

Newsletter AIP - 28 ottobre 2022

Amiche, amici,

Edgar Morin ha scritto un piccolo volumetto intitolato "Svegliamoci". **"Ora siamo al cuore della crisi e la crisi è nel cuore dell'umanità. Civilizzare la terra. Trasformare la specie umana in umanità, diviene l'obiettivo fondamentale e globale di qualunque politica che aspiri non solo al progresso, ma alla sopravvivenza dell'umanità"**. Sono parole non commentabili nella loro intensità.

Compiendo un certo salto culturale, del quale mi scuso con i lettori, **desidero avvicinare il pezzo di Morin all'articolo (allegato) nel quale Salvatore Mazza, dalle colonne di *Avvenire*, presenta la sua lotta contro la malattia per rimanere umano, cioè capace di relazioni**. Descrive con semplicità e precisione tecnica l'impegno talvolta drammatico per scrivere con il puntatore ottico... davvero è faticoso rimanere umani, ma è un impegno che Mazza ci trasmette con grande forza morale! Il suo pezzo mi ha molto impressionato; nella parte finale dice di essere vecchio... ma se tutti i vecchi avessero la forza d'animo di Salvatore Mazza molto del nostro lavoro di cura sarebbe superfluo.

Si è concluso il congresso AIP di Trieste "Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell'incontro", dedicato all'incontro tra culture e prassi cliniche diverse; la nostra Associazione non poteva essere più tempestiva nell'impegno di contribuire alla costruzione di un mondo della medicina come mondo degli incontri, tra culture, sensibilità, crisi diverse. E tra chi ha il potere di curare e chi è curato, perché sia un incontro rispettoso della libertà; il sapere e la professionalità sono strumenti dell'incontro, non di potere.

Con grande gioia (sì, gioia perché vedere ripristinata la giustizia in questo ambito è per me motivo di gioia profonda!) trascrivo parte del dispositivo steso dal sostituto procuratore Silvia Bertuzzi di Mantova per la **richiesta di archiviazione delle RSA della provincia, accusate di omissione di atti di ufficio nel corso della pandemia**: "Per quanto vengano individuate alcune lacune gestionali dell'emergenza da parte della dirigenza delle RSA, e comportamenti più o meno virtuosi, in tutti i casi investigati le difficoltà vengono ricondotte non a condotte dolose o colpose, ma fondamentalmente dipendenti dall'eccezionalità del fenomeno, dalle scarse informazioni scientifiche sul virus, nel periodo iniziale che interessa in questa sede, nonché da tutte le difficoltà incontrate a livello della pubblica amministrazione e degli enti pubblici preposti alla gestione della pandemia, anche per via dell'iniziale mancanza o genericità delle disposizioni fornite alle RSA". Il magistrato descrive con precisione gli eventi della prima pandemia, in particolare la sofferenza provocata nei gestori, negli operatori e nei famigliari degli ospiti dall'abbandono da parte di chi avrebbe dovuto costruire una rete di efficace protezione attorno alle gravi difficoltà affrontate dalle strutture in quelle settimane. Invece fu solo silenzio.

Nature Human Behaviour del 18 ottobre presenta un ampio lavoro su **"Social isolation and the brain in the pandemic era"**. Descrive come la socialità sia stata il catalizzatore della cultura umana e della socializzazione e come le nostre personali relazioni giochino un ruolo centrale nella nostra salute e

benessere. Il testo si sofferma in modo particolare sugli effetti negativi sviluppati dalla prolungata privazione sociale, come è avvenuto nella recente pandemia.

Qualcuno si pone il problema di come ridurre l'isolamento, in particolare quello degli anziani, anche in tempi normali; **in Belgio e Olanda alcune catene di supermercati hanno adottato le "casce lente" per dare un minimo di possibilità di socializzazione a chi li frequenta**. Si torna al modello, ormai purtroppo in via di estinzione, dei negozi di vicinato, che avevano l'importante funzione di luoghi di socializzazione. La loro scomparsa ha rappresentato una perdita rilevante per il benessere dei cittadini, in particolare di quelli, come spesso capita agli anziani, privi di altre occasioni di incontro. Il *Journal of Clinical Medicine* pubblica un articolo di autori italiani e svizzeri sui risultati ottenuti attraverso **uno studio controllato per misurare l'efficacia della doll therapy** (la terapia della bambola) **in una popolazione di donne affette da demenza ospiti di una casa di riposo**. Il risultato di grande interesse indica che, dopo una sessione di 30 giorni, diminuiscono significativamente i disturbi comportamentali misurati con il MPI-NH, che migliora la qualità della relazione degli ospiti con il personale, riducendo le condizioni stressanti alle quali spesso le équipes di cura sono sottoposte. Il dato è un contributo significativo al dibattito non concluso sull'efficacia delle terapie non farmacologiche nelle persone affette da demenza. Sono infatti largamente diffuse nelle residenze in base alla dimostrazione empirica della loro accettazione da parte degli anziani; la conferma in uno studio controllato di un preciso effetto ne sostiene l'utilità e quindi ne consiglia la diffusione.

BMJ Open Diabetes Research and Care dell'11 ottobre riporta **uno studio condotto attraverso l'analisi dei database dell'amministrazione dei veterani USA riguardante pazienti affetti da diabete di tipo 2**. È stato dimostrato che i tiazolidinedioni, come il pioglitazone, proteggono dalla comparsa di demenza (riduzione del 22% del rischio), mentre le sulfaniluree sembrano aumentarlo (un incremento del 12%). Il tema è da tempo al centro dell'attenzione; questi dati più recenti potranno aiutare i prescrittori nella scelta dell'antidiabetico più opportuno, in particolare quando l'interessato è a rischio di demenza per altre cause.

JAMA Neurology del 17 ottobre pubblica **un lavoro sull'effetto del Donanemab rispetto ai livelli del biomarker plasmatico pTau 217**. L'effetto è significativo nei pazienti con Alzheimer in fase iniziale, dopo un trattamento di 12 settimane. Il dato è interessante, perché conferma ancora una volta l'effetto biologico delle terapie anti-amiloide; però non vi sono ancora dati per correlare i risultati ottenuti sui biomarker a un ipotetico effetto clinico. Si potrebbe commentare che i farmaci ipoteticamente disease modifying inducono tutti significative risposte a livello biologico; però, è necessario approfondire il significato e il ruolo di questi cambiamenti a livello neuronale per poter realisticamente ipotizzare un'azione clinica.

Un dato molto significativo sull'azione della dieta è stato pubblicato da *Neurology* del 12 ottobre. In una popolazione svedese seguita per 20 anni **non è stato dimostrato alcun effetto positivo rispetto alla prevenzione delle demenze da parte della dieta mediterranea**, al confronto con la popolazione che seguiva una dieta standard. Il dato è contrario alle ipotesi fino ad ora ampiamente sostenute; nell'editoriale di accompagnamento si commenta il risultato sostenendo che probabilmente "un singolo fattore potrebbe non avere una potenza adeguata sulle funzioni cognitive, ma andrebbe considerato come uno dei fattori embedded con altri, la cui somma può influenzare l'evoluzione delle funzioni cognitive (dieta, esercizio, controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, sospensione di fumo, uso moderato dell'alcool, etc.).

In questi giorni Claudio Vampini ha tenuto il secondo webinar autunnale dell'AIP, dedicato ai profili di tollerabilità degli antidepressivi nell'anziano. È stata una lettura di grande concretezza, che ha guidato i numerosissimi partecipanti alla migliore comprensione dei rapporti tra efficacia e danni provocati dalle terapie antidepressive. Il tema è importante e ancora oggi troppo poco al

centro dell'attenzione dei medici. *The Economist* del 22 ottobre conclude così un articolo sui rischi di una mancata attenzione nella prescrizione di questi farmaci: "I sistemi sanitari affronteranno il rischio di un numero crescente di anziani che subiscono le conseguenze negative dell'uso a lungo termine degli antidepressivi. Vi sarà un eccesso di cadute, di ictus, di stati convulsivi, di patologie cardiache, di complicanze chirurgiche e altro. Si cambia subito o subiremo gravi conseguenze in futuro". Ricordo a questo proposito che nel recente congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Interna si è dedicata particolare attenzione al tema del "deprescribing", argomento sul quale l'AIP da molti anni si è impegnata a far crescere una specifica attenzione del mondo medico. Ora è finalmente tempo di un approccio più equilibrato alle terapie, tenendo conto della discussione sviluppatasi negli anni scorsi attorno al "troppo e troppo poco" nella cura dell'anziano.

Mauro Colombo con il suo consueto contributo settimanale (grazie!) affronta anche lui il tema della **depressione degli anziani**:

"AIP ha spesso rivolto opportunamente attenzione alla depressione, anche attraverso un webinar di successo. Un recentissimo articolo di JAMA [#] ha voluto esplorare i rapporti tra acuità visiva – analizzato lungo il suo intero spettro [e qui sta la originalità del lavoro] – e depressione, compresi gli aspetti neuropatologici, in un ampio gruppo di persone di mezza età ed anziane.

Allo scopo, è stato fatto ricorso a quella preziosa miniera di svariate informazioni su casistiche amplissime che è la Biobanca inglese, che assomma ad oltre mezzo milione di persone, di età compresa tra i 39 ed i 73 anni, reclutate tra il 2006 ed il 2010. Lo studio ne ha preso in considerazione 114.583, con lieve prevalenza di femmine, ed età media 58 anni. Di questi, 87,2% costituivano i controlli sani – rispetto a vista ed umore; 3,2% avevano disturbi alla vista, 10% una diagnosi di depressione, e lo 0,4% entrambe le condizioni. I soggetti con impaccio alla vista presentavano peggiori caratteristiche socio-demografiche e cliniche. La acuità visiva veniva misurata con abituali metodiche standard; la sintomatologia depressiva mediante 2 domande semplicissime relative alla frequenza con cui erano stati avvertiti anedonia ed umore depresso nelle ultime 2 settimane [Patient Health Questionnaire (PHQ)-2].

La prevalenza di depressione è stata del 12,4% tra le 3.667 persone con difetti alla vista [valore peraltro inferiore all'atteso], contro il 9,9% dei rimanenti 110.916. Dopo correzione per una lunga serie di possibili fattori confondenti, l'impaccio visivo è risultato associato ad un incremento di rischio di depressione del 19%; in dettaglio, 1 riga di acuità visiva persa comportava un incremento del 5% nel rischio di depressione [odds ratio ("probabilità positiva") = 1,05 (intervallo di confidenza al 95% = 1,04-1,07)]. La associazione si manteneva anche nel sottogruppo di età compresa tra i 59 ed i 72 anni. In 7.844 partecipanti, il punteggio al PHQ-2 [punteggio crescente per sintomatologia più marcata], dopo aggiustamenti statistici, è risultato associato linearmente al volume della sostanza grigia nella corteccia supra-calcarina [connessa spazialmente alla corteccia visiva primaria], ed a misure di danno alla integrità strutturale nel fornice e nelle strie terminali. La associazione tra queste ultime e la sintomatologia depressiva è risultata mediata dalla acuità visiva, risultando limitata alle persone peggio vedenti.

In sostanza, l'indagine – la prima a scala di popolazione – ha colto il suo obiettivo primario di dimostrare una associazione tra la depressione e tutto lo spettro della ipovisione. Tale riscontro indica la opportunità di prevenire la depressione migliorando la acuità visiva – spesso modificabile, rifuggendo dalla inazione. Anche il secondo obiettivo dello studio è stato raggiunto, essendosi rilevato un gradiente dose/risposta tra punteggi PHQ-2 e deterioramento del fornice e della stria terminale: in accordo con indagini precedenti, che avevano identificato un coinvolgimento di tali strutture nella schizofrenia, nel disturbo bipolare e nei disordini dello spettro autistico, e nella attivazione della corteccia calcarina un segno di risposta allo stress."

[#] Zhang, X., Shang, X., Seth, I., Huang, Y., Wang, Y., Liang, Y., Du, Z., Wu, G., Hu, Y., Liu, S., Hu, Y., He, M., Zhu, Z., Yang, X., & Yu, H. (2022). Association of Visual Health With Depressive Symptoms and Brain Imaging Phenotypes Among Middle-Aged and Older Adults. *JAMA network open*, 5(10), e2235017. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.35017>

Allego il programma preliminare del 23° Congresso nazionale AIP "La psicogeriatrica del futuro. Competenze, tecniche, significati" (Firenze, 13-15 aprile 2023). Mi permetto di richiamare l'attenzione sulle tre parole chiave dell'evento, perché descrivono il progetto che da sempre

sottostà all'impegno di AIP. Il valore della cultura e della professionalità degli operatori, l'importanza della tecnologia, il senso del lavoro di cura. Entro pochi giorni saranno diffuse le informazioni sulle modalità di iscrizione al congresso e per l'invio di abstract.

Ricordo ancora l'iscrizione all'AIP, strumento indispensabile per permettere di continuare il nostro impegno di servizio in favore degli anziani fragili e delle nostre colleghe e colleghi coinvolti nei diversi ambiti di cura.

