

Newsletter AIP - 27 marzo 2026

n. 12/2026

In queste settimane ho avuto occasione di visitare diverse RSA; ne ho tratto una conferma sulla mia visione riguardo alla loro importanza umana e sociale. Nonostante alcune criticità, l'impressione fondata è che, con l'evoluzione di fenomeni collettivi come la denatalità e l'invecchiamento, il ruolo delle residenze per anziani diventerà progressivamente sempre più importante, anche se allo stesso tempo aumenteranno le difficoltà. Tra le molte stimolazioni ricevute, mi permetto di ricordare quanto sentito da Roberto Volpe, presidente di URIPA, sulla crisi della famiglia che si accompagnerà al progressivo aumento della speranza di vita. Le RSA diventeranno "l'ultima famiglia" delle persone anziane, con tutte le conseguenze psicologiche e umane; allo stesso tempo queste saranno prive della protezione che le famiglie forniscono, anche rispetto alla qualità delle cure prestate nelle strutture di ricovero. Inoltre, l'assenza della famiglia che contribuisce finanziariamente rischia in molte situazioni di rendere insostenibili le rette delle RSA; con la pensione e modesti risparmi l'anziano non sarà in grado di corrispondere il dovuto.

Una prospettiva drammatica, con la conseguente ineludibile domanda: chi proteggerà i vecchi in questo prossimo scenario? La politica, che sembra poco attenta e prevalentemente interessata ad altre problematiche? La società civile, una realtà informe che non riesce mai ad esprimere posizioni omogenee? La prospettiva è seria e preoccupante, ma il pessimismo acritico non serve a nulla; dobbiamo inventare soluzioni che, per quanto faticose, sono sempre meglio dell'attesa della catastrofe. È necessario riunire i migliori cervelli della clinica, dell'economia, delle scienze sociali, della scienza dell'organizzazione (sperando che irresponsabili come il ministro Kennedy non ritengano di ridurre ulteriormente i finanziamenti a chi deve occuparsi di queste strategie). Però, sappiamo (la storia ci insegna) che l'umanità è sempre riuscita a salvarsi, anche a fronte delle previsioni più drammatiche.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Schillaci e la solitudine
- L'AIFA e la rimborsabilità dei farmaci per l'Alzheimer
- Papa Leone: la salute è condizione per la pace sociale
- Un incontro significativo a Motta di Livenza

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- JAMA Neurology e la prevenzione delle demenze

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-L'inaugurazione del Congresso nazionale AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Il ministro Schillaci ha fatto importanti **dichiarazioni sul ruolo della solitudine nel garantire la salute**: “La solitudine è un rischio per la salute, dagli anziani ai giovani fino agli operatori sanitari”. Ritengo particolarmente significativo il richiamo al rischio di solitudine del quale possono essere vittime gli operatori sanitari, dei quali troppo spesso ci dimentichiamo i molteplici rischi non solo somatici, ma anche psicologici. Sebbene il Ministro non disponga direttamente di mezzi per affrontare la crisi umana e di salute indotta dalla solitudine, il suo richiamo assume un alto valore morale e un invito per mettere il problema solitudine al centro dell'impegno delle comunità ed anche del sistema sanitario nel suo complesso.

-L'**Agenzia per il farmaco** ha recentemente diffuso un **comunicato sulla non rimborsabilità da parte del SSN dei nuovi (relativamente!) anticorpi per la cura dell'Alzheimer**. Non vogliamo entrare nella discussione, che ha coinvolto vari centri clinici e di ricerca, ma esprimere preoccupazione per il significato simbolico della decisione, che potrebbe essere vissuta negativamente da malati e famigliari. Da una parte si interpreta quanto dichiarato da AIFA come un gesto di ageismo più o meno palese, come se lo stato non volesse spendere per la cura di una malattia che colpisce prevalentemente le persone anziane. Dall'altra la decisione induce scetticismo sulla ricerca farmacologica, cancellando quel filo di speranza che aveva accompagnato, seppure in modo improprio, le notizie sugli anticorpi anti amiloide. Ambedue le alternative generano angoscia! Un'ulteriore osservazione: dopo questa decisione, il Ministero della salute deve assolutamente trovare i mezzi per impedire la prescrizione di questi farmaci a carico del cittadino: sarebbe come riconoscere l'egoismo dello stato e creare costose illusioni in chi si aggrapperebbe ad una speranza senza fondamento, anche attraverso grandi sacrifici economici.

Da qualsiasi parte la si guardi, è una vicenda dolorosa sul piano umano e sul piano civile!

-**Papa Leone** in un recente discorso ha dichiarato che **la tutela della salute è un impegno per custodire la vita in tutte le sue fasi e a garantire lo sviluppo sociale**. La persona curata nei suoi bisogni sanitari partecipa secondo le sue capacità al progresso sociale comunitario, e quindi la tutela della salute è interesse collettivo. Il Santo Padre ha richiamato le disuguaglianze che crescono in molte Nazioni e, rivolgendosi anche ai rappresentanti dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS), non poteva non richiamare la responsabilità universale nel combattere le disuguaglianze dove più severamente colpiscono la vita e la dignità delle persone. Il sistema di protezione della salute trova nell'immagine del samaritano la peculiarità del suo essere. È parabola molto citata, ma è bene analizzare la sequela dei gesti compiuti da chi si è sentito investito della responsabilità di assistere il malcapitato. È esattamente quella attività che definiamo 'prendersi cura', ben più che semplicemente curare. Il bisognoso è stato visto, ha attirato l'attenzione cui sono seguite le scelte: un primo intervento col fasciare le ferite, poi un ricovero in un luogo sicuro, che sarebbe stato pagato. Dovrebbe essere l'iter professionale ed etico di chi deve organizzare un servizio sanitario che vede i bisogni e programma le risposte. Leone parlava non solo per noi ma per l'intera umanità. In realtà da qualche tempo si è affermata l'espressione One Health, perché ormai è acquisita la consapevolezza, fondata scientificamente, che la nostra salute è connessa alla qualità della vita del pianeta: ambiente, animali, contesti di vita e di lavoro. Per richiamare un esempio vissuto, di quanto l'umanità sia reciprocamente dipendente da tanti fattori che influenzano la salute, rivolgiamo un pensiero, carico di dolorose emozioni, alla pandemia di Covid. Le pandemie non si potranno evitare se non con una ricerca generosa, che colleghi tutti i laboratori di ricerca del mondo, e con diffusione

di comportamenti di prevenzione e solidarietà profonda e convinta senza discriminazioni. Davvero fratelli non per slogan ma per comunità di vita.

-Allego alcuni **brani della relazione introduttiva della dottoressa Antonia Gesmundo** ad un recente incontro intitolato “Il Giardino della cura: coltivare l’Umano nella Fragilità” svoltosi a Motta di Livenza. L’evento è stato un’espressione alta di come può essere inteso il lavoro in una RSA, pur tra mille difficoltà, ma sempre ricordando il dovere della cura nel senso più ampio.

“Scegliere ‘il giardino della cura’ come titolo è stato quasi un atto profetico. Solo in seguito ci siamo resi conto della coincidenza simbolica: inauguriamo questo incontro il 21 marzo, nel giorno in cui la primavera risveglia la natura. In questi giorni mi sono chiesta quale legame profondo unisca il risveglio della primavera alla stagione della vecchiaia, scoprendo affinità inaspettate tra rinascita della natura e la fragilità preziosa dell’età geriatrica. Ho riflettuto a lungo sui punti di contatto tra la primavera e l’età geriatrica: due stagioni della vita che, seppur distanti, condividono almeno due aspetti in comune:

La vulnerabilità come valore: In primavera i germogli sono teneri e rischiano di gelare; allo stesso modo, l’anziano vive una fragilità che non è sinonimo di ‘fine’, ma di una condizione che richiede una protezione specifica per poter continuare a fiorire.

Il ritmo della lentezza: la primavera non corre, ma procede a piccoli passi. La cura geriatrica rispetta questo tempo biologico e sa celebrare i piccoli traguardi quotidiani (un sorriso, un movimento ritrovato...) proprio come fossero i primi fiori che timidamente bucano la neve.

Così come in un giardino, ogni pianta ha bisogno di un nutrimento specifico, noi crediamo che anche chi abita la nostra Casa abbia bisogno di una cura che sia ‘su misura’.

Crediamo che assistere una persona fragile sia un atto di coltivazione paziente, che richiede cura del dettaglio e amore per la vita in ogni sua stagione.

Parfrasando il titolo del congresso, come un esperto giardiniere dell’anima e del corpo, Il Professor trabucchi ci insegna che la cura non è solo un intervento tecnico, ma un clima, un’esposizione al sole della relazione, una difesa contro il gelo della solitudine. Attraverso la sua esperienza e il suo impegno civile, ci ha mostrato come trasformare i luoghi della sofferenza in giardini dove la dignità può ancora fiorire.

In un mondo che corre e che spesso calpesta le fragilità, Trabucchi ci invita a fermarci, ad ascoltare la storia che ogni paziente porta con sé. Ci insegna che curare significa ‘abitare’ lo stesso giardino dell’altro, condividendone fatiche e speranze. Egli ci ricorda instancabilmente che la medicina non può ridursi alla semplice manutenzione di un corpo biologico; ci insegna che dietro ogni diagnosi, ogni cartella clinica e ogni patologia, abita una persona con una biografia irripetibile, una storia fatta di affetti una dignità che non ammette eclissi, nemmeno nelle fasi più acute della fragilità.

Attraverso, il suo impegno costante e i suoi innumerevoli scritti, Trabucchi ha tracciato una via: quella in cui la cura smette di essere solo ‘terapia’ per farsi relazione. Ci ha mostrato che la solitudine è spesso una malattia più grave della patologia stessa e che l’ascolto è uno strumento terapeutico potente quanto il farmaco più avanzato.”

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di **Mauro Colombo** su un argomento problematico, di grande interesse. Mi permetto di far osservare al lettore l’attenzione di Mauro per i **problemi di confine rispetto ai fattori di rischio e alla cura delle demenze**. Un atteggiamento libero e profondo, che i nostri lettori apprezzano particolarmente.

“Da circa 20 anni sono in corso ricerche per esplorare il ruolo potenzialmente protettivo del litio nei confronti della demenza, in ambito sia sperimentale che umano. La premessa sta in una sorta di ‘sequestro’ del litio da parte delle placche amiloidi: il deficit che ne consegue potrebbe – in una sorta

di circolo vizioso - essere alla base della neurodegenerazione multisistemica della malattia di Alzheimer (AD). Il litio (Li) endogeno è regolato dinamicamente nel cervello e contribuisce alla preservazione delle funzioni cognitive durante l'invecchiamento [1]. In effetti, come indica un articolo pubblicato su *Nature* il 6 agosto [1], tra i metalli analizzati, il litio (Li) è stato l'unico a mostrare una riduzione significativa nel cervello degli individui con deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)]. Un meccanismo chiave alla base della neuroprotezione del litio sembra essere la sua inibizione della GSK-3 α/β . Il litio inoltre aumenta l'espressione e l'attività del fattore neurotrofico derivato dal cervello (BDNF), che può contribuire ulteriormente alla neuroprotezione.

Non vi è comunque unanimità di consenso sul ruolo protettivo del litio; inoltre, finora è mancata una ricerca che abbia esplorato parallelamente gli effetti del litio abbinando valutazioni cognitive, neuroimmagini e bio-marcatore plasmatici. Perciò è stato concepito lo studio pilota randomizzato controllato intitolato "LATTICE": Lithium as a Treatment to Prevent Impairment of Cognition in Elders. Le ipotesi di ricerca erano:

(1) i partecipanti randomizzati ad assumere litio per 2 anni, rispetto al placebo, manterranno meglio la funzione cognitiva, principalmente nella memoria, in associazione a cambiamenti nell'attività della GSK-3 β e nei livelli di BDNF;

(2) (2) i partecipanti randomizzati ad assumere litio per 2 anni, rispetto al placebo, avranno volumi ippocampali maggiori (ovvero, un tasso di riduzione inferiore) e un minore assottigliamento totale della sostanza grigia, che sarà associato a cambiamenti nell'attività della GSK-3 β e nei livelli di BDNF e a una migliore funzione cognitiva, principalmente nella memoria.

Un articolo – pubblicato in linea il 2 marzo 2026 su *JAMA Neurology* e liberamente accessibile in rete – riporta – secondo le linee guida CONSORT - i risultati di questo studio pilota, ad opera di Autori tutti affiliati ad istituzioni della Università di Pittsburgh (in Pennsylvania) più uno della Duke University di Durham (in North Carolina) [2]. La ricerca è stata condotta dal 2018 al 2024, con 2 anni di osservazione: 80 partecipanti (56 % donne) con MCI adeguatamente documentato in via multidisciplinare, sono stati assegnati, secondo criteri rigorosi di inclusione / esclusione, al gruppo sperimentale (41) o placebo (39). L'età media era di circa 72 anni, con deviazioni standard rispettivamente di 8,77 e 6,47 anni; tutti afferivano alla Università di Pittsburgh, dove la batteria neuropsicologica impiegava da 4 a 5 ore (con pause ...). Sono state eseguite parallelamente immagini in risonanza magnetica nucleare, per calcolare le volumetrie cerebrali, ed in tomografia ad emissione di positroni, per rilevare le placche A β . Gli obiettivi primari e complementari, ed il piano di analisi statistica, sono stati tutti definiti a priori.

Nessuno dei 6 esiti co-primari ha raggiunto la soglia di significatività predefinita; per la memoria verbale, esplorata mediante il "California Verbal Learning Test-II" (CVLT-II), i punteggi sono diminuiti di 1,42 punti all'anno nel gruppo placebo rispetto a 0,73 punti nel gruppo trattato con litio: è stata raggiunta così solo la soglia per la significatività statistica nominale ($p = 0,05$), ma non quella predefinita per i confronti multipli ($p < 0,01$). Le analisi esplorative hanno suggerito possibili effetti maggiori tra i partecipanti positivi all'amiloide.

Per quanto riguarda i risultati della neuroimmagine, sia la sostanza grigia corticale che il volume dell'ippocampo sono diminuiti nel tempo in entrambi i gruppi di trattamento. Per quanto riguarda il volume dell'ippocampo, la differenza nel declino tra i gruppi non ha raggiunto la significatività statistica.

Per quanto riguarda la sicurezza, non si sono verificati eventi avversi gravi correlati sicuramente al farmaco in studio, e l'unico decesso registrato si è verificato nel gruppo placebo; la sperimentazione è stata completata come previsto, senza interruzioni anticipate.

In discussione, viene ricordato come tra gli studi sul litio negli anziani con MCI e AD, i risultati sono variati in base alla durata del trattamento. Gli studi a breve termine (10-12 settimane) generalmente

non hanno riscontrato alcun beneficio cognitivo, mentre gli studi a lungo termine (15-24 mesi), incluso [2], hanno rilevato effetti su specifiche misure cognitive.

Tra i limiti della ricerca viene riportato che quando lo studio è stato progettato e avviato (tra il 2016 e il 2017), sono stati arruolati partecipanti con MCI sindromico senza richiedere la conferma della patologia di Alzheimer tramite biomarcatori. A quel tempo, lo screening per la ricerca di evidenze biologiche di neurodegenerazione di tipo Alzheimer era limitato alla PET per l'amiloide e alla puntura lombare per l'analisi del liquido cerebrospinale.

Inoltre, il campione comprendeva prevalentemente partecipanti con MCI amnestico ma A β -. Ciò riflette la modalità di reclutamento dalla popolazione generale piuttosto che dagli ambulatori per i disturbi della memoria, dove la fase prodromica dell'AD è più prevalente: ciò potrebbe aver attenuato gli effetti del trattamento.

In conclusione, la conduzione di questo studio ha fornito conoscenze ed esperienza per orientare i futuri studi sul litio a basso dosaggio nei pazienti con decadimento cognitivo lieve (MCI). Si può infatti sostenere che questo studio clinico randomizzato pilota ha stabilito la fattibilità del reclutamento e del mantenimento dei partecipanti, e ha confermato la sicurezza e la tollerabilità del litio a basso dosaggio negli anziani con MCI. Inoltre, [2] ha generato stime preliminari dell'effetto su misure cognitive, di neuroimmagine e di biomarcatori plasmatici per fornire informazioni utili a futuri studi con una potenza statistica adeguata.

Come ricadute pratiche, in [2] è stato constatato che gli anziani hanno notevoli difficoltà a tollerare dosi di litio superiori a 300 mg al giorno. Pertanto, gli studi futuri dovrebbero utilizzare dosi di carbonato di litio comprese tra 150 mg e 300 mg al giorno. Infine, per poter rilevare gli effetti cognitivi nel MCI, gli studi clinici devono essere molto più lunghi di 10-12 settimane per osservare un cambiamento in una traiettoria di declino.

[1] Aron, L., Ngian, Z. K., Qiu, C., Choi, J., Liang, M., Drake, D. M., Hamplova, S. E., Lacey, E. K., Roche, P., Yuan, M., Hazaveh, S. S., Lee, E. A., Bennett, D. A., & Yankner, B. A. (2025). Lithium deficiency and the onset of Alzheimer's disease. *Nature*, 645(8081), 712–721. <https://doi.org/10.1038/s41586-025-09335-x>

[2] Gildengers, A. G., Ibrahim, T. S., Anderson, S. J., Emanuel, J. E., Santini, T., Diaz, J. L., Lopresti, B. J., Royse, S. K., Lopez, O. L., Zeng, X., de Almeida, B., Alkhateeb, S. K., Chu, C., Karikari, T. K., Lee, L., Weinstein, A. M., & Butters, M. A. (2026). Low-Dose Lithium for Mild Cognitive Impairment: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, e260072. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2026.0072>

-JAMA Neurology del 23 marzo pubblica un editoriale e un articolo sulla **problematica della prevenzione delle demenze**. Le prime righe dell'editoriale sono esplicative: "L'esercizio fisico, la riduzione della pressione arteriosa e delle LDL-C, o la combinazione dei tre interventi possono migliorare le funzioni cognitive in anziani con storia familiare di demenza e/o o con disturbo cognitivo soggettivo? "Il lavoro che accompagna l'editoriale, uno studio multicentrico randomizzato, condotto su anziani con storia familiare e declino cognitivo soggettivo, non è stato in grado di dimostrare alcuna efficacia, rispetto all'evoluzione della malattia, dell'esercizio e della riduzione di fattori di rischio cardiovascolare durante un'osservazione di 24 mesi. Gli autori dell'editoriale concludono che lo studio preso in considerazione suscita rilevanti problemi metodologici e che siamo solo all'inizio di un percorso molto accidentato. L'analisi dello studio, secondo gli editorialisti, suggerisce l'importanza di continui progressi nel disegno degli studi, nell'arruolamento dei partecipanti, nella definizione e nella valutazione dei risultati. Un contributo che apparentemente può sembrare molto critico, ma che in realtà rappresenta uno stimolo di grande efficacia al progresso delle conoscenze su un argomento di importanza centrale per la medicina del nostro tempo.

