

Newsletter AIP - 7 marzo 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La morte di Gene Hackman e la solitudine
- Paolo Benanti: gli algoritmi sanno rispettare i diritti dei pazienti?
- Un garante per il decoro in ogni ospedale?
- Al Servizio sanitario nazionale mancano 40 miliardi
- Silvia De Rizzo e la sordità verso le fragilità
- Giancarlo Logroscino e i nuovi farmaci per le demenze

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Lancet* e alcune riflessioni sulla Lancet's Commission on dementia
- JAMA Network Open* e i fattori determinanti del declino cognitivo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il Congresso Nazionale AIP Giovani
- Il Congresso regionale AIP della Puglia
- Un webinar sul delirium

Evviva Zelensky: chiunque ami la libertà e la dignità ritiene il presidente ucraino persona che rappresenta noi tutti, perché ha dimostrato che si deve sempre resistere alla volgarità e alla prepotenza. Non importa se quella di Putin o di Trump. Sul piano personale e professionale non dobbiamo cedere di fronte alle prepotenze, in qualsiasi ambito: siamo cittadine e cittadini liberi che, seppure con fatica e impegno giornaliero, vogliamo difendere la nostra dignità, che altri cercano di cancellare. Perché la nostra dignità è anche la migliore difesa di quella dei cittadini che a noi si affidano.

Domani è la giornata mondiale della donna. Onore a chi nelle case, negli ospedali, nelle RSA consuma la propria vita al servizio degli anziani fragili e ammalati. Alle mogli, alle figlie, alle sorelle, alle nuore e alle operatrici sociosanitarie, alle altre attrici della cura un reverente omaggio dell'AIP, scusandoci se troppo spesso ci dimentichiamo di dare loro gli adeguati onori e ringraziamenti.

Un dato che ho avuto solo oggi dai responsabili dei trapianti d'organo a livello nazionale: dei 250-300 all'anno trapianti di rene da vivente, tre quarti dei donatori sono donne. Una generosità che supera le barriere dei timori e delle incertezze.

Buon 8 marzo 2025, con grande rispetto!

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Per chi studia i problemi posti dalla solitudine dell'anziano la misteriosa **morte di Gene Hackman** ha posto una serie di interrogativi. Come è possibile che una persona ricca (e quindi con la disponibilità di collaborazioni a pagamento), con una moglie giovane (63anni) possa morire e nessuno se ne accorga per 15 giorni? Il famoso attore e la moglie vivevano in un ranch isolato su una collina. In una recente intervista aveva dichiarato: "ho paura della morte, ma la paura più grossa è lasciare sola mia moglie. Lei è la mia roccia...". Da parte loro le due figlie hanno sostenuto, con parole che indicano un involontario, triste ossimoro: "Erano alcuni mesi che non li sentivamo, però eravamo molto uniti". Nell'insieme è una storia che si potrebbe dire tipica: la scelta sbagliata di vivere in un luogo isolato, la famiglia inesistente, la mancanza di amicizie (affermava che il mondo di Hollywood non lo interessava, perché troppo narcisistico, ma questo atteggiamento l'aveva costretto all'isolamento), l'attaccamento disperato all'unica persona che per lui avesse significato.

È solo una storia americana o potrebbe anche essere una storia di casa nostra?

Sul tema della solitudine dal 19 al 23 marzo si terrà a Milano un convegno: "Fiducia, la trama del noi". La fiducia è la ragione profonda del convivere, che salva dall'epidemia di solitudine che oggi colpisce le nostre città.

-**Paolo Benanti**, il famoso studioso italiano che si pone sempre interrogativi di grande rilevo sulle ricadute delle nuove tecnologie, ha scritto: "Sono convinto che solo un opportuno **design etico degli strumenti algoritmici consentirà una corretta comunicazione tra medico e paziente** e un adeguato spazio di autonomia per i pazienti in questa nuova stagione della medicina. Abbiamo più volte analizzato come l'IA stia

trasformando la prassi clinica offrendo strumenti avanzati per migliorare la diagnosi, il trattamento e la gestione del paziente. Tuttavia, la sua integrazione solleva anche questioni etiche, antropologiche e pratiche che richiedono un'attenta riflessione". La prudenza di Benanti è molto utile, ma non deve -credo- essere interpretata come un invito a rallentare il progresso tecnologico, ma solo a costruire un'armonia tra la forza trainante dell'innovazione e la necessità che la medicina sia in grado di collocarla nel luogo più appropriato, perché possa giovare ai cittadini, evitando "pentimenti" nel prossimo futuro.

-Penso che lascerà di stucco anche chi, come è capitato a me, segue la newsletter, la notizia, comunicata dai mezzi di informazione, sull'istituzione da parte della regione Piemonte di un **garante per il decoro degli ospedali**. È la consueta prassi pubblica di evitare di affrontare direttamente i problemi "nominando un altro" perché provveda! Cosa ci stanno a fare i direttori generali delle aziende (aziende!) sanitarie e ospedaliere se non si occupano degli ambienti dove gli operatori della salute esercitano la cura dei cittadini ammalati? Non hanno capito ancora, o mai capiranno, che l'ambiente è importante per sedare i dolori e le ansie di chi soffre? Non hanno capito ancora che per operatori già stressati e stanchi gli ambienti disadorni, poco accoglienti, decadenti non offrono alcun momento di appoggio per il riposo, il relax, per uno sguardo sereno? Scrive La Stampa del 10 febbraio: "Dalle vetrate sporche, alle pareti scrostate, dalle mattonelle rotte ai termosifoni anneriti, basta un breve tour tra gli ospedali piemontesi per rendersi conto che i nuovi manager avranno di che sbizzarrirsi". Nelle nostre case forse abbiamo bisogno di un manager per garantirci la pulizia e l'ordine? Ma le strutture sanitarie non sono forse luoghi dove trascorriamo tanto tempo della nostra vita, poco di meno di quello che viviamo nelle nostre amate case, delle quali ci curiamo con passione?

-Secondo i conti degli esperti, pubblicati dal recente rapporto Crea: "Manutenzione o trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio", **al nostro Servizio sanitario mancano 40 miliardi** per raggiungere livelli paragonabili a quelli degli altri paesi UE, per cui oggi l'Italia è il più ricco dei paesi più poveri dell'Europa. Inoltre, guardando dentro ai conti si rilevano varie anomalie. Una fra tutte: il sistema è mantenuto dal 20% della popolazione, mentre l'80% versa al fisco, con le proprie tasse, meno del valore delle cure che in media riceve dallo stato. Inoltre, il 25% della spesa sanitaria totale è a carico delle famiglie. È solo una delle tante disfunzioni che fanno sostenere ai tecnici che il nostro sistema non va in qualche modo sistemato, ma va ricostruito dalle basi. Il timore diffuso, che condividiamo, è dettato dal fatto che se non si compiranno scelte precise, in tempi brevi, il finanziamento dei costi per la cura e l'assistenza agli anziani (e non solo loro) fragili resterà un sogno inarrivabile! E probabilmente siamo destinati ad un ulteriore peggioramento.

