanto si ritiene. Solo leggendo con determinazione l'estensione e la profondità di questo atteggiamento culturale e pratico si possono impostare atti adeguati, al fine di facilitare una crescita del rispetto da parte della nostra convivenza civile verso le persone di età avanzata. Avevo già scritto queste battute iniziali per la newsletter quando ho ricevuto il consueto pezzo di Mauro Colombo, che ritorna in modo più analitico sull'articolo citato; una dimostrazione di sintonia culturale con Mauro, che spero sia condivisa anche da molti altri dei nostri lettori e amici.

Sebbene non strettamente collegato con il problema dell'ageismo, ritengo sia importante richiamare l'attenzione su un articolo pubblicato su *NEJM* del 19 maggio riguardante **l'importanza di una riforma del sistema americano delle case di riposo** (Nursing Homes). L'articolo inizia così: “Negli Stati Uniti circa 1.4 milioni di persone vivono in 15.500 strutture. Sebbene queste si prendono in carico i membri più vulnerabili della nostra società, offrendo servizi sicuri, affidabili, di alta qualità e centrati sulla persona, raramente questo sistema di cure è emerso come una priorità nazionale”. **La frase potrebbe riferirsi senza incertezze alla situazione italiana; dopo le tragedie provocate dalla pandemia, il mondo delle RSA non è ancora ritornato alla normalità**, perché al centro di gravissime problematiche riguardanti il personale e la situazione economica. Inoltre, assieme alla crisi contingente, si intravede la mancanza di un progetto per le RSA di domani. Di fatto questa parte del nostro sistema di welfare è lasciata sola a pensare e ipotizzare il proprio futuro, nel disinteresse della politica, delle amministrazioni, del mondo della ricerca e degli studi in ambito organizzativo, economico, clinico, assistenziale. Una solitudine che crea grave disagio nell'immediato, perché fa sentire la mancanza di punti di appoggio forti per la gestione del giorno per giorno. Ma ancor più disagio è provocato dalla mancanza di prospettive. Molte volte in questo periodo ci è stata posta la domanda su quale sarà la sorte dei nostri vecchi nel 2030; per rispondere a questo interrogativo, particolarmente delicato rispetto all'organizzazione assistenziale, sarebbe necessario disporre di informazioni precise su eventuali finanziamenti previsti, sulle scelte in materia di formazione professionale a tutti i livelli, sulle prospettive riguardanti l'insieme della rete dei servizi per le persone anziane fragili. L'articolo di *NEJM* si chiude con questa frase: “Il mondo della politica non può ignorare ancora a lungo i pericoli derivanti dal continuare con lo status quo”. Potrebbe essere stata scritta per il nostro Paese; però, anche se non dobbiamo condividere un pessimismo generalizzato, non siamo in grado di intravedere le linee evolutive del sistema delle RSA. Il fatto che nulla sia stato previsto nel PNRR per questo settore è la dimostrazione più drammatica dell'abbandono. Dobbiamo ritenere che, al fondo, ci sia sempre la cultura dell'ageismo, per la quale occuparsi dei più fragili tra i fragili è sostanzialmente uno spreco? L'AIP a più riprese ha

cercato di affrontare il tema del futuro della residenzialità dell'anziano; però, non siamo mai riusciti a mettere assieme una collaborazione tra coloro che dovrebbero essere interessati all'evoluzione positiva di questo mondo. Ma, come AIP, continuiamo la nostra strada. Non è quella più immediatamente affascinante delle conquiste scientifiche in ambito diagnostico e terapeutico, ma è di grande rilevanza per il benessere e la salute di centinaia di migliaia di nostri concittadini. L'AIP ha alla base della sua impostazione culturale l'attenzione paritaria verso le grandi scoperte e verso quelle apparentemente più modeste, che hanno però ricadute pesanti sulla qualità della vita.

Su *JAMA* del 7 giugno è stato pubblicato un editoriale su un argomento di grande rilievo in questo momento, riguardante l'allarme lanciato dalle autorità americane sul **rischio di burnout delle persone impiegate in sanità, a tutti i livelli**. Il 24 giugno la National Academy of Medicine USA licenzierà un nuovo report per "aiutare il passaggio del sistema americano delle cure dalla realtà odierna di limitazione della forza lavoro e della diffusione del burnout a un futuro dove ogni addetto in ambito sanitario possa trovare gioia sul luogo di lavoro e possa comprendere quanto è apprezzato". Ancora una volta si deve registrare il fatto che gli eventi riguardanti la sanità sono simili in tutto il mondo; ad esempio, nell'editoriale si scrive che nel 2033 in USA mancheranno da 54.100 medici a 139.000! Si ha sempre più forte l'impressione che i sistemi sanitari, oltre al progresso tecnologico, abbiano l'esigenza di un "nuovo pensiero", della ricerca di senso. La cura dell'anziano in questi anni difficili ha ingrandito e reso più visibile la crisi. Si potrebbe quindi affermare che ha anche il pesante dovere di indicare nuovi percorsi.

JAGS di giugno pubblica un lavoro di studiosi americani nel quale **si dimostra, in un elevato numero di persone affette da demenza, un aumentato rischio di eventi negativi e di mortalità dopo l'esposizione a procedure ad alto rischio**. Ad esempio, è stato dimostrato un aumento del 50% di complicanze postoperatorie e del 44% di mortalità. Inoltre, solo il 37% delle persone affette da demenza che provengono dalla propria abitazione vi fanno ritorno dopo il ricovero in ospedale. Sono dati pesanti, che pongono interrogativi non facili ai quali rispondere prima di procedere ad atti chirurgici. Inoltre, richiamano l'importanza che negli ospedali generali siano presenti competenze specifiche verso le persone anziane con gravi disabilità cognitive, che potrebbero subire rilevanti danni alla salute se non adeguatamente accompagnate.

Di seguito il consueto angolo di Mauro Colombo, del quale abbiamo già discusso nelle righe precedenti:

"L'incresciosa e tragica vicenda occorsa alla mamma di Nicola Vanacore – pur raccontata con una professionalità pari alla tristezza, e che gli fa onore – ha comprensibilmente richiamato attenzione e suscitato risposte e commenti indignati. Ma prima di arrivare a fenomeni così estremi, vorrei portare l'attenzione a quei "piccoli abusi quotidiani" verso gli anziani di cui è permeata la nostra società. E qui vorrei sottolineare la coerenza di *JAMA* sul tema: 1 anno fa, a metà giugno – sempre in coincidenza con la giornata mondiale di consapevolezza sul maltrattamento dell'anziano – in un editoriale aveva promosso e promesso lavori sull'argomento [1]. Puntualmente, nella ricorrenza dell'anno in corso, esce una ricerca originale dal titolo significativo [tradotto]: "Esperienza di ageismo quotidiano e la salute degli anziani statunitensi" [2]. L'argomento è molto meno studiato rispetto alle note associazioni nefaste tra l'ageismo più marcato e la salute: perciò, gli autori hanno indagato un campione appartenente ad una popolazione rappresentativa, giunta al sesto rilievo da parte della Università del Michigan. L'adesione – che non prevedeva le pratiche del consenso informato e del permesso da parte del comitato etico – è stata del 76,9%, così da comprendere 2.035 partecipanti di ambo i sessi, di età compresa tra 50 ed 80 anni. Allo scopo, è stata allestita una scala che enfatizza gli aspetti specificatamente collegati all'età della discriminazione. Le domande esplorano credenze, esperienze e comportamenti concreti, facilmente individuabili, che traducono esempi di comune riscontro di ageismo quotidiano, anche se non vengono automaticamente percepiti come tali. La "Scala