[<https://click1.email.jamanetwork.com/t.do?id=258893:277376:9D27C888-5D9A-491B-B5C5-B93DA7B56FCA:1774288500>]
[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2846826>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Nella prossima newsletter riferiremo del Congresso Nazionale AIP che si è aperto ieri a Padova. L'inaugurazione ha avuto grande successo, così come i due eventi pregressuali, uno dedicato alla Psicogerontologia e l'altro alla Psicogeriatra Forense.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un saluto e un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatra

Newsletter AIP - 20 marzo 2026

n. 11/2026

Ricevo con piacere questa mail dalla dottoressa Zannino, presidente dell'AIP Calabria. Continua il dibattito, che abbiamo aperto nella precedente newsletter, sul sistema sanitario calabrese. La nostra Associazione ha mostrato sempre grande attenzione per le regioni del sud, nel convincimento che solo un'Italia tutta uguale nell'organizzazione dei servizi è degna della nostra storia e dell'impegno a servire le persone più fragili.

"Gent.mo Prof. Trabucchi,

anche noi calabresi, quando abbiamo appreso la notizia dell'arrivo dei medici cubani per tamponare le carenze di personale nella nostra sanità, non abbiamo accolto favorevolmente l'iniziativa. Ci sembrava di essere 'colonizzati', incapaci di affrontare il problema in modo autonomo.

Con il tempo, però, la percezione è cambiata. L'arrivo dei colleghi cubani ha permesso di evitare la chiusura di diversi reparti in molti ospedali calabresi. Inoltre, la maggior parte di questi professionisti si è rivelata molto preparata – soprattutto nelle specialità chirurgiche – oltre che umile e disponibile. Vivono, peraltro, una condizione che molti calabresi conoscono bene: la lontananza dalla propria terra e dai propri affetti, con tutto ciò che ne deriva sul piano emotivo.

D'altra parte, la carenza di personale medico ha interessato anche altre regioni italiane che, forse proprio sulla scia dell'esperienza calabrese, hanno assunto medici provenienti da Paesi UE ed extra-UE.

In ogni caso, il Governatore Occhiuto ha comunicato al Console statunitense e ai rappresentanti dell'Ambasciata che i medici cubani rimarranno, considerando prioritaria la tutela della salute dei calabresi, nonostante l'invito a porre fine al programma di collaborazione.

La speranza per il futuro è che i nuovi corsi di laurea in Medicina attivati nelle Università della Calabria possano formare un numero più elevato di professionisti che scelgano di rimanere nella propria terra, contribuendo così a colmare, nei prossimi anni, la carenza di personale.

A mio parere, sia nel breve che nel lungo periodo, sarebbe necessario incentivare i medici che già lavorano in Calabria e coloro che, attualmente fuori regione, decidessero di rientrare così come ho fatto io. Non solo attraverso misure economiche, ma soprattutto costruendo una rete ospedaliera e territoriale di qualità, nella quale poter crescere professionalmente e libera da interessi estranei a quello che dovrebbe essere l'unico obiettivo della sanità: garantire il diritto alla salute dei calabresi, senza costringerli a emigrare anche per curarsi."

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-L'ageismo non è solo di oggi

-Pascal, l'universo e l'intelligenza artificiale

- “La demenza va presa per mano”
- Saggio sulla paralisi agitante
- Il rispetto della libertà a tutte le età
- La Sardegna e l’assistenza domiciliare

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il testo di Mauro Colombo
- JAGS e deprescribing

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Benvenuti al Congresso nazionale
- I prossimi appuntamenti AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Qualcuno ritiene che **l’ageismo sia un atteggiamento del nostro tempo, prodotto dall’egoismo dominante**. Non discuto sul presente, ma mi permetto di riprendere un passaggio del libro della professoressa Renata Crotti, che riporta la storia delle istituzioni del pavese nel medioevo. Di seguito un passaggio del 1451 riguardante l’ospedale san Matteo: “Il nostro ospedale è stato fondato e istituito perché in esso vengano accolti e vi rimangano esclusivamente quei malati che, a giudizio veritiero e affidabile dei medici, possono essere curati e guariti grazie alla somministrazione di farmaci adeguati. Questo ospedale non è stato da noi ideato e costruito per accogliere indistintamente i deboli, i pellegrini, i poveri, i malati incurabili e le persone molto anziane”. Senza commento: i vecchi non possono accedere agli ospedali, i medici sono detentori assoluti del potere, esistevano già allora “farmaci adeguati”. Dopo tanti secoli il mondo non sembra cambiato!

-Pensando all’**intelligenza artificiale** ho riletto **una frase di Blaise Pascal**: “Ma quand’anche l’universo lo schiacciasse, l’uomo sarebbe sempre più nobile di ciò che lo uccide, dal momento che egli sa di morire e sa il vantaggio che l’universo ha su di lui; l’universo invece non sa nulla”. La battaglia che dovremo affrontare con le nuove tecnologie sarà difficile e durissima e speriamo di vincerla; però, anche, non accadesse, la persona ha la coscienza di morire”.

-Ho tenuto **‘lezione’ ad un numeroso gruppo di giovani studenti di una scuola media di Castelleone**. Per me è una graditissima tradizione; un evento vitale organizzato dall’RSA Fondazione Brunenghi, che dimostra di essere integrata nella comunità, occupandosi non solo di anziani ma anche delle altre generazioni. Allego la locandina che annuncia la lezione; mi ha colpito la dolcezza del titolo e anche quella del sottotitolo. Come ogni anno, la discussione seguita alla presentazione è stata vivacissima, con la partecipazione attiva anche di ragazzi provenienti da paesi lontani, che mostrano, più di tante teorie, l’importanza della scuola per l’integrazione dei giovani. Un particolare ringraziamento agli insegnanti che hanno seguito l’incontro e allo staff della RSA che con passione ha organizzato l’evento.

-È stato recente pubblicato il volume: James Parkinson, Saggio sulla paralisi agitante. All’origine della malattia di Parkinson. Traduzione e cura di Carlo Gabbani ETS, Pisa 2026, 132 pagine

Il Saggio sulla Paralisi Agitante di James Parkinson (1755-1824), apparso nel 1817, è il testo che **dà inizio alla ricerca sulla patologia** che assumerà poi appunto il nome di ‘malattia di Parkinson’, per sottolineare il ruolo pionieristico e decisivo svolto da questo lavoro nell’imporla all’attenzione dei clinici e dei ricercatori. Il breve saggio di Parkinson, perciò, è uno dei classici della storia della medicina e, proprio per questo, è già stato tradotto dall’inglese in molte lingue, mentre dall’originale

è stato ricavato anche un audiolibro. Si tratta anche di un testo di grande interesse e leggibilità per chi si occupi di medicina e di storia della scienza, tra l'altro perché Parkinson basa la propria trattazione sulla presentazione di numerosi casi clinici (sei sono quelli sui quali, nel I capitolo, si basa la prima caratterizzazione d'insieme della patologia): possono essere casi da lui osservati direttamente, in contesto clinico, ma anche per strada, oppure casi reperiti nella letteratura medica del tempo. Inoltre, il saggio assume l'andamento di una vera e propria indagine in progress su una patologia che ancora non aveva trovato posto nelle classificazioni nosografiche e della quale Parkinson ammette apertamente di non aver pienamente compreso eziologia e possibilità di cura. Del resto, per quanto oggi le nostre conoscenze e le nostre risorse terapeutiche siano incomparabilmente cresciute, non possiamo certo dire di aver chiuso i conti con tale patologia. Anche per questo, tornare alle origini della ricerca su di essa può avere un peculiare interesse. Così come conoscere meglio la figura di colui da cui essa trae il nome: un uomo vissuto in un'età di grandi trasformazioni in cui ebbe origine la clinica moderna, e che, oltre a praticare intensamente e su molti versanti la medicina, fu uno scrittore assai prolifico, un militante politico dalle idee radicali e un paleontologo appassionato. L'ampia Postfazione al testo dà conto della biografia e delle principali pubblicazioni dell'autore, analizza gli aspetti più notevoli e discussi del Saggio e ricostruisce la traiettoria che, nella seconda metà dell'Ottocento, porterà Jean-Martin Charcot (1825-1893) a coniare la categoria eponima, non senza dare egli stesso un contributo rilevante e innovativo alla caratterizzazione della 'malattia di Parkinson'.

Indice: Prefazione, Capitolo I: Definizione – Storia – Casi illustrativi. Capitolo II Esame dei sintomi patognomici – Tremor coactus – Scelotyrbe festinans p. 27 Capitolo III La paralisi agitante distinta da altre patologie con le quali può essere confusa p. 37 Capitolo IV Causa prossima – Cause remote – Casi illustrativi p. 43 Capitolo V Considerazioni relative ai mezzi di cura p. 59 Postfazione: Parkinson e il Parkinson di Carlo Gabbani.

-Una serie di eventi fanno pensare quanto **la nostra libertà di pensiero e di azione sia sottoposta a interventi che tendono a togliercela in nome di principi astratti e talvolta di vere e proprie falsità.** La vicenda dei bambini del bosco ha suscitato in me grande tristezza, per la sorte dei piccoli bistrattati, ma anche perché avvicino la loro storia agli interventi, ai quali continuiamo ad assistere, di negazione della libertà di scelta dell'anziano. Purtroppo anche nel nostro ambito una forma di ageismo implicito colpisce molti decisori; il vecchio non sarebbe capace di decidere da solo e quindi è necessario sostituirlo (la vicenda di Sgarbi è stata un esempio di scelte liberticide!). Mi sovviene a questo proposito l'atteggiamento dell'INPS la quale, richiesta delle ragioni per la rateazione senza fine del trattamento di fine rapporto, ha addotto la motivazione per cui troppi soldi in una volta sola nelle tasche del pensionato avrebbero provocato atteggiamenti spiacevoli, come la spesa per cose inutili e voluttuarie. Una bella commistione tra stato sovietico e stato etico, alla quale vogliamo opporci con tutte le nostre forze!

-Recentemente **la Regione Sardegna** ha annunciato di aver ricevuto un **finanziamento di 106 milioni per l'assistenza domiciliare.** L'annuncio è accompagnato dalla notizia che "la Sardegna ha raggiunto nel 2025 l'11,69% di prese in carico in assistenza domiciliare integrata (Adi) tra la popolazione over 65". Si evidenzia trionfalmente che negli ultimi 3 anni la copertura è aumentata in modo molto importante: "A livello territoriale tutte le aziende sanitarie hanno raggiunto l'obiettivo del 10% con risultati particolarmente significative in diverse aree della Regione, a cominciare dall'Ogliastra con il 19,04%." Quest'ultimo dato ci fa particolarmente piacere, anche in considerazione che direttore generale è il nostro caro e bravissimo collega Andrea Fabbo. Ovviamente ci associamo alla soddisfazione della Regione Sardegna; ci permettiamo solo di chiedere quante ore di copertura settimanale del servizio stanno dietro a questi valori.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto contributo di **Mauro Colombo**.

“Nel numero del 6 marzo 2026 della newsletter AIP era stato pubblicato un ‘angolo’ dedicato alla **maggiore suscettibilità delle donne alla demenza dovuta a malattia di Alzheimer**. Immancabilmente, quando ci si dedica ad un argomento, l’attenzione viene catturata da spunti che mirano in quella direzione. È quanto mi è appena capitato con una ricerca pubblicata il 4 marzo su *JAMA Network Open* [1] – a libero accesso – intitolata ‘Associazioni sesso-specifiche della patologia dell’ α -sinucleina con l’accumulo di proteina tau’. Mi sono domandato se valesse la pena di proporre al lettore uno studio del genere, ma l’entità dei risultati, le possibili ricadute pratiche, e – ultimo, ma non per importanza – l’autorevolezza degli Autori (tutti affiliati alla Mayo Clinic di Rochester, in Minnesota) hanno fugato ogni mia perplessità.

Il ‘razionale’ della ricerca include varie considerazioni: le differenze di genere si estendono dalla malattia di Alzheimer (AD) alla demenza con corpi di Lewy (DLB), dove le donne mostrano modelli di atrofia distinti e una maggiore co-patologia AD. L’ α -sinucleina, il segno distintivo neuropatologico delle malattie a corpi di Lewy, si presenta in concomitanza con la patologia dell’Alzheimer in fino al 50% dei casi. Nelle coorti di pazienti affetti da malattia di Alzheimer, la positività ai test di amplificazione del seme di α -sinucleina (SAA) è associata a una neurodegenerazione più rapida e a un declino cognitivo indipendente dai biomarcatori della malattia di Alzheimer.

Tuttavia, non è ancora stato esplorato se la co-patologia dell’ α -sinucleina sia associata in modo diverso alla progressione della malattia in base al sesso. Le ricerche compiute in precedenza ha spesso trattato il sesso come una covariata statistica piuttosto che come un modificatore biologico degli effetti dell’ α -sinucleina, creando una lacuna di conoscenza con importanti implicazioni cliniche per l’interpretazione dei biomarcatori e lo sviluppo di terapie.

Gli Autori perciò hanno sfruttato i dati longitudinali di tomografia a emissione di positroni (PET) sulla proteina tau – raccolti fra il 2015 ed il 2023 - e i dati relativi alla proteina amminoacidica sinucleina (SAA) nel liquido cerebrospinale (CSF) provenienti dall’Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) per determinare se la patologia dell’ α -sinucleina sia associata a differenze nel tasso di accumulo di tau tra donne e uomini.

Il campione comprendeva individui cognitivamente sani e individui con deficit cognitivo {[deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)] o demenza}. Sono stati applicati i criteri di inclusione ed esclusione standard dell’ADNI. Secondo il protocollo ADNI, sono stati esclusi i partecipanti affetti da malattia di Parkinson o altre gravi malattie neurologiche. Questo studio di coorte è stato condotto in conformità con le linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) per la rendicontazione degli studi di coorte.

Per la analisi statistica sono stati adottati modelli lineari ad effetti misti, corretti per età e stato cognitivo di base, stato di portatore dell’allele APOE ϵ 4 e sito di indagine; gli aggiustamenti per confronti multipli sono stati eseguiti ricorrendo – come tipicamente accade per le neuroscienze quando si vuole ridurre il margine di errore nelle mappature cerebrali – al metodo del ‘tasso di falsa scoperta’ [FDR (‘false discovery rate’)] #.

Sono stati inclusi un totale di 415 partecipanti (età media [DS], 72,3 [7,6] anni; 220 donne [53%]; 69 positivi all’SAA [17%] e 346 negativi all’SAA [83%]; 172 portatori dell’allele APOE- ϵ 4 [41%]; 201 con deficit cognitivo al basale [48%]); l’osservazione ha avuto una durata mediana di 1,23 anni, con ambito interquartile compreso fra 0 e 3,84 anni.

È stato osservato – e chiaramente illustrato nelle figure che corredano il testo - che le donne con risultati positivi al test di amplificazione del seme di α -sinucleina presentavano un accumulo di tau significativamente più rapido rispetto a tutti gli altri gruppi, mentre gli uomini con risultati positivi non differivano significativamente dagli uomini con risultati negativi alla SAA.

In discussione viene sottolineato come le donne SAA-positive mostrano tassi di accumulo oltre 20 volte superiori rispetto agli uomini SAA-positivi. Le analisi di sensibilità hanno dimostrato che la co-patologia dell' α -sinucleina può effettivamente conferire una vulnerabilità sesso-specifica alla progressione della proteina tau, sovrapposta alle differenze di base.

Alla ricerca di meccanismi interpretativi, modelli murini ci indicano che la carenza di estrogeni compromette l'autofagia neuroprotettiva e la regolazione microgliale, creando ambienti favorevoli all'aggregazione proteica. In ambito fisiopatologico, è stato osservato – dai medesimi Autori di [1] – che l'ovariectomia bilaterale eseguita prima dei 46 anni aumenta il carico di proteina tau nelle donne con livelli elevati di amiloide. In questo contesto di neuroprotezione ridotta, gli Autori propongono che la patologia dell' α -sinucleina possa rappresentare un amplificatore di secondo livello che sfrutta queste vulnerabilità esistenti, probabilmente attraverso la propagazione dell'aggregazione della proteina tau, nonché un'amplificazione della neuroinfiammazione che induce la fosforilazione della proteina tau.

Tornando alle possibili ricadute pratiche della ricerca, questi risultati potrebbero fornire indicazioni utili per approcci di medicina di precisione nella malattia di Alzheimer, in modo che lo stato di SAA dell' α -sinucleina, considerato in base al sesso, possa essere incorporato nella stima della dimensione del campione e nella stratificazione negli studi clinici mirati alla patologia della proteina tau o dell' α -sinucleina.

Una implicazione ancor più importante riguarda la accuratezza diagnostica nella pratica clinica. La demenza a corpi di Lewy [Lewy Body Disease (DLB)] è meno comune nelle donne che negli uomini; tuttavia, quando si manifesta nelle donne, è tipicamente accompagnata da una significativa co-patologia della malattia di Alzheimer (AD). Di conseguenza, la patologia da α -sinucleina nelle donne può essere sistematicamente sottodiagnosticata a causa della mascheratura da parte di caratteristiche più evidenti della malattia di Alzheimer, con una maggiore probabilità che le donne ricevano una diagnosi di AD nonostante presentino un carico significativo di sinucleina. In assenza di biomarcatori come la SAA, questo mascheramento diagnostico potrebbe portare a una gestione subottimale dei sintomi della malattia da corpi di Lewy e persino all'esclusione delle donne dagli studi clinici in grado di modificare la malattia.

Gli Autori di [1] sottolineano una importante limitazione del loro lavoro: come da impostazione predefinita, i partecipanti con caratteristiche cliniche evidenti di DLB sono stati esclusi e l'ADNI non raccoglie dati sul parkinsonismo (ad esempio, la Unified Parkinson Disease Rating Scale) o sull'integrità neuronale dopaminergica (ad esempio, la scansione del trasportatore della dopamina). Pertanto, non hanno potuto determinare se i partecipanti positivi all' α -sinucleina presentassero sintomi extrapiramidali o una degenerazione dopaminergica nigro-striatale sottostante, e alcuni individui potrebbero aver avuto una DLB prodromica o una patologia mista. Mettono perciò in guardia sulla non generalizzabilità dei loro risultati alle coorti di DLB primaria, in cui la patologia da α -sinucleina e il parkinsonismo sono caratteristiche cliniche principali piuttosto che co-patologie.