-Pubblico molto volentieri la mail ricevuta in questi giorni. Dichiaro in premessa che la mia reazione al gesto di inciviltà descritto dalla **Dottoressa Silvia De Rizzo** sarebbe stata molto più dura della sua, però, all'opposto, credo che la tolleranza sia la risposta più adeguata agli imbecilli (con la sola speranza che il loro numero non aumenti!). **Civiltà contro inciviltà!**

“Caro Professore,

ieri mattina la nostra Educatrice Alessandra ha telefonato al bar Dante, di fronte alla nostra Villa Serena, per prenotare un tavolo: sabato mattina (domani) c'è in programma un cappuccino&brioche al bar tra alcuni nostri residenti e le OSS. Il titolare Giulio, un ragazzo giovane, ha risposto che ‘non è il caso’: ingombriamo con le carrozzine e loro ‘fanno fatica’. Alessandra ha quindi detto che, se è un problema di ingombro, siamo in grado di ridurre il numero di persone... ma niente, meglio che non andiamo.

Oggi quindi, dopo aver respirato a lungo ed aver ragionato su come condurre la conversazione, con Alessandra mi sono recata al bar Dante, che sovente dipendenti (io compresa), i familiari e i fornitori frequentano assiduamente. Dopo essermi presentata, e scusandomi per il tempo che stavo sottraendo al suo lavoro, con un bel sorriso e tutta la gentilezza di cui sono capace ho invitato Giulio a venire a conoscerci, quando vuole, senza fretta, una mezzoretta. Visti i numeri importanti di persone che frequentano il nostro Centro, e visto che è interessante per noi avere un bel bar comodo, l'obiettivo è di vedere se insieme si possono aprire spazi di collaborazione o nuove idee. La risposta mi ha raggelato: ha detto che ‘no’, non vede il motivo di venire a Villa Serena, non ha tempo e non intende farlo. Ho aggiunto che non c'è fretta, che quando vuole noi ci siamo, che lo sorprenderemo con i nostri numeri e le nostre attività, ma niente. Ha dissimulato la sua povertà d'animo con frasi in dialetto che non riporto. Imbarazzanti veramente.

Siamo tonate all'ovile con un senso di sgomento. Mille pensieri: tra il mandarlo sonoramente a quel paese, chiamare il Giornale locale, recensire la cosa su Tripadvisor, scatenare i social, recarsi tutti insieme in carrozzina al bar in giorno di mercato, scrivergli una lettera, avvisare il Sindaco e Paola... ora lascio passare il weekend, qualcosa farò, e spero di saggio. La consapevolezza è quella di una ignoranza di proporzioni enormi, sia come uomo che come imprenditore, un gap probabilmente irrecuperabile; e la sicurezza è di quanto c'è da fare ancora per scardinare pregiudizi che credevo fuori dalla storia. Qua siamo oltre l'ageismo.

Si accettano consigli per reagire!!! Oggi black friday, ma sempre con speranza.

Un caro saluto

Silvia

PS: domani mattina faremo lo stesso il momento cappuccino&brioche nella nuova cucina del Centro Diurno, ovviamente acquistandole da un'altra parte!”

-In allegato l'importante analisi di **Giancarlo Logroscino**, vice presidente nazionale di AIP, sulle **problematiche poste dai nuovi farmaci per l'Alzheimer**, tema oggi al centro dell'interesse per i suoi aspetti biologici, clinici ed economici-organizzativi. Ritengo importante che AIP contribuisca alla discussione su un argomento attorno al quale si è sviluppato un ampio dibattito ancora non concluso. Il testo di Logroscino è di aiuto per un'visione equilibrata, ma coraggiosa, rispetto all'evoluzione del tema nei prossimi mesi.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto, ma sempre nuovo contributo di **Mauro Colombo**. Una lettrice mi ha scritto: "Se la newsletter fossa fatta solo dal contributo di Colombo, resterebbe ugualmente un utilissimo strumento di pensiero e di lavoro". Sono felice per questo giudizio!

"Il titolo di un editoriale pubblicato in linea su *JAMA Neurology* del 10 febbraio 2025 [1] mi ha riportato indietro di 45 anni, quando preparavo l'esame di neurologia. Pavia – mia città di elezione per gli studi universitari ed i successivi 11 anni – era una fonte ricchissima di stimoli [non solo culturali]: mi colpì una remora che già allora, in una conferenza, metteva in dubbio la 'innocenza' dei 'TIA' (attacchi ischemici transitori), al di là della rapida scomparsa dei sintomi neurologici. Il titolo dell'editoriale in questione recita [tradotto]: '**Attacchi Ischemici Transitori – non così transitori dopo tutto!**' E così torno volentieri su un argomento simile a quanto preso in considerazione in un 'angolo' della scorsa primavera, allora centrato su un articolo – ancora di *JAMA Neurology* (numero di maggio 2024) – intitolato 'una cerebrovasculopatia occulta scoperta incidentalmente è una malattia trascurabile?' [2]. Questa volta, l'editoriale fa riferimento ad un articolo originale [3] comparso contemporaneamente sul medesimo numero di *JAMA Neurology*, intitolato 'Declino cognitivo successivo ad un primo attacco ischemico transitorio'. L'editoriale 2025 è scritto da 2 neuroscienziati [di Calgary (Alberta) e di New York #], mentre l'articolo originale è ad opera di Autori affiliati ad istituzioni di Birmingham (Alabama) + 1 di Cincinnati (Ohio).

A prescindere dalla conferenza da 'baldo' studente pavese della mia remota gioventù, la questione di un possibile declino cognitivo susseguente ad un attacco ischemico transitorio non è nuova. Ma la eventualità non si era tradotta in una ferma conclusione: problematiche legate alla ampiezza dei campioni, ai protocolli di valutazione cognitiva ed alla durata delle osservazioni successive all'evento acuto avevano condotto a risultati confliggenti.