Un caro saluto

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Slalom

Sono ormai tre anni che scrivo con gli occhi. Era l'estate del 2019 quando mi fu regalato il puntatore ottico che uso, dopo che l'ultimo dito ancora funzionante aveva smesso di muoversi anche lui, e non riuscivo più a cliccare sul pulsante del mouse. Ma chi pensa che sia facile usarlo, e che non mi stanchi, è decisamente fuori strada. Tutt'altro. Certo, non faccio più le sudate epocali come negli ultimi tempi che usavo il mouse (ma davvero epocali, sembravo uscito dalla doccia, per non parlare della fatica fisica che mi costava scrivere anche solo tre righe), ma anche col puntatore non è una passeggiata. Intanto devo essere posizionato perfettamente nel letto, e già questo è difficile, visto che io stesso non riesco a capire se la posizione che mi sembra ottima quando sto sdraiato lo sarà anche una volta che lo schienale del letto verrà tirato su. In teoria potrei usare il puntatore anche restando sdraiato, ma il cambiare posizione è per me essenziale per variare i punti d'appoggio sul materasso, ed evitare così altre molto spiacevoli complicazioni. Una volta sistemato, devo poi azzeccare l'altezza del tavolino su cui verrà poggiato il pc col suo supporto, essenziale per dargli la giusta inclinazione. Ma anche se faccio centro al primo colpo, dopo un po' finisco sempre per "scivolare" verso il basso, e ogni tanto devo essere tirato di nuovo su. Quando però si fa questo, si ripropone l'esigenza del posizio-

Puntatore ottico la mia lotta per scrivere

SALVATORE MAZZA



namento "perfetto", e la giostra ricomincia daccapo. E poi c'è il problema degli occhi, che quando si stancano iniziano a lacrimare, sballano la collimazione del puntatore, e non riesco più a scrivere. Dovrei chiudere per qualche istante gli occhi per ripristinare il corretto velo umido: ma da un po' di tempo le mie palpebre spesso faticano a chiudersi completamente (ultimo gentile omaggio della Sla, non per caso una dei fisioterapisti, Margherita, mi fa fare esercizi per i muscoli del viso). Di notte, per non restare con gli occhi tipo zombie, uso una specie di lacrima grassa, ma non posso usarla sempre. Infine c'è il problema della scrittura in sé, che è lenta, anche se ho messo al massimo la velocità di reazione del puntatore. La tastiera su cui i miei occhi scrivono - in realtà quattro tastiere, a scorrimento: mi muovo dall'una all'altra a seconda del carattere, simbolo o funzione che mi serve - ha un suggeritore di parole, ma evidentemente conosco più parole di lui, visto che spesso non mi suggerisce nulla. Così soprattutto con le parole più lunghe può capitare che ci impieghi qualche minuto a scriverle. E nel frattempo mi dimentico di quel che volevo scrivere. Ma, questo, non ha nulla a che vedere col puntatore. È l'età.

(80-Avvenire.it/rubriche/Slalom)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Programma preliminare

FIRENZE
13/15 APRILE 2023

Palazzo dei Congressi

CONGRESSO NAZIONALE **AIP**

**LA PSICOGERIATRIA
DEL FUTURO.
COMPETENZE,
TECNICHE,
SIGNIFICATI**

MERCOLEDÌ 12 aprile

14.00-18.00 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 1ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

GIOVEDÌ 13 aprile

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI NEUROPSICOLOGIA 2ª parte

La neuropsicologia nei luoghi di cura: procedure a confronto

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER OPERATORI SOCIO-SANITARI

Gli operatori socio-sanitari: una funzione che richiede competenza e sensibilità umana

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE DI PSICOGERIATRIA FORENSE

Perizie e consulenze giudiziarie in ambito psicogeriatrico

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE PER EDUCATORI PROFESSIONALI

Il ruolo centrale degli educatori professionali nell'organizzazione del lavoro nelle RSA

9.00-16.30 CORSO PRECONGRESSUALE INTERDISCIPLINARE

La sfida della cura dell'anziano a domicilio

GIOVEDÌ 13 aprile

AUDITORIUM

17.30-19.30 CERIMONIA INAUGURALE

Saluto del Presidente AIP

LETTURA MAGISTRALE

TAVOLA ROTONDA

La complessità in psicogeriatría

Premiazione delle 3 migliori
comunicazioni orali selezionate

19.30 Cocktail inaugurale

20.15 Proiezione del film
"QUEL POSTO NEL TEMPO"

di Giuseppe Alessio Nuzzo
con Leo Gullotta

VENERDÌ 14 aprile

AUDITORIUM

8.00-9.30 SIMPOSIO

La fisiopatologia e clinica del delirium nel paziente con frattura di femore e demenza

9.30-11.00 SIMPOSIO

La prevenzione e il trattamento del delirium nel paziente con frattura di femore e demenza

11.00-12.30 SIMPOSIO

Lo stile di vita dell'anziano in salute: come sopravvivere nella rete dei servizi

12.30-13.00 LETTURA

RSA: un mondo vitale

13.00-14.00 Pausa e presentazione poster

14.00-15.30 SIMPOSIO

Neuroinfiammazione in psicogeriatra

15.30-17.00 SIMPOSIO

La morte medicalmente assistita: pluralità di visioni

17.00-18.30 SIMPOSIO

Il paziente psichiatrico che invecchia (nella rete dei servizi)

18.30-19.00 LETTURA

La persona anziana fragile e la crisi del Pronto Soccorso

19.00

Assemblea ordinaria dei soci AIP e proclamazione dei risultati delle elezioni del Consiglio Direttivo AIP per il biennio 2023-2025

VENERDÌ 14 aprile

SALA VERDE

8.00-9.30 SIMPOSIO

Il lavoro in équipe in psicogeriatría: necessità e risorsa
in collaborazione con Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP

9.30-11.00 SIMPOSIO

Benessere, prevenzione e gestione dello stress degli operatori: quale eredità dalla pandemia e quali opportunità

11.00-12.30 SIMPOSIO

Fattori di rischio vascolare in psicogeriatría

12.30-13.00 LETTURA

Biomarcatori e demenze

13.00-14.00 Pausa e presentazione poster

14.00-15.30 SIMPOSIO

Approcci di cura non farmacologici per il decadimento cognitivo lieve

15.30-17.00 SIMPOSIO

Caregiving: come sopravvivere nella rete dei servizi

17.00-18.30 SIMPOSIO

Le dimensioni neglette della fragilità: rilevazione precoce e intervento

SABATO 15 aprile

SALA VERDE

9.00-10.30 SIMPOSIO

Decadimento cognitivo da eventi clinici
(delirium, infezioni, oncologici, Covid, depressione)

10.30-12.00 SIMPOSIO

La diagnosi precoce di demenza

12.00-13.30 SIMPOSIO

La persona anziana in carcere:
problematiche, riflessioni, interventi

LIMONAIA

8.00-13.00 COMUNICAZIONI ORALI SELEZIONATE

SABATO 15 aprile

AUDITORIUM

8.00-9.30 SIMPOSIO

Disturbo bipolare e demenze:
la mania come sindrome transnosografica

9.30-11.00 SIMPOSIO

Post Covid: nuovi modelli di cura in psicogeriatría

11.00-12.30 SIMPOSIO

La comunicazione della diagnosi di demenza

12.30-13.00 LETTURA

Le nuove dipendenze in psicogeriatría

13.00-13.30 LETTURA CONCLUSIVA

La poesia e l'Alzheimer

13.30 Conclusione del Congresso

Informazioni generali

Quote d'iscrizione (22% Iva Esclusa)

	EARLY BIRD	STANDARD	LATE
	Entro il 12 febbraio	Entro il 12 marzo	Dal 13 marzo e on-site
Congresso - MEDICO Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 150	€ 200	€ 300
Congresso - MEDICO non Socio AIP	€ 300	€ 400	€ 500
Congresso - ALTRE PROFESSIONI Socio AIP <i>In regola con la quota associativa 2023</i>	€ 130	€ 180	€ 300
Congresso - ALTRE PROFESSIONI non Socio AIP	€ 280	€ 360	€ 500
Congresso - STUDENTE/SPECIALIZZANDO	€ 130	€ 180	€ 300
Corso Precongressuale di Neuropsicologia	€ 120	€ 150	€ 180
Corso Precongressuale per Operatori Socio-Sanitari	A titolo gratuito		
Corso Precongressuale di Psicogeriatrica Forense	€ 100		
Corso Precongressuale Interdisciplinare	€ 100		
Corso Precongressuale per Educatori Professionali	€ 100		

La quota di iscrizione al Congresso comprende:

- kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge
- attestato di presenza
- partecipazione al questionario ECM

La quota di iscrizione ai Corsi precongressuali comprende:

- kit congressuale: borsa, blocco, penna, badge
- attestato di presenza
- partecipazione al questionario ECM, ove previsto
- partecipazione alla cerimonia inaugurale del 23° Congresso nazionale AIP

Segreteria Scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti

Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia

Tel. +39 030 3757538

aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria Organizzativa



MCI Italia | Florence office

Via A. Scialoia, 52 - 50136 Firenze

Tel. +39 055 9067473

florence@wearemci.com

www.aipcongresso.it

Newsletter AIP - 21 ottobre 2022

Amiche, amici,

è in corso il congresso che AIP ha organizzato a Trieste dal titolo: “Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell’incontro”. Un titolo incisivo rispetto a due dinamiche: quella della città di Trieste, luogo di incontro tra culture e storie diverse, e quella dell’Associazione Italiana di Psicogeriatra, luogo di incontro tra prassi cliniche diverse, ma convergenti sulla ricerca di cure adeguate all’anziano fragile. Allego per chi fosse interessato le diapositive di apertura del convegno; comunico peraltro che entro un paio di settimane tutte le diapositive presentate a Trieste (quelle per le quali è stata concessa la liberatoria) sono a disposizione degli iscritti all’AIP sul nostro sito.

In questi giorni è stato pubblicato **uno studio della Caritas sulla diffusione della povertà in Italia**. Il dato è particolarmente preoccupante. Le persone in condizione di povertà assoluta sono il 9.4 della popolazione. La suddivisione per età mostra un’alta percentuale fra i minori (14.2%), dato che scende progressivamente fino al 5.3% per gli over65. Il dato indica una condizione drammatica tra i giovani e i bambini; mostra invece una situazione meno grave tra gli anziani. Il sistema pensionistico, nonostante tutto, è in grado di costruire attorno a chi ha lasciato il lavoro una condizione di relativo benessere economico. Il problema della povertà degli anziani è al centro dell’interesse anche in Paesi come gli USA, dove non si registra una così marcata differenza tra giovani e anziani; anzi, in passato, negli anni ’70, una percentuale di vecchi attorno al 35% era in condizioni di povertà; poi la percentuale si è ridotta fino al 10%. Oggi però i numeri tornano ad essere pesanti; il *NYT* del 17 ottobre pubblica su questo tema un articolo preoccupato e preoccupante. Fortunatamente, però, in Italia la povertà degli anziani è meno rilevante sul piano quantitativo; ciò indirettamente conferma la bontà del nostro sistema pensionistico che, pur con tutte le sue manchevolezze, ha permesso al nostro Paese di restare lontano da realtà drammatiche come quelle degli USA.

Su questo stesso argomento Vincenzo Canonico, Presidente AIP della Regione Campania, ha scritto per il bollettino Sigg un interessante pezzo dal titolo autoesplicativo: **“Anziani, termoregolazione e crisi energetica”**. Inizia così: “Capita spesso al geriatra sentirsi dire da un anziano, soprattutto da uno molto anziano, nei mesi autunnali e invernali: ‘Ho sempre freddo’, ‘Non riesco a prendere calore’, ‘Desidero stare a letto sotto le coperte per riscaldarmi’...”. Le parole di Canonico ci fanno collegare questa condizione fisiologica (il sentire freddo dei vecchi) con l’aumento dei costi per il riscaldamento e le difficoltà di onorare le bollette da parte di molte famiglie. La povertà è una condizione che infragilisce la struttura biologica dell’individuo, sia attraverso meccanismi psicologici (il sentire la mancanza di protezione di fronte alle difficoltà della vita), sia sul piano concreto, come indica Canonico. Tutta la letteratura epidemiologica degli ultimi anni conferma lo stretto collegamento tra le condizioni di disagio e la comparsa di malattie.

Consiglio la lettura del libro di Edith Bruck “Sono Francesco”. Così scrive il Papa nella presentazione del volume: “Una testimone vivente, ecco chi avevo davanti ai miei occhi: in questa esile ed elegante

signora di novant'anni, dotata di quella forza che le permetteva di piangere". Lascio ai lettori comprendere i motivi che mi hanno indotto a citare questa frase, un inno alla vecchiaia, al suo valore, alla sua dignità.

Lancet dell'8 ottobre pubblica un importante contributo della Lancet Commission intitolato: **"Le lezioni dalla pandemia di Covid"**. Un testo di oltre 50 pagine di grandissima importanza per chiunque voglia elaborare la crisi e costruire un futuro adeguato. Gli fa eco il *BMJ* del 7 ottobre con questo titolo: **"Covid-19: Don't let the economic crisis distract from preparing for a future pandemic"**. Dobbiamo davvero impegnarci, in particolare come operatori della salute delle persone più fragili, perché queste elaborazioni e questi inviti possano trovare adeguato ascolto. Le crisi non si elidono le une con le altre, ma si potenziano!