Nota statistica: Il tasso di false scoperte (FDR) misura la proporzione di falsi positivi tra tutti i risultati dichiarati significativi, rendendolo ideale per test esplorativi su larga scala. Al contrario, il tasso di falsi positivi (FPR) misura la proporzione di falsi positivi tra tutte le ipotesi nulle vere (tutti i risultati negativi effettivi), concentrandosi sul tasso di errori di tipo I. Con 'errore di tipo I' si intende il rifiuto della ipotesi nulla, quando quest'ultima è vera: in altre parole, accettare un risultato che in realtà non sussiste [2].”

[1] Mak, E., Fought, A. J., Wiste, H. J., Przybelski, S. A., Reid, R. I., Schwarz, C. G., Senjem, M. L., Vemuri, P., Jack, C. R., Jr, Lowe, V. J., Petersen, R. C., Rocca, W. A., Boeve, B. F., Kantarci, K., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2026). Sex-Specific Associations of α -Synuclein Pathology with Tau Accumulation. *JAMA network open*, 9(3), e260461. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2026.0461>

[2] Overbey, J. R., Wendelberger, B., & Viele, K. (2026). The Hochberg Procedure for the Comparison of Multiple End Points. *JAMA*, 10.1001/jama.2026.0191. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.0191>

-JAGS di febbraio pubblica un **editoriale** di Stephen M Thielke **riguardante in generale il problema della deprescrizione nell'anziano**. Riporto il commento finale dell'autore: "Quando la prescrizione divenne un modello clinico diffuso ero preoccupato, perché temevo l'opposizione di forze commerciali che l'avrebbero percepito come negativo per i loro affari e quindi che avrebbero provato a screditare studiosi e clinici impegnati a ridurre il peso delle prescrizioni. Io ero probabilmente paranoico o troppo ottimista; però di fatto la realtà non è assolutamente cambiata. Nonostante circa 2000 pubblicazioni sul deprescribing, la prassi prescrittiva non si è assolutamente modificata. Il lavoro del 2003 che per primo lanciò la parola promise migliori risultati di salute per gli anziani, ottenibili attraverso la riduzione delle prescrizioni farmacologiche." Non vorremmo allinearci con il pessimismo dell'autore, però siamo consci della gravità del problema e della resistenza nella pratica a reali cambiamenti prescrittivi nei riguardi delle persone anziane.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.70374?campaign=wolearlyview>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Parte il conto alla rovescia per il **26° Congresso Nazionale** organizzato da **AIP** a Padova dal 26 al 28 marzo. Programma, info ed iscrizioni <https://congresso-aip.it/>

- Il **10 aprile** a **Fermo** si svolgerà la **Giornata fermiana delle malattie neurologiche** (programma in allegato) durante la quale di svolgerà il Memorial per la compianta Isabella Paolino e la consegna della Borsa di studio a suo nome istituita da AIP con il contributo di Carifermo.

- Il **18 aprile** si terrà il **XV Congresso Regionale AIP Calabria** dal titolo "**Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze**". Programma in allegato.

-Comunico con piacere che da questa newsletter la responsabilità editoriale è affidata alla Sig.ra Barbara Cappello.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro
Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatrica

GIORNATA FERMANA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE

II edizione

10 aprile 2026

Sala Sandro Pertini
Piazzale Michelangelo 1, Fermo



L'11 Aprile 2024 ci lasciava prematuramente la carissima collega Isabella Paolino. Chi ha avuto il piacere e la fortuna di conoscerla ne ha sicuramente apprezzato il garbo, la disponibilità, la generosità e le ricche competenze professionali. Isabella è stata un valente neurologo che ha saputo coniugare lo studio e la ricerca con la cura e la presa in carico dei tanti malati incontrati. Le sue passioni scientifiche hanno interessato il campo della Neurofisiologia, le Demenze, la Cefalea, il Parkinson ed i Disturbi del movimento, la terapia con Tossina Botulinica. Le sue opere sono indelebili nel ricordo dei pazienti e dei colleghi. Con lo scopo di promuovere la cultura della ricerca e della cura dei malati fragili, l'Associazione Italiana di Psicogeriatrics (AIP), di cui Isabella è stata presidente, di concerto con la Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo, dal 2025 hanno indetto un premio intitolato "Isabella Paolino", dedicato ad un giovane marchigiano, specialista in neurologia, psichiatria o geriatria, che abbia realizzato un lavoro, una ricerca, un progetto, nell'area tematica della neuropsicogeriatrics. Il premio verrà consegnato il 10 Aprile 2026 in occasione di un convegno scientifico che si terrà a Fermo nella sala Pertini.

PROGRAMMA "PRELIMINARE"

8:30-8:40 **Registrazione partecipanti**

8:40-9:00 **Presentazione del corso** Patrizio Cardinali e **Intervento del Presidente AIP "MENTAL HEALTH: la sfida del secolo dell'invecchiamento"** Diego De Leo

9:00-9:40 **Brain Health: un paradigma di prevenzione in sanità pubblica** Mauro Silvestrini

Discussant: Giuseppe Pelliccioni, Claudio Alesi

9:40-10:20 **E' possibile prevenire la malattia di Alzheimer? Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** Alberto Benussi

Discussant: Simona Luzzi, Cristina Paci

10:20-11:00 **La Tossina Botulinica nel trattamento integrato della spasticità. Focus su benefici e sulle diverse indicazioni** Jonathan Bemporad

Discussant: Marzia Millevolte, Michela Coccia

11:00-11:20 **Coffee Break**

11:20-12:00 **La prevenzione della Malattia di Parkinson. Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** Daniele Belvisi

Discussant: Maria Gabriella Ceravolo, Emanuele Medici

12:00-12:40 **Pianeta cefalea: strategie di prevenzione e profilassi del mal di testa**

Roberto De Icco

Discussant: Marco Bartolini, Luigino De Dominicis

12:40-13:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

13:00-14:30 **Lunch**

14:30-15:10 **I disturbi della deambulazione in neurologia. Fenotipi del cammino patologico** Mariano Serrao

Discussant: Patrizio Cardinali, Enrico Alfonsi

15:10-15:50 **La Neurologia fermana: l'eredità di Isabella Paolino** Stefania Martina Angelocola, Maria Cristina Acciarri, Juri Balestrini

Discussant: Rossano Angeloni, Eugenio Pucci

15:50-17:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

17:00-17:30 **Verifica dell'apprendimento con questionario ECM**

17:30-18:30 **MEMORIAL ISABELLA PAOLINO e Premio AIP-CARIFERMO "Isabella Paolino"**

18:30-18.45 **Conclusioni e Saluti finali** Patrizio Cardinali

INFORMAZIONI

Responsabile scientifico: Dott. Patrizio Cardinali, Direttore UOC Neurologia AST Fermo

Segreteria scientifica UOC Neurologia AST Fermo: Dott.ssa Maria Cristina Acciarri, Dott.ssa Stefania Martina Angelocola, Dott. Rossano Angeloni, Dott. Juri Balestrini, Dott. Fabrizio Forconesi, Dott. Eugenio Pucci, Dott. Riccardo Tiberi

Rif. ECM: 3202-475460 **OBBIETTIVO FORMATIVO:** n. 3 **ORE FORMATIVE e CREDITI ECM:** n. 7

FIGURE PROFESSIONALI E DISCIPLINE: **FARMACISTA:** FARMACISTA PUBBLICO DEL SSN; FARMACISTA TERRITORIALE; FARMACISTA DI ALTRO SETTORE; **LOGOPEDISTA:** LOGOPEDISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA:** TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA; **PSICOLOGO:** PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA; **MEDICO CHIRURGO:** TUTTE LE DISCIPLINE; **ASSISTENTE SANITARIO:** ASSISTENTE SANITARIO; **TECNICO AUDIOMETRISTA:** TECNICO AUDIOMETRISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **FISIOTERAPISTA:** FISIOTERAPISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **INFERMIERE:** INFERMIERE; **EDUCATORE PROFESSIONALE:** EDUCATORE PROFESSIONALE; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:** TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA:** TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO.

L'ISCRIZIONE ALLA GIORNATA è gratuita ma obbligatoria e dà diritto alle sessioni di lavoro. Saranno accettate le sole iscrizioni on-line mediante il form compilabile su www.museioncoop.net

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI

Provider ECM n. 3202 e Segreteria Organizzativa

MuseiOn Soc. Coop.

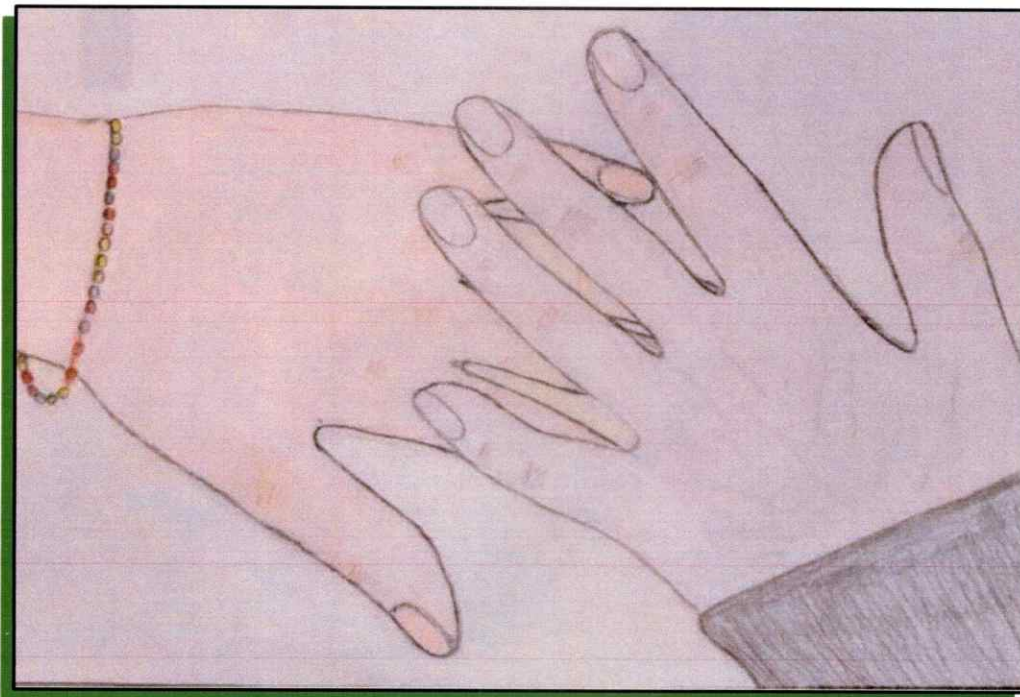
Piazza Gaslini, 5 - 63822 Porto San Giorgio (FM)

info@museioncoop.net, museioncoop@gmail.com

www.museioncoop.net

La Demenza va presa per mano

*Percorso formativo
rivolto a studenti e insegnanti
dell'IC di Castelleone*



***Voglio tanto bene ai miei nonni,
quando sono sani e quando si ammalano***

Primo incontro

**MERCOLEDI' 18 MARZO ore 8,45
a cura del Prof. Marco Trabucchi**



CASTELLEONE
una città amica
delle persone
affette da Demenza



FONDAZIONE
G. BRUNENGI ONLUS
CASTELLEONE



CITTA'
DI CASTELLEONE



PARROCCHIA
SS. FILIPPO E GIACOMO
CASTELLEONE



XV CONGRESSO REGIONALE AIP

Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze

18 aprile 2026

Sala Conferenze ASP Distretto Jonio Sud
Viale Nestore Mazzei, Corigliano Rossano



Responsabili Scientifici:

Luigi Muraca
Giuseppa Zannino

Segreteria Scientifica:

Consiglio Direttivo AIP Calabria:
Pasquale De Fazio, Giuseppe Battaglia
Valentina Laganà, Vittoria Vardè

Con il patrocinio di:



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
della provincia di Cosenza



Ordine dei Farmacisti
della provincia di Cosenza



RAZIONALE

Le demenze rappresentano una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo. Si tratta di patologie neurodegenerative che compromettono progressivamente le funzioni cognitive (memoria, linguaggio, orientamento) e l'autonomia delle persone, con un impatto profondo sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. La comparsa di disturbi psico-comportamentali complica ulteriormente il decorso clinico, rappresentando la causa principale di istituzionalizzazione.

L'invecchiamento della popolazione rende urgente sviluppare strategie innovative di diagnosi precoce e di assistenza, capaci di rispondere alla crescente domanda di cura e supporto.

Il congresso Oltre la memoria nasce proprio da questa consapevolezza: creare un luogo di confronto tra medici, ricercatori, operatori sanitari, caregiver e istituzioni per discutere il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze anche alla luce delle nuove terapie disease-modifying rappresentate dagli anticorpi monoclonali.

Durante le sessioni saranno affrontati temi cruciali:

- le nuove tecniche di neurodiagnostica e biomarcatori per individuare precocemente i segni della malattia;
- l'evoluzione dei modelli di assistenza, con approcci personalizzati e centrati sulla persona;
- il ruolo delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale nel supporto clinico e quotidiano;
- le implicazioni etiche e sociali legate alla cura e alla dignità dei pazienti.

L'obiettivo è andare "oltre la memoria", cioè oltre la sola dimensione clinica del sintomo, per abbracciare una visione integrata che metta al centro la persona e la comunità. Le nuove terapie, molto costose, potranno essere somministrate soltanto ad una piccola parte di pazienti negli stadi iniziali di malattia. Cosa fare, quindi, per la maggior parte dei soggetti più anziani e nelle fasi più avanzate di demenza?

Il congresso vuole essere un'occasione di dialogo e di costruzione di nuove prospettive, in cui la scienza e l'umanità si incontrano per immaginare un futuro più consapevole e inclusivo.

PROGRAMMA

08:30 **Registrazione partecipanti**

09:00 **Presentazione del corso**

Luigi Muraca, Giuseppa Zannino

Saluti

Maria Pompea Bernardi

Referente sanitario ASP Cosenza

Flavio Stasi

Sindaco Comune Corigliano Rossano

Straface Pasqualina

Assessore con competenze di indirizzo politico in materia di inclusione sociale, sussidiarietà e welfare, pari opportunità, benessere animale

Agata Mollica

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cosenza

Diego De Leo

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Fausto Sposato

Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cosenza

Roberto Bruno Bossio

Presidente Regionale SINDem Calabria

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:20 **La solitudine dell'anziano**

Diego De Leo

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:50 **Aspetti etici nella gestione della persona con demenza**

S.E.R. Mons. Maurizio Aloise

I sessione Patogenesi e neuroprotezione

Moderano: *Salvatore Calemme, Vincenzina Golluscio, Francesco Saverio Tirone, Rossella Liguori*

- 10:20 **Antipertensivi, ipolipemizzanti ed SGLT2i come fattori protettivi della demenza**
Andrea Corsonello
- 10:35 **Neuroinfiammazione: un bersaglio chiave per la neuroprotezione**
Pietro Gareri
- 10:50 **BPCO e demenza**
Paola Naccarato
- 11:05 **Malnutrizione e fragilità: il ruolo dei nutraceutici**
Roberto Lacava
- 11:20 **discussione**

Lettura

Presenta: *Luigi Muraca*

- 11:35 **Ageismo: il pregiudizio invisibile**
Marco Trabucchi

II sessione BPSD

Moderano: *Vincenzo Nociti, Rita Stifani, Nicola Schifino, Salvatore Ritrovato*

- 12:05 **La terapia dei disturbi della sfera affettiva: il punto di vista del geriatra**
Giuseppa Zannino
- 12:20 **La gestione multifattoriale delle psicosi: il punto di vista dello psichiatra**
Pasquale De Fazio
- 12:35 **Disturbi del sonno ed OSAS**
Paola Scarpino
- 12:50 **I disturbi del sonno nelle malattie neurodegenerative**
Matteo De Bartolo
- 13:05 **discussione**
- 13:20 **pausa pranzo**

Lettura

Presenta: *Roberto Bruno Bossio*

14:30 **Il nuovo Piano Demenze: come cambia l'approccio diagnostico**
Amalia Cecilia Bruni

III sessione Nuovi approcci terapeutici

Introduce: *Gianfranco Puccio*

15:00 **Terapie anti-Alzheimer: cosa dice l'EPA**

Moderano: *Giuseppe Pugliese, Gianfranco Puccio, Stefano Giusti, Antonio Siniscalchi*

15:15 **La diagnosi tempestiva e corretta: dal MMG allo specialista delle demenze**
Giuseppe Battaglia

15:30 **L'utilizzo dei biomarker liquorali e plasmatici in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Rosanna Colao

15:45 **Il neuroimaging funzionale in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Antonio Bagnato

16:00 **La valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale**
Francesco Bruno

16:15 **discussione**

IV sessione Oltre la terapia farmacologica

Moderano: *Maurizio Berardelli, Lenino Peluso, Cosimina Madeo, Pietro Aquilino, Lucia Pucci*

16:30 **Prospettive terapeutiche non farmacologiche**
Valentina Laganà

16:45 **Curare la persona che cura**
Vittoria Vardè

17:00 **La solitudine in RSA**
Alba Malara

17:15 **L'IA nella demenza: motivo di alleanza o di conflitto?**
Raffaele Di Lorenzo

17:30 **Attività socio-assistenziali per un territorio dementia friendly**
Teresa Dattilo

17:45 **discussione**

18:00 **Conclusioni**
Giuseppa Zannino

18:30 **Verifica dell'apprendimento e conclusioni dei lavori**

Faculty

Maurizio Mons. Aloise

Arcivescovo Diocesi Rossano-Cariati

Pietro Aquilino

Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Antonio Bagnato

Direttore UOC Medicina Nucleare AO Cosenza

Giuseppe Battaglia

Consulente Geriatra RSA Madonna delle Grazie Philadephia (VV)

Maurizio Berardelli

Past President SIGG Calabria. Specialista ambulatoriale Distretto Tirreno Valle Crati Cosenza Savuto Geriatra
Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) ASP Cosenza

Amalia Cecilia Bruni

Tavolo Permanente sulla Demenza - Ministero della Salute

Francesco Bruno

Department of Human and Social Sciences, Faculty of Social and Communication Sciences
Universitas Mercatorum Roma

Roberto Bruno Bossio

Responsabile Neurologia Centro Sclerosi Multipla ASP Cosenza

Salvatore Calemme

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Rosanna Colao

Dirigente Medico Neurologo Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Andrea Corsonello

Università degli Studi della Calabria, Dipartimento di Farmacia e Scienze della Nutrizione e della Salute.
Direttore UOC Geriatria, IRCCS-INRCA POR Cosenza

Teresa Dattilo

Psicologa Psicoterapeuta. Presidente Associazione Donna e Politiche Familiari Roma

Matteo De Bartolo

Dirigente Medico Neurofisiopatologia Ospedale Santa Maria Annunziata Bagno a Ripoli Firenze

Pasquale De Fazio

Professore Ordinario di Psichiatria.