All'interno dello studio longitudinale di popolazione 'REGARDS' [Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke] – che ha arruolato oltre 30 000 ultra45enni statunitensi, è stata seguita, per una durata mediana di 14 anni, un coorte di ultra 60enni (56,7% donne), composta da quasi 15 000 persone sane [controlli], 965 pazienti andati incontro ad ictus cerebrale, e 356 che hanno subito un TIA. Quest'ultimo è stato definito come un evento la cui sintomatologia si è risolta entro 24 ore, in negatività delle immagini a diffusione nella risonanza magnetica nucleare. L'aggiudicamento dei partecipanti a queste 3 categorie era stata effettuata da neurologi esperti in malattie cerebrovascolari. Dopo il colloquio iniziale,

dove – con supporto computerizzato – venivano raccolte le informazioni demografiche e mediche anamnestiche di base, i partecipanti venivano intervistati telefonicamente ogni 2 anni, per effettuare una valutazione neuropsicologica la cui batteria comprendeva la lista di parole ‘CERAD’ [Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease] - come misura dell'apprendimento verbale - e la Word List Delayed Recall, come indice della memoria di richiamo verbale. La velocità di elaborazione e la funzione esecutiva sono state valutate rispettivamente tramite una rapida generazione di una serie di parole che iniziano con la lettera F, e con un elenco di nomi di animali.

I ricercatori hanno scoperto che il tasso di declino cognitivo prima del TIA era lo stesso dei partecipanti senza ictus e senza TIA. Nella visita successiva al TIA, la cognizione non ha subito modifiche. Tuttavia, dopo un TIA, il tasso di declino cognitivo accelerava e non era statisticamente diverso rispetto ai pazienti con ictus. Il declino cognitivo accelerato nei pazienti con TIA è stato in gran parte sostenuto dal peggioramento delle prestazioni nella memoria immediata e differita, piuttosto che da un calo della fluidità verbale.

Una serie di figure illustra chiaramente, con tratti diversamente colorati, i tragitti cognitivi sia globali che per ciascuna delle funzioni esplorate, prima e dopo il TIA.

Se i risultati si pongono nel flusso principale della letteratura, la loro interpretazione non è immediata. Se a seguito di un TIA sono stati riscontrati danni cerebrovascolari [alla sostanza bianca, od a quella grigia sottocorticale], la mancanza di riferimenti morfologici precedenti all'evento, nelle medesime persone, impedisce di stabilire qualunque nesso di causalità. È peraltro vero che una sofferenza severa dei piccoli vasi cerebrali – testimoniata da più di 3 infarti lacunari e da alterazioni confluenti nella sostanza bianca – contribuisce allo sviluppo di demenza ad esordio tardivo dopo un TIA, così come la condizione di omozigosi per la apolipoproteina E ε4. Anche un carico β amiloide elevato, che accompagna spesso – così come la patologia tau – un forte rischio cardiovascolare, si associa ad un declino cognitivo successivo a TIA od ictus, più veloce rispetto a chi è negativo per la β amiloide.

Ad ogni buon conto, lo studio [3] in questione ha tenuto conto dei fattori cardiovascolari nell'aggiustamento statistico. Quanto alla possibile patologia concorrente sottostante [tipo angiopatia amiloide e/o marcatori di neurodegenerazione], il fatto che tutti i partecipanti avessero traiettorie comparabili almeno 5 anni prima del verificarsi del loro evento indice suggerisce che nei casi di malattia concomitante ma asintomatica, un TIA è stato sufficiente per avviare la cascata di declino.

Un'altra ipotesi fisiopatologica consiste nella alterazione di vie GABAergiche nell'emisfero interessato, come suggerito anche da indagini elettrofisiologiche. Gli Autori di [3] riportano precedenti loro esperienze dove la somministrazione di midazolam [agonista dell'acido Y-aminobutirrico (GABA)] a pazienti con TIA od ictus provocava una recrudescenza dei sintomi neurologici.

Ancora, vanno tenuti in considerazione i danni alla barriera emato-encefalica provocati dall’insulto cerebrovascolare, la cui riparazione comporta una neuroflogosi, con attivazione della microglia.

Curiosamente, una simile accelerazione nel declino cognitivo si verifica dopo eventi vascolari esterni al sistema nervoso centrale, come per esempio dopo infarti miocardici, e nel caso di infiammazione sistematica.

Infine, dal punto di vista neuropsicologico, viene rimarcato come gli studi più recenti sottolineano che anche la memoria episodica può essere oggetto della sofferenza cerebrovascolare, oltre alle funzioni esecutive ‘frontali’, come tradizionalmente inteso.

In ogni caso, è utile chiudere con la ricaduta pratica della ricerca illustrata, che, nell’editoriale, invita a considerare i TIA come marcatori di rischio non solo di futuri eventi cerebrovascolari, ma anche di declino cognitivo. Ciò significa che tanto gli specialisti quanto i sanitari delle cure primarie dovrebbero mettere in guardia i propri assistiti e possibilmente anche chi è loro prossimo, come per esempio il coniuge.

JAMA – dopo le nette prese di posizione, reiterate in più numeri anche da tutti gli Editors delle varie linee specialistiche [4,5,6,7,8] – non emette dazi e veti alla collaborazione coi colleghi oltre frontiera ...”

[1] Smith, E. E., & Navi, B. B. (2025). Transient Ischemic Attack-Not So Transient After All! *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2024.5090 Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.5090>

[2] Meinel, T. R., Triulzi, C. B., Kaesmacher, J., Mujanovic, A., Pasi, M., Leung, L. Y., Kent, D. M., Sui, Y., Seiffge, D., Bücke, P., Umarova, R., Arnold, M., Roten, L., Nguyen, T. N., Wardlaw, J., & Fischer, U. (2023). Management of covert brain infarction survey: A call to care for and trial this neglected population. *European Stroke Journal*, 8(4), 1079–1088. <https://doi.org/10.1177/23969873231187444>

[3] Del Bene, V. A., Howard, G., Gropen, T. I., Lyerly, M. J., Howard, V. J., Sawyer, R. P., & Lazar, R. M. (2025). Cognitive Decline After First-Time Transient Ischemic Attack. *JAMA neurology*, e245082. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2024.5082>

[4] Gostin, L. O., Meier, B. M., & Pace, L. (2025). A World Without WHO-A Crossroads for US Global Health Leadership. *JAMA*, 10.1001/jama.2024.28827 Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.28827>

[5] Kuczewski, M., & Saadi, A. (2025). Medicine Must Plan to Protect Immigrant Patients and Their Families: With an Election Looming, the Time Is Now. *JAMA internal medicine*, 185(2), 139–140. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.6178>