dell'Ageismo Quotidiano" è composta da 10 domande, abbinata a 3 dimensioni: "messaggi ageisti" [sotto forma di segnali ambientali e sociali che riflettono i pregiudizi e gli stereotipi collegati all'età (2 voci); frequenza dell'ageismo nelle interazioni interpersonali [veicolato nelle assunzioni e stereotipi altrui in cui è radicata la discriminazione (5 voci)]; l'avallo allo "ageismo interiorizzato", che riflette le credenze personali che collegano invecchiamento e salute (3 voci). La scala è dotata di solide proprietà psicometriche, e può venire utilizzata sia come punteggio sommatorio totale che scomposta nelle sue singole dimensioni. Confermando ed anzi superando le aspettative, quasi tutti gli intervistati (93,4%) hanno riferito almeno 1 forma di ageismo; in particolare lo "ageismo interiorizzato" è presente in 4 individui su 5. Livelli più alti di ageismo, ed in particolare di "ageismo interiorizzato", sono collegati a tutte le 4 conseguenze avverse prese in considerazione: salute generale fisica e mentale, malattie croniche, sintomi depressivi. Tali risultati sono in linea con indagini precedenti – sia pure compiute adoperando altri strumenti, su campioni "di convenienza", confermando ed anzi rafforzando la pervasività di queste sottili "micro-aggressioni" [così sono state definite dagli Autori], ancorché non intenzionali. Pur nella consapevolezza di una possibile "causalità inversa", gli Autori sono orientati a considerare le esperienze di ageismo quotidiano come precedenti rispetto allo sviluppo di condizioni avverse di salute. Quanto allo "ageismo interiorizzato", la sua frequenza stride con l'auto-giudizio di salute espresso dalle medesime persone, che è sostanzialmente favorevole in una sovrapponibile quota di soggetti. Tale contraddizione verosimilmente testimonia un retaggio inculcato in profondità, che assimila la vecchiaia a malattia, problemi o deterioramento, piuttosto che a cambiamenti fisiologici e cognitivi dello sviluppo umano che accompagnano l'invecchiamento in maniera neutrale. Da qui l'invito a non sottovalutare prese di posizione che possono apparire banali, ma sono invece sottilmente pericolose, nei cui confronti occorre mettere in atto interventi multi-livello e multi – settore".

[1] Inouye, S. K., Ganguli, I., & Jacobs, E. A. (2021). Enhancing Aging and Ending Ageism: JAMA Network Open Call for Papers. *JAMA network open*, 4(6), e2117621. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.17621>

[2] Allen, J. O., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J. T., Moïse, V., & Malani, P. N. (2022). Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA network open*, 5(6), e2217240. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17240>

In questo momento viviamo ancora nell'incertezza sull'evoluzione della pandemia, con i grandi scienziati che sembrano ammutoliti di fronte ad eventi non previsti. Non ci interessa insistere sulla fragilità delle conoscenze in ambito infettivologico (ci vorrà molto per recuperare il tempo perduto nell'illusione che le epidemie sarebbero state solo eventi del passato!), ma sottolineare l'esigenza di prudenza nei comportamenti collettivi. Prudenza affidata alle scelte individuali, perché pare sia una virtù che fa perdere voti e così la politica non ne vuole parlare. È vero che la variante Omicron è meno pericolosa – ad esempio, si riduce in modo significativo il rischio di long covid (vedi BMJ del 18 giugno) – però, il potenzialmente minore rischio nelle persone colpite da Omicron è annullato ad un numero molto più elevato di nuove infezioni durante l'ondata di Omicron. Questa osservazione ci richiama al dovere di considerare non solo le ricadute dell'infezione sulla nostra personale condizione di salute, ma anche sull'aumento del peso indotto dalla malattia sull'insieme del sistema sanitario, condizione che alla fine, anche se indirettamente, si riflette sulla salute individuale.

Le normali attività di AIP continuano anche in questo periodo.

Ricordo in particolare "**SoloLine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano**", sempre attiva, soprattutto quando le condizioni atmosferiche aumentano i rischi per le persone anziane (in allegato la locandina). Dedichiamo grande attenzione all'evoluzione di alcune dinamiche delle nostre comunità: la possibile sospensione periodica dell'energia elettrica, che impedirebbe l'uso di ventilatori/condizionatori, importanti per il benessere dell'anziano, ed anche della distribuzione dell'acqua, elemento importantissimo nelle case per garantire momenti di refrigerio. Oggi fortunatamente la situazione complessiva, nonostante questi timori, è diversa da quella del 2003; però è importante che tutti siamo attenti alla condizione degli anziani che ci sono affidati nei servizi, ma anche, più in generale, a quelli che abitano nelle nostre comunità.

Sono aperte le iscrizioni per il congresso di Trieste (20-22 ottobre) “Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell’incontro”, evento di particolare interesse per l’approccio che coinvolge le diverse competenze presenti nell’AIP. Un invito particolare ai giovani; possono trovare nel programma molti spunti culturali e pratici utili per la professione. In allegato la scheda di iscrizione; il programma può essere consultato sul sito AIP www.psicogeriatra.it .

“Neurovelox. Una storia d’amore, Alzheimer e velocità” di Michele Farina (editore Fuorilinea). È il nuovo libro del nostro amico giornalista del *Corriere della Sera*, ideatore e realizzatore dell’**Alzheimer Fest**, evento giunto alla sua sesta edizione, che quest’anno si svolgerà a **Firenze (9-11 settembre)** – <https://www.alzheimerfest.it/>). Il libro merita una lettura attenta, perché pieno di indicazioni intelligenti e originali su come dobbiamo interpretare (e vivere!) la malattia. Mi permetto anche di sottolineare l’importanza di essere presenti a Firenze in settembre. Ha scritto al proposito Vivian Lamarque: “Canti, balli, mostre fotografiche con straordinari primi piani di vecchi e di vecchie preziosi, tutta una comunità di persone orchestrate dalla passione di Michele Farina, intenzionato a dare loro visibilità e dignità”. Aggiungo che AIP, partner scientifico dell’evento, sarà presente a Firenze con azioni culturali e scientifiche sulle quali daremo a breve precise indicazioni.

Un caro saluto

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



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

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome Cognome

Professione Specializzazione

Indirizzo

CAP Città

Tel. Email

Codice Fiscale

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

Ragione Sociale

Se Ente Pubblico specificare tipologia di esenzione iva, se richiesta

Indirizzo

CAP Città

Tel. Fax

Email

P.IVA Codice Fiscale

QUOTE DI ISCRIZIONE

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

PER ISCRIVERSI

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

METODI DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

BONIFICO BANCARIO intestato a MCI Italia srl

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

CARTA DI CREDITO

VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Carta n°..... Scadenza.....

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

Importo da prelevare.....

Firma del titolare.....

Data.....

MODALITÀ DI CANCELLAZIONE DELL'ISCRIZIONE

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

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

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

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

Newsletter AIP – 17 giugno 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

L'articolo di Vanacore allegato all'ultima newsletter ha provocato molte risposte, sintoniche con l'impegno di AIP a considerare il problema del Pronto Soccorso degli ospedali tra quelli di maggiore importanza per la serenità della vita delle persone anziane fragili. Molte le considerazioni da parte di colleghi, spesso accompagnate da considerazioni tristi per lo stato in cui sono stati lasciati alcuni servizi, dentro e fuori l'ospedale. **Riporto di seguito, tra i molti ricevuti, il contributo al dibattito inviato da Massimo Calabrò**, per tanti anni primario di geriatria all'ospedale di Treviso, dove ha iniziato l'esperienza di un'osservazione breve intensiva geriatrica (OBI). Il suo contributo propone soluzioni concrete, certamente valide; ma, prima ancora, io mi chiedo come si possa accettare sul piano deontologico una qualità del trattamento degli anziani come quella descritta da Vanacore. Quanti inutili e spesso dannosi controlli burocratici e quanta assenza, invece, di verifiche dirette, di vicinanza concreta con la realtà!:

“Ho letto quanto scritto dal Prof. Vanacore ottenendone una personale conferma che la logica dei criteri Guida della presa in carico sia nei Pronto Soccorso che nei reparti di degenza dovrebbe essere basata su: a) aspetto clinico, b) aspetto logistico, c) aspetto comunicativo.

L'aspetto clinico deriva da anni di cultura geriatrica. Tale caratteristica non si può chiedere ai medici di PS, spesso giovani e comunque sempre sottoposti ad un notevolissimo carico di lavoro e di stress.

L'aspetto logistico deriva da progettazioni (vecchie e nuove) e soprattutto organizzazioni che non tengono conto dei pazienti “complessi” e che se lasciati da soli su barelle, senza il conforto di alcun parente o amico/a, possono sviluppare stati confusionali che incidono drammaticamente sugli outcomes del paziente e gravano su una gestione sempre più difficile per gli operatori, ammesso che abbiano preparazione e tempo per prendere in carico pazienti che hanno sviluppato una forma di delirium.

L'aspetto comunicativo potrebbe e dovrebbe sopperire alle prime due lacune ma questo, anch'esso carente, è in parte figlio del già citato stress, di una mancanza di sensibilità e dal fatto che, anche a seguito delle deformazioni di pensiero indotte nelle nostre menti dalla pandemia, si protrae un approccio più tecnico e basato su un ragionamento binario che porta a considerare il paziente anziano sempre competenza di qualche altra figura professionale diversa dall'operatore che ha temporaneamente il paziente in carico. È triste leggere di una permanenza in PS per circa 80 ore! Sarebbe triste anche per un giovane, immaginiamoci per un paziente geriatrico conoscendo i danni che da tale esperienza possono derivarne.