Direttore Scuola Specializzazione e UOC di Psichiatria Università Magna Graecia Catanzaro

Diego De Leo

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Raffaele Di Lorenzo

Già Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Pietro Gareri

Responsabile Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Catanzaro Lido ASP Catanzaro

Stefano Giusti

Direttore UO Radiologia e Diagnostica per Immagini Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Vincenzina Golluscio

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Roberto Lacava

Geriatra. Responsabile Clinico Centro Disturbi Cognitivi e Demenze PST UMBERTO I ASP Catanzaro

Valentina Laganà

Psicologa Psicoterapeuta Contrattista

Professoressa a Contratto Università Magna Graecia di Catanzaro Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Rossella Liguori

Diabetologia Distretto Ionio Sud ASP Cosenza

Cosimina Madeo

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Alba Malara

Presidente Fondazione ANASTE Humanitas Direttore Sanitario Strutture Residenziali, Lamezia Terme (CZ)

Fondazione ANASTE Humanitas

Luigi Muraca

Dirigente UOC Medicina Interna Ospedale Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Paola Naccarato

Dirigente Medico Area Emergenza Urgenza Ospedale Corigliano UOS Pronto Soccorso ASP Cosenza

Vincenzo Nociti

Dirigente UOC Geriatria GOM Bianchi Melacrino Morelli. Presidente Regionale AGE

Lenino Peluso

Geriatra ASP Cosenza

Lucia Pucci

Responsabile Servizio di Psico-Oncologia UO Oncologia Medica Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Gianfranco Puccio

Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica Lamezia Terme (CZ) ASP Catanzaro

Giuseppe Pugliese

Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Salvatore Ritrovato

Psichiatra e Psicoterapeuta Libero professionista Catanzaro

Paola Scarpino

Dirigente Medico Resp. Ambulatorio Medicina del Sonno AIMS Distretto Sanitario Cosenza Savuto ASP Cosenza

Nicola Schifino

Dirigente UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Antonio Siniscalchi

Dirigente Medico UO Neurologia e Stroke Unit AO Cosenza

Rita Stifani

Dirigente medico Centro di Salute mentale ASP Cosenza

Francesco Saverio Tirone

Già Direttore UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Marco Trabucchi

Professore Ordinario di Neuropsicofarmacologia Università di Roma Tor Vergata. Direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia. Presidente Emerito Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Vittoria Vardè

Docente IPUE Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale Roma

Giuseppa Zannino

Presidente Regionale AIP Calabria. Responsabile CDCD Geriatrico Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

INFORMAZIONI GENERALI

8 crediti ECM



Il corso, cod. ECM 436225, è accreditato per **Medici Chirurghi** (tutte le specializzazioni), **Farmacisti**, per un numero massimo di 100 partecipanti.

L'iscrizione è gratuita e da diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, pausa pranzo e attestato ECM*.

E' necessario effettuare la pre-iscrizione sul sito www.jbprof.com

Si precisa che la pre-iscrizione al corso dovrà essere validata con la firma di presenza, presso la segreteria organizzativa J&B disponibile in sede congressuale, a partire dalle ore 08:30 e fino alle ore 09:00 di sabato 18/04/2026. Superato tale orario massimo di tolleranza, verrà annullata la pre-iscrizione e saranno inserite le richieste in lista d'attesa. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico di registrazione in segreteria e avranno diritto all'acquisizione dei crediti ECM i primi 100 iscritti.

*Il rilascio dei crediti ECM è subordinato all'attenta verifica della partecipazione (90% delle ore formative) e del questionario finale dell'apprendimento (superato con almeno il 75% di risposte corrette).



Provider J&B ID 72
www.jbprof.com
0984 837852
segreteria@jbprof.com

Newsletter AIP - 13 marzo 2026

n. 10/2026

Siamo profondamente colpiti dalla vicenda dei medici cubani che Trump vorrebbe costringerci ad allontanare dalla Calabria. Non conosco i particolari della vicenda che ha portato alla situazione attuale; chiedo quindi agli amici dell'AIP Calabria, che sono molti e qualificati, di contribuire al dibattito.

Mi riservo solo alcune osservazioni.

1. Parliamo tanto male di Cuba e poi ricorriamo ai suoi medici per aiutare il nostro sistema sanitario in crisi. Come conciliamo le due prospettive? in un paese povero, per molti aspetti arretrato, la sanità rappresenta un'enclave di efficienza e di progresso?

2. A cosa dobbiamo imputare la grave incapacità della regione Calabria di programmare il numero di medici dei quali ha bisogno? La facoltà medica dell'Università di Calabria ha una nobile storia. Perché, allora, questa incapacità programmatoria?

3. Oggi sarebbe un gravissimo errore sottomettersi alla prepotenza di Trump e spero che nessuno voglia farlo. Sarebbe allo stesso tempo una perdita di dignità del nostro paese e un grave danno ai cittadini calabresi. Ci auguriamo che il Presidente della Regione non accetti il diktat, costruendo allo stesso tempo una seria prospettiva programmatoria, sia sul versante della formazione di nuovi medici sia su quella di trattenere i laureati calabresi nella loro Regione.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Giovanna Ferrandes presenta il workshop di Psicogerontologia
- Fabio Cembrani e il dibattito sulla patente
- Sempre sulla patente l'intervenuto di Renato Pizio
- Raffaele Conforti: "Piaceri e gioie della vecchiaia"
- L'importanza della gentilezza

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- JAGS: ruolo delle statine negli ultraottantenni

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Benvenuti al Congresso nazionale
- I prossimi appuntamenti AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Giovanna Ferrandes** ha inviato la presentazione che segue del **Workshop di Psicogerontologia** che precederà il prossimo Congresso Nazionale AIP.

“Come ormai tradizione, chiedo un breve spazio di contributo nella newsletter settimanale, che costantemente permette a tutti noi della comunità AIP e non solo, la possibilità di scambi di riflessioni/pensieri/aggiornamenti e di comunicazioni sulla vita societaria.

Com'è noto a giorni si svolgerà a Padova il 26° Congresso Nazionale dell'AIP, preceduto, come di consueto, da alcuni eventi pregressuali. Qui desidero presentare in modo particolare il Workshop di Psicogerontologia, previsto per il giovedì 26 marzo e vorrei farlo riprendendo in parte il rationale introduttivo. Quest'anno come segreteria scientifica (gruppo rappresentante la disciplina Psicologia all'interno del CD Nazionale) ci proponiamo in una nuova veste: dalla modalità di incontro partecipativa - workshop - alla stessa denominazione, che tiene al suo interno la dimensione più propriamente psicologica, psicogerontologica in particolare, e la dimensione neuropsicologica. La scelta è nata dalle riflessioni emerse dopo gli eventi pregressuali degli ultimi anni, molto partecipati e coinvolgenti – permettetemi con orgoglio di affermarlo- e dai feedback ricevuti dagli stessi partecipanti. I nostri incontri si sono via via proposti più che come corsi in senso tradizionale come luoghi per interrogativi e riflessioni, con l'ambizioso obiettivo di costruzione collettiva di pensiero. Non ultimo, ciò riguarda il titolo di quest'anno 'Interventi di cura e cura degli interventi: linguaggio, metodo, strumenti di lavoro in psicogerontologia' e soprattutto la proposta del percorso per la giornata, in cui invitiamo al lavoro condiviso intorno all'uso del linguaggio e declinare alcune parole usate e abusate, cercando di non dimenticare le teorie di riferimento, la metodologia, gli strumenti tecnici che fanno della psicologia una disciplina complessa, poliedrica, in continuo cambiamento nel rapporto con la società. Iniziamo quest'anno con tre parole costantemente presenti in psicogerontologia (e non solo): persona, équipe, riabilitazione. Ma il vero obiettivo, per il quale chiamiamo in causa tutti i partecipanti, è di arrivare insieme a scegliere le parole-stimolo per il prossimo anno. Ritorno sulle tre parole di quest'anno, scelte perché rappresentati di costrutti centrali nella cura dell'anziano. E scelte perché necessitano di rigore e di consapevolezza del loro significato complesso e dinamico, a rischio piuttosto nell'uso/abuso, di superficialità e staticità. Non a caso ogni sezione ha un sottotitolo che ne sottolinea l'uso corrente: la persona al centro: come e di cosa? (per la parola persona); la multiprofessionalità: sogno o realtà? (per la parola équipe); male non fa! (per la parola riabilitazione). Chiudo con la speranza e l'impegno di tutto il gruppo proponente e dei partecipanti stessi di riuscire nell'impresa di coniugare rigore metodologico e sensibilità clinica verso pazienti, familiari ed operatori.

Spero di aver in qualche modo attirato l'attenzione e la curiosità di molti dei lettori, magari ancora indecisi sull'adesione alla partecipazione e che invito quindi alle iscrizioni (ancora aperte e – qualora si trovassero in difficoltà - con la segreteria organizzativa a disposizione)”.

-Riporto alcune importanti **considerazioni di Fabio Cembrani sull'intervento di Salvatore Malizia**, pubblicato sull'ultima newsletter, riguardante l'idoneità alla guida degli anziani.

“Ho letto, con umana vicinanza e grande attenzione, la toccante testimonianza che Ti è stata inviata dal dott. Salvatore Malizia che rinnova l'idea dei mille volti, subdoli e davvero tentacolari, delle politiche discriminatorie verso gli anziani che devono rinnovare la patente di guida.

Il dettagliato racconto del Collega mi conferma, purtroppo, il sostanziale fallimento della Medicina legale pubblica che non ha saputo onorare quel ruolo strategico che le era stato assegnato dalla legge istitutiva del SSN; lo affermo con delusione e forte rammarico guardando alle tante occasioni sprecate di una disciplina che ho sempre esercitato con passione e garbo e con l'idea che i diritti delle persone vanno sempre promossi in spirito di giustizia sociale. Pur essendo stato costretto, nella mia vita professionale, spesso con grande sofferenza interiore, ad esprimere il mio motivato diniego

a richieste inappropriate o comunque non compatibili con i limiti ed i vincoli imposti dalle norme di settore; cosa che è naturalmente avvenuta anche nel campo della idoneità alla guida avendo presieduto, per oltre 20 anni, la CML per le patenti di guida della Provincia autonoma di Trento.

La testimonianza di Salvatore, al quale esprimo la mia profonda vicinanza umana e la raccomandazione di non arrendersi, ha comunque risvegliato in me tutta una serie di stimoli che confermano i mille (spesso nuovi) volti espressivi dell'ageismo moderno.

Due in particolare, di cui sono stato recente testimone. Alcune persone conosciute in passato quando lavoravo si sono rivolte a me, in questi ultimi mesi, preoccupate degli effetti cui potrebbero incorrere presentando la domanda per l'accertamento dell'invalidità civile che, come sai, occorre attivare anche per la fornitura di qualche semplice ausilio protesico personalizzato (apparecchi uditivi) o per la gestione al domicilio (così, ad es., il deambulatore o il rialzo per il wc). Non comprendendo queste preoccupazioni ho cercato di capirne le ragioni. Venendo a sapere che il modulo della domanda cartacea (fatto davvero emblematico perché la Provincia autonoma di Trento è stata inserita nel piano di sperimentazione nazionale da 6 mesi, dato atto, per chi ci legge, che la sperimentazione dovrebbe prevedere la trasmissione telematica della domanda) è stato da poco modificato obbligando l'interessato a documentare il possesso della patente di guida. Venendo a sapere che, in conseguenza di questa auto-dichiarazione, scattano improvvise segnalazioni rivolte al Servizio della Motorizzazione civile che si concludono con la revisione d'ufficio della patente di guida. Da qui le ragionevoli preoccupazioni che mi sono state espresse le quali, in più di una circostanza, hanno prudentemente sconsigliato l'attivazione di un diritto per non incorrere, tra l'altro, negli aggravati economici che ogni revisione della patente di guida comporta. Con questo non discuto, naturalmente, i doveri informativi che gravano sul medico limitandomi tuttavia ad osservare che essi sono da riservare a quegli estremi di accertata (non teoricamente supposta) incompatibilità alla guida.

Secondo ricordo di cui sono stato testimone diretto. Qualche mese fa si è rivolto a me un amico 76enne al quale, in sede di rinnovo della patente di guida, erano stati imposti due divieti: quello di guidare in autostrada e quello, altrettanto irragionevole, di guidare al di fuori di un raggio di 50 km dalla sua abitazione. La persona di cui Ti racconto è affetta da una serie di patologie, tra le quali: una insufficienza respiratoria che richiede una saltuaria ossigenoterapia, una ipoacusia bilaterale ben corretta con le protesi binaurali in uso ed un deficit di forza dell'arto inferiore sinistro causato da una patologia artrosica dell'anca e del ginocchio a causa del quale, da una decina di anni, aveva prudentemente deciso di acquistare e guidare una vettura fornita del cambio automatico. Non accettando questi irragionevoli divieti (qui non posso dichiararne le reali ragioni), l'amico si è rivolto a me che, con grande fiducia nelle istituzioni, dopo aver redatto una dettagliata memoria tecnica (in cui, come uniche prescrizioni, imponevo l'obbligo del cambio automatico e di indossare la protesi acustica nella guida), prima di accompagnarlo, come medico di sua fiducia, alla visita medica in capo all'organo tecnico di una Rete ferroviaria italiana. Quello che è accaduto in questa sede è sovrapponibile al racconto di Salvatore. Dopo aver aspettato in sala d'aspetto per oltre 50 m' siamo stati fatti salire al piano superiore dello stabile, in una stanza provvista di molti pc dove, sul tavolo di fronte a noi, stava seduta una giovane donna (che si è poi qualificata essere una psicologa) la quale aveva ricevuto, da un imprecisato medico, l'ordine di eseguire alcuni test attitudinali: test che si sono protratti per oltre 60 m', non preceduti dall'esame clinico, predisposti non si sa bene sulla base di quali reali ragioni e da chi, effettuati in un ambiente dispersivo e rumoroso, senza far comprendere all'interessato (munito di due cuffie sovrapposte alla protesi binaurale attraverso le quali gli venivano impartiti gli ordini) le ragioni della loro esecuzione e senza l'intermezzo, tra un test e l'altro, di un minimo periodo di recupero. Dopo averli completati (io personalmente -credimi - non avrei avuto l'abilità richiesta per uscire indenne da questo disumano sforzo) siamo stati rinviati al piano inferiore prima di essere chiamati in ambulatorio dove erano presenti due medici i quali, molto

sbrigativamente, hanno effettuato l'esame visivo alla tavola optometrica per poi dirci che ci avrebbero informati sull'esito degli accertamenti. Alla mia richiesta di discutere i risultati dei test effettuati al piano superiore sono state bruscamente zittite con la giustificazione che non c'era il collegamento informatico e che i risultati sarebbero stati discussi nel pomeriggio con il presidente della Commissione che, in quel momento, era fuori sede. Morale: dopo qualche giorno è arrivato l'esito in cui si dichiarava la piena non idoneità alla guida del mio amico stante il supposto rilevato deficit dell'attenzione divisa e di quella selettiva, deficit nettamente disconfermati da una successiva consulenza psico-geriatrica alla quale l'ho fatto poi sottoporre in un ambiente specialistico a Te vicino, di elevatissima ed indiscutibile qualificazione.

Naturalmente non mi sono arreso ed ho, di conseguenza, attivato una delle strade che ci sono consentite dalle norme di settore e, qualche mese fa, al mio amico è stata confermata, da un'altra CML alla quale ci siamo rivolti, la patente di guida con l'obbligo del cambio automatico e di indossare la protesi acustica.

Anche a Salvatore dico amicalmente di non arrendersi consigliandolo, per i dati che ho a disposizione, di inoltrare un ricorso amministrativo, in carta semplice, al Presidente della Repubblica allegando tutta la documentazione che riterrà utile. La risposta non sarà purtroppo celere ma all'ageismo occorre opporsi con tutte le forze che si sono consentite, soprattutto quando il suo principale attore è un soggetto pubblico che si macchia di ignoranza colpevole”.

-Renato Pizio, sempre molto attento alla nostra newsletter, ha invitato un **breve commento sempre all'intervento di Salvatore Malizia**:

“Ho letto la vicenda della patente del collega psichiatra anziano e mi permetto di dire, da neurologo, che la prestazione che mi fa sempre drizzare le orecchie quando visito persone anziane in vista del rinnovo della patente è la capacità motoria di rispondere velocemente a stimoli improvvisi. Nella lettera inviata il Collega parla di essere stato sottoposto, oltre a valutazioni in ambito cognitivo-attentivo, a ‘test di reazione a stimoli semplici’, e in merito non c'è scritto nulla nella certificazione rilasciata poi dal neurologo del Policlinico Umberto I. Con questo se c'è una cosa che ho imparato è il contrasto all'ageismo, ma vivo in una città in cui sono molto frequenti incidenti che coinvolgono persone anziane, e spesso si tratta di eventi in cui il tempo di reazione (per una frenata ecc..) è stato troppo lungo. Se il mio test di reazione è alterato, io posso essere in possesso di tutte le mie capacità cognitive, ma l'incidente non lo evito. Sono invece perfettamente d'accordo sul dovere di trasparenza da parte delle commissioni giudicatrici nell'illustrare nei particolari all'interessato le motivazioni reali di un giudizio negativo in questi esami”.

-Allego un interessante contributo del collega **Raffaele Conforti**: **“Piaceri e gioie della vecchiaia”**.

-In un tempo segnato da guerre, aggressività e incertezze planetarie il recente libro di **Leonardo Sapienza** rilancia **la gentilezza** non come buon sentimento, ma **come virtù esigente e concreta**, capace di cambiare il modo di stare nel mondo (“La gentilezza”, Editrice la Ricerca). Un libro utile anche in ambito clinico, che dovrebbe essere adottato nei corsi di formazione del personale sanitario, perché, come insegnava la maestra di Romano Guardini. “Ricordati che non c'è solo il grande amore del prossimo, ma anche il piccolo. Per quello grande arriva senza dubbio il tempo, quando ci capiterà di dover aiutare qualcuno in grande bisogno o di dover essere fedeli fra grandi difficoltà. Ma per quello piccolo il tempo c'è sempre, è l'amore di tutti i giorni. Si chiama cortesia”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Ringrazio **Mauro Colombo** per il suo contributo.