[6] Walensky, R. P., & Walensky, L. D. (2025). US Science in Peril. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.1929. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.1929>

- [7] Bibbins-Domingo, K., Bonow, R. O., Bressler, N. M., Brubaker, L., Christakis, D., Christiansen, S. L., Curfman, G., Disis, M. L. N., Flanagin, A., Galea, S., Inouye, S. K., Josephson, S. A., Kibbe, M. R., Lieu, T. A., Malani, P. N., McDermott, M. M., Muth, C. C., Öngür, D., Park, H., Piccirillo, J. F., ... Walter, K. L. (2025). Reaffirming the JAMA Network Commitment to the Health of Patients and the Public. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.2405. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2405>
- [8] Galea, S., & Bibbins-Domingo, K. (2025). The Value of Academic Health Research. *JAMA*, 10.1001/jama.2025.2308. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.2308>

-Lancet del 22 febbraio pubblica quattro commenti di autori vari al **Report 2024 della Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care**. La replica degli autori del report, il cui primo nome è Gill Livingstone, dichiara il piacere per l'interesse dedicato a livello internazionale al loro lavoro e poi risponde sui punti sollevati, così riassumibili. La prevalenza di disturbi uditivi dipende dalla soglia utilizzata, la correlazione tra disturbi del sonno e demenza non è chiara, così come alcuni specifici aspetti del sonno; infine, benché sia evidente il rapporto tra una dentatura precaria e demenza, i danni potrebbero essere dovuti al periodo infantile, all'educazione, alla povertà. Rispondono negativamente anche sul fatto che la vitamina B possa essere un mezzo per prevenire o ridurre la gravità della demenza, in quanto controllerebbe gli alti livelli di omocisteina, ben noto fattore di rischio. Una conclusione: la ritrosia degli autori ad allargare il numero di possibili fattori di rischio di demenza è una garanzia riguardo al loro reale significato clinico.

-JAMA Network Open del 21 febbraio pubblica un contributo importante sulla **correlazione tra lo status socioeconomico, le funzioni cognitive e alcuni indici di funzione cerebrale** (risonanza magnetica per la misura del volume totale dell'encefalo, del volume dell'ippocampo, e le iperintensità della sostanza bianca) ottenuti in persone ultra 65 in 4 comunità di Chicago. È stato dimostrato che le condizioni di svantaggio di tutta la vita sono correlate con il declino di test specifici come il MMSE e con alcune caratteristiche del cervello (volume totale e iperintensità della sostanza bianca). Inoltre, le condizioni di svantaggio nei vari ambiti rilevati erano peggiori tra gli individui neri rispetto ai bianchi; ciò implica il dovere di concentrare su questi gruppi sociali le attenzioni della politica e delle amministrazioni, per facilitarne un invecchiamento in salute. Infine, gli autori indicano la necessità di definire in modo più preciso, attraverso ulteriori studi, l'influenza delle diverse variabili psicosociali, quali il percepito controllo sulla propria vita e fattori come l'educazione.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-In questi giorni si sono tenuti **due eventi importanti dell'AIP**, che hanno avuto grande successo e che -soprattutto- hanno mostrato la vitalità della nostra Associazione.

A Torino si è svolto il **7° Congresso Giovani AIP**, con una folta partecipazione di giovani seri e impegnati. Un'organizzazione perfetta, un programma degno di un congresso nazionale per argomenti trattati e qualità delle relazioni. Un grazie a **Nino Cotroneo** e a **Massimiliano Massaia** per aver progettato e realizzato perfettamente l'evento; grazie anche a Luca Serchisu, rappresentante dei giovani medici nel CD AIP, per il generoso supporto fornito. L'annuale convegno di Torino ritengo sia la migliore assicurazione che si sarebbe potuta stipulare per il futuro della nostra Associazione!

Il secondo importante evento è stato il **Congresso regionale pugliese**, svoltosi a Bari, con tanti partecipanti e ottime relazioni, organizzato da **Francesco Scapati**, presidente uscente della sezione pugliese, e **Giancarlo Logroscino**, vice presidente nazionale di AIP. Tra le diverse sessioni, ricordo in modo particolare quelle sulla “Mental Capacity” e sull’assistenza ai carcerati. Quest’ultima è stata condotta da Rosa Capozzo, appena eletta presidente dell’AIP Puglia per il prossimo triennio, e da Nicola Buonvino, responsabile dei servizi sanitari nel carcere di Bari. Due relazioni di alto livello, dalle quali ho molto imparato, sia sul piano strettamente tecnico, per le ben note difficoltà di impostare cure complesse in ambito carcerario, sia soprattutto per lo stile di attenzione alle fragilità e per il rispetto della dignità delle persone ristrette, che per gli operatori sanitari sono (e dovrebbero essere per tutti noi!) cittadini portatori di diritti che l’ambiente di vita non può cancellare. Per AIP, che dedica attenzione particolare all’ageismo, la sensibilità per una giusta assistenza sanitaria in carcere delle persone di tutte le età è un patrimonio prezioso; nei prossimi mesi la nostra Associazione eserciterà sempre maggiore attenzione alle problematiche psicogeriatriche dei gruppi di cittadini che vivono in condizioni di particolare svantaggio.

-Il 12 maggio, nella **giornata del Delirium**, l’**AIP emiliano-romagnola** organizza il webinar in allegato.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 14 marzo 2025

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- NEJM e il commento di Guaita
- Un'anziana in RSA invece che in prigione
- Bianchetti sui farmaci per le demenze

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il programma del Congresso Nazionale AIP
- Un opuscolo per informare sul delirium
- Presentazione del Corso precongressuale per i neuropsicologi

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Sono particolarmente preoccupato per le decisioni che stanno per essere prese dal parlamento sul pagamento delle rette nelle RSA. Conto sulla sensibilità umana e sociale dei nostri legislatori di ogni partito.

-Antonio Guaita ha inviato alcune considerazioni su **Trump e le sue scelte scellerate**, commentando l'editoriale: Order out of Chaos, Eric J. Rubin, *New England Journal of Medicine*, March 3, 2025.