Il consueto **contributo di Mauro Colombo** riguarda le **modalità per la conferma diagnostica nell'ambito delle demenze**:

"Dal 2018 vigono criteri di ricerca per la malattia di Alzheimer che compendano il biomarcatore tau (T) affianco alla β amiloide (A); il biomarcatore "neurodegenerazione" (N) viene aggiunto per stadiare la gravità. La doppia positività A e T depone per il costrutto biologico di "malattia di Alzheimer", anche in asintomaticità: in questo caso specifico, si parla di malattia di Alzheimer "pre-clinica". Permane tuttavia incertezza sul significato predittivo dei biomarcatori A e T, dato che sinora sono stati condotti studi trasversali, e d'altra parte approssimativamente il 20% degli anziani scevri da deterioramento cognitivo manifestano livelli abnormi di β amiloide (A β). Una ampia collaborazione tra centri di ricerca di 3 continenti ha affrontato la questione indagando 4 coorti indipendenti, che hanno assommato a 580 soggetti di ambo i sessi, di età media compresa tra 67 e 76 anni, di sesso femminile tra metà e $\frac{3}{4}$ dei casi, inizialmente cognitivamente integri, seguiti per 2-3 anni. La classificazione nei 4 gruppi derivanti dalla combinazione di A e T [A+T+ / A+T- / A-T+ / A-T-] è derivata dalla tomografia ad emissione di positroni sia per la β amiloide (a livello globale) che per la tau (su una ampia regione temporale); la ulteriore classificazione rispetto alla neurodegenerazione [N + / -] è avvenuta misurando lo spessore della corteccia tramite risonanza magnetica nucleare condotta nuovamente su una ampia regione temporale. La progressione verso una condizione di deterioramento cognitivo lieve [MCI (bersaglio primario)] è occorsa tra il 33% e lo 83% dei casi – a seconda delle coorti – nel gruppo A+T+, contro il 20% dei soggetti appartenenti agli 3 gruppi di biomarcatori. La progressione si verificava tra il 43% ed il 100% degli individui A+T+N+. In tutte le 4 coorti, gli anziani A+T+ presentavano un maggior declino cognitivo, in prospettiva longitudinale. L'articolo è dotato di tabelle di particolare qualità ed eloquenza [1].

Nell'editoriale di commento [2], dove si ricorda che anche per altre condizioni (per esempio, cancro e diabete) vengono emesse diagnosi di malattia in assenza di sintomi, vengono sottolineati alcuni argomenti:

- la condizione di positività al doppio marcatore [A+T+] è relativamente rara (circa 1/10) nella popolazione cognitivamente integra, dove la positività per la sola T [A-T+] è eccezionale;
- la ampia variabilità interindividuale nella progressione verso MCI chiama in causa necessariamente altri fattori sia avversi – comorbidità neuropatologica, fattori di rischio genetici – che protettivi: verso questi ultimi – ampiamente sotto-studiati – viene invocata con urgenza la attenzione dei ricercatori, sui risvolti tanto genetici quanto ambientali;
- la questione della scelta dei biomarcatori e delle rispettive soglie: i medesimi autori dell'editoriale, quasi 10 anni fa, avevano rilevato un rischio di progressione negli stessi marcatori A e T, misurati però nel liquor; la combinazione dei 2 biomarcatori assume un valore predittivo maggiore che la presenza di uno singolo, in individui con declino cognitivo soggettivo; sempre gli stessi autori hanno recentemente riportato che in 342 appartenenti a questa stessa categoria, le persone con profili A-T+N+, A+T-N-, A+T+N- e A+T+N+ presentavano un maggiore rischio di evoluzione in demenza ed un declino cognitivo più rapido, nel volgere di 3 ± 2 anni, rispetto al gruppo di controllo A-T-N- [3];
- le cautele rispetto all'impiego clinico dei biomarcatori ematici che si stanno affacciando: utili a livello di gruppo, ma non ancora sul singolo individuo;

- la necessità di impiegare una nosografia corretta, distinguendo a livello semantico la “malattia” dalla “demenza” di Alzheimer: ciò implica necessità di attenzione alle modalità della comunicazione, che possono giovare di metodiche già rivelatisi efficaci. In ambito oncologico, per esempio, illustrare le quote di occorrenza naturali, sfruttare grafici, verificare l’apprendimento e tenere conto degli aspetti emotivi ha migliorato la memorizzazione delle informazioni, la fiducia nel medico e la soddisfazione dell’utente. Nel campo delle malattie neurodegenerative dementigene, questa visione può servire a rassicurare – grazie ad un alto potere predittivo negativo – le persone che non soddisfano i criteri di malattia di Alzheimer.”

[1] Strikwerda-Brown, C., Hobbs, D. A., Gonneaud, J., St-Onge, F., Binette, A. P., Ozlen, H., Provost, K., Soucy, J. P., Buckley, R. F., Benzinger, T., Morris, J. C., Villemagne, V. L., Doré, V., Sperling, R. A., Johnson, K. A., Rowe, C. C., Gordon, B. A., Poirier, J., Breitner, J., Villeneuve, S., ... PREVENT-AD, HABS, and AIBL Research Groups (2022). Association of Elevated Amyloid and Tau Positron Emission Tomography Signal With Near-Term Development of Alzheimer Disease Symptoms in Older Adults Without Cognitive Impairment. *JAMA neurology*, 79(10), 975–985. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.2379>

[2] van der Flier, W. M., & Scheltens, P. (2022). The ATN Framework-Moving Preclinical Alzheimer Disease to Clinical Relevance. *JAMA neurology*, 79(10), 968–970. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.2967>

[3] Ebenau, J. L., Timmers, T., Wesselman, L., Verberk, I., Verfaillie, S., Slot, R., van Harten, A. C., Teunissen, C. E., Barkhof, F., van den Bosch, K. A., van Leeuwenstijn, M., Tomassen, J., Braber, A. D., Visser, P. J., Prins, N. D., Sikkes, S., Scheltens, P., van Berckel, B., & van der Flier, W. M. (2020). ATN classification and clinical progression in subjective cognitive decline: The SCIENCe project. *Neurology*, 95(1), e46–e58. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009724>

Allego il Save the date per l’evento AIP che si terrà a **Padova il 15 novembre**: la **5° Giornata nazionale contro la solitudine dell’anziano** (la partecipazione è gratuita, ma è necessario iscriversi per riservare il posto inviando una mail a: eventi@deleofundonlus.org). È un tema ancora troppo poco analizzato e studiato sulla strada di identificare possibili risposte. Si deve prendere atto, seppure con dispiacere, che la struttura familiare sta cambiando con una velocità che nessuno avrebbe potuto prevedere fino a poco tempo fa; i modelli che hanno guidato la nostra vita sociale sono completamente superati. Occorre quindi molto impegno di ricerca e di sperimentazione da parte di tutti per identificare nuove modalità di convivenza che non trascurino l’anziano, anche se non è più il “caro nonno” di una famiglia lineare. Ritengo peraltro che contare troppo sull’organizzazione di interventi da parte della comunità non possa da solo risolvere i problemi affettivi e organizzativi che accompagnano la vita di milioni di persone sole e vecchie. Certamente, se riusciremo a realizzare l’attuazione dell’assistenza domiciliare come indicato dal PNRR, sarà dato un notevole contributo al miglioramento della salute di chi non sarebbe in grado di provvedere da solo; però, anche se si passerà dall’assistere dal 4 all’8% degli anziani, sarà poca cosa rispetto ai bisogni reali, impellenti e che richiedono soluzioni realizzabili da oggi.

L’organizzazione familiare è stata più o meno stabile per secoli, superando le gravissime crisi del passato (povertà, guerre, tensioni); adesso il cambiamento dello stile di vita familiare è avvenuto per eventi endogeni, che vanno compresi per riuscire realmente a proporre alternative.

Allego anche il programma del **XVIII Brain Aging** che si svolgerà a **Napoli il 14-15 dicembre**, il consueto incontro natalizio che negli anni scorsi è sempre stato molto apprezzato. Anche per questo evento il focus è sul futuro della nostra convivenza civile e la vita della persona anziana. Non è una previsione facile, nemmeno se limitata al 2030, vista la velocità drammatica dei cambiamenti; AIP ha però ritenuto opportuno impegnarsi con uno sguardo al futuro, anche nella prospettiva delle forti differenze che caratterizzano le diverse regioni italiane. La nostra Associazione è stata da sempre attenta a facilitare l’omogeneizzazione della qualità e quantità dei servizi tra Nord e Sud. Purtroppo, invece, le differenze si sono ampliate; dobbiamo prenderne atto, senza rinunciare ad un impegno che è connotato al nostro essere professionisti della cura. L’augurio ancora una volta è che i forti investimenti resi possibili dal PNRR possano realmente apportare reali vantaggi alla condizione dell’anziano fragile: incontriamoci a Napoli per discuterne. Segnalo a questo proposito

che in occasione dell'evento **è possibile inviare abstract all'indirizzo email aipsegreteria@grg-bs.it entro venerdì 18 novembre** (i dettagli sono riportati nell'allegato).

Mercoledì 26 ottobre, dalle 18.30 alle 19.30, si terrà il secondo appuntamento del nostro ciclo di webinar: il Dr. Vampini tratterà di **“Gli antidepressivi: *primum non nocere*. Profili di tollerabilità a confronto nella cura degli anziani”**. La partecipazione è a titolo gratuito, ma è necessario iscriversi cliccando l'apposito link nella locandina allegata.

Ricordo ancora una volta l'impegno per l'iscrizione all'AIP. Dal 1 novembre inizia la campagna 2023; chi non l'avesse ancora fatto è pregato di regolarizzare il 2022 (mi dispiace utilizzare un linguaggio così burocratico e me ne scuso!).

Concludo questa newsletter con l'augurio che le attuali difficoltà per la formazione del governo possano essere superate; il nostro Paese ha bisogno di capacità di intervento sui grandi problemi della vita collettiva; l'invecchiamento della popolazione e l'ampliamento delle condizioni di fragilità non devono concedere pause a chi contribuisce in modo determinante alla costruzione del futuro di tutti. Chi avesse avuto delle illusioni sulla capacità della società di autoregolarsi senza guida politica è stato pesantemente contraddetto dal Covid, dalla crisi economica ed energetica, dalla guerra. Siamo assolutamente liberi di criticare le decisioni prese dalla politica, ma non possiamo certo negarne la centralità rispetto alla vita quotidiana di ciascuno di noi.

Cari saluti

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Trieste, 20 Ottobre 2022

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO i luoghi dell'incontro

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Università di Roma «Tor Vergata»

Alcuni percorsi introduttivi attorno al titolo del congresso.

La nostra vita individuale e collettiva è regolata dall'incontro tra sensibilità, culture, realtà, aspirazioni, speranze.



La Trieste di Svevo

Aron Hector Schmitz, Ettore in famiglia e Italo Svevo per il mondo, nasce a Trieste il 19 dicembre 1861 in una famiglia della borghesia ebraica. I suoi studi –frequenta il collegio di Segnitz in Baviera e l'Istituto Superiore di Commercio Revoltella a Trieste– lo conducono a un impiego nella filiale triestina della viennese Banca Union.



**Triestino, di studi bavaresi, di attenzione
per l'Inghilterra, ebreo e cristiano...**

“Dante sapeva che l’amore per Fiorenza, appreso dall’acqua dell’Arno, doveva condurlo a sentire che la nostra patria è il mondo, come per i pesci del mare. Dobbiamo sempre tenere in mente l’immaginare delle matrioske. Non siamo una identità, ma tante identità insieme. Le une dentro le altre. Io sono triestino, certo. Ma sono italiano. Sono europeo. Sono mitteleuropeo... siamo matrioske” (Claudio Magris, Blameless).

**“Non si può mai veramente possedere una casa,
uno spazio ritagliato nell’infinito dell’universo,
ma solo sostarvi, per una notte o per tutta la
vita, con rispetto e gratitudine”
(Claudio Magris, L’infinito viaggiare)**

**“L’identità di ognuno di noi non è mai il semplice frutto della memoria individuale, ma sempre il risultato di tutti quei legami che si sono intrecciati nel corso della vita e che resistono.
Pure quando tutto il resto pare avvolto dalle tenebre” (Michela Marzano, professore all’Università di Parigi V, Renè Descartes).**

L'incontro tra realtà complesse

Mauro Ceruti

**Il tempo
della
complessità**

*Prefazione
di Edgar Morin*

Raffaello Cortina Editore

(2018)

“E’ urgente l’educazione a un pensiero complesso: le conoscenze specialistiche, pur avendo apportato enormi progressi, hanno frammentato i saperi e sono diventate un ostacolo alla comprensione degli attuali problemi politici, economici, sociali, organizzativi, culturali” (Edgar Morin).

**Il passare degli anni induce una progressiva complessificazione dell'umano, sul piano biologico, clinico, psicologico, sociale.
Una scienza che pratica una riduzione della complessità non apporta vantaggi ed è inutile qui e ora nella prassi clinica.**

**La medicina ha appreso la lezione (la sfida)
dell'incontro e della complessità (?)**

L'incontro è alla base dell'atto di cura in clinica:

- 1. tra culture diverse;**
- 2. tra formazioni diverse;**
- 3. tra diverse capacità di rilevare e di interpretare la realtà;**
- 4. tra genetiche diverse, modificate da storie diverse.**

L'incontro con il malato in clinica è un evento complesso, non sempre in grado di portare a risultati se non è costruito con pazienza, sensibilità, curiosità, tolleranza, tenerezza... Non c'entra l'umanizzazione, ma la reale comprensione della ricchezza della persona umana e della sua complessità.

**I neuroni si rispecchiano, come è noto, nella vita.
L'atto di cura è un rispecchiare l'incontro.**

Olga Pumbo: “Pensare vuol dire allargare i confini. Le nostre strutture culturali riflettono regimi crepuscolari di conoscenza che si muovono verso il determinismo e il progresso lineare. L’interdisciplinarietà combatte questo riduzionismo”.