“È noto che gli eventi avversi, di varia natura, in cui ci si può imbattere nel corso della vita, possono favorire **l’insorgenza di malattie cardiovascolari e depressione**. In particolare, è stato ormai ampiamente dimostrato che gli eventi occorsi durante l’infanzia [Adverse childhood experiences (ACEs): raggruppati in 3 categorie (disfunzione familiare, disfunzione sociale e morte o disabilità in famiglia)] sono associati a molteplici malattie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, depressione, difficoltà nelle attività quotidiane e deterioramento cognitivo. Le esposizioni traumatiche che si verificano in età adulta [adverse adult experiences (AAEs)] includono eventi come la morte di un figlio, la discriminazione nel corso della vita, l’essere costretti a letto, il ricovero ospedaliero per un mese o più e l’abbandono del lavoro a causa di problemi di salute. Queste esperienze sono anche associate a significative conseguenze psichiatriche, tra cui il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo d’ansia generalizzato. Inoltre, gli AAE possono fungere da fattore scatenante per l’associazione degli ACE con gli esiti sulla salute degli adulti. Però, al presente scarseggiano le ricerche che esplorano le associazioni, indipendenti e combinate, tra ACE e AAE e il rischio di demenza e ictus. Ancora, sebbene vi siano prove che suggeriscono che gli ACE possano portare alla depressione, pochi studi hanno investigato se la depressione svolga un potenziale ruolo di mediazione nell’associazione tra ACE e AAE e il rischio di demenza e ictus.

Per colmare questa lacuna, Autori affiliati ad università cinesi (prevalentemente) e statunitensi (Harvard e Chicago) hanno fatto ricorso ai dati longitudinali dello studio sull’invecchiamento dei pensionati cinesi ‘CHARLS’: China Health and Retirement Longitudinal Study, una preziosa fonte, tra le più frequentemente adoperate per ricerche epidemiologiche. Obiettivi dello studio sino-americano – a libero accesso, pubblicato sul numero del 28 gennaio di *JAMA Network Open* [1] - erano in prima istanza l’esame delle associazioni indipendenti e combinate di ACE e AAE con l’incidenza di demenza e ictus, e la misura in cui gli AAE mediano l’associazione degli ACE con l’incidenza di demenza e ictus. Secondariamente, cogliere la potenziale interazione o gli effetti congiunti di ACE e AAE e infine valutare se la depressione mediasse queste associazioni. I risultati sono stati presentati secondo le linee-guida ‘STROBE’ (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Tra 11.601 partecipanti (età media [DS] 59,18 [9,41] anni; 5.569 maschi [48,0%]), 9.145 (78,8%) sono stati esposti ad almeno 1 indicatore ACE, 4.241 (36,6%) ad almeno 1 indicatore AAE e 3.531 (30,4%) ad eventi di entrambi ACE e AAE. In sintesi, questo studio di coorte ha rilevato che una maggiore esposizione ad ACE o AAE era direttamente associata – nell’arco di circa 5 anni – allo sviluppo di demenza, e che una maggiore esposizione ad AAE era direttamente associata all’incidenza di ictus, con il rischio più elevato osservato nel gruppo ad alto rischio combinato. In dettaglio, la condizione di alto rischio combinato era associata ad un rapporto di rischio [‘Hazard Ratio’ (HR)] di 3,28 – con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 1,54 e 7,02 – per la demenza, e di 2,5 – con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 1,24 e 5,3 – per l’ictus.

Gli AAE hanno mediato il 15,7 % dell’effetto degli ACE sullo sviluppo di demenza.

Sono state calcolate anche le frazioni attribuibili alla popolazione [‘population attributable fractions’ (PAF)], per quantificare la proporzione di eventi di demenza o ictus che potrebbero essere potenzialmente prevenuti se tutti gli individui non fossero esposti ad AAE o ACE. Per i primi (AAE), PAF è risultato pari a 28,42 – con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 21,36 e 35,47 - per la demenza, e 16,62 – con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 11,28 e 21,96 – per l’ictus. Riguardo ai secondi (ACE), PAF è risultato pari a 23,68 – con intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 8,01 e 39,35 – per la demenza.

È stata utilizzata una particolare tecnica statistica {‘analisi di classe latente’ [‘latent class analysis’ (LCA)]} per identificare meglio i diversi modelli di esposizione ad ACE o AAE e i corrispondenti gruppi di rischio, integrando così i limiti della classificazione originale. Tale analisi ha permesso di

individuare un sottogruppo di ACE ad alto rischio associato all'ictus incidente, con HR = 1,33, ad intervallo di confidenza al 95 % compreso fra 1,08 e 1,65.

Inoltre, la depressione ha mediato parzialmente (dal 17 al 67 %, sempre con significatività statistica) tutte queste 4 associazioni.

Le analisi dei sottogruppi hanno indicato che l'associazione di AAE con la demenza era più pronunciata negli uomini, mentre l'associazione di AAE con l'ictus era più pronunciata nei soggetti più giovani (sotto ai 65 anni).

I risultati ottenuti in [1] confermano ricerche precedenti circa il potenziale negativo rispetto all'insorgenza di demenza e di ictus degli eventi avversi subiti precocemente (ACE) [2], con particolare riguardo a malattie mentali infantili, violenza domestica e disabilità genitoriale. [1] aggiunge il corrispettivo potenziale negativo degli eventi avversi che accadono durante l'età adulta (AAE), come proposta di un nuovo indicatore, con particolare riferimento all'allettamento, alla ospedalizzazione per oltre 1 mese, ed all'abbandono del lavoro causa problemi di salute [3]. Inoltre, la analisi di classe latente ha consentito di distinguere un sottogruppo ad alto rischio di eventi cerebrovascolari, che sarebbe sfuggito alla analisi tradizionale.

Un altro pregio del lavoro consiste nell'aver rilevato che l'esposizione simultanea a fattori ACE e AAE ad alto rischio ha aumentato significativamente il rischio di ictus e demenza, suggerendo che ACE e AAE possano interagire amplificandone gli effetti. In particolare, nella interpretazione degli Autori, esperienze avverse in età relativamente precoce possono favorire errati pregiudizi cognitivi e un accresciuto senso di minaccia correlato allo stress. Questo, a sua volta, aumenta la probabilità di incontrare fattori di stress più significativi in età adulta e riduce l'adattabilità a questi fattori, causando così maggiori danni alla salute.

In sintonia con precedenti studi che collegavano ACE, AAE, depressione e deterioramento cognitivo, questo lavoro sottolinea il ruolo fondamentale della depressione come tramite che collega le avversità della prima infanzia e dell'età adulta ai risultati neurologici in età avanzata, evidenziando la necessità di interventi volti a prevenire ACE e AAE nel corso della vita e gestire i sintomi depressivi per ridurre il rischio di demenza e ictus.

E qui sta il 'messaggio da portare a casa', per tradurre una indagine epidemiologica raffinata in un indirizzo di salute pubblica.

PS) in uno studio condotto dalla Fondazione Golgi Cenci, cui era stato dedicato un 'angolo' nel 2024, la accezione di 'resilienza' era stata definita come assenza di deterioramento cognitivo e depressione, ad autonomia conservata nelle attività di base della vita quotidiana. Le persone della coorte abbatense dei nati tra il 1935 ed il 1939 che sono invecchiate bene non sono tali perché hanno avuto meno eventi stressanti rispetto a chi invecchia male (compreso il COVID-19). Sono stati importanti le 'riserve' che hanno potuto costruire nella loro vita e le loro abitudini. In particolare: La RISERVA COGNITIVA: aver avuto la possibilità di andare a scuola per più anni, aver avuto una condizione familiare/sociale più favorevole nella prima parte della vita, l'intelligenza e il livello di occupazione. La RISERVA AFFETTIVA: l'insieme delle caratteristiche psicologiche e personali che sono associate a una maggiore propensione al contatto sociale, alla capacità di instaurare relazioni serene e stabili e alla capacità di far fronte alle avversità. Lo STILE DI VITA ATTUALE: una vita attiva dal punto di vista fisico, cognitivo e sociale e l'aderenza alla dieta mediterranea. Ad Abbiategrasso alcuni sono diventati ultra80enni in buona salute NON perché la vita ha risparmiato gli eventi stressanti e le patologie, MA perché si è avuta una condizione migliore nei primi anni di vita, poi si hanno e si coltivano delle caratteristiche personali e relazionali positive, ed anche a 80 e più anni si sono mantenuti stili di vita attivi. Una conclusione è che non esiste età in cui i giochi sono fatti: anche fra gli ultra80enni contano gli stili di vita [4]".

[1] Chen, B., Xue, E., Li, Y., Tang, E., Wang, Y., Wu, Y., Liu, S., & Zhao, J. (2026). Life-Course Psychosocial Stress and Risk of Dementia and Stroke in Middle-Aged and Older Adults. *JAMA network open*, 9(1), e2556012. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.56012>

[2] Rose, D. K., Pfund, G., Lee, J. K., Liu, A. J., Benitez, A., Fani, N., Walker, K. A., Mielke, M. M., & Bateman, J. R. (2025). Adverse childhood experiences influence markers of neurodegeneration risk in older adults. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 21(8), e70523. <https://doi.org/10.1002/alz.70523>

[3] Nilaweera, D., Gurvich, C., Freak-Poli, R., Woods, R., Owen, A., Murray, A., Orchard, S. G., Britt, C., Wu, Z., McNeil, J., & Ryan, J. (2023). Adverse events in older adults and the risk of dementia and cognitive decline. *Journal of affective disorders reports*, 13, 100592. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100592>

[4] Rolandi, E., Rossi, M., Colombo, M., Pettinato, L., Del Signore, F., Aglieri, V., Bottini, G., & Guaita, A. (2024). Lifestyle, Cognitive, and Psychological Factors Associated With a Resilience Phenotype in Aging: A Multidimensional Approach on a Population-Based Sample of Oldest-Old (80+). *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 79(10), gbae132. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae132>

-JAGS del 7 marzo pubblica un interessante brief report su una problematica delicata, riguardante l'evidenza a favore della **prescrizione di statine per la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari negli ultraottantenni**. Le conclusioni dello studio, condotto sulle cartelle elettroniche di oltre 15 mila persone, di età media 84 anni, 66% donne, hanno dimostrato nel follow up di 4 anni che l'uso di statine è associato ad una riduzione del 31% della mortalità e del 20% di nuovi eventi coronarici, mentre nessuna significativa differenza è stata osservata nell'incidenza di miopatia, diabete, o demenza. Inoltre, i benefici non sono stati osservati in pazienti che hanno sospeso il trattamento prima degli 80 anni. A mio giudizio si tratta di un'indagine di rilevante importanza, che contribuisce in maniera definitiva al dibattito sul rapporto costo-benefico quando si prolunga anche in tarda età il trattamento con statine. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.70375?campaign=wolearlyview>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Allego il programma del **Congresso Nazionale AIP** che tra due settimane ci vedrà riuniti a Padova. Un augurio perché l'evento ci possa arricchire sul piano umano e professionale.

-Ultimi giorni per iscriversi al **26° Congresso Nazionale AIP 2026**. Le iscrizioni ai Workshop Precongressuali chiudono lunedì 9 marzo. Le iscrizioni al Congresso chiudono lunedì 16 marzo. Programma, info ed iscrizioni <https://congresso-aip.it/>

-Il 10 aprile a Fermo si svolgerà la **Giornata fermana delle malattie neurologiche** (programma in allegato) durante la quale si svolgerà il Memorial per la compianta Isabella Paolino e la consegna della Borsa di studio a suo nome istituita da AIP con il contributo di Carifermo.

-Il 18 aprile si terrà il **XV Congresso Regionale AIP Calabria dal titolo "Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze"**. Programma in allegato.

-Save the date! Dal 18 al 21 giugno a Portici (NA) si terrà la **Summer School dell'Associazione Italiana di Psicogeriatra dal titolo "Le 3D della Psicogeriatra: Depressione Delirium Demenza"**.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Un cordiale saluto.

Marco Trabucchi
Associazione Italiana di Psicogeriatra

GIORNATA FERMANA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE

II edizione

10 aprile 2026

Sala Sandro Pertini
Piazzale Michelangelo 1, Fermo



L'11 Aprile 2024 ci lasciava prematuramente la carissima collega Isabella Paolino. Chi ha avuto il piacere e la fortuna di conoscerla ne ha sicuramente apprezzato il garbo, la disponibilità, la generosità e le ricche competenze professionali. Isabella è stata un valente neurologo che ha saputo coniugare lo studio e la ricerca con la cura e la presa in carico dei tanti malati incontrati. Le sue passioni scientifiche hanno interessato il campo della Neurofisiologia, le Demenze, la Cefalea, il Parkinson ed i Disturbi del movimento, la terapia con Tossina Botulinica. Le sue opere sono indelebili nel ricordo dei pazienti e dei colleghi. Con lo scopo di promuovere la cultura della ricerca e della cura dei malati fragili, l'Associazione Italiana di Psicogeriatra (AIP), di cui Isabella è stata presidente, di concerto con la Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo, dal 2025 hanno indetto un premio intitolato "Isabella Paolino", dedicato ad un giovane marchigiano, specialista in neurologia, psichiatria o geriatria, che abbia realizzato un lavoro, una ricerca, un progetto, nell'area tematica della neuropsicogeriatra. Il premio verrà consegnato il 10 Aprile 2026 in occasione di un convegno scientifico che si terrà a Fermo nella sala Pertini.

PROGRAMMA "PRELIMINARE"

8:30-8:40 **Registrazione partecipanti**

8:40-9:00 **Presentazione del corso** Patrizio Cardinali e **Intervento del Presidente AIP "MENTAL HEALTH: la sfida del secolo dell'invecchiamento"** Diego De Leo

9:00-9:40 **Brain Health: un paradigma di prevenzione in sanità pubblica** Mauro Silvestrini

Discussant: Giuseppe Pelliccioni, Claudio Alesi

9:40-10:20 **E' possibile prevenire la malattia di Alzheimer? Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** Alberto Benussi

Discussant: Simona Luzzi, Cristina Paci

10:20-11:00 **La Tossina Botulinica nel trattamento integrato della spasticità. Focus su benefici e sulle diverse indicazioni** Jonathan Bemporad

Discussant: Marzia Millevolte, Michela Coccia

11:00-11:20 **Coffee Break**

11:20-12:00 **La prevenzione della Malattia di Parkinson. Fattori di predisposizione, neuroprotezione e stadio preclinico** Daniele Belvisi

Discussant: Maria Gabriella Ceravolo, Emanuele Medici

12:00-12:40 **Pianeta cefalea: strategie di prevenzione e profilassi del mal di testa**

Roberto De Icco

Discussant: Marco Bartolini, Luigino De Dominicis

12:40-13:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

13:00-14:30 **Lunch**

14:30-15:10 **I disturbi della deambulazione in neurologia. Fenotipi del cammino patologico** Mariano Serrao

Discussant: Patrizio Cardinali, Enrico Alfonsi

15:10-15:50 **La Neurologia fermana: l'eredità di Isabella Paolino** Stefania Martina Angelocola, Maria Cristina Acciarri, Juri Balestrini

Discussant: Rossano Angeloni, Eugenio Pucci

15:50-17:00 **Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i**

17:00-17:30 **Verifica dell'apprendimento con questionario ECM**

17:30-18:30 **MEMORIAL ISABELLA PAOLINO e Premio AIP-CARIFERMO "Isabella Paolino"**

18:30-18.45 **Conclusioni e Saluti finali** Patrizio Cardinali

INFORMAZIONI

Responsabile scientifico: Dott. Patrizio Cardinali, Direttore UOC Neurologia AST Fermo

Segreteria scientifica UOC Neurologia AST Fermo: Dott.ssa Maria Cristina Acciarri, Dott.ssa Stefania Martina Angelocola, Dott. Rossano Angeloni, Dott. Juri Balestrini, Dott. Fabrizio Forconesi, Dott. Eugenio Pucci, Dott. Riccardo Tiberi

Rif. ECM: 3202-475460 **OBBIETTIVO FORMATIVO:** n. 3 **ORE FORMATIVE e CREDITI ECM:** n. 7

FIGURE PROFESSIONALI E DISCIPLINE: **FARMACISTA:** FARMACISTA PUBBLICO DEL SSN; FARMACISTA TERRITORIALE; FARMACISTA DI ALTRO SETTORE; **LOGOPEDISTA:** LOGOPEDISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA:** TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA; **PSICOLOGO:** PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA; **MEDICO CHIRURGO:** TUTTE LE DISCIPLINE; **ASSISTENTE SANITARIO:** ASSISTENTE SANITARIO; **TECNICO AUDIOMETRISTA:** TECNICO AUDIOMETRISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **FISIOTERAPISTA:** FISIOTERAPISTA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **INFERMIERE:** INFERMIERE; **EDUCATORE PROFESSIONALE:** EDUCATORE PROFESSIONALE; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA:** TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO; **TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA:** TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA; ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE AD ESAURIMENTO.

L'ISCRIZIONE ALLA GIORNATA è gratuita ma obbligatoria e dà diritto alle sessioni di lavoro. Saranno accettate le sole iscrizioni on-line mediante il form compilabile su www.museioncoop.net

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI

Provider ECM n. 3202 e Segreteria Organizzativa

MuseiOn Soc. Coop.

Piazza Gaslini, 5 - 63822 Porto San Giorgio (FM)

info@museioncoop.net, museioncoop@gmail.com

www.museioncoop.net

Piaceri e gioie della vecchiaia

Raffaele Conforti

Ho trascorso gran parte della mia vita professionale come medico geriatra, osservando, ascoltando, accompagnando persone anziane. Oggi mi trovo nella condizione, per certi versi privilegiata, di poter parlare da dentro questa stagione della vita, e non soltanto su di essa.

Questo mi permette forse uno sguardo meno teorico e più vissuto. E, spero, anche più onesto.

Invecchiare non è solo perdere

Quando si parla di invecchiamento, il linguaggio che utilizziamo è quasi sempre un linguaggio di sottrazione. Si perde forza, si perde velocità, si perdono funzioni, talvolta si perdono ruoli. Sarebbe ingenuo — oltre che poco rispettoso della realtà — negare che molte capacità diminuiscano con il tempo. Il corpo cambia, alcune possibilità si riducono, e il mondo intorno può apparire più stretto.