Sono monotematico, ma fintanto che non si accetterà la logica di una area di accettazione dedicata al paziente geriatrico, che una volta sottoposto al triage e al percorso clinico necessario previsto dal PS, venga affidato ad una equipe che conosce le tematiche della geriatria e le sa e vuole portare avanti, riproporrò la mia convinzione, ormai vecchia ma non sembra superata.

Un'area di accettazione geriatrica post-PS potrebbe ridurre la permanenza in PS e permettere una presa in carico più precoce delle tematiche geriatriche con le modalità più appropriate.

Mancano i numeri di medici geriatri, con adeguata formazione, e di personale infermieristico e assistenziale, ma manca soprattutto il pensiero di tendere verso un'organizzazione che tenga conto di questi aspetti. Da molti anni sappiamo che uno dei paradossi che stiamo vivendo è una medicina iper-

intensiva in un mondo di malati cronici, frequentemente anziani ma l'organizzazione dei servizi, con le dovute eccezioni, non tiene conto di tali aspetti.

La mia, come sempre affrontando questa tematica, è una riflessione amara.

Ricordo la molto soddisfacente e funzionale esperienza di O.B.I. geriatrica che ho sviluppato per alcuni anni, e che purtroppo si è spenta bruscamente per aspetti che nulla hanno a che vedere con una logica razionale di gestione del paziente anziano. Insisto comunque che ipotizzare un'area di accettazione geriatrica post-PS potrebbe dare una soddisfacente risposta, senza impattare negativamente con l'organizzazione di altri servizi e reparti, e permetterebbe di ridurre i casi come quello vissuto dalla madre del Prof. Vanacore."

Maria Lia Lunardelli mi ha inviato copia della lettera che il suo vescovo, il cardinale Zuppi, ha inviato a tutti i lavoratori della diocesi.

Ne riproduco un breve pezzo, perché il messaggio mi sembra adeguato al nostro impegno, che è sempre personale, prima di essere di équipe, di gruppo, di associazione... Nella clinica, anche considerando la frequente esigenza del lavoro di équipe, vi è sempre il mio personale coinvolgimento come punto di inizio di un itinerario di cura: "Mi piace pensare che in un momento così importante tutti ce la mettiamo davvero tutta, senza distinzione. Don Primo Mazzolari, che amava Dio e le persone, la Chiesa e la città concreta degli uomini e delle donne, scrisse: 'Ci impegniamo noi e non gli altri ... né chi sta in alto, né chi sta in basso, senza pretendere che gli altri si impegnino ... senza giudicare chi non si impegna ... il mondo si muove se noi ci muoviamo, si muta se noi mutiamo, si fa nuovo se qualcuno si fa nuova creatura ... la primavera comincia con il primo fiore, la notte con la prima stella, il fiume con la prima goccia d'acqua, l'amore col primo impegno ...'. Rinnoviamo allora il patto sancito dalla nostra Costituzione, compartecipiamo a questo impegno accanto a tutti gli altri, e per me che sono cristiano, aggiungo un motivo in più: chi cerca il cielo incontra la terra, chi fa le cose per Dio le fa per tutti e senza interessi. Il mio auspicio è che siamo tutti compagni di viaggio in questa bellissima strada che è la vita, e che le pandemie, le vicende tristi della nostra storia contemporanea, possano diventare motivo per realizzare quello che ognuno in realtà cerca: un mondo unito di Fratelli Tutti".

Riporto di seguito il tradizionale **contributo di Mauro Colombo** dedicato a descrivere gli **effetti delle sostanze naturali che esercitano influenze positive sulla funzione cerebrale nel corso dell'invecchiamento.**

"In questo periodo stiamo assistendo ad una concentrazione di interesse su singole sostanze neuro-protettive, dai carotenoidi anti-ossidanti, ai polifenoli, alle poli-amine [fino al tauro-urso-desossicolato (TUDCA)]. La newsletter AIP – e lo "angolo" che ne è compreso – seguono opportunamente tale filone della letteratura. Come preannunciato nello "angolo" del 10 giugno, è la volta di soffermarsi su una altra sostanza di cui si è parlato in un recente articolo di JAMA [1].

Il punto di partenza consiste nelle potenzialità biologiche delle poliamine naturali – in particolare della spermidina – osservate in animali, compresa la capacità di superare la barriera emato-encefalica. Uno studio pionieristico – apparso nel 2009 da parte di un gruppo tedesco – ha riportato un incremento nei livelli ematici di spermidina – che calano spontaneamente con l'età – dopo 2 mesi di supplementazione. Gli Autori del lavoro su JAMA hanno pubblicato nel 2018 una sperimentazione "in doppio cieco" su 30 soggetti con disturbi cognitivi soggettivi che dimostra piena sicurezza e tollerabilità dei supplementi in spermidina, indicando un miglioramento rimarchevole nelle prestazioni mnestiche [stima dell'effetto quasi "grande" ("effect size" secondo "Cohen d" quasi 0,8)]. Allo scopo di validare tale studio pilota, segue – di nuovo nel medesimo ospedale universitario berlinese (Charité) – una supplementazione per 1 anno con 0,9 mg/die, sempre in doppio cieco randomizzato, ancora su individui con le medesime caratteristiche. Presso gli 89 individui che hanno portato a termine la sperimentazione – partendo da 100 – è stato confermato il profilo di sicurezza e tollerabilità, ma – contrariamente alle aspettative – non è stato ottenuto nessun risultato favorevole rispetto agli obiettivi neuropsicologici. Inoltre, il grafico vede allineate lungo la linea di neutralità tutte le variabili misurate, sia che si trattasse di svariati indici laboratoristici, che di misure fisiologiche.

Due sono gli argomenti addotti dagli Autori in discussione, per dibattere sui risultati negativi. Il primo riguarda la dose di spermidina, forse troppo bassa, ma scelta per rispettare le dimostrate sicurezza e tollerabilità della supplementazione. Inoltre, gli incrementi nei livelli ematici possono essere indicatori poco adatti della somministrazione di spermidina, che viene rapidamente sottratta al sangue per venire accumulata nei tessuti solidi. Peraltro, i livelli ematici in spermidina non vengono innalzati neppure da 1 anno di assunzione di un cibo tradizionale giapponese che ne è ricco [il “nattō” (prodotto attraverso la fermentazione dei fagioli di soia)]. Il secondo argomento va oltre al metodo, per puntare al cuore del problema: piuttosto che potenziare la memoria, la spermidina potrebbe prevenire il declino cognitivo collegato all’età e prevenire lo sviluppo di malattia di Alzheimer. In tal caso, la scelta di soggetti con funzioni cognitive integre – coerente con le raccomandazioni di privilegiare chi lamenta disturbi cognitivi soggettivi, ritenuti in stadio pre-clinico avanzato di malattia di Alzheimer – risulterebbe perdente, a fronte della preferenza di individui in stadio più avanzato, quali il deterioramento cognitivo lieve. Difatti, nel gruppo trattato con placebo non s’è assistito ad un calo significativo nelle prestazioni mnestiche, nell’arco di 1 anno. Ad ogni buon conto, gli Autori citano analisi esplorative che deporrebbero per effetti biologici anti-infiammatori e vasculo-protettivi, e per possibili benefici nelle funzioni esecutive e nella velocità di processazione – influenzate sfavorevolmente dalle modificazioni neuropatologiche spesso sottostanti ai disturbi cognitivi soggettivi. Ancora, analisi di sottogruppo orienterebbero verso i maschi ultra70enni più preoccupati per i loro disturbi cognitivi quali destinatari privilegiati per la supplementazione in spermidina. Su tali basi, gli Autori concludono proponendo un esplicito “endorsement” in appoggio ad ulteriori ricerche. A questo punto, poche puntualizzazioni, sempre a partire dalla newsletter del 3 giugno: l’articolo pubblicato su “Neurology” [2] relativo al ruolo neuroprotettivo dei carotenoidi antiossidanti – e che sta riscuotendo notevole attenzione nell’ambiente scientifico – è di natura osservativa. Invece, l’articolo sul miglioramento nella memoria visiva episodica derivato dalla somministrazione per 12 settimane di polifenoli in quantità pari ad una tazza di mirtillo fresco, pubblicato su “Frontiers in Nutrition” [vedi “angolo” del 10 giugno] è appunto di tipo interventistico. Il primo studio si applica ad oltre 7.000 individui appartenenti ad una popolazione rappresentativa statunitense, di età compresa tra i 45 ed i 90 anni, osservata per oltre 16 anni; il secondo ad un selezionato manipolo di anziani in buona salute.