[DOI: 10.1056/NEJMe2502874]

La serie di ordini esecutivi emessi da questa amministrazione (in realtà l'espressione usata è insolitamente forte: 'the raft of executive orders...' tradotto letteralmente sarebbe: 'La barcata di ordini esecutivi...') e le risposte giudiziarie ad essi sono state vertiginose e sembra regnare il caos. Nel complesso, queste azioni hanno paralizzato molte delle istituzioni su cui facciamo

affidamento per promuovere e migliorare la salute. Il National Institutes of Health (NIH) è un gioiello e i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e la Food and Drug Administration (FDA) hanno stabilito lo standard internazionale per il monitoraggio della salute e il mantenimento della sicurezza. Il President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ha da solo salvato milioni di vite. E ancora più innovazione proviene da laboratori universitari e ospedalieri finanziati esternamente. Mentre i finanziamenti vengono interrotti e le decisioni di finanziamento sospese, già molte persone hanno perso il lavoro, le nuove assunzioni vengono congelate, i pazienti stanno perdendo l'accesso a trattamenti salvavita e la ricerca viene interrotta, a volte con conseguenze tragiche e costose. Gli studi di ricerca, una volta interrotti, non sono necessariamente in grado di essere riavviati. E più a lungo persiste questo caos, maggiore sarà il danno.

“Le recenti iniziative del presidente Trump stanno provocando gravi danni alla struttura della assistenza medica e socio sanitaria (tagli al MEDICARE e MEDICAID) che colpisce innanzi tutto gli anziani e i poveri. Di seguito è riportato un brano dell'editoriale di Eric Rubin sull'ultimo numero del *New England Journal of Medicine*, indignato e allarmato per quello che sta succedendo e ancor più potrebbe succedere non solo all'assistenza sanitaria ma anche alle strutture di controllo della sanità e alla attività di ricerca negli Stati Uniti, strutture che sono state di esempio per tutto il mondo.

Poiché non mancano anche da noi i seguaci di questa follia in cui è spaventoso il metodo, penso sia importante seguire da vicino un processo che potrebbe portare a gravissimi danni alla struttura sociale di qual grande paese, ma anche ad avere riflessi negativi in tutto il mondo, Italia compresa.

In conclusione Rubin scrive: ‘... siamo membri delle stesse comunità dei nostri lettori e autori e oggi condividiamo il loro dolore e le loro preoccupazioni riguardo alle minacce alla salute’.

Potremmo aggiungere l'esortazione di San Paolo (Efesini 4:26): ‘Indignatevi ma non peccate, il sole non tramonti sul vostro risentimento’.

Apprezzo il riferimento di Antonio a San Paolo, ma forse qualche peccato, come il regicidio, potrebbe essere giustificato dalla ricerca del bene comune”.

-Silvia de Rizzo, che dirige una RSA a Valdagno, ha inviato un testo in linea con l'impegno di AIP di dedicare sempre più **attenzione agli anziani portatori di particolari fragilità** (disabili, senza fissa dimora, carcerati).

“Circa la nostra ospite speciale... nel 2024, con i compagni di Master della Cattolica, abbiamo avuto il privilegio di visitare il Carcere di massima sicurezza di Opera: un'esperienza per me sconvolgente, sia per il mondo reale che vi si muove dentro, sia per le similitudini che ho dovuto riscontrare con le nostre strutture. Tra queste la preziosità delle persone che lavorano, il grande investimento nella loro formazione, motivazione, coinvolgimento; poi la progettualità che viene messa in campo per ogni detenuto, una sorta di PAI condiviso in equipe e con i

familiari; e ancora: le problematiche dell'organizzazione del lavoro, le difficoltà nel pagamento della retta (!), l'imbrigliamento nella burocrazia del personale amministrativo, i progetti ricreativi e di riabilitazione. Ne sono uscita con un grande senso di ammirazione per chi decide di svolgere un'attività professionale in un luogo come il carcere, uno stupore misto ad autocritica per aver sempre escluso dai miei pensieri l'esistenza di una simile realtà (e poi noi ci lamentiamo di non essere riconosciuti!!), una nuova consapevolezza dell'importanza di dare dignità a luoghi deputati a dare una nuova chance alle persone.

All'ingresso di Opera vi è una gigantografia di un dipinto che da l'immagine della mission del luogo e rappresenta il Riscatto: chi vi accede ha lo stesso trattamento, e può scegliere se essere Giuda, quindi perpetuare gli errori, oppure Pietro, che si riscatta e costruisce addirittura la Chiesa.

Accogliere nelle nostre RSA persone che stanno vivendo il loro Riscatto è un dovere civico. E' anche un dovere far vivere bene i residenti e far lavorare serenamente il personale: ogni caso va quindi analizzato nella sua specificità, accertando la compatibilità della persona con la situazione di buona convivenza e valutando con attenzione eventuali rischi. Per il resto, un dialogo costante con le Forze dell'Ordine e con il Giudice garantisce gli aspetti formali e l'intervento in caso di necessità. Ciò esperito, cosa osta??

Penso al grande privilegio che si ha nel poter contribuire, oltre alla cura, all'assistenza, alla vicinanza, alla socialità, alla Vita, anche alla riabilitazione e al riscatto.

Nel nostro caso, comunicare alla Signora, già nostra ospite, l'esecutività della sua pena detentiva nella nostra RSA non è stato facile; è stato un passaggio esperito dai Carabinieri insieme all'Assistente Sociale e alla Referente di Nucleo, con la delicatezza di cui siamo capaci, insieme alla rassicurazione sulla continuità di tutte le attività in cui è coinvolta.

E' un orgoglio per noi essere riusciti a dare una risposta alla duplice esigenza di garantire giustizia, con dignità e futuro, ed essere all'altezza della sfida".

-**Angelo Bianchetti**, segretario generale dell'AIP, ha inviato la seguente mail:

“Caro Prof,

sempre spunti interessanti. Grazie.

Il dibattito sulle conseguenze dell'approvazione del **lecanemab** da parte di EMA è vivo e il contributo di Logroscino molto opportuno.

Penso che potrebbe essere utile per i lettori anche **l'editoriale pubblicato a nome di AIP** sul recente numero di *Geropsych* dal sottoscritto e da De Leo”.

Allegato trovate il lavoro al quale si riferisce Bianchetti.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo** come sempre di grande interesse.

“Nella newsletter del 21 febbraio 2025, il prof. Trabucchi riporta che ‘*Lancet Public Health* di febbraio pubblica un editoriale [1] nel quale commenta un lavoro di Nyberg et al. [2] comparso sullo stesso numero, nel quale si dimostra che **i vantaggi dell’attività fisica a tutte le età sono più incisivi negli individui maggiormente a rischio**. Malgrado non si tratti di un concetto originale, lo studio presenta i risultati ottenuti in persone con vari profili di rischio. Il commento più ovvio suggerisce l’importanza che nella prescrizione dell’attività motoria si analizzi con attenzione la condizione clinica’.