Tuttavia, se riduciamo l'invecchiamento a una semplice curva discendente, perdiamo qualcosa di essenziale: la capacità di riconoscere ciò che non si perde, e ciò che può emergere proprio grazie al tempo. Invecchiare non significa soltanto avere meno; significa spesso avere in modo diverso.

Con il passare degli anni, alcune dimensioni dell'esperienza diventano più accessibili: la capacità di giudizio, la profondità dello sguardo, la possibilità di relativizzare ciò che un tempo appariva assoluto. Il tempo non agisce solo come erosione, ma anche come sedimentazione. Alcune ambizioni si spengono, è vero, ma spesso perché non servono più. Al loro posto può nascere una forma diversa di libertà: quella di non dover inseguire tutto, di poter scegliere con maggiore precisione dove mettere le proprie energie.

In questo senso, l'invecchiamento non è soltanto una riduzione delle possibilità, ma una selezione delle possibilità. Non tutto resta accessibile, ma ciò che rimane può acquistare un valore maggiore. È una trasformazione qualitativa, non soltanto quantitativa.

La filosofia antica parlava della distinzione tra ciò che dipende da noi e ciò che non dipende da noi. Con l'età, questa distinzione smette di essere teorica e diventa esperienza vissuta. Si impara — talvolta con fatica — ad accettare ciò che non è più modificabile e a investire ciò che resta sotto il nostro controllo: il modo in cui guardiamo, interpretiamo e abitiamo la realtà.

Dire che "invecchiare non è solo perdere" non significa idealizzare la vecchiaia. Significa riconoscere che il valore di una fase della vita non si misura solo in termini di efficienza o prestazione. Esistono forme di ricchezza che diventano visibili solo quando altre si attenuano. E se posso permettermi una nota personale: alla mia età non sento di avere meno vita davanti a me, ma una vita che chiede di essere abitata con maggiore attenzione.

Il piacere che cambia forma

Da giovani, spesso associamo il piacere all'intensità: più stimoli, più esperienze, più velocità. Con il tempo, questo paradigma tende a mutare.

Non direi che il piacere diminuisce. Direi piuttosto che **si raffina**.

C'è un piacere della lentezza che da giovani non conosciamo. Un piacere dell'attenzione. Un piacere della presenza. Aristotele parlava di piaceri che accompagnano l'attività conforme alla nostra natura. E forse, con l'età, diventiamo un po' più capaci di capire qual è davvero la nostra natura.

Personalmente, mi accorgo di provare una gioia autentica in cose che un tempo avrei considerato marginali: una conversazione senza fretta, un gesto quotidiano, un silenzio che non chiede di essere riempito.

La libertà di non dover più dimostrare

Uno dei benefici meno celebrati dell'età avanzata è una certa libertà dal giudizio. Con il tempo, si attenua il bisogno di apparire, di competere, di essere all'altezza di aspettative spesso altrui.

Simone de Beauvoir osservava che la società tende a espropriare l'anziano del suo ruolo. È una constatazione dura, ma reale. Tuttavia, da questa perdita può nascere anche una libertà: quella di non dover più recitare una parte.

Non sempre questa libertà arriva subito, e non per tutti. Ma quando arriva, porta con sé una gioia sobria e profonda: quella dell'autenticità.

La memoria come compagnia

Da medico ho visto molte persone temere la perdita della memoria. È una paura comprensibile. Ma la memoria non è solo una funzione cognitiva: è anche un luogo interiore.

Sant'Agostino parlava della memoria come di un grande spazio abitato. Con l'età, questo spazio può diventare più frequentato. Non solo per nostalgia, ma per comprensione.

A un certo punto della vita, si smette di chiedersi soltanto "cosa farò" e si inizia a chiedersi "che senso ha avuto ciò che ho vissuto". Questa rilettura non cancella i dolori, ma li colloca. E questo, spesso, porta una forma di pacificazione.

Relazioni meno numerose, ma più vere

Con l'età, le relazioni cambiano. Alcune si perdono, altre si diradano. Ma spesso quelle che restano diventano più essenziali.

Non si ha più molta pazienza per ciò che è superficiale. Si cerca la verità, la presenza, la continuità. Questo vale nelle amicizie, nei legami familiari, nei rapporti intergenerazionali.

Come geriatra, ma anche come uomo, ho imparato che l'anziano non è solo destinatario di cura. È portatore di memoria, di esperienza, di uno sguardo lungo. Erik Erikson parlava, nell'ultima fase della vita, del bisogno di raggiungere un senso di integrità. La trasmissione — anche silenziosa — è una delle vie principali per arrivarci.

Il corpo che cambia, ma non tace

Il corpo invecchia, e non sempre in modo gentile. Sarebbe ipocrita negarlo. Ma il corpo non diventa per questo muto.

Cambia il modo di muoversi, di sentire, di percepire. Il piacere non coincide più con la prestazione, ma può ancora abitare il movimento adeguato, il contatto, la cura.

La geriatria moderna insiste molto sulla qualità della vita. Io direi che dovremmo avere il coraggio di chiamare questa qualità anche con il suo nome: **piacere**, in forme compatibili con l'età e con la storia di ciascuno.

Il senso come gioia matura

Se dovessi indicare una gioia tipica dell'età anziana, direi il senso. Non come risposta definitiva, ma come possibilità.

Viktor Frankl ci ha insegnato che l'essere umano ha bisogno di senso più che di felicità. Con il tempo, molti scoprono che il valore della propria vita non sta solo in ciò che si è fatto, ma in ciò che si è stati.

Questa consapevolezza non elimina la fragilità, ma la rende abitabile.

Conclusione

Vorrei concludere con una considerazione personale.

Se oggi posso dire qualcosa sull'età anziana, è perché ho avuto il privilegio di attraversarla con attenzione, prima come medico, ora sempre più come protagonista. E ciò che posso dire, senza retorica, è che questa stagione della vita non è vuota.

È diversa. È più lenta. È più selettiva. Ma può essere ancora ricca di piaceri e di gioie — se siamo disposti a riconoscerli per ciò che sono, e non per ciò che non sono più.

XV CONGRESSO REGIONALE AIP

Oltre la memoria: il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze

18 aprile 2026

Sala Conferenze ASP Distretto Jonio Sud
Viale Nestore Mazzei, Corigliano Rossano



Responsabili Scientifici:

Luigi Muraca
Giuseppa Zannino

Segreteria Scientifica:

Consiglio Direttivo AIP Calabria:
Pasquale De Fazio, Giuseppe Battaglia
Valentina Laganà, Vittoria Vardè

Con il patrocinio di:



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
della provincia di Cosenza



Ordine dei Farmacisti
della provincia di Cosenza



RAZIONALE

Le demenze rappresentano una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo. Si tratta di patologie neurodegenerative che compromettono progressivamente le funzioni cognitive (memoria, linguaggio, orientamento) e l'autonomia delle persone, con un impatto profondo sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. La comparsa di disturbi psico-comportamentali complica ulteriormente il decorso clinico, rappresentando la causa principale di istituzionalizzazione.

L'invecchiamento della popolazione rende urgente sviluppare strategie innovative di diagnosi precoce e di assistenza, capaci di rispondere alla crescente domanda di cura e supporto.

Il congresso Oltre la memoria nasce proprio da questa consapevolezza: creare un luogo di confronto tra medici, ricercatori, operatori sanitari, caregiver e istituzioni per discutere il futuro della diagnosi e dell'assistenza nelle demenze anche alla luce delle nuove terapie disease-modifying rappresentate dagli anticorpi monoclonali.

Durante le sessioni saranno affrontati temi cruciali:

- le nuove tecniche di neurodiagnostica e biomarcatori per individuare precocemente i segni della malattia;
- l'evoluzione dei modelli di assistenza, con approcci personalizzati e centrati sulla persona;
- il ruolo delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale nel supporto clinico e quotidiano;
- le implicazioni etiche e sociali legate alla cura e alla dignità dei pazienti.

L'obiettivo è andare "oltre la memoria", cioè oltre la sola dimensione clinica del sintomo, per abbracciare una visione integrata che metta al centro la persona e la comunità. Le nuove terapie, molto costose, potranno essere somministrate soltanto ad una piccola parte di pazienti negli stadi iniziali di malattia. Cosa fare, quindi, per la maggior parte dei soggetti più anziani e nelle fasi più avanzate di demenza?

Il congresso vuole essere un'occasione di dialogo e di costruzione di nuove prospettive, in cui la scienza e l'umanità si incontrano per immaginare un futuro più consapevole e inclusivo.

PROGRAMMA

08:30 **Registrazione partecipanti**

09:00 **Presentazione del corso**

Luigi Muraca, Giuseppa Zannino

Saluti

Maria Pompea Bernardi

Referente sanitario ASP Cosenza

Flavio Stasi

Sindaco Comune Corigliano Rossano

Straface Pasqualina

Assessore con competenze di indirizzo politico in materia di inclusione sociale, sussidiarietà e welfare, pari opportunità, benessere animale

Agata Mollica

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cosenza

Diego De Leo

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Fausto Sposato

Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cosenza

Roberto Bruno Bossio

Presidente Regionale SINDem Calabria

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:20 **La solitudine dell'anziano**

Diego De Leo

Lettura

Presenta: *Giuseppa Zannino*

09:50 **Aspetti etici nella gestione della persona con demenza**

S.E.R. Mons. Maurizio Aloise

I sessione Patogenesi e neuroprotezione

Moderano: *Salvatore Calemme, Vincenzina Golluscio, Francesco Saverio Tirone, Rossella Liguori*

- 10:20 **Antipertensivi, ipolipemizzanti ed SGLT2i come fattori protettivi della demenza**
Andrea Corsonello
- 10:35 **Neuroinfiammazione: un bersaglio chiave per la neuroprotezione**
Pietro Gareri
- 10:50 **BPCO e demenza**
Paola Naccarato
- 11:05 **Malnutrizione e fragilità: il ruolo dei nutraceutici**
Roberto Lacava
- 11:20 **discussione**

Lettura

Presenta: *Luigi Muraca*

- 11:35 **Ageismo: il pregiudizio invisibile**
Marco Trabucchi

II sessione BPSD

Moderano: *Vincenzo Nociti, Rita Stifani, Nicola Schifino, Salvatore Ritrovato*

- 12:05 **La terapia dei disturbi della sfera affettiva: il punto di vista del geriatra**
Giuseppa Zannino
- 12:20 **La gestione multifattoriale delle psicosi: il punto di vista dello psichiatra**
Pasquale De Fazio
- 12:35 **Disturbi del sonno ed OSAS**
Paola Scarpino
- 12:50 **I disturbi del sonno nelle malattie neurodegenerative**
Matteo De Bartolo
- 13:05 **discussione**
- 13:20 **pausa pranzo**

Lettura

Presenta: *Roberto Bruno Bossio*

14:30 **Il nuovo Piano Demenze: come cambia l'approccio diagnostico**
Amalia Cecilia Bruni

III sessione Nuovi approcci terapeutici

Introduce: *Gianfranco Puccio*

15:00 **Terapie anti-Alzheimer: cosa dice l'EPA**

Moderano: *Giuseppe Pugliese, Gianfranco Puccio, Stefano Giusti, Antonio Siniscalchi*

15:15 **La diagnosi tempestiva e corretta: dal MMG allo specialista delle demenze**
Giuseppe Battaglia

15:30 **L'utilizzo dei biomarker liquorali e plasmatici in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Rosanna Colao

15:45 **Il neuroimaging funzionale in previsione della terapia con Ab monoclonali**
Antonio Bagnato

16:00 **La valutazione neuropsicologica nella diagnosi differenziale**
Francesco Bruno

16:15 **discussione**

IV sessione Oltre la terapia farmacologica

Moderano: *Maurizio Berardelli, Lenino Peluso, Cosimina Madeo, Pietro Aquilino, Lucia Pucci*

16:30 **Prospettive terapeutiche non farmacologiche**
Valentina Laganà

16:45 **Curare la persona che cura**
Vittoria Vardè

17:00 **La solitudine in RSA**
Alba Malara

17:15 **L'IA nella demenza: motivo di alleanza o di conflitto?**
Raffaele Di Lorenzo

17:30 **Attività socio-assistenziali per un territorio dementia friendly**
Teresa Dattilo

17:45 **discussione**

18:00 **Conclusioni**
Giuseppa Zannino

18:30 **Verifica dell'apprendimento e conclusioni dei lavori**

Faculty

Maurizio Mons. Aloise

Arcivescovo Diocesi Rossano-Cariati

Pietro Aquilino

Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Antonio Bagnato

Direttore UOC Medicina Nucleare AO Cosenza

Giuseppe Battaglia

Consulente Geriatra RSA Madonna delle Grazie Philadephia (VV)

Maurizio Berardelli

Past President SIGG Calabria. Specialista ambulatoriale Distretto Tirreno Valle Crati Cosenza Savuto Geriatra
Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) ASP Cosenza

Amalia Cecilia Bruni

Tavolo Permanente sulla Demenza - Ministero della Salute

Francesco Bruno

Department of Human and Social Sciences, Faculty of Social and Communication Sciences
Universitas Mercatorum Roma

Roberto Bruno Bossio

Responsabile Neurologia Centro Sclerosi Multipla ASP Cosenza

Salvatore Calemme

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Rosanna Colao

Dirigente Medico Neurologo Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Andrea Corsonello

Università degli Studi della Calabria, Dipartimento di Farmacia e Scienze della Nutrizione e della Salute.
Direttore UOC Geriatria, IRCCS-INRCA POR Cosenza

Teresa Dattilo

Psicologa Psicoterapeuta. Presidente Associazione Donna e Politiche Familiari Roma

Matteo De Bartolo

Dirigente Medico Neurofisiopatologia Ospedale Santa Maria Annunziata Bagno a Ripoli Firenze

Pasquale De Fazio

Professore Ordinario di Psichiatria.

Direttore Scuola Specializzazione e UOC di Psichiatria Università Magna Graecia Catanzaro

Diego De Leo

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Raffaele Di Lorenzo

Già Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Pietro Gareri

Responsabile Centro Disturbi Cognitivi e Demenze Catanzaro Lido ASP Catanzaro

Stefano Giusti

Direttore UO Radiologia e Diagnostica per Immagini Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Vincenzina Golluscio

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Roberto Lacava

Geriatra. Responsabile Clinico Centro Disturbi Cognitivi e Demenze PST UMBERTO I ASP Catanzaro

Valentina Laganà

Psicologa Psicoterapeuta Contrattista

Professoressa a Contratto Università Magna Graecia di Catanzaro Centro Regionale di Neurogenetica ASP Catanzaro

Rossella Liguori

Diabetologia Distretto Ionio Sud ASP Cosenza

Cosimina Madeo

Dirigente Medico UOC Medicina Interna Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Alba Malara

Presidente Fondazione ANASTE Humanitas Direttore Sanitario Strutture Residenziali, Lamezia Terme (CZ)

Fondazione ANASTE Humanitas

Luigi Muraca

Direttore UOC Medicina Interna Ospedale Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Paola Naccarato

Dirigente Medico Area Emergenza Urgenza Ospedale Corigliano UOS Pronto Soccorso ASP Cosenza

Vincenzo Nociti

Direttore UOC Geriatria GOM Bianchi Melacrino Morelli. Presidente Regionale AGE

Lenino Peluso

Geriatra ASP Cosenza

Lucia Pucci

Responsabile Servizio di Psico-Oncologia UO Oncologia Medica Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

Gianfranco Puccio

Dirigente Medico Centro Regionale di Neurogenetica Lamezia Terme (CZ) ASP Catanzaro

Giuseppe Pugliese

Medico di Medicina Generale Corigliano Rossano ASP Cosenza

Salvatore Ritrovato

Psichiatra e Psicoterapeuta Libero professionista Catanzaro

Paola Scarpino

Dirigente Medico Resp. Ambulatorio Medicina del Sonno AIMS Distretto Sanitario Cosenza Savuto ASP Cosenza

Nicola Schifino

Direttore UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Antonio Siniscalchi

Dirigente Medico UO Neurologia e Stroke Unit AO Cosenza

Rita Stifani

Dirigente medico Centro di Salute mentale ASP Cosenza

Francesco Saverio Tirone

Già Direttore UOC Pneumologia Spoke Castrovillari ASP Cosenza

Marco Trabucchi

Professore Ordinario di Neuropsicofarmacologia Università di Roma Tor Vergata. Direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia. Presidente Emerito Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Vittoria Vardè

Docente IPUE Istituto di Psicologia Umanistica Esistenziale Roma

Giuseppa Zannino

Presidente Regionale AIP Calabria. Responsabile CDCD Geriatrico Spoke Corigliano Rossano ASP Cosenza

INFORMAZIONI GENERALI

8 crediti ECM



Il corso, cod. ECM 436225, è accreditato per **Medici Chirurghi** (tutte le specializzazioni), **Farmacisti**, per un numero massimo di 100 partecipanti.

L'iscrizione è gratuita e da diritto all'accesso ai lavori scientifici, kit congressuale, pausa pranzo e attestato ECM*.

E' necessario effettuare la pre-iscrizione sul sito www.jbprof.com

Si precisa che la pre-iscrizione al corso dovrà essere validata con la firma di presenza, presso la segreteria organizzativa J&B disponibile in sede congressuale, a partire dalle ore 08:30 e fino alle ore 09:00 di sabato 18/04/2026. Superato tale orario massimo di tolleranza, verrà annullata la pre-iscrizione e saranno inserite le richieste in lista d'attesa. L'accesso al corso sarà stabilito secondo l'ordine cronologico di registrazione in segreteria e avranno diritto all'acquisizione dei crediti ECM i primi 100 iscritti.

*Il rilascio dei crediti ECM è subordinato all'attenta verifica della partecipazione (90% delle ore formative) e del questionario finale dell'apprendimento (superato con almeno il 75% di risposte corrette).



Provider J&B ID 72
www.jbprof.com
0984 837852
segreteria@jbprof.com



Newsletter AIP - 6 marzo 2026

n. 09/2026

Dario Amodei è un modello della resistenza all'invasione dell'intelligenza artificiale provocata da chi ne utilizza i possibili effetti negativi per le nostre comunità. Anthropic, fondata da Amodei, ha rinunciato ad un ricco contratto con il Pentagono (Ministero della Guerra!), per non tradire un principio inviolabile, secondo il quale a un robot o a un computer non si dà la libertà di uccidere. Al di là del compiacimento per il coraggio di un italiano che non ha venduto l'anima al denaro, la vicenda apre una prospettiva anche sulle applicazioni dell'intelligenza artificiale in ambito clinico e sanitario. Saremo in grado di resistere alle sirene di una tecnologia che promette di risolvere ogni problema, purché le lasciamo libero spazio? Saremo in grado di opporci quando l'intelligenza artificiale proporrà comportamenti irrispettosi della dignità dell'umano e della libertà della persona che si affida alle nostre cure?