[1] Schwarz, C., Benson, G. S., Horn, N., Wurdack, K., Grittner, U., Schilling, R., Märschenz, S., Köbe, T., Hofer, S. J., Magnes, C., Stekovic, S., Eisenberg, T., Sigrist, S. J., Schmitz, D., Wirth, M., Madeo, F., & Flöel, A. (2022). Effects of Spermidine Supplementation on Cognition and Biomarkers in Older Adults With Subjective Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 5(5), e2213875. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.13875>

[2] Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., Fanelli-Kuczmariski, M. T., Weiss, J., Hossain, S., Canas, J. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2022). Association of Serum Antioxidant Vitamins and Carotenoids With Incident Alzheimer Disease and All-Cause Dementia Among US Adults. *Neurology*, 98(21), e2150–e2162. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200289>

Alcuni spunti dalla letteratura clinico-scientifica, per contribuire alla diffusione tra noi di informazioni utili all’attività di cura.

Interessante un breve editoriale di *Lancet* del 30 maggio, intitolato in modo significativo: **“La preparazione per affrontare la pandemia impone che i decisori lavorino con gli scienziati sociali”**. Si inserisce nella logica della complessità come strumento interpretativo della realtà individuale sul piano clinico, ed epidemiologico sul piano delle comunità.

JAMDA nel numero di giugno pubblica un lavoro importante sui **fattori predittivi di declino funzionale degli anziani nelle RSA**. Tra questi sono significativi i disturbi cognitivi, lo stato funzionale all’inizio dello studio, l’incontinenza urinaria, la durata del periodo di istituzionalizzazione, l’età, la depressione, essere maschio e una storia di ictus; al contrario, fattori protettivi sono la presenza di un geriatra nello staff di cura e il controllo qualitativo della residenza. Qualcuno potrebbe ritenere banali queste osservazioni, però richiamano ad un’osservazione non routinaria degli ospiti e mettono in luce come, di fronte alle condizioni patologiche degli ospiti, gli aspetti protettivi sono quelli offerti dalle residenze stesse.

Sempre rispetto alle RSA, è interessante un lavoro di JAGS del 9 giugno, condotto su un **indicatore adottato nelle case di riposo** della Veterans Administration per la misura della qualità. Sono molti gli indicatori studiati in questi anni, alcuni molto utili. Dovrebbero in particolare essere stimolanti per chi gestisce e lavora in una RSA, perché direttamente collegati con gli outcome rilevati nella vita dei residenti; non dovrebbero, però, essere vissuti burocraticamente, come invece avviene per molti degli strumenti adottati dalle nostre Regioni.

Plos One del 21 aprile ha pubblicato **un lavoro sui marker plasmatici, importanti per la rilevazione dell'Alzheimer nelle fasi iniziali**. Vi è grande interesse in moltissimi laboratori in tutto il mondo, sia sotto la pressione dei cittadini che richiedono diagnosi precise e tempestive, sia da parte dell'organizzazione sanitaria, che presto (è un augurio!) dovrà confrontarsi con i farmaci disease-modifying nelle demenze, i quali sono efficaci solo nelle prime fasi di malattia, quando la diagnosi fondata sui sintomi non è sempre chiara, mentre lo sono le misure biologiche di alcuni parametri. Su JAGS di maggio è stato pubblicato un lavoro coreano (un paese in rapidissima crescita anche in ambito geriatrico) sulla **prevalenza di sarcopenia negli anziani fratturati di femore e il rapporto con la mortalità**. È evidente la correlazione con la ripresa funzionale ad opera di centri qualificati. *JAMA Network Open* del 31 maggio pubblica un interessante lavoro sul **declino cognitivo e riduzione della velocità del cammino come fattori di rischio di demenza**. All'articolo è associato un editoriale di Joe Verghese, studioso notissimo dei fattori di rischio di demenza. Sono dati di straordinaria importanza clinica, perché permettono di fare diagnosi con molta maggior precisione rispetto ai modelli tradizionali.

Ricordo sempre l'iscrizione all'AIP. Mi scuso per l'insistenza, ma sono certo che comprendete le motivazioni di questa continua pressione...

Inoltre, vi prego di annotare in agenda il **congresso di Trieste** (20-22 ottobre) su: "Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro". Per qualsiasi informazione relativa all'iscrizione e all'invio di abstract (possibile fino al 31 luglio), vi invito a consultare il sito AIP www.psicogeriatra.it.

Ricordo poi anche che continua l'attività di **"SoloLine: una telefonata contro la solitudine dell'anziano"**, della quale accludo la locandina per facilitare eventuali interessati al collegamento. Nei mesi estivi la solitudine è un accompagnamento doloroso della vita di molti anziani; disporre quindi di un punto di riferimento, anche se solo telefonico, può essere di aiuto, considerando, in particolare, che il servizio è assicurato da esperti professionisti, gli psicologi iscritti all'AIP.

Con i migliori auguri di buon lavoro e anche di buon riposo (la seconda metà di giugno è inserita in molti servizi nelle alternative per una possibile vacanza)

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



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 – 10 giugno 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

recentemente ho letto [un articolo del collega Nicola Vanacore \(allegato\)](#) che mi ha molto impressionato. [Descrive il trattamento subito dalla madre al Pronto Soccorso di un ospedale romano](#) e ne trae considerazioni generali, con particolare attenzione alla violazione di leggi e regolamenti. Sono personalmente molto legato a Vanacore, perché è la persona che in questi anni si è impegnato più di altri in modo intelligente e generoso per difendere gli interessi dei cittadini affetti da demenza. Dalla sua posizione all'Istituto Superiore di Sanità è stato il regista della stesura del Piano demenze, poi delle linee guida su vari aspetti, adesso sta coordinando i progetti di ricerca da finanziare con la legge che ha previsto 5 milioni da distribuire alle Regioni.

Il testo è drammatico, dolente, molto preciso; la mamma di Vanacore ha ricevuto nel Pronto Soccorso di un grande ospedale un trattamento totalmente lesivo dei diritti di una persona anziana fragile. Una realtà inaccettabile per un paese civile e per la capitale del nostro Paese.

Come AIP ci siamo spesso occupati delle modalità di assistenza agli anziani fragili nel Pronto Soccorso degli ospedali; purtroppo, spesso ci siamo scontrati con scuse inaccettabili... ovviamente ogni ostacolo, piccolo o grande, è insuperabile se non è stata compiuta a priori una scelta di fondo: chi è più fragile deve ricevere un'assistenza adeguata alla sua condizione. Abbiamo tutti sotto i nostri occhi preoccupati le fotografie del Pronto Soccorso del più grande ospedale di Napoli. Dobbiamo avere la forza di dichiarare, senza inutili reticenze o prudenze, il nostro sgomento come professionisti e il nostro rifiuto come cittadini. Sperando, temo senza speranza!, che la politica sappia prendere qualche decisione.

Un problema nel problema è rappresentato dal [trasferimento al Pronto Soccorso di un residente di RSA; è una condizione che provoca stress gravissimo](#), con risultati spesso molto negativi. Ci si può solo augurare che un'applicazione seria dei protocolli per la telemedicina possa ridurre nel prossimo futuro le esigenze di trattamento diretto in ospedale e che, allo stesso tempo, un'assistenza clinica seria e attenta diventi la prassi nel maggior numero di RSA. È ovvio, infatti, che di notte un'infermiera o un OSS ricorra al ricovero ospedaliero se si trova ad affrontare problematiche inattese, sulle quali non era stato adeguatamente informato (e preparato) il giorno precedente. Anche su questo aspetto l'AIP ha in programma proposte di intervento, imposte da quanto è ormai ampiamente noto: invecchiamento della popolazione dei residenti, aggravamento progressivo del loro stato di salute, ricovero di cittadini in condizioni gravissime, destinati ad una morte in tempi ravvicinati. Ritengo che sia inaccettabile sul piano etico e clinico affidare agli operatori, senza una supervisione medica precisa, la responsabilità pesante di governare queste situazioni. È un punto estremamente delicato, che dovrà essere studiato come aspetto fondamentale nell'eventuale progetto di riforma delle RSA.