Raccolgo lo spunto, e propongo un abbinamento di articolo originale [3] ed editoriale [4] pubblicati in linea da *Lancet Healthy Longevity* del 24 febbraio, che legano – verosimilmente per primi – i livelli plasmatici della tau 181 fosforilata [p-tau181], con l’esercizio fisico e la cognitività, in prospettiva longitudinale. Anche limitandosi ai primi due corni del trilemma, la letteratura non è abbondante né concorde, sia per le indagini trasversali che longitudinali. Uno studio di intervento, pubblicato nel 2019 su *JAMA Neurology* [5], ha scoperto che l’effetto di un programma di esercizi di 18 mesi sulla cognizione in anziani cognitivamente sani (di età compresa tra 65 e 84 anni) non differiva in base alle concentrazioni plasmatiche basali di p-tau181.

In [3] vengono sfruttati retrospettivamente dati secondari della ricerca MATP [Multidomain Alzheimer’s Preventive Trial], condotto presso 13 centri per la memoria in Francia ed a Monaco tra il 2008 ed il 2011, originariamente progettato per valutare l’efficacia dell’integrazione di acidi grassi omega-3 sulla funzione cognitiva nei partecipanti di età superiore ai 70 anni. Al momento del reclutamento, erano stati inclusi i partecipanti con disturbi cognitivi, velocità di cammino lento (≤ 0.77 m/s) e limitazioni in una attività strumentale della vita quotidiana, mentre i partecipanti a cui era stata precedentemente diagnosticata una demenza, che avevano ottenuto un punteggio inferiore a 24 al Mini Mental State Examination, che avevano limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana o che stavano già assumendo integratori di omega-3 erano stati esclusi. Per [3] erano disponibili i dati longitudinali # nelle concentrazioni plasmatiche della p-tau181 su 558 partecipanti di età mediana 74 anni [con ambito interquartile 72 – 78], di cui 68 % femmine, seguiti per 3 anni.

L’ipotesi principale di ricerca era che l’attività fisica sarebbe stata associata inversamente alla concentrazione di p-tau181. Gli Autori hanno rilevato che l’attività fisica da moderata a intensa non era associata alla concentrazione di p-tau181 all’osservazione basale, ma che livelli più elevati di attività fisica da moderata a intensa erano significativamente associati a un aumento nel tempo più lento delle concentrazioni di p-tau181 nel sangue. Di fatto, come illustrato in una figura, nel corso dei 3 anni di osservazione, la concentrazione di p-tau181 sale solo tra le persone inattive, rimanendo sostanzialmente stabile sia per gli alti che per i bassi volumi di attività fisica (A). Inoltre, concentrazioni basali più elevate di p-tau181 hanno

attenuato l'associazione positiva tra attività fisica da moderata a intensa e funzione cognitiva osservata al basale e nel corso del follow-up di 3 anni £. L'effetto dell'attività fisica da moderata a intensa non era più significativo quando le concentrazioni di p-tau181 superavano 9·36 pg/mL, nella indagine alla osservazione basale. Nella prospettiva longitudinale, l'effetto dell'attività fisica da moderata a intensa sull'accelerazione del declino dei punteggi cognitivi compositi # era significativo solo quando la concentrazione basale di p-tau181 era inferiore a 3·5 pg/mL. Livelli più elevati di attività fisica da moderata a intensa sono stati associati a un declino cognitivo più lento, ma questa associazione è stata attenuata con l'aumento delle concentrazioni basali di p-tau181 nel periodo di follow-up di 3 anni. Anche qui una figura è indicativa, illustrando una tendenza al miglioramento nel tempo delle prestazioni cognitive # per la combinazione delle condizioni di alti volumi di attività fisica e basse concentrazioni basali di p-tau181 (B).

Dalla discussione si possono estrarre alcuni passaggi rilevanti. Gli Autori ritengono che una volta che la patofisiologia tau della malattia di Alzheimer è iniziata, i benefici dell'attività fisica sulla cognizione potrebbero essere compromessi o addirittura inibiti. Inoltre, i risultati a livello cognitivo – espressi mediante un indice composito # - sono di fatto sostenuti in prevalenza dai test che esplorano la memoria, la fluenza verbale e le funzioni esecutive.

Da una puntualizzazione della analisi statistica deriva una osservazione valida per la ricaduta pratica. In attesa di conferme, i risultati di [3] suggeriscono che anche modeste quantità di attività fisica da moderata a intensa potrebbero essere sufficienti a modulare favorevolmente l'accumulo di p-tau e le traiettorie cognitive (quando le concentrazioni basali di p-tau sono basse), mentre il raggiungimento di livelli più elevati di attività potrebbe non fornire ulteriori benefici cognitivi [vedi passaggi (A) e (B)]. Reciprocamente, un'assenza di attività fisica da moderata a intensa potrebbe prevedere un'aggregazione più rapida di p-tau e un declino cognitivo accelerato (specialmente in presenza di concentrazioni basali elevate di p-tau). Ancora più importante è la osservazione che il livello mediano di attività fisica da moderata a intensa era di 630 equivalenti metabolici [MET] al minuto a settimana nel gruppo a bassa attività, che corrisponde approssimativamente alla dose di 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In un recente lavoro segnalato dalle rubriche dell'Istituto Nazionale sull'Invecchiamento (NIA) che vede tra gli Autori Luigi Ferrucci [affiliato al settore di Gerontologia Traslazionale del NIA, a Baltimora, nel Maryland] si ricorda come si possa ottenere una buona forma cardiorespiratoria, capace di salvaguardare l'integrità del tessuto cerebrale, o quanto meno rallentarne la degenerazione associata all'età - con particolare riguardo alla quota di mielinizzazione delle fibre nella sostanza bianca – mediante vari tipi di esercizi aerobici che comprendono il cammino, la corsa, il nuoto ed il ciclismo [6].

Per tracciare la cognitività, dalla osservazione basale a quelle del 6° mese, e del 1°, 2° e 3° anno, è stato prodotto un punteggio composito standardizzato basato su 4 test, che hanno esaminato la memoria episodica [Free and Cued Selective Reminding Test], le voci sull'orientamento spaziale e temporale del Mini Mental State Examination, la velocità di

processazione e la attenzione [Digit Symbol Substitution Test (dal Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised)] e la fluenza verbale [Category Naming Test].

È questo tipo di interazione, per cui differenti valori di una variabile [qui le concentrazioni di p-tau 181 plasmatiche sopra / sotto una determinata soglia (qui 9·36 pg/mL per la indagine trasversale, e 3·5 pg/mL per quella longitudinale)] fanno divergere le traiettorie della associazione tra altre due variabili [qui, i livelli di esercizio fisico e di prestazioni cognitive] si chiama ‘moderazione’.