Ci proveremo: a noi sarà richiesto solo coraggio, mentre Amodei ha perso una ricca commessa. In ogni modo è doveroso che tutti continuiamo ad informarci e a studiare l'intelligenza artificiale nella prospettiva di utilizzarla per rendere sempre più efficace il nostro gesto di cura. In particolare, quando saremo chiamati ad affrontare problematiche legate alle età avanzate il rischio di indicazioni (o di imposizioni?) irrispettose dell'anziano, dei suoi diritti e delle sue speranze è molto elevato. Allora, esploreremo la nostra capacità di resistenza.

Ritengo sia significativo un accenno alla storia, ripresa da Starmag- Innovazione e tecnologia- di Amodei, segnata da una vicenda personale che ha plasmato la sua visione sull'IA. La morte del padre per una malattia rara, divenuta curabile solo pochi anni dopo, ha convinto il Ceo di Anthropic a considerare l'intelligenza artificiale come uno strumento per accelerare la ricerca. Amodei ha spiegato di provare rabbia quando viene etichettato come "doomer" che vuole frenare lo sviluppo, sottolineando come la perdita di suo padre gli abbia fatto comprendere appieno i potenziali benefici della tecnologia.

Allo stesso modo, anche noi quando ci appelleremo all'algoretica non accetteremo di essere considerati difensori del passato e contro il progresso.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La piccola Cecilia ha un cuore nuovo
- Lancet: Robert F. Kennedy: un anno di fallimenti
- Presentazione a Roma del libro "Invecchiare non fa paura"
- Lo scandalo delle scale senza ascensore
- Salvatore Malizia e la patente di guida

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Mauro Colombo e la sua generosità intellettuale
-JAMA, l'Alzheimer e il Caffè

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il programma del Congresso Nazionale AIP

Amiche, amici

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Cecilia di 11 mesi ha un cuore nuovo, trapiantato a Verona**. Non abbiamo la competenza per commentare questo fatto straordinario. Ci permettiamo solo di esprimere la nostra gioia, vera gioia! anche perché, nonostante tutto, si conferma che la medicina è fonte di speranza. La superficialità (la cialtroneria) di alcuni non cancella il grande significato umano e scientifico del nostro lavoro, condotto da medici, infermieri, Oss e altri collaboratori. Lavoriamo in ambiti delicatissimi come il trapianto di organi nei bambini piccoli, tutti i giorni negli ospedali, nelle RSA, nei servizi del territorio. Mi permetto una nota di disaccordo con chi nei giorni scorsi ha affermato che nella vicenda di Bolzano e Napoli è stato lasciato troppo spazio agli infermieri: ritengo, al contrario, che il loro ruolo vada potenziato e valorizzato. Hanno l'esperienza e la cultura per svolgere funzioni primarie anche in condizioni delicatissime. Su questa tematica saremmo lieti se si potrà sviluppare un dibattito nella newsletter.

-*Lancet* del 28 febbraio ha pubblicato un editoriale redazionale nel quale critica pesantemente il **ruolo di Kennedy nel primo anno di governo**. L'ultimo paragrafo dell'editoriale: "Ha continuato a diffondere false notizie e ha realizzato un'agenda politicizzata a spese dei più vulnerabili del suo paese. I danni che ha causato in un anno richiederanno generazioni per essere aggiustati, mentre non vi è alcuna speranza per il sistema sanitario americano fino a che resta al potere". Se non conoscessimo gli altri componenti del gabinetto di Trump potremmo forse meravigliarci; ma vedendo il comportamento di altri suoi collaboratori non ci meravigliamo. Resta la nostra grande, storica, vicinanza al popolo americano, che per molti anni ci ha aiutato a rispettare i deboli e che oggi soffre in silenzio per queste dinamiche di ingiustizia e dolore.

-È stato presentato **a Roma il libro: "Invecchiare non fa paura"** con il coordinamento di Luisa Bartorelli, una delle persone più importanti nella storia della geriatria in Italia. All'evento hanno partecipato Franco Giubilei, presidente dell'AIP Laziale, Paolo Marin, presidente di Alzheimer Uniti Roma e Carla Collicelli, studiosa di altissimo livello dei processi di invecchiamento umano. Un "parterre de roi" che ha interessato i molti presenti. Mi permetto di richiamare l'attenzione sul fatto che l'AIP deve diventare un luogo di incontro tra compiti e funzioni diverse. In questa logica si colloca anche il recente congresso regionale AIP della Liguria, che ha dato spazio al ruolo della politica e delle diverse associazioni del territorio. Dobbiamo essere un punto di collegamento tra le varie componenti che dedicano attenzione agli aspetti psicogeriatrici, in una prospettiva di ampio respiro, senza badare a barriere che danneggiano la capacità concreta di sviluppare al massimo livello adeguati atti di cura.

-Ho sentito durante la visita di Leone XIV in una chiesa di Roma il parroco che ha detto, durante il saluto al Papa, che molti cittadini **anziani non potevano essere presenti** alla celebrazione perché **abitano in case senza ascensore**. Per noi che crediamo nel valore delle relazioni e dei rapporti come momenti importantissimi per la salute, l'affermazione è stata una drammatica staffilata. Mi sembra inaccettabile che nostri concittadini anziani non possano partecipare alla vita sociale a causa della

sciatteria di chi è responsabile della manutenzione degli ascensori. Quando discutiamo di One Health come fondamento culturale della nostra visione della salute dobbiamo tener conto di aspetti che possono sembrare marginali, ma che, invece, hanno un ruolo importantissimo nel mantenimento della salute fisica e psichica degli anziani. È un insegnamento centrale della cultura psicogeriatrica: riteniamo importante (e non sminuente la nostra professionalità) anche occuparci di ascensori.

-**Salvatore Malizia**, amico di vecchia data e valente psichiatra, ha inviato questa dolente protesta **contro la tendenza a limitare l'accesso alla patente da parte delle persone molto anziane**. La tematica è delicata e l'abbiamo spesso affrontata in questa newsletter. Ringrazio Salvatore perché con coraggio ci comunica il proprio punto di vista colto e clinicamente rilevante.

“LA RUOTA DEL DESTINO

Invecchiare è sorte malevola
o clemente, dipende dal cielo,
dal sole, dalle stelle o dalla luna.

La memoria è porta dell'oblio
socchiusa sul tempo della cosa.

Che grami tempi questi tempi!

Rotola un'ombra nera dalla mente
sui pensieri lentamente. Andiamo
dove ci porta la ruota del destino.

Ho cominciato con questi versi a pensare alla forma maldestra di ageismo messa in atto nei miei confronti e, verosimilmente, verso altri anziani che devono rinnovare la patente di guida.

Ero stato inviato alla Commissione Medica Locale-Patenti speciali della Asl Roma 1 in Lungotevere della Vittoria dall'ACI di Viale Trastevere in seguito all'infarto cardiaco dell'aprile 2022. Nel 2024 tutto era andato bene e mi era stata rinnovata la patente ancora per un anno. Nel 2025, la CML, la stessa che l'anno precedente mi aveva rinnovato la patente, senza neppure guardarmi in faccia mi ha consegnato la richiesta già compilata per sottopormi a test di reazione a stimoli semplici e test di valutazione delle funzioni attentive (test di attenzione divisa e selettiva, memoria a breve termine, valutazione spaziale e ragionamento logico-numerico) presso la Direzione Sanitaria RFI di Via Pigafetta a Roma.

Mi hanno sottoposto ai test al computer dai quali è emersa l'inidoneità alla guida.

Ho proposto ricorso alla Commissione Medica di seconda istanza di Via Pigafetta per contestare l'uso strumentale e la validità stessa dei risultati. Ho presentato una relazione neurologica del Policlinico di Roma Umberto I-Sapienza Università di Roma in cui si legge: 'Il dottor Salvatore Malizia non presenta deficit neurologici e non ha in anamnesi prossima o remota malattie neuropsichiatriche. Non assume psicofarmaci. L'obiettività neurologica odierna è normale, con particolare riguardo alla forza, alla coordinazione, alla sensibilità, alla visione campimetrica e alle funzioni cognitive superiori valutate al colloquio'. Senza guardare tale certificazione, mi hanno nuovamente sottoposto ai test al computer e riconosciuto ancora inidoneo alla guida. Mi sembra che la valutazione esclusiva sia demandata solo al test, quasi un incongruo atto di fede, che non tiene conto della realtà clinica, tant'è vero che l'utilizzo di tali test è previsto solo da poche commissioni.

Che non sapessi guidare e di fatto presentassi deficit di attenzione mai ne avevo avuto consapevolezza, avendo sempre guidato senza incorrere in incidenti stradali e men che mai procurato danni a persone o cose. Non ho mai usato il computer e sempre sono stato alieno all'interazione con tale strumento. Ho saputo, solo in seguito, come già detto, che la Asl Roma 1 è una delle poche a utilizzare tali test valutativi.

Oltre alla mia persona, questo problema riguarda altri anziani sottoposti allo stesso test stressante che, peraltro, non so se abbia avuto validazione per gli scopi per cui è utilizzato.

È proprio vero che, molto spesso, quando si vive una condizione di disagio psichico o sociale, in quel momento, per sorte o per grazia, ci s'imbatte in uno scritto che aiuta a comprendere meglio il problema e a non sentirsi soli nel vivere con maggiore consapevolezza i diversi aspetti del conflitto. A me è successo di leggere proprio in quei giorni il prezioso volume del professor Marco Trabucchi dal titolo *Invecchiare non fa paura*. Proprio così: invecchiare non dovrebbe fare paura se chi è delegato ad aiutare e risolvere i problemi reali, per le sue inadempienze non ne creasse di nuove. In detto libro, l'autore così scrive: 'Nella relazione dell'anziano con le strutture sanitarie vi sono alcuni momenti specifici che hanno notevole rilevanza pratica come, ad esempio, gli esami per la patente di guida e le dichiarazioni per ottenere l'indennità di accompagnamento. L'uso dell'automobile per molti anziani è indispensabile per la sopravvivenza: mantenere una buona vita di relazioni, acquisti nei luoghi deputati, attività del tempo libero, partecipazione alle cerimonie religiose ecc. Assume per molte persone non più giovani anche un ruolo simbolico, come elemento fondante di libertà e dignità. L'esame della patente viene in molti casi vissuto come una barriera che si affronta con angoscia, nel timore che possano essere documentate condizioni di salute incompatibili con la guida'.

Mi pare importante segnalare il richiamo del professor Trabucchi a privilegiare comportamenti congrui nei confronti di persone in situazioni di fragilità onde evitare ennesimi episodi di ageismo che si vorrebbero eliminare.

Luciano Manicardi, nella Prefazione al libro citato, interrogandosi 'su quali sono gli spazi di abilità che la vecchiaia consente' sottolinea 'che il discorso si deve personalizzare e deve fuggire le generalizzazioni, perché le condizioni dell'invecchiamento sono diverse per ognuno, dipendendo da situazioni di salute fisica e psichica, dalla situazione economica, sociale, relazionale e familiare, questa è la domanda che deve essere lasciata aperta per cogliere la vecchiaia come una fase della vita'.

È inopportuna, infatti, la somministrazione di test inadeguati allo scopo, che finiscono per avere un intento gravemente persecutorio e sostanzialmente ipocrita al fine di giustificare la negazione della patente agli anziani in modo del tutto indiscriminato. In mancanza di una normativa nazionale equilibrata, si lasciano gli anziani alla mercé di un caso fortuito (la scelta di una commissione piuttosto che un'altra) o fortunato (nascere o risiedere in un luogo piuttosto che in un altro). Va da sé quanto negativamente possa impattare un tale accadimento sull'autostima e sulla vita di una persona anziana, certamente più fragile di un giovane.

Detto ancora più chiaramente, occorre operare con sensibile professionalità e serena obiettività per informare il soggetto sui motivi reali, se ci sono, per cui gli viene negato il permesso di guida.

Io stesso, medico, psichiatra e psicoanalista, se mi mostrassero in modo oggettivo quali sono i miei limiti testati (che, nel mio caso, cozzano con la realtà) per cui mi è stata negata la patente, sarei psicologicamente sollevato per il convincimento di non subire un'ingiustizia. Mi spiace aver citato la mia persona, ma l'ho fatto perché autorevoli colleghi, con i quali sono da tempo in relazione amichevole e familiare, conoscendomi bene sono stati i primi a meravigliarsi dell'inverosimile decisione della Commissione. Per quanto mi riguarda, continuerò a scrivere, leggere, pensare, studiare e, perché no, anche a saltare e a contrastare, come sempre ho fatto, le ingiustizie.

Non credo di sbagliare a pensare che i signori politici abbiano timore dell'impopolarità a legiferare con direttive generali, chiare, scientificamente validate, e perché no, anche opportunamente limitative in merito al rinnovo della patente di guida agli anziani, per le gravi conseguenze sulle loro attese elettorali. Se la mia ipotesi è giusta lo scopriremo vivendo, ma sarebbe auspicabile porsi il problema".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Grazie a **Mauro** per la sua costanza nell'affrontare anche tematiche delicate.

“Da tempo i ricercatori si interrogano sulla **maggiore suscettibilità delle donne alla demenza dovuta a malattia di Alzheimer** (AD). Sebbene entrambi i sessi mostrino un carico di placche di amiloide- β ($A\beta$) simile durante le fasi precliniche dell'AD, sono state osservate differenze di genere nell'aggregazione di tau durante le fasi precliniche dell'AD in diverse coorti. Inoltre, il carico di tau sesso-specifico tende a essere regionalmente specifico, con differenze che si verificano in regioni vulnerabili all'AD, quali la corteccia entorinale [1], o le regioni mediali e laterali dei lobi temporali e occipitali [2].

La secrezione di tau fosforilata (p-tau) può svolgere un ruolo chiave perché un elevato livello di p-tau è considerato un processo intermedio tra la formazione di placche amiloidi e l'aggregazione di tau. I livelli di p-tau (similmente all'aggregazione di tau) sono influenzati dai livelli di $A\beta$. Il livello plasmatico di p-tau misurato in posizione 217 della treonina (p-tau217) è un forte predittore dell'accumulo preclinico di tau e può offrire informazioni uniche sull'insorgenza di differenze di genere nella deposizione e nell'accumulo patologico di grovigli di tau neurofibrillari.

Per approfondire l'argomento, una serie di Autori affiliati ad università statunitensi (prevalentemente a Boston – in Massachusetts – ma anche a Madison – nel Wisconsin – ed a San Diego – in California –) oltre che a Montreal – in Québec § – ed a Melbourne – nello stato australiano di Victoria – hanno voluto esaminare in modo esaustivo la misura in cui il sesso predice i livelli plasmatici di p-tau in presenza di $A\beta$ aggregata e, a sua volta, come il sesso e i livelli di p-tau217 predicano sinergicamente l'aggregazione e la proliferazione regionale di tau, misurato mediante tomografia a emissione di positroni (PET). Specificatamente, i quesiti di ricerca erano se il sesso femminile e l'aggregato di amiloide- β ($A\beta$) influenzano sinergicamente il livello plasmatico di tau 217 fosforilata (p-tau217) e se il livello di p-tau217 predice l'aggregazione regionale di tau specifica per sesso (misurata con la tomografia a emissione di positroni). [3]

Allo scopo sono stati studiati 1292 partecipanti (età media $70,6 \pm 6,4$ anni; 63,6% donne) a 5 coorti, di cui una (per 429 soggetti) era relativa ad una sperimentazione clinica [Anti-Amyloid Treatment in Asymptomatic Alzheimer's Disease (A4) trial ed il collegato [4] 'Longitudinal Evaluation of Amyloid Risk and Neurodegeneration (LEARN) study' (A4/LEARN)], e 4 a studi osservazionali [Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention (WRAP): 295 persone; Harvard Aging Brain Study (HABS): 152 partecipanti; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI): 199 individui; Presymptomatic Evaluation of Experimental or Novel Treatments for Alzheimer's Disease (PREVENT-AD)19 study: 217 aderenti]. Ciascuna delle 5 coorti includeva individui con diversi livelli di $A\beta$, garantendo un'elevata validità e rigore scientifico.

Per quanto riguarda le misurazioni dei biomarcatori, va sottolineato come tutti gli studi inclusi nell'analisi sono stati avviati tra il 2001 e il 2014 e la scansione PET per la tau è iniziata dopo il 2012, con la disponibilità di specifici ligandi della tau. L'analisi dei livelli di p-tau217 è iniziata dopo il 2020, con lo sviluppo dei dosaggi immunologici (in elettrochemiluminescenza / metodi ultrasensibili / Lumipulse / Simoa). La durata media della osservazione della tau PET è stata di $3,6 \pm 1,7$ anni. Il carico di placche $A\beta$ è stato misurato mediante PET con metodiche standardizzate, come variabile continua. Per la valutazione cognitiva è stato fatto ricorso – in 3 delle coorti - allo strumento PACC [5] ('preclinical Alzheimer cognitive composite'), validato ed ampiamente adoperato in indagini epidemiologiche, per una durata media di osservazione di $4,6 \pm 3,1$ anni.

L'analisi statistica è stata condotta con modelli lineari (al rilievo basale) e lineari ad effetti misti (per i dati longitudinali). Sono state seguite le linee-guida 'EQUATOR' (Enhancing Quality and Transparency of Health Research) sulla trasparenza dei dati.

In sintesi, i risultati – illustrati da immagini molto nette nell'articolo a libero accesso - dicono che, rispetto agli uomini, le donne hanno mostrato livelli plasmatici elevati di p-tau217 a livelli di $A\beta$

aggregata più elevati, e, per un dato livello di p-tau217, le donne hanno mostrato un maggiore accumulo di tau ad entrambi i livelli di osservazione - trasversale e longitudinale - rispetto agli uomini, in diverse regioni cerebrali. Le regioni cerebrali interessate includevano, tra le altre, la corteccia parietale inferiore e superiore ed il giro temporale inferiore.

Nelle 3 coorti in cui è stato esaminato il cambiamento cognitivo, p-tau217 lo ha predetto, con un sottile ruolo moderatore del sesso. Un'analisi secondaria ha anche suggerito che le donne tendono a mostrare un declino cognitivo più rapido rispetto agli uomini quando i livelli di p-tau sono elevati. In discussione viene ricordato come, in genere, negli individui con basso carico di A β , le differenze tra i sessi nei livelli di p-tau nel plasma o nel liquido cerebrospinale sono minime o nulle. Da tre delle coorti studiate, è risultato che possono emergere differenze di genere a livelli più elevati di A β , il che significa che le donne potrebbero essere più suscettibili alla secrezione aggregata precoce di p-tau guidata da A β , che in genere precede la positività PET per tau. In prospettiva longitudinale, in tre coorti la interazione sinergistica tra sesso e livelli elevati di p-tau è risultata significativa nel lobulo parietale superiore.