**Federico Faggin (inventore dei microchip):
"Per approdare a un futuro migliore dobbiamo
prima immaginare realtà possibili, non
conseguenze logiche di cose che sappiamo già.
Il futuro creativo è tutto da inventare".**

L'incontro e la tecnologia

L'intelligenza artificiale non inaridisce le scelte se, anche nella clinica, si tiene conto della ricchezza degli incontri e della complessità dell'umano.

La Psicogeriatrica è fondata sull'incontro tra la neurologia, la psichiatria, la geriatria, la psicologia.

La centralità del bisogno dell'anziano fragile richiede risposte integrate, soffre per la mancanza di sintesi e per il mancato rispetto della complessità della sua vita.

**Scienza, clinica, incontro, complessità,
tenerezza, inquietudine: la storia
dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria.**

EUGENIO BORGNA

Sull' **AMI
CIZIA**

(2022)



Raffaello Cortina Editore

“Dalle braci del passato rinasce la fiamma della speranza e della solidarietà, dell’umana compassione e della tenerezza, che sono le premesse all’amicizia, come una forma di vita alla quale guardare in ogni momento della giornata” (Eugenio Borgna, Sull’amicizia).

“Un entusiasmo, un calore che rendeva bella qualsiasi cosa: l’idea di andare a bere un bicchiere, la più comune che si potesse avere in quel momento, gli parve stupenda” (P.P. Pasolini, Sogno di una cosa).

Covid, isolamento, solitudine

PADOVA • 15 NOVEMBRE • 2022

SAVE THE DATE

Presidente del Congresso
Prof. Diego De Leo

Segreteria scientifica AIP
Angelo Bianchetti,
Alice Negretti

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

Per iscrizioni contattare:
eventi@deleofundonlus.org

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDÌ 26 OTTOBRE 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Gli antidepressivi: *primum non nocere*.

**Profili di tollerabilità a confronto
nella cura degli anziani**

Claudio Vampini (Verona)

Conduce la discussione: *Enrico Mossello (Firenze)*

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 24 ottobre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica

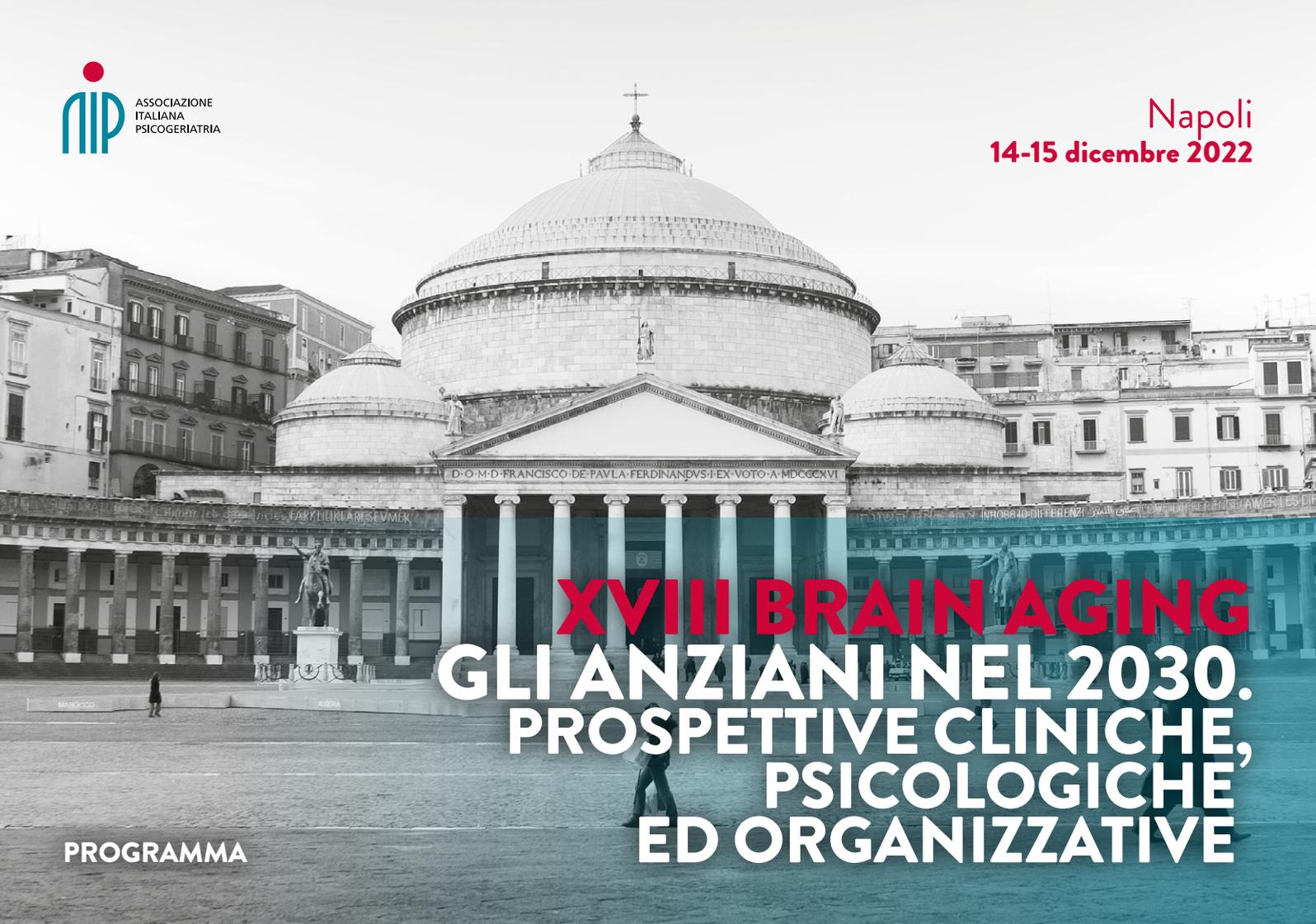


Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 9067473 - florence@wearemci.com



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

Mercoledì 14 dicembre

16.30

Apertura del Congresso

Marco Trabucchi

Tavola rotonda

La vita dell'anziano nel 2030

Presiedono: Ornella Mancini, Flavio Pagano

Introduzione di Vincenzo Canonico

*Partecipano: Francesco Bellofatto, Giovannina Conchiglia,
Nicola Ferrara, Alessandro Incerto, Antonella Marchese,
Caterina Musella*

Conclusioni

Diego De Leo

19.00

Cocktail di benvenuto

Giovedì 15 dicembre

9.00 -11.00

SIMPOSIO

L'INNOVAZIONE NEGLI STUDI SULLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO

Moderatori: Gianfranco Buffardi, Carmine Fuschillo

La gestione territoriale del paziente anziano depresso

Silvestro La Pia

Depressione e psicosi

Andrea de Bartolomeis

Il disturbo bipolare nell'anziano

Michele Fornaro

Discussione

11.00-11.30

Pausa

11.30-13.30

SIMPOSIO

INNOVAZIONE NELL'IMAGING DELLE DEMENZE

Moderatori: Alfredo Postiglione, Elena Salvatore

L'imaging delle demenze: prospettive di progresso

Mario Cirillo

La Pet amiloide: per chi e quando

Valeria Gaudieri

La gestione del paziente con malattia di Alzheimer

Grazia Daniela Femminella

Discussione

Giovedì 15 dicembre

13.30-14.30 Pausa

14.30-15.30 **SIMPOSIO**
LA RIABILITAZIONE IN PSICOGERIATRIA

Moderatori: Pasquale Alfieri, Salvatore Putignano

**Update sull'invecchiamento
ed il ruolo dell'attività fisica**

Carmela De Cesare

La tecnologia al servizio dell'anziano disabile

Salvio Zungri

15.30-18.00 Comunicazioni libere – sessione non ECM

18.00 Chiusura del Congresso



SEDE DEL CONGRESSO

Aula magna
Università Federico II
Via Partenope, 36 - Napoli

ISCRIZIONI

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

QUOTE D'ISCRIZIONE (iva inclusa)

(entro il 25 novembre)

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

È possibile iscriversi unicamente on line cliccando QUI

ECM

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

ABSTRACT

Sarà possibile presentare abstract che saranno selezionati dal comitato Scientifico, per la presentazione di Poster e Comunicazioni Orali. La presentazione dei lavori dovrà avvenire entro il 18 novembre 2022, inviando una email a aipsegreteria@grg-bs.it. I lavori dovranno essere suddivisi in: obiettivo, materiali e metodi, risultati, conclusioni; massimo 5.000 caratteri

Responsabile Scientifico

Prof. Vincenzo Canonico

Segreteria Scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti

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

Segreteria Organizzativa



mci

MCI Italia | Florence office

via A. Scialoia, 52 - 50136 Firenze
tel. 055 9067473 - florence@wearemci.com

Newsletter AIP - 14 ottobre 2022

Amiche, amici,

la settimana scorsa **si è tenuto a Treviso il convegno dedicato alle RSA dal titolo “50 sfumature di cura – Il paradiso può attendere”**. La partecipazione di oltre 550 persone, largamente superiore alle attese, è stata caratterizzata dal desiderio di stare insieme, di condividere problemi e soddisfazioni in un momento particolarmente critico. E l’atmosfera complessiva, con la presenza di molti giovani, ha dimostrato che l’impegno per affrontare le gravi difficoltà del nostro tempo non deve necessariamente essere accompagnato da tristezza e pesantezza.

Erano presenti molte realtà del Veneto, dalla Lombardia e dell’Emilia Romagna; mancavano grandi istituzioni e catene di strutture; evidentemente hanno ritenuto superfluo trovarsi a discutere del presente e del futuro, non avendo capito che in questo momento siamo tutti sulla stessa barca.

L’evento è stato aperto da una mia breve lettura; allego le diapositive presentate, dal titolo: “La scelta della cura: lavoro e vocazione”. Alla conclusione dell’evento è stato presentato **un testo che riassume lo spirito dell’incontro: “La Carta di Treviso – Documento di impegno per il futuro delle RSA”**. Il testo accluso è aperto al contributo critico e costruttivo di chi ha a cuore il futuro della RSA, luogo di vita per molti nostri concittadini e luogo di lavoro per persone che hanno deciso dedicare il proprio impegno professionale agli anziani fragili.

Due giorni fa è stata **approvata dal Consiglio dei Ministri la Legge Delega di riforma dell’assistenza alle persone non autosufficienti**. Un passo avanti notevole, anche se il testo riflette un po’ troppo l’atmosfera negativa verso le RSA creatasi qualche mese fa. Sono certo, però, che nella stesura dei decreti attuativi, che dovranno riempire di contenuti della delega, il tema RSA verrà ripreso in considerazione, sperando che il cambiamento di governo comporti anche un cambiamento dell’atmosfera nei riguardi dell’assistenza alle persone non autosufficienti nelle strutture residenziali. Il risultato è stato raggiunto grazie all’intelligente e colta determinazione di Cristiano Gori; a lui le congratulazioni e il grazie sincero di tutta l’AIP.

Devo ad un amico con il quale spesso abbiamo scambi importanti di opinione la seguente **citazione di Federico Faggin, lo scopritore dei microchip**: “Per anni ho inutilmente cercato di capire come la coscienza potesse sorgere da segnali elettrici o biochimici, e ho constatato che, invariabilmente, i segnali elettrici possono solo produrre altri segnali elettrici o altre conseguenze fisiche come forza o movimento, ma mai sensazioni e sentimenti, che sono qualitativamente diversi... È la coscienza che capisce la situazione e che fa la differenza tra un robot e un essere umano... In una macchina non c’è nessuna ‘pausa di riflessione’ tra i simboli e l’azione, perché il significato dei simboli, il dubbio, e il libero arbitrio esistono solo nella coscienza di un sé, ma non in un meccanismo”. È sulla linea di una delle diapositive che ho presentato sopra; devo peraltro ricordare che l’attenzione al progresso tecnologico nelle RSA è stato uno degli argomenti maggiormente discussi nel corso del convegno. È in ogni modo molto importante che il maggiore artefice delle tecnologie contemporanee parli di coscienza.

Attorno alle tecnologie si vanno sviluppando tantissimi studi. Ad esempio, il machine learning è al centro di numerose indagini per definire se produce risultati di reale utilità in clinica. *JAMA Network Open* del 29 settembre pubblica una revisione sistematica delle indagini che hanno valutato appunto **l'utilità del machine learning in medicina**. Il lavoro si conclude in modo critico, stressando la necessità di nuove indagini di validazione nella prospettiva dei numerosi nuovi algoritmi in sviluppo fondati sul machine learning.

Il consueto contributo di Mauro Colombo è dedicato ai farmaci per le demenze, argomento al quale abbiamo dedicato ampio spazio; infatti, la tematica, pur ampiamente discussa con pareri diversi, rappresenta uno dei punti focali dell'assistenza agli anziani fragili:

“Il 27 settembre un comitato di ricercatori ha emesso un comunicato delle ditte Eisai – che lanciò lo Aricept ¼ di secolo fa – e Biogen che riporta i risultati favorevoli di uno studio in fase 3 dell'anticorpo monoclonale lecanemab, rivolto contro le protofibrille di Beta amiloide (A β), concepito per trattare il deterioramento cognitivo lieve [o “disturbo neuro cognito lieve”, secondo DSM V] di natura alzheimeriana, e la demenza di Alzheimer lieve [le 2 forme vengono chiamate collettivamente “malattia di Alzheimer precoce”]. Lo studio, randomizzato e controllato in doppio cieco, in rapporto 1:1, ha coinvolto 1.795 persone con Alzheimer precoce, all'interno del progetto “CLARITY”.