Viceversa, nella interazione del tipo ‘mediazione’, una variabile spiega [in parte o del tutto] la associazione tra altre due variabili: quindi, appunto, la ‘media’. In [3] non è stato rilevato alcun effetto di mediazione della concentrazione di p-tau181 sull'associazione tra attività fisica da moderata a intensa e funzione cognitiva”.

[1] Börjesson, M., & Arvidsson, D. (2025). Does everyone benefit equally from physical activity? *The Lancet. Public health*, 10(2), e74–e75. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00001-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00001-5)

[2] Nyberg, S. T., Frank, P., Pentti, J., Alfredsson, L., Ervasti, J., Goldberg, M., Knutsson, A., Koskinen, A., Lallukka, T., Nordin, M., Rahkonen, O., Strandberg, T., Suominen, S., Väänänen, A., Vahtera, J., Virtanen, M., Westerlund, H., Zins, M., Stenholm, S., Sabia, S., ... Kivimäki, M. (2025). Health benefits of leisure-time physical activity by socioeconomic status, lifestyle risk, and mental health: a multicohort study. *The Lancet. Public health*, 10(2), e124–e135. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00300-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00300-1)

[3] Raffin, J., Blennow, K., Rolland, Y., Cantet, C., Guyonnet, S., Vellas, B., de Souto Barreto, P., & MAPT/IHU HealthAge Open Science Group (2025). Associations between moderate-to-vigorous physical activity, p-tau181, and cognition in healthy older adults with memory complaints: a secondary analysis from the MAPT. *The lancet. Healthy longevity*, 6(2), 100678. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100678>

[4] Roccati E. (2025). Physical activity and blood-based biomarkers of Alzheimer's disease: fertile ground for future investigation. *The lancet. Healthy longevity*, 6(2), 100691. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2025.100691>

[5] Rabin, J. S., Klein, H., Kirn, D. R., Schultz, A. P., Yang, H. S., Hampton, O., Jiang, S., Buckley, R. F., Viswanathan, A., Hedden, T., Pruzin, J., Yau, W. W., Guzmán-Vélez, E., Quiroz, Y. T., Properzi, M., Marshall, G. A., Rentz, D. M., Johnson, K. A., Sperling, R. A., & Chhatwal, J. P. (2019). Associations of Physical Activity and β-Amyloid With Longitudinal Cognition and Neurodegeneration in Clinically Normal Older Adults. *JAMA neurology*, 76(10), 1203–1210. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1879>

[6] Faulkner, M. E., Gong, Z., Bilgel, M., Laporte, J. P., Guo, A., Bae, J., Palchamy, E., Kaileh, M., Bergeron, C. M., Bergeron, J., Church, S., D'Agostino, J., Ferrucci, L., & Bouhrara, M. (2024). Evidence of association between higher cardiorespiratory fitness and higher cerebral

myelination in aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 121(35), e2402813121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2402813121>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Riporto il link del nostro **Congresso Nazionale**, da dove si può scaricare il programma <https://www.psicogeratria.it/evento/25-congresso-nazionale-aip-2024>. Finalmente siamo arrivati al traguardo e sarà un'occasione di grande interesse per i diversi aspetti scientifici, clinici, assistenziali, sempre sulla linea tradizionale della nostra Associazione, che sa integrare culture e sensibilità diverse.

-Anche se con ritardo rispetto al 12 marzo, la **ricorrenza della giornata mondiale del delirium**, allego un opuscolo dedicato alle famiglie prodotta da un gruppo coordinato da Alessandro Morandi, che ha inviato alcune righe introduttive. L'attenzione di AIP per il delirium risale ad alcuni anni fa, quando io e Bellelli iniziammo a mettere il problema al centro dell'attenzione degli operatori sanitari. Come AIP siamo stati precursori, quando non erano ancora molti attenti a questa patologia.

“Il delirium è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato da un cambiamento acuto e fluttuante dell’attenzione e della consapevolezza di sé nell’ambiente, in associazione ad altri deficit cognitivi (deficit mnesici, del linguaggio, percettivi, deficit in abilità visuo-spatiali). Studi recenti hanno dimostrato che all’incirca un anziano ogni cinque tra coloro che ogni giorno sono ricoverati in ospedale soffre di delirium. Non da meno il delirium è comune anche in pazienti residenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e in pazienti degenti in reparti di postacuzie, con stime di prevalenza che vanno dal 14% al 40%.

Il delirium insorge invariabilmente in seguito all’interazione tra fattori predisponenti e fattori scatenanti. Il riconoscimento e la correzione dei fattori precipitanti è necessario ed urgente quando si è sviluppato il delirium poiché questa condizione comporta una elevata mortalità a breve, medio e lungo termine, un aumento considerevole dei costi sanitari e della durata della degenza ospedaliera, nonché peggiora lo status cognitivo e funzionale del paziente. Inoltre il delirium impatta in modo grave anche sullo stato emotivo dei pazienti che ne sono affetti, del personale di assistenza sanitaria e dei familiari

Il primo step per un adeguato management del delirium è l’identificazione del delirium stesso. Subito dopo il riconoscimento deve essere avviata la correzione delle cause sottostanti. Il delirium deve essere sempre gestito con interventi non farmacologici. I trattamenti farmacologici di sedazione sono riservati solamente ai casi in cui il delirium comporti un pericolo imminente per la sicurezza del paziente (ad esempio per garantire una ventilazione assistita) o dei compagni di stanza. Il familiare rappresenta un importante alleato negli sforzi di prevenzione del delirium e digestione del paziente con delirium. Studi recenti

hanno dimostrato che la presenza del familiare accanto al paziente arreca maggior conforto e tranquillità e permette di controllare meglio comportamenti agitati.

Dal 2017 ricorre il World Delirium Day, iniziativa a livello mondiale istituita allo scopo di aumentare la consapevolezza e di promuovere l'interesse sul delirium negli operatori sanitari e all'interno della comunità.

Nel quadro delle varie iniziative mondiali finalizzate a promuovere la conoscenza del delirium, quest'anno, è stato tradotto in lingua italiana, grazie al contributo del corso di Laurea in Ergoterapia della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (Maura Domeniconi, Marie Fusaroli ed Alessandra Mancassola) un 'opuscolo informativo e formativo, a cura dello Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<https://www.sign.ac.uk/patient-and-public-involvement/plain-language-versions-of-guidelines/delirium>), per le persone che hanno vissuto episodi di delirium e per i loro familiari.