[Accludo anche copia di un articolo pubblicato da Avvenire il giorno di Pentecoste, che riprende uno dei filoni della mia introduzione al Congresso nazionale AIP tenutosi a Firenze un paio di](#)

settimane orsono. Insisto infatti sul “senso” che la nostra società nel suo complesso attribuisce alla persona anziana e alla sua esistenza. Papa Francesco ci ha ripetutamente richiamato a questa responsabilità, perché è necessario disporre di una cornice di riferimento per garantire una “vita buona” alle persone vecchie e molto vecchie. Senza questo riferimento forte, ogni intervento a loro favore rischia di essere fragile, e soprattutto esposto a momenti di crisi, a causa di peculiari situazioni organizzative, economiche, psicologiche. Il sempre più diffuso ageismo si sconfigge solo attraverso un convincimento solido e condiviso sul senso della vita a tutte le età. L’attuale discussione a livello nazionale sulla creazione di piani adeguati alla cura della non autosufficienza mostra la debolezza provocata, appunto, dalla mancanza di una premessa culturale e politica forte rispetto al dovere delle comunità di mettere al primo posto del loro impegno la cura delle persone fragili.

Vorrei però interrompere questa sequenza di lamentale sul futuro del nostro mondo richiamando un articolo comparso su *JAGS* dell’8 giugno, nel quale si dimostra che **una vita accompagnata dall’ottimismo fa vivere più a lungo per circa il 6.4% del tempo, e oltre**, a seconda del gruppo etnico (questa percentuale a 80 anni corrisponde a circa 5 anni di vita in più!). L’ideale sarebbe poter essere ottimisti, continuando allo stesso tempo ad impegnarci per il cambiamento di situazioni inaccettabili per gli anziani fragili: questo ottimismo... oltre a farci vivere più a lungo, sarebbe una fonte importante di energia per imporre un cambiamento.

Sempre nell’ambito della definizione delle cause che possono ridurre la mortalità, ha destato il mio interesse un articolo pubblicato su *JAMA Network Open* del 31 maggio, nel quale sono riportati i dati di uno studio condotto su oltre 600mila persone nel quale si dimostra che **non essere sposati per varie ragioni è significativamente associato ad un aumento del rischio di morire**. L’associazione si conserva indipendentemente dalle diverse condizioni di salute di base ed è particolarmente evidente per gli uomini e per le persone con meno di 65 alla baseline. La lettura di questi studi, peraltro metodologicamente corretti, fa sorgere l’interrogativo di come le diverse osservazioni dovrebbero essere inquadrare in un modello unitario, che permetta di collegare fra loro situazioni diverse. Ad esempio, il fatto di essere sposati induce a guardare alla vita con maggiore ottimismo? Il tutto complicato da una ampia serie di studi sugli effetti di sostanze che avrebbero un effetto positivo sulla sopravvivenza (vedi la precedente newsletter e il commento di Colombo che segue). Recentemente, su questa linea, *Annals of Internal Medicine* di maggio ha pubblicato un lavoro nel quale si dimostra che **il consumo moderato di caffè (sia zuccherato che non) induce una significativa riduzione della mortalità**. Si tratta, ripeto, di dati singolarmente interessanti, che però avrebbero bisogno di un’interpretazione unitaria per diventare veramente indicazioni valide e concrete.

Recentemente la letteratura scientifica ha affrontato numerose tematiche di grande interesse: chiedo nuovamente scusa ai lettori per le mie scelte, certamente parziali e irrispettose della vastità del dibattito; mi sembra, a questo proposito, che si stia lentamente superando l’eccesso di attenzione verso il Covid-19, anche se la pandemia ha richiamato l’interesse su problematiche di grande importanza, con ricadute più vaste rispetto alla stessa specificità dell’evento e destinate ad essere utili per migliorare le nostre pratiche di cura.

JAMA Forum del 26 maggio pubblica un breve, ma intenso editoriale sul **futuro della long term care degli anziani**. Focalizza i problemi economici delle famiglie, perché né il sistema di Medicare, né Medicaid coprono i costi dell’assistenza nelle residenze per anziani, che negli USA ammontano in media a 94.000 dollari/anno. L’editoriale prende inoltre in considerazione la riduzione del personale, a causa degli stipendi troppo bassi, e la qualità delle cure, messa recentemente sotto osservazione critica da un importante documento delle National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Il testo si conclude in modo positivo, sottolineando come un insieme di fattori stanno

portando in America a profonde trasformazioni del settore. Purtroppo, non possiamo condividere del tutto questo ottimismo, anche se qualche cosa si muove, per iniziative spontanee che partono dal diffuso mondo dell'assistenza agli anziani e non certo dall'impegno della politica (la quale ha contribuito pesantemente alla crisi escludendo le nostre RSA dai contributi del PNRR). A proposito della scarsità di operatori, *JAGS* di maggio pubblica uno studio sulla **relazione tra il turnover dello staff nelle residenze per anziani e la qualità del servizio prestato**. Il Centro per i servizi di Medicare e Medicaid hanno pubblicato questi dati per indurre le amministrazioni delle nursing homes ad adottare strategie per trattenere i componenti dello staff che intendono trasferirsi altrove; i dati sul turnover sono stati, inoltre, messi a disposizione delle famiglie, quando si accingono a scegliere la struttura che sembra dare migliori garanzie qualitative per garantire una dignitosa ospitalità per il loro caro.

Più in generale, *NYT* del 5 giugno pubblica un interessante articolo sul **progressivo indebitamento degli anziani americani che provocherebbe un aumento delle malattie, a causa dell'impossibilità di pagare un'assistenza qualificata e dalla pressione psicologica** ("they're not going to enjoy their golden years"). In Italia l'organizzazione sociale e il sistema pensionistico fortunatamente tamponano questi rischi, ma il progressivo impoverimento del Paese, avvenuto negli ultimi anni, rischia di avere influenze negative sulla qualità della vita di molti anziani.

Riporto il consueto puntuale contributo di Mauro Colombo dedicato al dibattito sugli **effetti dei nutrienti sul benessere dell'anziano**, in particolare sulle funzioni cognitive:

"Il riferimento indicato da Trabucchi nella newsletter del 3 giugno, relativa agli effetti benefici degli estratti di mirtillo sulla memoria episodica in età matura [#] merita a mio avviso alcune puntualizzazioni. A partire dalle premesse epidemiologiche, pre-cliniche e cliniche, che comprendono effetti favorevoli sul "deterioramento cognitivo lieve" in un paio di riferimenti bibliografici. Anche gli aspetti metodologici sono rilevanti: l'età media del campione era 65 anni, spaziando tra i 50 e gli 80; i partecipanti riferivano una buona salute generale ed avevano alti valori basali di BDNF [Brain-Derived Neurotrophic Factor (Fattore Neurotrofico Derivato dal Cervello)] – verosimilmente attribuibili agli elevati consumi di caffeina; la batteria neuropsicologica adoperata era ampia, e comprendeva un test "ecologico" di orientamento spaziale; la esposizione ha seguito le raccomandazioni "Consolidated standards of reporting trials (CONSORT)". Dopo 12 settimane di somministrazione giornaliera di un estratto pari ad una tazza di mirtillo fresco, l'unico ambito neuropsicologico in cui gli Autori – che comprendono 3 studiosi dell'Unità di Nutrizione Umana dell'Università di Parma – hanno ottenuto una differenza rispetto al gruppo di controllo era la memoria visiva episodica e la abilità costruttiva visuo-spaziale, misurate mediante la prova di richiamo differito al test della figura complessa di Rey. Gli Autori si aspettavano risultati su più versanti, sulla base di esperienze precedenti; tale scarto può derivare dalle differenze nei polifenoli adoperati in altri studi, o dall'impiego di test poco sensibili a cambiamenti in soggetti cognitivamente integri, quali il "trail making A e B". La riduzione nei livelli di LDL – in accordo con la letteratura - si inquadra nella più ampia capacità modulante cardiometabolica dei flavonoidi, ed in particolare delle antocianine – responsabili dei colori rosso, porpora e blu di parecchia frutta e verdura. A giovare degli apporti in estratti di mirtillo sul piano metabolico sono stati soprattutto i maschi, in accordo con le proprietà anti-obesogeniche riportate in letteratura, specialmente negli studi sugli animali. Contrariamente alle attese, non è stato ottenuto un innalzamento nelle concentrazioni ematiche di BDNF, verosimilmente a motivo degli elevati valori di partenza – specialmente nel gruppo di controllo. Ancor più sorprendentemente, gli incrementi ottenuti in flusso cerebrale nella corteccia entorinale, e nei nuclei caudato ed accumbens – tutti rilevati [con risonanza magnetica nucleare] all'emisfero destro – non sono correlati ai miglioramenti neuropsicologici; peraltro, disponendo di un campione più ampio dei 29 soggetti nel gruppo sperimentale e dei 31 nel gruppo di controllo, è verosimile attendersi che la tendenza ad un incremento di flusso nell'insula e nella corteccia orbito-frontale si trasformerebbe in un aumento statisticamente significativo. Simili risultati contrastanti lasciano indefinito il meccanismo fisiopatologico sottostante. In ogni caso, vale la pena di insistere in studi analoghi, facendo tesoro delle conoscenze accumulate di volta in volta. Valgono comunque le cautele – ribadite nella newsletter – per interventi che riguardano uno specifico nutriente – o gruppo di nutrienti – isolato: su questo argomento desidero tornare".