Il comunicato riporta che la indagine ha colto tutti gli obiettivi che si era prefissa, primari e secondari, con elevata significatività statistica. A distanza di 18 mesi, il trattamento ha ridotto del 27%, rispetto al placebo, il declino cognitivo, misurato mediante la scala clinico-funzionale “CDR-SB” [Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes] ($p=0.00005$). I guadagni in termini di CDR-SB sono stati statisticamente significativi ($p<0.01$) già dai 6 mesi di trattamento, e si sono mantenuti per tutti i controlli successivi. Gli obiettivi secondari colti sono stati i vantaggi a 18 mesi – $p < 0.01$ per tutti, nei confronti del placebo – rispetto a: carico amiloide misurato alla tomografia ad emissione di positroni (PET), cognitività [misurata con AD Assessment Scale - Cognitive Subscale 14 (ADAS-cog14)], funzionalità [misurata con AD Cooperative Study-Activities of Daily Living Scale for Mild Cognitive Impairment (ADCS MCI-ADL)], ed una combinazione cognitiva e funzionale [misurata con AD Composite Score (ADCOMS)].

Gli effetti collaterali sotto forma di anomalie alle neuroimmagini [“ARIA” (amyloid-related imaging abnormalities)] sono occorsi complessivamente nel 21,3% dei soggetti trattati, e nel 9,3% di quelli nel gruppo placebo. In particolare, le ARIA sintomatiche di tipo edemigeno (ARIA-E) sono occorse nel 2,8% dei soli trattati col farmaco, mentre le ARIA sintomatiche con micro/macro-emorragie e siderosi superficiale (ARIA-H) si sono sviluppate nello 0,7% dei pazienti trattati con lecanemab, contro lo 0,2% dei loro abbinati nel gruppo placebo. AD Composite Score (ADCOMS), messo a punto da Eisai, combina elementi della scala ADAS-cog, MMSE e scala CDR allo scopo di cogliere con elevata sensibilità sintomi precoci di AD e cambiamenti nella memoria.

A livello metodologico, il comunicato sottolinea come per rilevare l'obiettivo primario sia stato adoperato lo strumento “CDR-SB” (Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes): una scala numerica utilizzata per quantificare la gravità dei sintomi della demenza. Sulla base di interviste a persone affette da AD e familiari/prestatori di cura, operatori sanitari qualificati valutano le prestazioni cognitive e funzionali in sei aree: memoria, orientamento, giudizio e risoluzione dei problemi, coinvolgimento nella comunità, casa e interessi-passatempi, e la cura personale. Il punteggio totale è dato dalla somma dei punteggi nelle sei aree. CDR-SB viene utilizzato anche come strumento appropriato per valutare l'efficacia dei farmaci terapeutici mirati alle prime fasi dell'AD. Una recente rassegna conferma la indicazione all'utilizzo di CDR-SB in ambito di ricerca [non di pratica clinica], con sensibilità del 74% e specificità dell'81% [1].

Riguardo agli obiettivi secondari, ADAS-cog è lo strumento di valutazione cognitiva più comunemente utilizzato negli studi clinici sull'AD in tutto il mondo. ADAS-cog14 consiste di 14 competenze: richiamo di parole, comandi, prassia costruttiva, denominazione di oggetti e dita, prassia ideativa, orientamento, riconoscimento di parole, ricordo di istruzioni per il riconoscimento di parole, comprensione della lingua parlata, difficoltà a trovare le parole, abilità nella lingua parlata, memoria verbale differita, e prove di cancellazione di numeri e di labirinto. ADAS-cog è stato utilizzato in studi clinici per le prime fasi dell'AD, incluso lo MCI. L'ADCS MCI-ADL valuta la competenza dei pazienti con MCI nelle attività della vita quotidiana (ADL), sulla base di 24 domande al partner del paziente riguardo alle modalità con cui sta effettivamente svolgendo le attività della vita quotidiana.

Rispetto agli individui coinvolti, i criteri di ammissibilità erano aperti a pazienti con un'ampia gamma di comorbidità/farmacoterapie: ipertensione, diabete, malattie cardiache, obesità, malattie renali e anticoagulanti, ecc. Lo studio – condotto in Giappone, Stati Uniti, Europa e Giappone – ha reclutato soggetti di varia etnia, rappresentativi della popolazione servita dal Medicare statunitense.

Il farmaco è stato somministrato alla dose di 10 mg/kg, 2 volte alla settimana, senza necessità di titolazione. In attesa che i dati vengano presentati il prossimo 29 novembre al Clinical Trials on Alzheimer's Congress (CTAD), e nelle pubblicazioni a seguire, il comunicato anticipa come il lecanemab abbia comportato una differenza di 0,45 punti alla CDR-SB. Trovo opportuno valutare tale risultato in termini di “differenza minima clinicamente significativa”, cioè – secondo il “Bollettino di Informazione sui Farmaci” (BIF), pubblicato da AIFA sino al 2009 – “quella differenza che sarebbe sufficiente a giustificare un cambiamento nelle decisioni terapeutiche, tenendo anche conto del rischio di eventi avversi, inconvenienti e costi” [2]. Un declino cognitivo significativo viene stimato in 1 punto di CDR-SB per lo MCI-AD, ed in 2 punti di CDR-SB per AD lieve [3].

[1] Cohen, S., Cummings, J., Knox, S., Potashman, M., & Harrison, J. (2022). Clinical Trial Endpoints and Their Clinical Meaningfulness in Early Stages of Alzheimer's Disease. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 9(3), 507–522. <https://doi.org/10.14283/jpad.2022.41>

[2] Come viene riportata l'importanza clinica dei risultati degli studi? Analisi di alcune sperimentazioni controllate e randomizzate. *BIF Nov-Dic 2001 - N. 6*, pagg. 257-260 [liberamente reperibile in rete].

[3] Andrews, J. S., Desai, U., Kirson, N. Y., Zichlin, M. L., Ball, D. E., & Matthews, B. R. (2019). Disease severity and minimal clinically important differences in clinical outcome assessments for Alzheimer's disease clinical trials. *Alzheimer's & dementia (New York, N. Y.)*, 5, 354–363. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.06.005>

Devo sempre a Mauro l'indicazione di un lavoro, e dell'editoriale allegato, dedicato alla **salute degli anziani profughi dall'Ucraina**. *Lancet Healthy Longevity* del 16 settembre sostiene che il peso delle malattie indotto dai rifugiati ucraini è considerevole; indica quindi le aree maggiormente critiche per una razionale programmazione del supporto da offrire ai profughi. L'editoriale di accompagnamento ha un titolo significativo: “I sistemi sanitari dei Paesi EU che ospitano profughi ucraini sono pronti ad adattarsi?”. Infatti, fino al 19 maggio 2022 6.3 milioni di ucraini hanno lasciato il loro paese, compresi 3.5 milioni che sono entrati in Polonia. Di questi, gli anziani sono stati stimati essere 624.690, ciascuno dei quali portatore in media di 2.5 malattie, in particolare patologie polmonari, cardiovascolari, degli occhi, muscoloscheletriche e genitourinarie. Gli autori del lavoro sono polacchi, il Paese che con grande generosità ha accolto un enorme numero di rifugiati; le loro considerazioni sono importanti per qualsiasi nazione europea che voglia prepararsi al futuro, nel quale i movimenti di popolazione saranno sempre più frequenti, anche dopo – lo speriamo – la fine dell'aggressione russa alla Ucraina.

Il NYT di tre giorni fa ha pubblicato un articolo dal titolo: **“What if burnout is less about work and more about isolation?”**. In questi tempi di grandi difficoltà, nei quali il termine burnout viene usato con frequenza per situazioni diverse, è utile il richiamo del giornale; spesso, infatti, la causa principale dello stato di disagio è causato dall'isolamento, dalla mancata collaborazione, dallo scarso interesse per il collega, il suo benessere e i risultati del suo lavoro. Il periodo della pandemia è stata una realistica dimostrazione dell'opportunità di questa frase; di fronte ad immani motivi di crisi, se all'interno dei servizi sanitari e assistenziali vi era un'atmosfera di aiuto, di comprensione, di condivisione i danni al singolo operatore sono stati ridotti in modo significativo. Di questo argomento discuteremo anche il 15 novembre a Padova nel corso della 5° Giornata nazionale contro la solitudine dell'anziano.

Annuncio che **mercoledì 26 ottobre** si terrà il secondo appuntamento del nostro ciclo di **webinar AIP-Seminari di Psicogeriatrica**: il Dr. Claudio Vampini tratterà la tematica dal titolo **“Gli antidepressivi: primum non nocere. Profili di tollerabilità a confronto nella cura degli anziani”**.

Ricordo che la partecipazione è gratuita, ma è necessario iscriversi cliccando l'apposito link riportato nella locandina in allegato.

Infine, segnalo che è sempre attivo il nostro **numero verde "SoloLine. Una telefonata contro la solitudine dell'anziano"**, del quale allego la locandina.

Un caro saluto

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

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

50 SFUMATURE DI CURA IL PARADISO PUO' ATTENDERE RSA: Presente, Futuro e Senso della Vita

Treviso, 7 Ottobre 2022

La scelta della cura: lavoro e vocazione

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Associazione Italiana di Psicogeriatra
Università di Roma "Tor Vergata"

**Abbiamo scelto la cura per strade diverse,
talvolta confuse.**

**Però ora, per tutti noi, vocazione e lavoro
coincidono, pur nelle difficoltà.**

**Il covid ha spento tante volontà positive,
ma non in modo irreversibile.**

Alcune premesse per esplicitare il nostro atteggiamento verso il lavoro di cura.

Il covid e la nostra libertà

Albert Camus (La peste): “Questa porcheria di malattia anche quelli che non ce l’hanno la portano nel cuore”.

Joe Biden (18.9.22): “Think of how that has changed everything: people attitudes about themselves, their families, about the state of the nation, about the state of their communities”.

**Le caratteristiche del lavoro di cura nelle
parole di chi ne ha compreso lo spirito.**

Etty Hillesum (pochi giorni prima di essere assassinata): “Ormai si tratta semplicemente di essere buoni gli uni verso gli altri, con tutta la bontà di cui siamo capaci”.

Mauro Ceruti (2021): “Dopo il covid la fraternità non è più solo un’ispirazione etica. E’ necessità iscritta nella nuova condizione umana”.

**Federico Faggin (inventore dei microchip):
"Per approdare a un futuro migliore dobbiamo
prima immaginare realtà possibili, non
conseguenze logiche di cose che sappiamo già.
Il futuro creativo è tutto da inventare".**

Eugenio Borgna: “Si rischiarano le amicizie di ogni giorno, anche quelle indebolite dalla stanchezza e dalla disattenzione, dall’inquietudine dell’anima e dall’incostanza, dalla precarietà e dalla leggerezza, dall’ansia e dall’angoscia”.

Il lavoro, che è anche vocazione, può essere definito un tempo di grazia, il dono che conduce alla generosità e al desiderio di compiere atti di cura efficaci, il meglio di quanto è possibile. Può anche essere definito il tempo della responsabilità, un impegno che impone di tenere presente il volto dell'altro, sempre portatore di una domanda di cura.

Il tempo dell'ascolto: quante volte gli addetti alla cura ascoltano le persone e quante volte invece ascoltano il sapere, spesso lontano dai desideri di donne e uomini anziani.

Parole chiave:
crisi, bontà, fraternità, scelte autonome,
creatività, amicizia, grazia, responsabilità,
ascolto.

I bisogni dell'anziano fragile

- **i vecchi fragili sono molti**
- **chiedono di rinunciare ad ogni forma di stigma**
- **temono la solitudine**
- **pretendono una cittadinanza privilegiata**
- **pretendono amore, vicinanza, accompagnamento**
- **richiedono atti fondamentali: mobilitazione, igiene, alimentazione, continenza, ...**

**Le RSA sono luoghi vitali:
ma il resto del servizio agli anziani fragili
lo è altrettanto?
Il problema della povertà che impedisce
l'accesso a molti servizi.**

Rispondere ai bisogni è impresa complessa e difficile.

Una sfida alla vocazione e alle professionalità.

Le risposte di chi lavora rispettando la propria vocazione

- **Curiosità**
- **Generosità**
- **Tenerezza**
- **Competenza**
- **Resistenza**
- **Forza**
- **Efficienza**

**Ma quanto è difficile nel tempo
del lavoro “liquido” rispettare
una vocazione alla cura?
Difficile ma possibile.**

**“Il paradiso può attendere”:
solo se siamo realisticamente capaci di creare
un “mondo possibile” per l’anziano fragile.
Con professionalità e vocazione: dipende da noi.**

Seminari di Psicogeriatrica

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDÌ 26 OTTOBRE 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Gli antidepressivi: *primum non nocere*.

**Profili di tollerabilità a confronto
nella cura degli anziani**

Claudio Vampini (Verona)

Conduce la discussione: *Enrico Mossello (Firenze)*

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 24 ottobre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



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

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 9067473 - florence@wearemci.com

LA CARTA DI TREVISO

Documento di impegno per il futuro delle RSA

Treviso, “50 sfumature di cura – 2022”

Premessa

Le residenze per anziani non autosufficienti, nelle loro diverse articolazioni e declinazioni regionali, stanno vivendo la fase più critica della loro esistenza. E con loro gli anziani assistiti, le loro famiglie, i lavoratori, le loro famiglie.

Il silenzio assordante di una legge sulla non autosufficienza che non c'è schiaccia l'Italia, e i suoi politici, all'ultimo posto in Europa, causando l'agonia del sistema dei servizi, dei vecchi che hanno bisogno di aiuto e delle famiglie all'ultimo miglio, abbandonati nelle mani di un welfare burocratico, vecchio di quaranta anni, che non legge il presente e non vede il futuro.