L'opuscolo (rivolto a caregiver, ad individui personalmente colpiti da delirium o in una condizione di rischio), attraverso un linguaggio immediato ed esaustivo, sintetizza le raccomandazioni prodotte in una linea guida clinica a cura dal SIGN, ai fini di ridurre il rischio di delirium o di risultare in grado di gestirlo efficacemente, qualora esso si presenti.

Il booklet si applica inoltre a tutti i contesti assistenziali, elargendo raccomandazioni, tra le altre, su come identificare il delirium, come curarlo o come ridurne i rischi, basate sia su evidenze di ricerca che su esperienze di pratica clinica”.

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington; 2013

[2] Flaherty JH et al, Delirium is a serious and under-recognized problem: why assessment of mental status should be the sixth vital sign. *J Am Med Dir Assoc.* 2007;8(5): 273–5

[3] Kakuma R et al, Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):443–50

[4] Witlox J et al, Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 2010;304(4):443–51

[5] Inouye SK et al, Delirium in elderly people. *Lancet*, 2014, 383(9920):911–22.

[6] Eeles EM et al, Hospital use, institutionalisation and mortality associated with delirium. *Age and Ageing*. 2010;39(4):470–5

[7] Morandi A et al, Delirium superimposed on dementia: a quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience, *J Psychosom Res.* 2015 Oct; 79(4): 272–280.

[8] Bellelli G et al, "Delirium Day": a nationwide point prevalence study of delirium in older hospitalized patients using an easy standardized diagnostic tool. *BMC Med* 2016;14:106.

- [9] Morandi A et al, Delirium, dementia and in-hospital mortality: the results from the Italian Delirium Day 2016, a national multicenter study. *J Gerontol A BiolSci Med Sci* 2018.
- [10] De Lange E et al, Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013;28(2):127–34
- [11] Harrys D, Delirium in advanced stages, *Postgrad Med J*, 2007, 83(982): 525–528.
- [12] Bellelli G et al, Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people, *Age and Ageing*, 2014, 43:496-502
- [13] David D et al, Understanding barriers to delirium care: a multicenter survey of knowledge and attitudes amongst UK junior doctors, *Age and Ageing*, 2009, 38(5): 559-63

-Nell’ambito del congresso nazionale, come di lunghissima tradizione, si svolgeranno alcuni corsi dedicati a specifiche competenze professionali. Di seguito riporto una **presentazione del corso di neuropsicologia della vice presidente AIP Giovanna Ferrandes**. Il programma è consultabile nell’allegato. Annoto che la componente professionale psicologica ha sempre avuto nell’ambito della nostra Associazione una notevole rilevanza sul piano operativo e dell’elaborazione culturale, sempre in sintonia con le componenti geriatriche, psichiatriche e neurologiche.

“Vorrei cogliere l’occasione della bellissima e vivace newsletter settimanale per presentare brevemente il Corso Precongressuale di Neuropsicologia che si svolgerà a Padova in occasione del 25° Congresso AIP.

Innanzitutto vorrei premettere che il programma finale è frutto di un lavoro di gruppo (la componente psicologi dell’attuale CD), che – come ormai prassi abituale e collaudata – si è impegnato a rispondere alle esigenze di approfondimenti e aggiornamenti, espresse dai giovani colleghi, partecipanti alle edizioni precedenti. Un bisogno di incontro e confronto che trova un segnale di conferma nelle iscrizioni finora ricevute e che potranno – mi auguro - ancora pervenire. In questo clima di incertezze, angoscia e disaggregazione è a mio avviso il momento -in ogni luogo e occasione- di testimoniare, di esserci, di sottolineare il valore della condivisione e dell’integrazione. Anche nelle occasioni che ci offre l’AIP.

Il Corso ha un titolo forse ‘presuntuoso’ (Brain and Mental Health. Strategie di prevenzione e strumenti di cura nei diversi ambiti di intervento psicologico in psicogeratria), ma significativo del desiderio di sottolineare un principio base dell’approccio psicogeriatrico, a volte forse semplificato e dato per scontato: l’unicità della persona ed il suo rapporto con l’ambiente. L’intreccio mente-corpo, che in neuropsicologia si esemplifica apparentemente soprattutto nello studio del ‘cervello’, pone continuamente interrogativi e necessità di confronto continuo con il paziente persona nella sua complessità e continuo cambiamento, con le caratteristiche di fragilità e complessità che in particolare hanno i percorsi dell’invecchiamento.

Una neuropsicologia che si fa sempre più ‘clinica’ e sempre più ‘sociale’, per usare divisioni ormai obsolete e sottolineare piuttosto l’approccio integrato e globale, senza perdere di vista le specificità e le differenze.

Abbiamo voluto declinare - sia pure in poco tempo/spazio - le strategie di prevenzione e gli strumenti di cura nei diversi ambiti di intervento psicologico. Una prima sessione dedicata alla ‘prevenzione’, che in psicologia si traduce soprattutto in promozione della salute, in studi e azioni che vadano ad individuare i fattori di rischio e in contemporanea le resilienze e le potenzialità.

Una seconda sessione dedicata alla ‘cura’, che abbiamo voluto osservare in scenari diversi: le malattie croniche e la conoscenza dei meccanismi psicologici implicati; lo scenario dei possibili progetti di screening, come proposta raccolta l’anno scorso durante il Corso e realizzata in più sedi nazionali; gli interventi psicosociali nelle demenze, per i quali abbiamo ritenuto importante e formativo presentare un manuale e una guida.

Una terza sessione dedicata alla ‘formazione’, perché - non finiremo mai di sottolinearlo abbastanza - lo sguardo attento e critico ai contesti di cura, agli operatori e agli stessi caregiver è centrale nell’acquisizione della consapevolezza dei limiti, delle contraddizioni e al tempo stesso delle potenzialità, che la cura comporta.

Un’ultima considerazione, anche in parte personale: quest’anno l’evento AIP si svolge a Padova. Città sede storica delle Facoltà di Psicologia. 50 anni fa si svolsero le prime proclamazioni di Laurea (io tra questi) e ci auguriamo che il Corso possa testimoniare, nel suo piccolo, la bellezza e l’importanza della professione psicologica e dei suoi percorsi formativi”.

Ringrazio amiche e amici che hanno testimoniato il loro apprezzamento per questa newsletter attraverso una donazione. Ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421

Un saluto cordiale, nella speranza di incontrarci personalmente a Padova tra due settimane,

Marco Trabucchi

Past President AIP