[#] Flanagan E, Cameron D, Sobhan R, Wong C, Pontifex MG, Tosi N, Mena P, Del Rio D, Sami S, Narbad A, Müller M, Hornberger M and Vauzour D (2022) Chronic Consumption of Cranberries (*Vaccinium macrocarpon*) for 12 Weeks Improves Episodic Memory and Regional Brain Perfusion in Healthy Older Adults: A Randomised, Placebo-Controlled, Parallel-Groups Feasibility Study. *Front. Nutr.* 9:849902. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.849902> . Il testo è liberamente accessibile in rete, come tutti quelli della serie in "Frontiers".

Ricordo che si terrà a Trieste, dal 20 al 22 ottobre, il **convegno AIP "Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro"**, in occasione del quale è possibile **inviare abstract entro il 31 luglio 2022**. Maggiori dettagli sono riportati nel programma, disponibile sul sito AIP www.psicogeriatra.it .

Concludo con il consueto **invito rivolto ai nostri lettori perché si iscrivano all'AIP**. Fino ad ora siamo riusciti a non rinunciare a nulla, per ragioni economiche, rispetto ai nostri programmi; siamo però in un momento non facile, che potrebbe essere molto alleggerito dal contributo di un maggior numero di iscritti.

Chiedo scusa al professor Giancarlo Logroscino per l'errore compiuto nel riportare nell'ultima newsletter i valori della sua qualificatissima produzione scientifica: quindi 100 non esprime il valore dell'impact factor, ma del H Index secondo Scopus. Corrette le 75.000 citazioni.

Grazie a tutti per l'attenzione e buon lavoro!

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

L'esperienza della cura. Interpretare la vita anziana: qui si decide il nostro domani



Marco Trabucchi
domenica 5 giugno 2022

Caro direttore,

in queste settimane ho letto con attenzione, per dovere professionale e interesse umano, le serie di interventi di catechesi sulla vecchiaia tenuti da papa Francesco nelle Udienze generali. A parte il giudizio 'tecnico', che mi induce a ritenere i testi ben più utili per chi invecchia di tutta la massa di banali pubblicazioni sull'«invecchiamento di successo», ritengo importante soffermarsi sulla frase: «La società investe molto, ma non aiuta a interpretare questa fase della vita».

Il Papa, uomo di Dio con la consueta sensibilità tra l'umano e il politico (e, ovviamente il religioso), ha colto l'aspetto fondamentale della vita contemporanea delle persone anziane: dare un senso ad anni sempre più lunghi, a problemi che sopravvengono, alle dinamiche di ogni tipo che li caratterizzano. Abbiamo dichiarato (e dimostrato) che la vita a ogni età, e in particolare in quella avanzata, è caratterizzata dalla complessità, per cui non è interpretabile come insieme di singoli eventi biologici, clinici, psicologici, socioeconomici, ma attraverso una loro interazione, spesso molto intricata.

Non si vive solo grazie a una carne che funziona, né a una psiche attenta, un ambiente amico, a un insieme di protezioni sociali: bisogna leggere queste dinamiche nel loro insieme per capire la direzione che prende la vita di ciascuno. E poi arriva sempre il momento nel quale queste situazioni entrano in crisi per i motivi i più vari. Allora è necessario subentrare una visione che superi i singoli aspetti e ci dica che l'esistenza, anche in tarda età, ha senso per le relazioni che si intrecciano, per le piccole speranze che si possono ancora coltivare, per gli atti di generosità che si possono donare e ricevere, per la conquista di un tempo dopo la morte (almeno per chi crede). Talvolta può accadere quanto dice Francesco in una delle sue catechesi: «La vecchiaia rende quasi inevitabile questo appuntamento con il disincanto».

E aggiunge: «La resistenza della vecchiaia agli effetti demoralizzanti di questo disincanto è decisiva». Per essere in grado di opporre la resistenza indicata dal Papa è necessario adottare la logica del 'qui e ora', della ricerca in quel momento del massimo ottenibile dal rapporto con gli altri, e con la propria coscienza. Il disincanto deve essere combattuto anche tra chi vive con gli anziani, in particolare quando sono fragili e non più autosufficienti.

La vita dei caregiver (coloro che si prendono cura) famigliari può diventare un inferno di fatica fisica e di frustrazioni psicologiche se non è guidata dalla certezza che l'esistenza del proprio caro non è destinata solo a sofferenze senza fine, ma, al contrario, dalla certezza che la vita assieme porta doni per entrambi, perché l'amore permette di vivere meglio, produce una vicinanza che induce a trascorrere un tempo ricco di significati.

Anche nelle strutture assistenziali, dove l'anziano deve essere ospitato quando il sistema familiare non è più in grado di offrire protezione a causa di malattie e dell'inadeguatezza dei possibili supporti, gli atti assistenziali devono essere collocati in una logica di senso, cioè quella di compiere azioni spesso faticose che permettono all'anziano ammalato di vivere bene, in un ambiente protetto sul piano delle cure mediche e della serena gestione delle ore della giornata. Perché gli operatori delle Rsa dovrebbero consumare i loro giorni ad accompagnare gli anziani loro affidati se non collocano il lavoro (lavare, imboccare, dare le medicine, consolare...) in una prospettiva di comune cittadinanza? Per alcuni vi possono essere motivazioni superiori, di ordine spirituale e morale, ma per tutti deve prevalere la convinzione di costruire un pezzo della comunità in particolare per chi è più fragile e quindi più bisognoso di attenzioni.

Non si gestiscono fallimenti, ma pezzi di azione civile per garantire a tutti una vita decente, anche quando è caratterizzata dalla demenza, dal sovrapporsi di molte malattie, dalla perdita dell'autonomia. In un mondo che invecchia, che ci induce solo a calcolare se riusciremo a farcela di fronte alla crisi demografica ed economico-organizzativa, una prospettiva di senso ci permette, invece, di non rinunciare all'impresa di garantire a tutti, e agli anziani per primi, un minimo di tranquillità per il loro futuro.

Presidente dell'Associazione italiana di Psicogeriatría

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Newsletter AIP – 3 giugno 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

qualche lettore ha contestato la forma introduttiva delle mie newsletter “gentili colleghe,...”. Vi sarei grato se qualcuno volesse suggerire una modalità più corretta per indicare le due popolazioni o per unificarle. Sono pronto ad accettare soluzioni logiche ed eleganti e unificanti il popolo qualificato di chi ci legge con interesse ogni settimana. Grazie!

In questi giorni di ampi contatti ho avuto conferma che molti ricevono (e soprattutto leggono) la newsletter AIP. L’ultimo incontro per me molto significativo con un lettore è stato con il parroco di Suzzara, in provincia di Mantova, vecchio allievo della scuola di Geriatria diretta dal prof. Vecchi a Modena... quanti ricordi!

Ho ricevuto molte mail dai partecipanti al nostro Congresso nazionale AIP. Tutte improntate alla constatazione che **il primo incontro dal vivo dopo due anni ha suscitato una gran voglia di andare avanti, di studiare, di ricercare le modalità per essere sempre più utili alle persone che a noi si affidano**. Tra gli slogan che sono affiorati in molte relazioni, mi piace citare: “Non vi lasceremo mai soli”, un impegno che professionisti della salute e dell’assistenza hanno assunto di fronte alla richiesta di tanti anziani fragili di essere accompagnati con competenza professionale e una presenza senza interruzione.