La situazione per le RSA è catastrofica e riguarda principalmente tre aspetti:

1. la grave carenza nel mercato del lavoro di personale sanitario (infermieri e medici) ed assistenziale (operatori sociosanitari) disposto a lavorare nelle residenze per anziani;
2. la grave situazione economica, legata al Covid-19, ai costi energetici, al costo del lavoro, che affonda i bilanci degli enti causando perdite consistenti che, in mancanza di sostegni pubblici, si riverseranno pesantemente sulle spalle delle famiglie;
3. la frastagliata organizzazione dei servizi residenziali, privi di modelli e assetti nazionali in grado di garantire a persone che vivono in regioni diverse, ma anche nella stessa regione, dignitosi ed equi livelli di assistenza.

Queste condizioni stanno determinando, proprio in questo momento, gravi danni alle persone non autosufficienti ricoverate nelle residenze, ai lavoratori, che sottoposti ad uno stress permanente decidono di abbandonare queste professioni, alle stesse imprese che non riescono a quadrare i bilanci mettendo a repentaglio un sistema che oggi sta dando risposta, in Italia, ad oltre 350.000 anziani, non autosufficienti, soli o con famiglie che non sono nelle condizioni di assisterli a domicilio. Per non contare il milione di anziani non autosufficienti che non trovando riparo nei servizi, sono affidati nelle mani di assistenti private (cd badanti) spesso non formate e fuori regola.

La politica appare del tutto inconsapevole di questo dramma, oppure, peggio, incapace di intervenire con la tempestività che l'emergenza richiede. Prova ne sia il totale immobilismo negli indirizzi politici della gestione ordinaria e straordinaria delle RSA accentuata da scelte sbagliate, da parte governativa, in sede di PNRR e quindi di visione di futuro. In questo campo, ad un sano pragmatismo legato alla realtà oggettiva di una demografia che non lascia vie di scampo, si è sovrapposta una cieca ideologia che, se non rivista, produrrà gravi danni negli anni a venire.

Il rationale

Il rationale in tre punti:

- a. I dati sull'invecchiamento della popolazione anziana in Italia evidenziano in modo inequivocabile, in ogni regione, il forte e continuo incremento delle persone anziane non autosufficienti da oggi sino al 2050;
- b. I dati demografici sulla struttura sociale dell'Italia confermano l'aumento degli anziani soli e il depauperamento delle famiglie non più in grado di assistere, in casa, il proprio congiunto non autosufficiente;
- c. I due anni di pandemia da Covid-19 hanno messo in grave crisi il funzionamento delle RSA aumentando il pregiudizio sociale e la loro condanna come luoghi di segregazione e morte.

A fronte di queste semplici considerazioni, in attesa che la politica, o meglio, i politici facciamo la loro parte approvando una legge organica e di sistema sulla non autosufficienza, alle RSA non rimane che prendere per mano il proprio destino facendo emergere, da una parte la qualità dei servizi esistenti, dall'altra le proprie linee per uno sviluppo auspicabile e sostenibile delle RSA nel panorama sociale e culturale dei prossimi trenta anni.

Il principio

Prima di entrare nel merito di una possibile proposta va condiviso un principio: *“Le persone anziane non autosufficienti, qualunque siano le loro condizioni fisiche, mentali, economiche e sociali, hanno il diritto inalienabile alla salute e alla migliore qualità di vita possibile, da raggiungere attraverso la messa a disposizione quanto necessario per il perseguimento di questo obiettivo”*.

Questo principio è il punto di riferimento per le famiglie, le comunità e tutti i servizi della rete (territoriali, residenziali, ospedalieri) e si traduce nella ricostruzione di una cultura positiva e solidale nei confronti dei vecchi, portatori sani, sino alla morte, del diritto alla salute.

Il lavoro culturale sul tema del pregiudizio nei confronti degli anziani e dell'invecchiamento in generale è di fondamentale importanza in quanto è proprio sul valore sociale attribuito alla persona anziana e all'invecchiamento che si determina il valore dei servizi per gli anziani e il valore delle professioni di cura degli anziani.

Se gli anziani valgono poco, valgono poco i servizi a loro dedicati (come ad esempio le RSA) e valgono poco le professioni (le nostre) che di loro si occupano.

Un cammino lungo, ma possibile

La possibilità di cambiare la cultura sul tema dell'invecchiamento è un risultato complesso e composito che richiede il contributo sinergico e convinto di tutti gli attori che agiscono in ambito sociale e culturale. La scuola, le associazioni, i servizi, le amministrazioni, le imprese, i cittadini. In questo largo contesto le RSA, che si occupano degli anziani più fragili, hanno un ruolo di grande importanza e responsabilità in quanto incarnano lo stigma, lo stereotipo più negativo, la peggiore delle condanne, ma al contempo il luogo simbolo dove il cambiamento può iniziare. Se le RSA riuscissero a pensare a sé stesse in termini diversi, elevando il valore della propria funzione, l'importanza della cura di chi sta peggio, assumendo un ruolo educativo nei confronti di una società disattenta, aprendosi alle comunità e diventando un approdo di fiducia per coloro che di quei servizi hanno bisogno o di coloro che si sentono pronti fare parte, a diverso titolo, di questi servizi, allora possiamo intravedere un futuro verso il quale, insieme, remare.

La proposta

Facciamo dunque, come RSA, la nostra parte, perché ne abbiamo il dovere, perché ne abbiamo diritto.

Qualunque sia la condizione della nostra RSA, possiamo decidere di condividere almeno due percorsi che possono partire proprio dalla condivisione di questo documento: da una parte evidenziare le migliori prassi di cura al fine di valorizzare il bello delle RSA, dall'altra maturare un'idea di futuro possibile verso il quale spingere tutti noi in modo attivo e propositivo.

In termini concreti si tratta di:

1. promuovere, in un'ottica di piena e reciproca collaborazione, le migliori prassi operative in ambito nazionale per aiutare il sistema dei servizi residenziali a valorizzare il lavoro fatto ed a migliorare la qualità, erogata e percepita, dell'assistenza, contrastando stereotipi e pregiudizi oggi presenti;
2. disegnare il futuro delle residenze per anziani, almeno per i prossimi 10 anni, proponendo soluzioni moderne, innovative, in linea con le migliori soluzioni architettoniche, tecnologiche, assistenziali, organizzative, in una logica, come dettato dal PNRR, di rete integrata di servizi di comunità.

Le aree di lavoro

Per quanto attiene il punto 1, la volontà è di consolidare le *“50 sfumature di cura”* non solo come libero appuntamento annuale delle RSA in Italia, ma come volano per la raccolta e la valorizzazione delle migliori prassi ed esperienze di buon lavoro. Come già anticipato, è nostra convinzione che il primo grande sforzo da

compiere va nella direzione della promozione di una cultura positiva, che affronta e propone soluzioni ai grandi temi della non autosufficienza, che alimenta la fiducia nelle buone pratiche, che riesce a stabilire alleanze con i familiari condividendo con loro l'obiettivo della salute e della qualità della vita.

Un elenco non esaustivo sul quale elaborare buone prassi è il seguente:

- esprimere una linea chiara sul tema della **qualità della vita** degli anziani non autosufficienti nelle residenze e del suo rapporto con il concetto di salute, di medicina, di assistenza;
- ripensare ad un **ruolo della sanità** nella grave non autosufficienza, con particolare riferimento al tema della riduzione del dolore e dell'uso di una farmacologia sostenibile;
- ripensare alla **riorganizzazione dei nuclei** con riferimento alle prevalenze presenti, tra cui il decadimento cognitivo (60% degli anziani in struttura ne sono affetti), la grave compromissione sanitaria, il disagio psichiatrico, i problemi funzionali;
- affrontare il tema del **fine vita**, considerando che riguarda ogni anno almeno il 30% delle persone che vivono nelle residenze;
- promuovere nuovi **modelli organizzativi** in grado di valorizzare il patrimonio umano orientandolo agli obiettivi di qualità dei servizi garantendo il governo dei sistemi di cura;
- confrontare e condividere **percorsi formativi** utili allo scopo, per il rafforzamento della cultura aziendale e per la promozione di processi di crescita professionale
- ...

Pensare che ogni RSA possa esprimere un pensiero maturo, condiviso, consolidato, moderno su questi temi potrebbe essere un elemento di grande novità nel panorama nazionale e potrebbe contribuire a rilanciare un'idea diversa di RSA, di assistenza, di residenzialità, di fiducia, di visione moderna di cura, emancipandoci dai modelli indistinti e generici nei quali spesso veniamo costretti.

Per quanto riguarda il punto 2, tenuto conto degli effetti che il Covid-19 ha determinato sui temi dell'isolamento e della gestione delle malattie infettive in RSA, nonché delle problematiche connesse alle multi resistenze e al rischio clinico, considerate inoltre le linee di sviluppo definite dal PNRR, è importante riuscire ad elaborare un nuovo modello di RSA che possa guardare in modo innovativo e propositivo al futuro. Insomma, quale futuro per le RSA?

In attesa che altri ci definiscano, è importante iniziare un percorso per essere pronti, da domani, a proporre nuove idee, nuovi spazi, nuovi servizi, nuove organizzazioni, pronti ad adottare un nuovo lessico, integrando l'uso delle tecnologie, della domotica, della digitalizzazione.

Anche in questo caso, un elenco non esaustivo di temi di lavoro è il seguente:

- trovare **nuove parole** per i nuovi sistemi in via di definizione e realizzazione;
- trasformare il sistema per reparti e per nuclei in un **sistema per comunità**, lavorando attorno a questo concetto per costruire nuove soluzioni abitative;
- allargare il raggio d'azione delle RSA uscendo dai perimetri strutturali per diventare **risorsa di sistema della comunità locale**, anche attraverso l'erogazione di servizi territoriali (SAD, ADI, servizi ambulatoriali, trasporti, pasti...);
- spingere culturalmente (e lessicalmente) verso una organizzazione dei servizi residenziali per comunità di vita e comunità di cura (la versione sociale della **casa di comunità**);
- spingere le residenze per anziani ad occuparsi delle comunità nelle quali sono inserite (**comunità nelle comunità**) organizzando attività e servizi aperti al territorio, vere e proprie filiere in grado di contribuire alla rete di comunità.

Conoscere le sperimentazioni innovative oggi presenti nel Paese, creare dei nuovi modelli di sviluppo, proporre soluzioni innovative che superano i modelli attuali contribuisce a creare un nuovo immaginario, ovvero a proporre nuovi paradigmi, più in linea con le attese di un mondo in continua trasformazione.

Questioni di carattere nazionale

Oltre al tema della valorizzazione delle RSA e del necessario lavoro per costruire il futuro, ci sono almeno tre questioni importanti, di sistema, che non possono essere trascurati per gli effetti dirompenti che hanno sulla realtà concreta di ogni giorno.

- 1. sperequazioni regionali:** l'assenza di una cornice normativa nazionale ha determinato la nascita di sigle, organizzazioni, standard, finanziamenti, molto diversi nelle diverse regioni d'Italia. Si tratta di una realtà che enfatizza le differenze a detrimento di un diritto alla salute equo e universalistico, dove i livelli minimi di assistenza sono garantiti all'interno di ogni struttura residenziale per non autosufficiente presente nel Paese. In questo ambito le RSA potrebbero proporre modelli organizzativi, standard assistenziali e livelli di finanziamento sufficienti per una buona assistenza e uniformi a livello nazionale.
- 2. sperequazioni contrattuali:** in ambito nazionale sono presenti molti contratti di lavoro che disorientano i lavoratori, non facilitano le politiche di affiliazione agli Enti e non permettono i giusti investimenti formativi che ogni RSA è tenuta a fare. Questa situazione accelera la mobilità del personale da contratti meno vantaggiosi a contratti più vantaggiosi, determinando un abbassamento generale della qualità del lavoro che poi si ripercuote sulla qualità dell'assistenza. L'ipotesi di lavoro è di proporre la costituzione del comparto unico della non autosufficienza, economicamente competitivo in rapporto ad altri contratti (ad esempio quello della sanità) e quindi potenzialmente desiderabile per la stabilizzazione del proprio lavoro.
- 3. Asistencia, musaeida, Xiezhù:** si tratta della parola assistenza tradotta in spagnolo (Argentina, Perù, Brasile, Panama, R. Domenicana...), in arabo (Tunisia, Marocco...) e in cinese. I numeri parlano chiari: il futuro dell'assistenza alle persone anziane avrà come principali attori persone straniere, provenienti da Stati extraeuropei. Questa consapevolezza deve stimolare le RSA ad elaborare, da subito, strategie di accoglienza, mediazione e formazione tali da consentire che la qualità del servizio mantenga livelli assistenziali sufficienti rispetto agli standard richiesti. L'invito alle RSA è di comprendere questa realtà e di governarla al meglio, senza cercare ritorni al passato che avrebbero come unico effetto la stabilizzazione a lungo termine della precarietà.

Conclusioni

L'obiettivo della Carta di Treviso è mettere le RSA al centro del loro rilancio, al servizio della comunità locale, nella prospettiva di un arricchimento reciproco. Obiettivo comune è combattere il delirio dell'eterna giovinezza e favorire un'idea positiva dell'invecchiamento, consapevoli che il ciclo della vita ha i suoi tempi e le sue regole. Questo è possibile solo in una società più matura, una società in grado di comprendere che le RSA non sono magazzini per vecchi ma luoghi di vita, dove le persone che vi abitano mantengono intatta la propria dignità, i propri diritti. Ridare dignità e diritti agli anziani significa dare nuovo valore alle RSA e quindi nuovo valore ai lavoratori di questo settore, lavoratori che, come per gli anziani, mantengono dignità e diritti del tutto simili ai colleghi che operano negli altri settori della salute.