Tra le altre mail ricevute di commento al Congresso, mi è sembrata particolarmente interessante quella della collega Babette Dijk di Genova, riportata di seguito: “Le allego il link a una poesia della poetessa canadese Anne Carson sulla demenza del padre: come diceva Lei nella lezione introduttiva, la poesia ci aiuta con brevi e fulminanti immagini a comprendere meglio tutti gli aspetti della demenza (<https://griffinpoetryprize.com/poem/fathers-old-blue-cardigan/>). Alla fine del congresso sono andata a vedere la mostra su Donatello a palazzo Strozzi: nell’ultima sala c’è una gigantesca testa di cavallo, scolpita da un Donatello settantacinquenne (in realtà la data di nascita precisa non è nota, forse era anche più vecchio...). Mi hanno fatto impressione la grandezza e la potenza della testa di cavallo oltre al suo peso: chi ha scolpito una testa così non era sicuramente un anziano fragile! Poesia, arte, considerazioni colte; tutto concorre a descrivere la vita delle persone affette da demenza”.

Chiudo queste righe sul Congresso nazionale ringraziando i relatori che con grande capacità e generosità intellettuale hanno dedicato il loro tempo per condividere dati, progressi, considerazioni. Un grazie particolare alla segreteria di AIP, in particolare alla dottoressa Alice Negretti, e all’agenzia che ha organizzato il convegno sotto la guida della dottoressa Chiara Billi. La cultura ha bisogno di solide e intelligenti basi organizzative per potersi esprimere al meglio!

Ricordo che dalla settimana prossima sarà possibile per i soci AIP consultare sul nostro sito il materiale presentato a Firenze.

Dopo il Congresso nazionale si è tenuto a Torino, come già annunciato, il **4° Congresso nazionale giovani AIP**. Sono rimasto positivamente meravigliato dal numero dei partecipanti e dall’impegno di studio dimostrato. Il prof. De Leo, che assumerà la presidenza della nostra Associazione nell’aprile

2023, ha già preso accordi per fare di Torino il polo dedicato alla formazione dei giovani, associando al Congresso anche una **scuola estiva monotematica**. Riprendiamo così una importante, lunga tradizione (la scuola estiva di Pistoia), che avevamo sospeso per la pandemia.

Aggiungo a queste notizie l'impressione, confermata da colleghi attenti, riguardo all'elevata qualità delle comunicazioni libere presentate a Firenze; il Consiglio Direttivo sta valutando come sarà possibile per il futuro evidenziare il ruolo dei giovani anche durante il Congresso nazionale.

In questi giorni si è tenuto a **Vezzano, in provincia di Trento, un convegno di studio sulle "Comunità amiche della demenza"**. È stata un'occasione importante per fare il punto su un'impresa che si sta diffondendo in molte città e paesi; dove è stata attivata ha riscontrato un grande apprezzamento, in particolare da parte delle famiglie che si sono sentite meno sole e incomprese rispetto alle loro fatiche e sofferenze. Su questo argomento ho personalmente partecipato qualche tempo fa a Castelleone, in provincia di Cremona, ad una **lezione per i ragazzi delle scuole medie**; hanno seguito in silenzio e con grandissima attenzione (superiore a quella di tanti professionisti... ha commentato maliziosamente l'organizzatrice!). Sull'argomento hanno poi scritto un tema, dando l'impressione di aver compreso la problematica in generale e soprattutto di essersi così spiegati i comportamenti "strani" di alcuni dei loro nonni.

La letteratura scientifica presenta numerosi spunti di interesse, che cerco di riassumere, ben conscio di coprire solo un'infinitesima parte degli interessi dei lettori.

JAGS del 25 maggio affronta il problema delicatissimo dell'**accesso al Pronto Soccorso ospedaliero di persone affette da demenza**. Il lavoro presenta una serie di possibili alternative nei percorsi dell'ammalato, senza però trarre conclusioni. Ricordo che prima della pandemia in alcune regioni erano in corso sperimentazioni per il trasferimento diretto degli ammalati dal PS alle RSA (quelle attrezzate sul piano della quantità e della qualità dell'assistenza). I dati preliminari non pubblicati indicavano notevoli vantaggi sia per l'ospedale (minor carico di pazienti difficili da gestire nei reparti ospedalieri che non sono predisposti per questo ruolo), sia per il cittadino, che non avrebbe subito lo stress del ricovero, mentre nella RSA trovano ambienti con esperienza e sensibilità clinica adeguati al loro trattamento.

Un lavoro pubblicato il 19 maggio su *Frontiers in Nutrition* ha dimostrato in una popolazione di 50-80enni che **la somministrazione giornaliera per 12 settimane di un estratto pari ad una tazza di mirtillo fresco era associata ad un miglioramento della memoria episodica**. Il fatto coincide con un aumento del flusso ematico in alcune aree cerebrali coinvolte nella cognitività. Il risultato sembra ottenuto con un rigoroso studio doppio cieco e quindi i dati sono apparentemente credibili, anche se nulla si sa sulla possibilità di trattare efficacemente, ad esempio, persone in corso di Mild Cognitive Impairment. Peraltro, considerando la complessità delle problematiche biologiche coinvolte nella genesi della demenza, può sembrare strano che un solo elemento abbia un'azione così precisa; nel recente passato troppi apparenti "miracoli" non sono stati confermati da studi più approfonditi. D'altra parte, *Neurology* del 24 maggio pubblica un lavoro nel quale si dimostra che **alti livelli plasmatici di carotenoidi antiossidanti possono prevenire la demenza**. Ecco allora che antiossidanti contenuti nelle foglie di cavoli, spinaci, broccoli, piselli, e nelle arance, papaya, tangerine e cachi possono proteggere dallo stress ossidativo, che provoca danni cellulari. Ferrucci, direttore scientifico del National Institute of Aging, ha dichiarato che si tratta del primo studio che su larga scala collega i livelli di antiossidanti nel sangue e la possibilità di ridurre il rischio di demenza, anche perché, secondo Ferrucci, la misura diretta del contenuto plasmatico è un dato più credibile della dichiarazione degli individui riguardo a quale cibo assumono. Potranno questi dati rappresentare un reale contributo alla progettazione di interventi preventivi delle demenze?

Molti ricorderanno l'attenzione e i timori suscitati da alcuni lavori pubblicati nel 2016 e 2017, anche su importanti riviste mediche, attorno all'**associazione tra inibitori di pompa protonica e il rischio di indurre demenza**. Poi, fortunatamente, sono seguite numerose smentite, che hanno tranquillizzato i numerosissimi consumatori dei farmaci. In questi giorni i dati negativi sono stati confermati nel corso della Digestive Disease Week tenutasi a San Diego da uno studio condotto su 19.000 persone, che ha posto la parola fine ad un dibattito ancora parzialmente aperto. Questa storia insegna prudenza; troppo spesso ci si fida di notizie solo perché sembrano originali e magari in grado di creare interesse. Quando si tratta di dati che possono incidere sulla qualità della vita e della salute è necessario adottare controlli rigorosi, anche a costo di rinunciare a qualche scoop...

Frontiers in Medicine del 18 marzo pubblica un lavoro sull'**umentato rischio di demenza ad un anno dal ricovero ospedaliero per Covid nel caso in soggetti che erano in trattamento con farmaci psicotropi**. Il dato richiede un'attenta valutazione per comprendere la specificità del collegamento. In ogni modo, è interessante l'ennesima prova della complessità dell'evoluzione delle funzioni cognitive nell'anziano e il ruolo intrecciato svolto tra varie possibili determinanti.

Il *NYT* del 23 maggio ritorna sulla questione della **mortalità nel corso della pandemia**. Abbiamo già discusso sull'inaffidabilità dei dati riportati in alcuni Paesi; il giornale si sofferma in particolare sugli Stati Uniti, che hanno mostrato una frequenza di morte superiore a quella di molti altri Paesi sviluppati. I dati, in parte inspiegabili, confermano quanto l'epidemiologia sia ancora fondata su osservazioni non sempre precise e complete. Ci si deve quindi augurare che lo stress provocato dalle difficoltà di gestire la pandemia induca le nazioni a istituire servizi di epidemiologia, in grado di rilevare l'evoluzione dei fenomeni clinici in maniera più affidabile di quanto è avvenuto recentemente e quindi di fornire ai decisori strumenti solidi per i loro provvedimenti strategici.

Ringrazio **Mauro Colombo per il consueto contributo di approfondimento**, sempre molto utile e mirato:

“Un argomento fondamentale per tutta la medicina – e quindi per la geriatria – è il rispetto della persona che si affida alle nostre cure: rispetto al centro della attenzione di AIP, e più volte richiamato durante il 22° Congresso nazionale. Anche prestare attenzione ai disturbi soggettivi di memoria [DSM], ed indagarne i retroscena, costituisce un atto di rispetto, anche dal punto di vista scientifico. È quanto è stato fatto nel “Chicago Health and Aging Project”, uno studio di popolazione che ha indagato ogni 3 anni una coorte di ultra65enni, dal 1993 al 2012, allo scopo di individuare fattori di rischio per le demenze, in particolare quella di Alzheimer [#]. A partire da 10.802 anziani reclutati mediante il “porta a porta”, 2.932 sono stati selezionati a caso, fino ad arrivare ad un campione di 713 individui di ambo i sessi e di etnia varia, per i quali erano disponibili risonanze magnetiche nucleari cerebrali [RMN], almeno 2 distinte valutazioni cognitive, ed informazioni sia su rilevanti covariate che sui disturbi soggettivi di memoria, distinti in 3 livelli di preoccupazione soggettiva. Indagini precedenti avevano suggerito una associazione tra disturbi soggettivi di memoria ed accelerazione del declino cognitivo senile [con maggior rischio di sviluppare demenza], da una parte, e con alterazioni della sostanza bianca cerebrale, caratterizzata da immagini “iperintense” alla RMN [WMH]. In particolare, una ampia meta-analisi che ha assommato quasi 30.000 ultra70enni ha indicato un rischio doppio di sviluppare demenza per chi lamentava DSM rispetto a che ne era scevro; ma la casistica comprendeva anche soggetti afferenti ad ambulatori dedicati, così da poter condizionare i risultati, per un “vizio di selezione”. Inoltre, gli studi che abbinavano sintomi soggettivi, verifiche cognitive oggettive e neuroimmagini sono scarsi, in letteratura. Pertanto, lo studio in questione si è posto 2 obiettivi: 1) valutare l'associazione dei DSM col volume delle WMH e col declino cognitivo, e 2) stimare il ruolo dei volumi delle WMH nella associazione tra DSM e declino cognitivo, nell'ambito di una coorte estratta da una popolazione di etnia varia, residente in una area definita. 1 su 3 degli 80 3nni studiati era portatore di almeno un allele APOE4, 1 su 8 di un numero di condizioni croniche comorbide da 3 a 6; 1 su 6 non si dichiarava preoccupato per i DSM, a fronte di 1 su 11 molto preoccupato: la maggioranza (7 su 10) si definiva moderatamente preoccupata. I DSM sono risultati associati a maggiori volumi in WMH ed ad un declino cognitivo accelerato, in particolare per i soggetti che si definivano molto preoccupati: tra questi ultimi, quelli che presentavano la

quota [quartile] più alta di WMH avevano un declino oltre 4 volte più veloce rispetto alla categoria meno contrassegnata da preoccupazioni e WMH voluminose. Età, sesso, etnia e comorbidità non interferivano nelle associazioni statistiche. Un merito particolare dell'indagine di Chicago consiste nell'abbinamento dei 3 corni della osservazione: DSM, WMH ed involuzione cognitiva. Ne vengono proposte due possibili spiegazioni fisiopatologiche: secondo la prima, i DSM esprimerebbero una sintomatologia di problematiche vascolari, che – quando abbinate ad ingenti volumi di WMH – comportano una accelerazione nel declino cognitivo; per la seconda ipotesi, DSM e WMH condividerebbero fattori di rischio simili – per esempio, fumo e sedentarietà – e si svilupperebbero indipendentemente con l'invecchiamento: quando compresenti, contribuiscono sinergicamente alla involuzione cognitiva. Tale seconda interpretazione viene considerata dagli Autori come più attinente al modello statistico elaborato.”

[#] Dhana, A., DeCarli, C., Dhana, K., Desai, P., Krueger, K., Evans, D. A., & Rajan, K. B. (2022). Association of Subjective Memory Complaints With White Matter Hyperintensities and Cognitive Decline Among Older Adults in Chicago, Illinois. *JAMA network open*, 5(4), e227512. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.7512>.

Concludo con l'**invito all'iscrizione AIP**: il Congresso nazionale ha messo in luce l'originalità e l'importanza (ma soprattutto l'efficacia per la cura) delle nostre indicazioni. Occorre una forte presenza di colleghe e di colleghi per rendere i nostri messaggi sempre più interessanti, anche per i media, ma soprattutto per i colleghi.

Accludo il programma del prossimo convegno nazionale AIP che si terrà a **Trieste il 20-22 ottobre** dal titolo **“Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro”**. In occasione dell'evento sarà possibile presentare abstract, che saranno selezionati dal Comitato scientifico per la presentazione di comunicazioni orali. **L'invio dei lavori dovrà avvenire entro il 31 luglio 2022** inviando una mail all'indirizzo: florence@wearemci.com (tutti i dettagli nel programma). Spero che si voglia cogliere in particolare la realtà della psicogeriatrica come scienza di confine, in grado di costruire ponti tra culture, sensibilità, storie al fine di meglio curare. Trieste è terra di confini costruiti e cancellati dal tempo e dalla storia, nonché di grande attenzione alle fragilità; per questi motivi è stata scelta per il nostro consueto evento autunnale.

Congratulazioni vivissime al nostro collega Giancarlo Logroscino, Vice Presidente di AIP, per aver raggiunto traguardi significativi a livello accademico e scientifico (110 punti di impact factor su Scopus e 75.000 citazioni). Mi piace ricordare che in AIP si incontrano le competenze scientifiche più elevate, come quelle di Giancarlo, con le prassi clinico-assistenziali più qualificate, in un'interazione che porta ad un continuo reciproco arricchimento.

Concludo con un ringraziamento mirato ai nostri colleghi psicologi che con generosità e costanza continuano a garantire il **servizio di SoloLine anche nei mesi estivi**, quelli più delicati per le persone sole. In allegato la locandina.

Con viva cordialità, un augurio di buon lavoro a colleghe e colleghi

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

Trieste
20-22 ottobre 2022

Giovedì 20 ottobre

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

17:00-19:00 **Saluto delle Autorità**

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

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

La solitudine dell'anziano

Diego De Leo (Padova - Brisbane)

I centenari come prova della teoria dell'inflammaging

Claudio Franceschi (Bologna)

I disturbi neurologici funzionali

Michele Tinazzi (Verona)

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

SEDE

• 20 ottobre

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

• 21/22 ottobre

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

Venerdì 21 ottobre

L'anziano e le patologie cerebrovascolari acute e croniche

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

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

Fisiopatologia, diagnosi e terapia

Carlo Serrati (Imperia)

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

Paolo Manganotti (Trieste)

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

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

Giancarlo Logrosino (Bari)

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

Peter Kapeller (Villach)

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

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

Nuovi trattamenti nella malattia di Alzheimer

Annachiara Cagnin (Padova)

Introduce: Laura De Togni (Verona)

Venerdì 21 ottobre

13:00-14:00 Pausa

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

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

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

Giuseppe Bellelli (Monza)

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

Cristiano Donadio (Parigi)

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

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

Angelo Bianchetti (Brescia)

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

Michela Zanetti (Trieste)

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

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

Agitazione psicomotoria e farmaci

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

Sabato 22 ottobre

9:00-9:30

Letture

Conseguenze psicologiche del Covid-19 nella popolazione slovena

Vita Postuvan (Koper)

Presiede: Diego De Leo (Padova - Brisbane)

L'invecchiamento delle persone affette da patologie psichiatriche

Presiedono: Matteo Balestrieri (Udine),

Andrea de Bartolomeis (Napoli),

Giorgio Pigato (Padova)

9:30-10:10

I pazienti con disturbo bipolare

Andreas Erfurth (Vienna)

10:10-10:50

I pazienti con schizofrenia

Antonio Vita (Brescia)

10:50-11:10

Coffee break

11:10-11:50

I pazienti con autismo

Roberto Keller (Torino)

11:50-12:30

L'impatto delle farmacoterapie sull'outcome psichico e somatico

Umberto Albert (Trieste)

12:30-13:00

Discussione

13:00-13:30

Meet the expert

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

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso

Marco Trabucchi (Brescia)

Informazioni generali

SEDE

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

ECM

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

ISCRIZIONI

- Socio AIP (in regola con la quota sociale 2022)
A titolo gratuito
- Non Socio AIP - € 80

La quota di iscrizione include:

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

INVIO ABSTRACT

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

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

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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Claudio Vampini

COMITATO SCIENTIFICO

Umberto Albert
Paolo Manganotti
Cinzia Omiciuolo
Marco Trabucchi
Michela Zanetti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA


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