Questa carta in definitiva è un tentativo per rilanciare un percorso di impegno e di speranza per un futuro che possa essere migliore di quello attuale. Per noi, che lavoriamo nelle RSA, per gli anziani che nelle nostre RSA ci vivono, per gli anziani e le famiglie che vivono a casa propria ma che possono contare sull'apporto e l'aiuto delle RSA presenti nelle loro comunità.

Tutto questo chiede l'espressione di una volontà di condivisione, l'impegno a fare propri i principi, gli orientamenti, i contenuti finora espressi, eventualmente proponendone integrazioni e precisazioni, in un'ottica che potremmo definire di miglioramento continuo della qualità del sistema RSA, fin dove è possibile arrivare, fin dove ognuno di noi, si impegna ad arrivare.

Le adesioni consentiranno un primo collegamento e la possibilità di avviare, in vista delle 50 sfumature 2023, le iniziative che consolideranno gli impegni presi con questa carta.

Cordiali saluti.

Newsletter AIP - 7 ottobre 2022

Amiche, amici,

oggi inizia a Treviso l'incontro organizzato da AIP assieme ad ISRAA, dedicato alle RSA: "50 sfumature di cura - Il paradiso può attendere". Nella newsletter del prossimo venerdì riferirò degli aspetti più rilevanti della discussione. Per collocare l'evento di Treviso nel difficile tempo che stiamo vivendo, riporto **un pezzo di Ferdinando Camon, pubblicato su Avvenire, che descrive con partecipazione e coraggio la situazione che stanno vivendo le RSA del nostro Paese**, assediato da problemi economici e organizzativi nemmeno pensabili fino a qualche tempo fa:

"In questi giorni c'è una notizia che i giornali ospitano con nonchalance, ma che mi fa soffrire. Ed è l'aumento delle rette nelle RSA, le Residenze Sanitarie Assistenziali. La prima domanda che mi pongo è: lo sa il mondo cosa prova un vecchio (un anziano, un nonno) quando ha un nuovo bisogno per il quale deve contare sull'aiuto della famiglia, cioè dei figli? Prova vergogna. Goffredo Parise ha un racconto nel quale parla di un padre, non vecchio (non nonno), che però s'ammala e viene ricoverato, i figli lo vanno a trovare in ospedale e gli portano regaletti, per loro rivedere il padre che manca da casa è una festa, sono allegri e scherzosi, ma il padre malato (oggi dicono, con parola che a me sembra orribile ma che nel linguaggio ospedaliero ormai s'è imposta, "allettato", nel senso di "messo a letto"), non riesce a partecipare a questa festosità, lui quando vede arrivare i figli si fa triste e parla poco, perché, dice Parise, e qui sta l'acutezza del suo racconto, sente "vergogna". Ma è un padre che ritrova i suoi figli, dovrebbe essere allegro, di che cosa invece si vergogna? Di questo: il padre è colui che lavora, è il sostegno della famiglia, la famiglia è fiera di lui e lui è fiero della famiglia, guarda la moglie e i figli con orgoglio. Questo, però, finché sta bene. E quando s'ammala? Quando s'ammala esce dal ruolo di padre, lavoratore, sostegno. Tutti i padri sostengono la famiglia, ma il padre malato no. Il padre malato e ricoverato è uno che abdica al suo dovere. E quando poi il padre diventa vecchio, e non lavora più? Allora i ruoli s'invertono: la famiglia non dipende da lui, ma lui dalla famiglia. Che vergogna! Se la famiglia riesce a metterlo in una casa di riposo e a pagargli la retta, il vecchio prima o poi s'adatta, si fa le amicizie, sceglie il posto a tavola, tira avanti. Se però il costo della retta, pagata dai famigliari, s'impenna di colpo, nel vecchio si riaccende la vergogna. È quel che succede in questi giorni. La retta scatta in su di circa mille euro all'anno. È la cifra media. Conoscendo il mondo dei vecchi, il mio mondo, so che i contraccolpi nelle famiglie, anche se non in tutte, saranno tremendi, e il più tremendo sarà questo: ci saranno famiglie insolventi, non per cattiva volontà ma per costrizione economica. Naturalmente, i vecchi di queste famiglie si sentiranno colpevoli: la mia famiglia non paga, e la colpa è mia. Si sentiranno colpevoli in tutt'e due le direzioni, sia verso la famiglia che non paga perché non ce la fa, sia verso la casa che li ospita e che non riceve tutta la somma a cui avrebbe diritto.

La loro vergogna sarà doppia, cioè totale. Non oso mettere qui la conclusione a cui molti arriveranno, il lettore l'avrà già capita ed è questa, ahimè: meglio morire. Le RSA non hanno colpa, il loro bilancio deve pur quadrare. Le famiglie non hanno colpa, non possono versare soldi che non hanno. Vedo su qualche giornale affacciarsi una proposta che mi pare ragionevole e la faccio mia: qualche famiglia si chiede: "E se riducessimo i lavori delle RSA, per esempio portando a casa gli indumenti dei nostri vecchi e lavandoli noi?". Ecco che se togliamo la lavanderia ai costi della RSA, la retta può scendere. I vecchi sperano in questa soluzione. Io sto con i vecchi".

Di seguito [la mail inviata dalla dottoressa Babette Djik](#), componente del Consiglio Direttivo di AIP e [sempre molto attenta alle vicende che coinvolgono gli anziani fragili](#):

“Grazie mille della sua lezione di ieri a Genova e della newsletter che seguo sempre con piacere tutti i venerdì! Ho letto i due articoli che ha condiviso: trovo sempre molto interessante Michela Marzano, anche se nella mia esperienza purtroppo non sempre l’amore basta ad assistere le persone con demenza (come fai ad amare tua madre aggressiva e violenta che cerca di scappare, non ti riconosce più e poi, diciamo, non è stata neanche una gran madre?). Ci vuole pazienza e dedizione o meglio abnegazione assoluta, che non tutti i parenti riescono ad avere. Ogni volta che parlo con i parenti dico sempre loro di avere pazienza, trovare tempo per sé, non far caso a tutte le cose che i pazienti dicono e a prenderla con filosofia il più possibile. Spesso poi di fronte a situazioni faticose e parlando apertamente con i parenti dico loro: siete degli eroi, io so parlare bene, ma quando toccherà a me non so se sarò mai in grado di fare davvero con i miei genitori e con mia suocera tutto quello che dico sempre a voi! Predicare e parlare è sempre facile, fare molto meno... Un solo commento sull’articolo di Benini, le cui posizioni anti-amiloide sono già note: perché usa la parola demente? Perché non c’è maggiore attenzione nel linguaggio quando si parla di persone affette da demenza (o meglio ancora da disturbo neurocognitivo maggiore)? Non sarebbe già un buon punto di partenza per combattere lo stigma di cui si parlava anche a Genova? Per quanto riguarda l’appunto finale che la demenza si possa prevenire così facilmente, ho qualche dubbio, ma il buon Chronos alla fine ci dirà come stanno veramente le cose...”.

Sono due brani che descrivono da diversi punti di vista la condizione degli anziani fragili, che oggi vivono un tempo particolarmente difficile.

Alcuni articoli che mi sembrano significativi tra i moltissimi che attirano la nostra attenzione in questo periodo (una sorta di liberazione dopo le ristrettezze indotte dal Covid).

JAMA Internal Medicine del 12 settembre riporta il risultato di uno studio sull’[associazione tra attività fisica e riduzione del rischio di cancro, di malattie cardiovascolari e di mortalità da tutte le cause](#). Lo studio riporta dati simili sul piano quantitativo a quelli discussi da Mauro Colombo nella newsletter del 23 settembre sull’efficacia del cammino a cadenza rapida nel ridurre il rischio di demenza. Il dato sull’efficacia ad ampio spettro dell’attività motoria ne conferma l’importanza per il benessere; le toglie però specificità, con il rischio di rendere meno incisiva la comunicazione e quindi l’educazione del cittadino. Il dato è stato peraltro riportato con enfasi anche dal *NYT* del 4 ottobre.

Di particolare interesse il lavoro pubblicato su *JAMA Neurology* del 3 ottobre, dedicato al [rischio di suicidio correlato con la diagnosi di demenza](#) (“Risk of suicide after dementia diagnosis”). Lo studio caso-controllo indica che la diagnosi di demenza comporta un aumentato rischio di suicidio in particolare nelle persone diagnosticate prima dei 65 anni, nel periodo immediatamente dopo la diagnosi (tre mesi) e in soggetti con una diagnosi di malattia psichiatrica. Il lavoro, che rappresenta un punto fermo su un argomento ampiamente discusso in letteratura e nella pratica clinica, insiste particolarmente sull’esigenza di un accurato assessment del paziente al momento della diagnosi per mettere in luce eventuali rischi che richiedono specifiche attenzioni da parte del curante.

JAMA Internal Medicine del 29 agosto pubblica un articolo sull’[aumento importante \(HR 3.5\) della mortalità da tutte le cause registrato in una popolazione di homeless](#). L’editoriale di accompagnamento all’articolo stressa la gravità della situazione che continua a peggiorare a causa dell’aumento del numero dei senza tetto, mentre non vi sono indicazioni per una seria presa in carico del problema da parte delle comunità. L’autore ricorda che già nel 1977 sono stati pubblicati dei dati su una zona caratterizzata da eccesso di mortalità a Boston, dove vivevano molte persone senza casa, con un numero di morti superiore a qualsiasi altra area di disastro naturale negli USA. Sono passati 55 anni e pochi progressi sono stati fatti; purtroppo, l’osservazione è valida anche per il nostro Paese.

“Progettare le case di riposo avendo in mente le donne anziane”: è il titolo di un articolo pubblicato da JAGS di settembre. Riguarda alcune indicazioni sull’esigenza che le nuove strutture tengano presente il fatto ovvio che le donne rappresentano circa il 70% degli ospiti; è quindi necessario pensare agli ambienti nella loro prospettiva, senza dimenticare, con realismo, che i progettisti sono quasi tutti uomini!

Il contributo di Mauro Colombo, come sempre originale, è dedicato ad un problema di grande attualità:

“Prima che la tensione nelle relazioni internazionali collegate alla aggressione russa crescesse al 22° gradino della scala che Herman Kahn propose ne “Il dottor Stranamore”, tra il 2017 ed il 2021 una cooperazione statunitense-tedesca ha per prima analizzato specificatamente la “Associazione dello stress correlato alla zona di guerra con le alterazioni microstrutturali della materia grigia limbica” [traducendo il titolo dell’articolo pubblicato sul numero del 16 settembre di JAMA Network Open (a)]. Gli obiettivi della indagine erano 3: 1) se lo stress legato alla zona di guerra sia associato ad alterazioni microstrutturali della sostanza grigia limbica, indipendenti dai disturbi mentali comuni in questa popolazione; 2) se tali associazioni tra lo stress legato alla zona di guerra e la microstruttura della sostanza limbica siano modulate da una storia di “danni cerebrali traumatici lievi” (b), e 3) se le alterazioni nella microstruttura alla sostanza grigia limbica siano associati al funzionamento neuropsicologico. Sono stati studiati 168 veterani maschi, rigorosamente selezionati, di età compresa tra 18 e 65 anni, appartenenti ad una coorte seguita longitudinalmente: di fatto, in maggioranza trentenni con educazione di scuola superiore. La situazione strutturale dei tessuti cerebrali è stata indagata mediante dati in diffusività da Risonanza Magnetica Nucleare [RMN]. In sintesi, questo studio di coorte ha trovato un’associazione tra lo stress legato alla zona di guerra e la microstruttura della sostanza grigia limbica nei veterani. È importante sottolineare che questi risultati sono stati osservati tenendo conto della frequente comorbidità, tra cui disturbo da stress post-traumatico, alterazioni nell’umore, ansia e disturbo da uso di sostanze. Inoltre, i “danni cerebrali traumatici lievi” non avevano nessun effetto significativo sull’associazione tra stress legato alla zona di guerra e microstruttura della sostanza grigia limbica. Infine, le caratteristiche della microstruttura grigia limbica sono state associate a modificazioni nelle prestazioni cognitive inclusa la memoria verbale a breve termine e la velocità di elaborazione [aumentate], e l’inibizione della risposta [ridotta], mentre non sono state trovate associazioni con la disabilità generale e con sintomi neurocomportamentali. Sono stati colti contemporaneamente aumenti e diminuzioni nella anisotropia tessutale – espressione della diffusività dell’acqua nelle regioni cerebrali di interesse. Tenendo conto della attuale letteratura sulle immagini funzionali nel disturbo da stress post-traumatico, gli Autori propongono che le alterazioni della diffusività osservate possono derivare da un trasferimento funzionale dalle regioni fronto-linguistiche alle strutture temporali mesiali (spostamento della domanda funzionale da regioni cingolate e orbito-frontali verso le regioni temporali mesiali). È stato ipotizzato che l’ipervigilanza e la disponibilità a rispondere alle sfide legate al combattimento possano costituire adattamenti vantaggiosi a situazioni ambientali altamente stressanti. Tuttavia, potrebbe essere difficile tornare ai normali stati di allerta, di ritorno dal dispiegamento al fronte. Lo stato di attivazione cronica può comportare modificazioni neuroplastiche ed un sovraccarico delle funzioni cerebrali fronto-temporali. La riduzione nelle capacità di inibire le risposte può tradurre la interferenza di aspetti emotivi su altre funzioni cognitive. In veterani con disturbo da stress post-traumatico sono noti difetti nel consolidamento dei ricordi e ridotta velocità di apprendimento: funzioni associate alla corteccia cingolata prefrontale, regione dove il presente studio ha rilevato ridotta anisotropia tessutale [indicativa di danno strutturale]. L’ipotesi della interferenza è supportata da recenti riscontri RMN di iperconnettività tra regioni mesiali temporali e prefrontali, sotto stress. Il substrato istologico delle modificazioni strutturali nei giri orbito-frontali e para-ippocampali, ed al cingolo, può plausibilmente consistere in una riduzione in astrociti, cellule deputate a complessi ruoli cruciali per la salute cerebrale, quali la omeostasi tra i neurotrasmettitori e la integrità della barriera emato-encefalica; la perdita in astrociti predispone alla neuroflogosi. Viceversa, il rimodellamento neuroplastico al complesso amigdalo-ippocampale sarebbe sostenuto dalla attivazione mielinopoietica degli oligodendrociti.

La frase con cui l'articolo si conclude prospetta la possibilità che i militari esposti agli effetti deleteri dello stress associato alle zone di guerra possano beneficiare di un intervento terapeutico precoce anche in assenza di una diagnosi di disturbo mentale.”

(a) Kaufmann, E., Rojczyk, P., Sydnor, V. J., Guenette, J. P., Tripodis, Y., Kaufmann, D., Umminger, L., Seitz-Holland, J., Sollmann, N., Rathi, Y., Bouix, S., Fortier, C. B., Salat, D., Pasternak, O., Hinds, S. R., Milberg, W. P., McGlinchey, R. E., Shenton, M. E., & Koerte, I. K. (2022). Association of War Zone-Related Stress With Alterations in Limbic Gray Matter Microstructure. *JAMA network open*, 5(9), e2231891. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.31891>

(b) I 3 criteri per definire i “danni cerebrali traumatici lievi” sono stati: perdita di coscienza durata non oltre 30’; amnesia post-traumatica durata non oltre 24 ore; stato mentale alterato per non oltre 24 ore. Un aggiornamento sull’argomento, più recente rispetto a quanto riportato nella bibliografia dell’articolo [vedi voce 17], è liberamente disponibile in rete: Silverberg, N. D., Iverson, G. L., & ACRM Mild TBI Definition Expert Consensus Group and the ACRM Brain Injury Special Interest Group Mild TBI Task Force (2021). Expert Panel Survey to Update the American Congress of Rehabilitation Medicine Definition of Mild Traumatic Brain Injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 102(1), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.08.022>

Infine, **un pensiero ai 600 anziani ammalati di demenza trasportati a Kiev da una cittadina dell’Ucraina distante 600 chilometri**, dove nessuno si curava di loro. 12 ore di treno in pessime condizioni. Ha scritto Marina Corradi: “Poveri Cristì dimenticati sull’orlo di un confine di odio. Affamati, dopo il pasto, tutti a chiedere -ancora-, come bambini. Sì, poveri vecchi bambini. Perfino i russi li hanno lasciati partire, tanto non valevano nulla”.

Allego il programma definitivo del congresso che AIP terrà a Trieste dal 20 al 22 ottobre, dal titolo **“Neuroscienze e invecchiamento. I luoghi dell’incontro”**. È stato organizzato nella logica dell’incontro tra le diverse culture e professionalità che afferiscono alla psicogeriatrica, ma anche dell’incontro tra culture di confine, come avviene da sempre nella città di Trieste e la rende unica.

Mercoledì 5 ottobre è iniziata la serie autunnale dei webinar AIP con la lezione della professoressa Annachiara Cagnin, dal titolo “Demenza frontotemporale: ai confini della psicogeriatrica”. Una lettura di altissimo livello culturale e clinico. Hanno partecipato 198 colleghi. A breve verrà pubblicato l’intero calendario dei prossimi webinar; saranno inoltre disponibili sul sito AIP le videoregistrazioni degli eventi.

Con viva amicizia e stima

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica

NEUROSCIENZE E INVECCHIAMENTO

i luoghi dell'incontro

Evento nazionale di AIP
a partecipazione internazionale

CREDITI
ECM
11,2

Con il Patrocinio del



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 (Modena), Emanuele Rocco Villani, Barbara Manni, Davide Zaccherini

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

Valentina Ricci (La Spezia), Sandra Moretti, Serena Gerali, Marina De Biasi, Massimiliano Godani, Alessio Novelli, Antonio Mannironi, Francesco Benso

Long Covid: quando il virus si mimetizza con la depressione

Antonino Cotroneo (Torino), P. Sapone, E. Calvi, S. Mondino, R. Carlucci

Omocisteinemia e depressione nello studio longitudinale "invece"

Virginia Aglieri (Abbiategrosso), Annalisa Davin, Antonio Guaita

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

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

Antonio Lera (Teramo), F. Lera

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

Massimo Veneziano (Genova), Barbara Senesi

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

Stefano Govoni (Pavia), A.Rosi, S.Preda, N.Allegri

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 (Pavia), B. Arosio, E. Ferri, P.D. Rossi, E. Baronchelli, E. Pedrini, F. Fagiani, C. Lanni

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

Davide Crivelli (Milano), Michela Balconi, Laura Angioletti

La diffusione di una cultura dementia friendly

Antonella Deponte (Trieste), Rosanna Palmeri

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

Giulia Marselli (Roma), Francesca Agostini, Giuseppe Forte, Francesca Favieri, Angela Guarino, Maria Casagrande

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

Nicola Serroni (Teramo), Daniela Campanella, Luca Serroni, Simone Serroni, Anna Maria Pizzorno

Giovedì 20 ottobre

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 (Teramo), Daniela Campanella, Luca Serroni, Simone Serroni, Anna Maria Pizzorno, Natalina D'Eugenio

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

Nicola Serroni (Teramo), Simone Serroni, Anna Maria Pizzorno, Alessandra Serroni, Luca Serroni, Daniela Campanella

SALA IMPERATORE

13:15-17:00

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 (Malnate)

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

Nicola Meda (Padova), Alessandro Miola, Giulia Cattarinussi, Fabio Sambataro

Poor Sleep Quality and Mental Health in Aging

Ilaria Corbo (Roma), Giuseppe Forte, Francesca Favieri, Maria Casagrande

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

Federica Viola (Trieste), Sandra Casagrande, Paolo De Colle, Michela Zanetti

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

Ferdinando Schiavo (Udine)

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

Virginia Aglieri (Abbategrasso), Mauro Colombo, Antonio Guaita

Ambulatorio Multidisciplinare Neuropsichiatrico implicazioni per la psicogeriatrica

Marialaura Lussignoli (Padova), S. Caiolo, A. Antonini, A. Cagnin, G. Pigato

Pandemia e riabilitazione: il punto di vista OIC diventa prismatico

Monica Rapattoni (Padova), N. Cascino, A. Corallutti, F. Toso, M. Rigon

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

Alessandro Greatti (Ferrara), D. Pedrini, C. Pistolesi, P. Guindani, F. Cotti, C. Braga, M. Polastri, T. Romagnoli

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

Giovanni Ottoboni (Bologna)

I caffè Alzheimer attraverso la pandemia: risultati del questionario nazionale AIP

Stefano Boffelli (Brescia), Sara Avanzini, Federica Gottardi, Chiara Vecchi, Marco Trabucchi

Anziani ricoverati in Ospedale: indici prognostici e personalizzazione della cura per mente e corpo

Cinzia Omiciuolo (Feltre), Giacomo Cino, Gianni Biolo, Lucio Torelli

fMCI e imputabilità: il ruolo delle nuove tecniche di neurologia e neurofisiologia clinica (applicata alla neuropsicologia) per determinare la capacità di stare in giudizio nonché di intendere e/o di volere

Mirko Avesani (Mantova), Domenico Piccininno, Elisabetta Sionis, Gennaro Francione, Francesco Paladin, Alfonso Ciccone

Aumento delle prescrizioni di antidepressivi nelle persone con più di 60 anni durante la pandemia da COVID-19 nella regione Friuli Venezia Giulia, anni 2015-2020

Giulio Castelpietra (Trieste)

Il positive care e le terapie non farmacologiche (TNF)

Maria Ostuni (Bari), Doda Renzetti, Valeria Sasanelli, Angela Vocale, Rosaria Sblano

Giovedì 20 ottobre

17:00-19:00

Saluto delle Autorità

Valter Sergio - Università degli Studi di Trieste

Gian Luigi Gigli - Università degli Studi di Udine

Antonio Poggiana - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)

Andrea Longanesi - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)

Fabio Samani - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)

Pierfranco Trincas - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)

Introduzione

Marco Trabucchi (Brescia)

Cerimonia inaugurale

Presiedono: Paolo Manganotti (Trieste),
Claudio Vampini (Verona)

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)

Premiazione delle tre migliori Comunicazioni Orali

19:00

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 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)

13:00-14:00

Pausa pranzo

Venerdì 21 ottobre

I fattori di rischio dell'invecchiamento patologico

Presiedono: Antonino 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

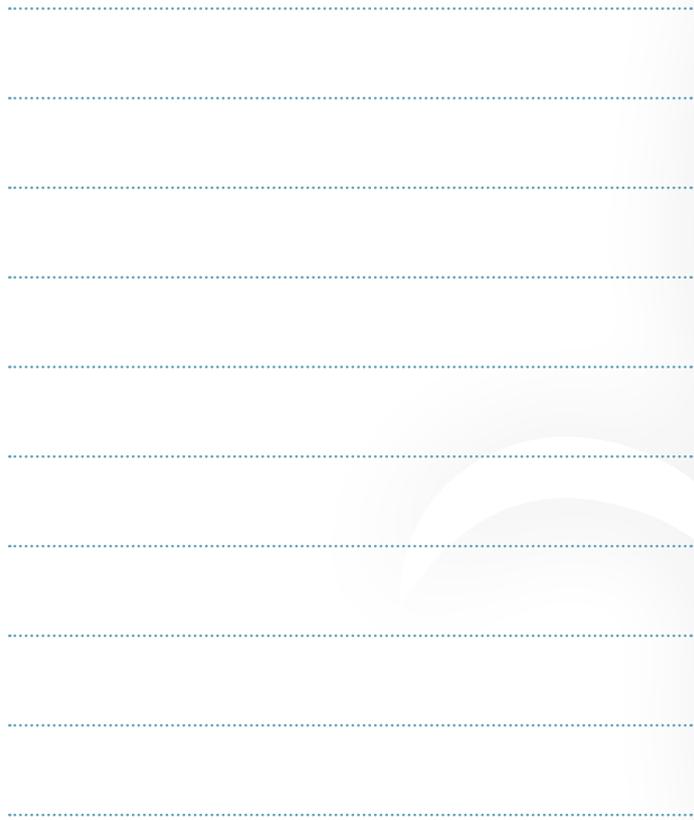
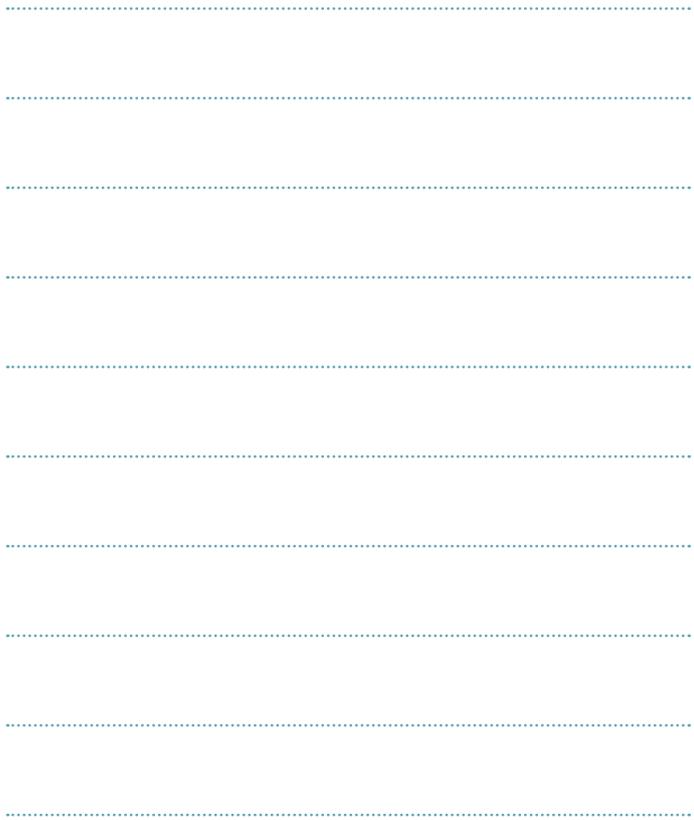
La depressione nella malattia di Alzheimer: quando e come trattarla?

Claudio Vampini (Verona)

Introduce: Giulia Perini (Padova)

13:30-14:00

Conclusioni e chiusura del congresso



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, coffee break e pranzo

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

Si ringrazia per il contributo non condizionante



Angelini
Pharma



Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY OF
Johnson & Johnson



Lundbeck



GUNA
terapie d'avanguardia



VIATRIS



SERENITY



COLISEE



EG



STADA



epitech



ITALFARMACO



FARMAPLUS



PLPHARMA