L'emergere di associazioni longitudinali significative nella meta-analisi e tra le coorti rafforza la solidità delle differenze di genere nella progressione della proteina tau, evidenziando che queste differenze si estendono oltre le misure basali e persistono nel tempo, nonostante una certa variabilità regionale.

Nella coorte in cui il fenomeno appare più evidente (WRAP), le differenze statisticamente significative indicano che le donne con livelli più bassi di p-tau217 hanno prestazioni cognitive superiori agli uomini con livelli comparabili di p-tau217. Tuttavia, tra gli individui con alti livelli di p-tau217, le donne hanno sperimentato un declino cognitivo più rapido rispetto agli uomini, nonostante prestazioni cognitive inizialmente più elevate. A livelli equivalenti di p-tau217 plasmatica, le femmine possono presentare una patologia tau più avanzata. Tali andamenti sono ben visibili nelle figure, sia per quanto riguarda i punti di partenza più elevati nei punteggi PACC per la 'metà rosea del cielo' [espressione del sottoscritto (ndr)], sia per la ben più netta apertura dei 'ventagli' [idem come sopra] delle traiettorie.

Precedenti ricerche condotte dai medesimi Autori [2] hanno indicato che la menopausa precoce e l'uso tardivo della terapia ormonale influenzano la deposizione e l'accumulo di tau. Proseguendo nelle riflessioni sui possibili substrati biologici dei riscontri ottenuti, viene avanzato come anche fattori genetici collegati al cromosoma X potrebbero favorire un accumulo più rapido tra le donne. Fattori metabolici e cardiovascolari, come un indice di massa corporea elevato, fragilità, inattività fisica e funzionalità tiroidea anomala, possono accelerare i tassi di accumulo di tau e il declino cognitivo nelle donne in postmenopausa.

Questi risultati supportano la teoria secondo cui, mentre le donne possono mostrare resilienza cognitiva in presenza di patologie con bassi livelli di tau, alti livelli di p-tau217 conferiscono un rischio maggiore di declino accelerato, una scoperta che ha implicazioni per l'uso clinico di p-tau217 come biomarcatore di screening. Inoltre, potrebbero orientare l'uso del p-tau217 plasmatico per la diagnosi precoce, il monitoraggio della malattia e la stratificazione del trattamento, e sottolineano l'importanza di stabilire soglie di biomarcatori specifiche per sesso.

§ ancora una volta la scienza supera i contrasti fra vicini (di cui uno 'rissoso'), richiamando la musica che sorpassa il confine anche quando l'auto viene bloccata alla frontiera, come nella canzone 'La mia banda suona il rock', che Ivano Fossati cantava nel 1979: quando io mi ero iscritto all'Università di Pavia ... altro che attribuire un significato 'MAGA' alla vittoria USA sul Canada nella finale olimpionica di hockey su ghiaccio ...

PS) Anche la musica costruisce ponti, proprio in questi giorni quando ricorre il quarto anniversario dell'aggressione russa all'Ucraina, con feroce e disumana insistenza sui civili e sulle strutture sanitarie [6,7]: mentre completo e 'ripulisco' questo 'angolo', ascolto la replica di un magnifico

concerto dei Berliner Philharmoniker - testimoni dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite (UNHCR), attivi nella raccolta di fondi per l'Ucraina -, condotti con maestria e sobrietà dal direttore russo Tugan Sokhiev ...”

[1] Buckley, R. F., Mormino, E. C., Rabin, J. S., Hohman, T. J., Landau, S., Hanseeuw, B. J., Jacobs, H. I. L., Papp, K. V., Amariglio, R. E., Properzi, M. J., Schultz, A. P., Kirn, D., Scott, M. R., Hedden, T., Farrell, M., Price, J., Chhatwal, J., Rentz, D. M., Villemagne, V. L., Johnson, K. A., ... Sperling, R. A. (2019). Sex Differences in the Association of Global Amyloid and Regional Tau Deposition Measured by Positron Emission Tomography in Clinically Normal Older Adults. *JAMA neurology*, 76(5), 542–551. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4693>

[2] Coughlan, G. T., Betthausen, T. J., Boyle, R., Kosciak, R. L., Klinger, H. M., Chibnik, L. B., Jonaitis, E. M., Yau, W. W., Wenzel, A., Christian, B. T., Gleason, C. E., Saelzler, U. G., Properzi, M. J., Schultz, A. P., Hanseeuw, B. J., Manson, J. E., Rentz, D. M., Johnson, K. A., Sperling, R., Johnson, S. C., ... Buckley, R. F. (2023). Association of Age at Menopause and Hormone Therapy Use With Tau and β -Amyloid Positron Emission Tomography. *JAMA neurology*, 80(5), 462–473. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.0455>

[3] Coughlan, G. T., Ourry, V., Townsend, D., Klinger, H., Brown, J. A., Cuppels, M., Betthausen, T., Langhough, R., Cody, K., Seto, M., Birkenbihl, C., Li, A., Farrell, M., Thibault, E., Kivisäkk Webb, P., Arnold, S., Rissman, R. A., Properzi, M., Schultz, A., Johnson, K., ... A4 Study Team, the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative, and the PREVENT-AD Research Group (2026). Sex Differences in P-Tau217, Tau Aggregation, and Cognitive Decline. *JAMA neurology*, e255670. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.5670>

[4] Sperling, R. A., Donohue, M. C., Rissman, R. A., Johnson, K. A., Rentz, D. M., Grill, J. D., Heidebrink, J. L., Jenkins, C., Jimenez-Maggiore, G., Langford, O., Liu, A., Raman, R., Yaari, R., Holdridge, K. C., Sims, J. R., & Aisen, P. S. (2024). Amyloid and Tau Prediction of Cognitive and Functional Decline in Unimpaired Older Individuals: Longitudinal Data from the A4 and LEARN Studies. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 11(4), 802–813. <https://doi.org/10.14283/jpad.2024.122>

[5] Donohue, M. C., Sperling, R. A., Salmon, D. P., Rentz, D. M., Raman, R., Thomas, R. G., Weiner, M., Aisen, P. S., Australian Imaging, Biomarkers, and Lifestyle Flagship Study of Ageing, Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative, & Alzheimer's Disease Cooperative Study (2014). The preclinical Alzheimer cognitive composite: measuring amyloid-related decline. *JAMA neurology*, 71(8), 961–970. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.803>

[6] *The Lancet* (2026). Health on the front line: 4 years of war in Ukraine. *Lancet* (London, England), 407(10530), 733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00355-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00355-7)

[7] Anxiety, anger, and hope: 4 years of war in Ukraine. Holt, Ed. *The Lancet*, Volume 407, Issue 10530, e4 - e5. DOI: 10.1016/S0140-6736(26)00358-2

-Ha destato molto interesse, anche in ambienti non professionali, il lavoro pubblicato da *JAMA* il 9 febbraio sul **ruolo del caffè nella prevenzione della malattia di Alzheimer**. Nulla di nuovo rispetto ai contenuti, ma quello che ricamato l'attenzione è stato l'interesse dei media per l'argomento. È l'ennesima conseguenza del diffuso timore per le demenze e della ricerca di fattori protettivi oppure, più banalmente, il desiderio di giustificare con una nobile causa il consumo di caffè? Ormai ogni settimana (ne abbiamo riferito anche noi) esce la notizia di nuove ricerche tendenti a dimostrare fattori protettivi e fattori di rischio per le demenze. Forse un eccesso di informazioni: rendono confuso lo scenario dei disturbi cognitivi e provocano scetticismo nel cittadino rispetto alle ricerche più serie. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2844764>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Allego il **programma del Congresso Nazionale AIP**.

-Ricordo la possibilità di contribuire alla preparazione della newsletter attraverso un contributo del doppio valore: dimostrare che il nostro lavoro è utile e contribuire alle spese redazionali. Modalità

di versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421, intestato al Gruppo di Ricerca Geriatrica.

Nel 2026 abbiamo ricevuto contributi economici da 20 amiche e amici. Se dovessimo calcolare il ruolo della newsletter in base a questi numeri sarebbe un bilancio triste; al contrario riteniamo che la forza delle idee conti di più del denaro.

Con questo numero della newsletter la signora **Liz Lovagnini** cessa per motivi personali la collaborazione con il Gruppo di Ricerca Geriatrica.

La ringrazio moltissimo per l'impegno di tre anni a supporto del nostro lavoro; ha migliorato la veste grafica e talvolta è intervenuta con saggezza anche sui testi, grazie alla sua perfetta conoscenza della lingua inglese.

Auguri signora Liz per il suo futuro impiego e un rinnovato caloroso grazie.

Un cordiale saluto e il consueto, ma sempre intenso augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatrica

PROGRAMMA

AIP

26° CONGRESSO NAZIONALE

2026



Presidente
del Congresso:
Diego De Leo

 ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

PADOVA
26/28.03.2026



PRESIDENTE DEL CONGRESSO

Diego De Leo
Brisbane, Padova

SEGRETERIA SCIENTIFICA



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Angelo Bianchetti
Margherita Camporese
Riviera Mugnai, 8 • 35137 Padova
Tel. 351 6427820 • E-mail segreteria.psicogeriatría@gmail.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Viale Maresciallo Pilsudski, 118 • 00197 Roma
Tel. 06 845431 • E-mail congresso-aip@aristea.com
Web www.aristea.com

PROVIDER E.C.M.



Via XII Ottobre, 1 - Piano 6 • 16121 Genova
Tel. 010 7766457 • E-mail info@aristeaeducation.it
Web www.aristeaeducation.it



L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide più rilevanti per i sistemi sanitari e sociali contemporanei. Il 26° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Psicogeriatra si propone di esplorare le molteplici dimensioni di questo fenomeno, caratterizzato da una complessità che richiede risposte innovative e multidisciplinari.

Il Congresso si articola intorno a tre assi tematici fondamentali: le nuove frontiere nella diagnosi e nel trattamento delle demenze, con particolare attenzione alle terapie modificanti per la malattia di Alzheimer; l'approccio integrato ai disturbi neuropsichiatrici dell'anziano, dall'apatia alla depressione; e l'organizzazione dei servizi territoriali per garantire una presa in carico globale e sostenibile.

Particolare rilievo sarà dato alla dimensione etica e sociale della cura, esplorando temi quali l'ageismo, il ruolo delle famiglie e dei caregivers, l'impatto delle nuove tecnologie sulla pratica clinica e l'etica nell'era digitale. Le sessioni parallele permetteranno un approfondimento su aspetti specifici della farmacologia, della neuropsicologia clinica, delle comorbidità e delle terapie non farmacologiche.

Il Congresso intende promuovere il dialogo tra le diverse professionalità coinvolte nella cura dell'anziano fragile, favorendo lo scambio di esperienze cliniche e di ricerca. L'obiettivo è costruire una visione condivisa che sappia coniugare rigore scientifico e umanizzazione delle cure, efficacia terapeutica e sostenibilità organizzativa, innovazione tecnologica e attenzione alla dimensione relazionale.

L'ampio spettro di temi affrontati – dalle neuroscienze dell'invecchiamento alle questioni organizzative, dalla farmacologia alle terapie psicosociali – riflette la natura intrinsecamente multidimensionale della psicogeriatra e la necessità di un approccio olistico che sappia rispondere alle sfide presenti e future dell'invecchiamento della popolazione.



PRESIDENTI ONORARI

Lodovico Frattola†, Milano

Umberto Senin, Rieti

PRESIDENTE

Diego De Leo, Brisbane, Padova

PRESIDENTE ELETTO

Carlo Serrati, Imperia

PAST-PRESIDENT

Marco Trabucchi, Brescia

VICE-PRESIDENTI

Pierluigi Dal Santo, Rovigo

Giovanna Ferrandes, Genova

Giancarlo Logroscino, Bari

Claudio Vampini, Verona

SEGRETARIO GENERALE

Angelo Bianchetti, Brescia

**PRESIDENTE COMITATO
DI GARANZIA E INDIRIZZO**

Luigi Ferrannini, Genova

**RESPONSABILE
SEZIONI REGIONALI**

Laura De Togni, Villafranca di Verona

MEMBRI ELETTI

Erika Borella, Veneto

Dario Cannavò, Sicilia

Fabio Cembrani, Trentino Alto Adige

Mauro Colombo, Lombardia

Babette Dijk, Liguria

Andrea Fabbo, Emilia Romagna

Federica Gottardi, Lombardia

Antonio Guaita, Lombardia

Valentina Laganà, Calabria

Daniela Leotta, Piemonte

Elena Lucchi, Lombardia

Sara Mondini, Veneto

Enrico Mossello, Toscana

Leo Nahon, Lombardia

Giorgio Pigato, Veneto

Grazia Razza, Sicilia

Alberto Sardella, Sicilia

Francesco Scapati, Puglia

Nicola Veronese, Veneto

Silvia Vettor, Veneto

Giovanni Zuliani, Emilia Romagna





TIMETABLE

GIOVEDÌ 26 MARZO 2026	6
VENERDÌ 27 MARZO 2026	6
SABATO 28 MARZO 2026	7

WORKSHOP PRECONGRESSUALI

PSICOGERONTOLOGIA	8
GERIATRIA FORENSE	10

PROGRAMMA

GIOVEDÌ 26 MARZO 2026	12
VENERDÌ 27 MARZO 2026	13
SABATO 28 MARZO 2026	22

FACULTY	25
----------------	----

INFORMAZIONI

ISCRIZIONI	27
E.C.M.	28
ABSTRACT E PREMI	30
INFORMAZIONI GENERALI	31



GIOVEDÌ 26 MARZO 2026

ORARIO	SALA MANTEGNA (Plenaria)	SALA PETRARCA (Sessioni parallele)	SALA DONATELLO (Sessioni parallele)
09:30-13:00		Workshop pregressuale Psicogerontologia	Workshop pregressuale Psicogeriatría Forense
13:00-13:30			Pausa
13:30-14:00		Pausa	
14:00-14:30			Workshop pregressuale Psicogeriatría Forense
14:30-16:30		Workshop pregressuale Psicogerontologia	
17:40-20:00	Apertura del Congresso		
20:00	Cocktail di benvenuto		

VENERDÌ 27 MARZO 2026

ORARIO	SALA MANTEGNA (Plenaria)	SALA DONATELLO (Sessioni parallele)	SALA PALLADIO (Sessioni parallele)	SALA PETRARCA (Sessioni parallele)
08:30-10:35	Malattia di Alzheimer Terapie modificanti e organizzazione assistenziale	Farmacologia e approcci innovativi - I	Neuroscienze dell'invecchiamento Sindromi comportamentali - I	Psichiatria geriatrica Approcci terapeutici integrati - I
10:35-11:00	Coffee Break Discussione Poster (Galleria)			
11:00-13:00	Malattia di Alzheimer Terapie modificanti e organizzazione assistenziale	Farmacologia e approcci innovativi - II	Neuroscienze dell'invecchiamento Sindromi comportamentali - II	Psichiatria geriatrica Approcci terapeutici integrati - II
13:00-13:30		LETTURA (Non E.C.M.) Demenza e Alzheimer oltre la monoterapia e monoclonali		
13:30-14:30	Lunch Break Discussione Poster (Galleria)			
14:30-16:00	Apatia manifestazioni cliniche e neurobiologia - I	Cura, etica e futuro - I	Comorbidità Invecchiamento attivo e filosofia della cura - I	Neuropsicologia Riabilitazione e terapie non farmacologiche - I
16:00-16:30	Coffee Break Discussione Poster (Galleria)			
16:30-16:35	Apatia manifestazioni cliniche e neurobiologia - II	Coffee Break		
16:35-17:00				
17:00-18:30	Ricordo del Prof. Lodovico Frattola	Cura, etica e futuro - II	Comorbidità Invecchiamento attivo e filosofia della cura - II	Neuropsicologia Riabilitazione e terapie non farmacologiche - II
18:30-18:45	Assemblea Generale dei Soci AIP			
18:45-19:00				
19:00-20:00				



SABATO 28 MARZO 2026

ORARIO	SALA MANTEGNA (Plenaria)	SALA DONATELLO (Sessioni parallele)	SALA PALLADIO (Sessioni parallele)	SALA PETRARCA (Sessioni parallele)
08:30-09:50	Invecchiamento cerebrale Solitudine e comorbidità sistemiche - I	Prevenzione e biomarcatori	Comunicazioni libere	Sostenibilità e formazione Simposio congiunto AIP-AGE
09:50-10:35				Sostenibilità e formazione
10:35-11:00	Coffee Break Discussione Poster (Galleria)			
11:00-12:50	Invecchiamento cerebrale Solitudine e comorbidità sistemiche - II			
12:50	Chiusura del Congresso			



SALA PETRARCA

PSICOGERONTOLOGIA

Interventi di cura e cura degli interventi: linguaggio, metodo, strumenti di lavoro in psicogerontologia

09:30 **INTRODUZIONE AL WORKSHOP**

Giovanna Ferrandes, Marco Trabucchi

10:00 **LETTURA**

**Le parole oltre i luoghi comuni:
ricerca di significato e guida nelle azioni di cura**
Federica Gottardi

PERSONA

La persona al centro: come e di cosa?

Modera: Babette Dijk

10:30 **Io non sono vecchio: vissuti ed emozioni nella zona d'ombra**

Leo Nahon

10:50 **Interventi evidence-based per la salute dell'anziano**

Erika Borella

11:10 **Dall'accoglienza all'analisi della domanda: il colloquio**

Alberto Sardella

11:30 **Quei 5 minuti dopo la diagnosi: il tempo sospeso**

Valentina Laganà

11:50 **Discussione**



SALA PETRARCA

ÉQUIPE

La multiprofessionalità: sogno o realtà?

Modera: Grazia Razza

12:00 **Dalla teoria alla pratica: la complessità non riconosciuta**

Lorenzo Caprini

12:20 **Metodo di lavoro in équipe: oltre le competenze comunicative**

Silvia Vettor

12:40 **Lavorare in équipe nei contesti di cura degli anziani**

Elena Lucchi

13:00 **Discussione**

13:30 **Pausa**

RIABILITAZIONE

Male non fa!

Modera: Sara Mondini

14:30 **Ri-abilitazione: una parola abusata**

Giovanna Cipriani

14:50 **La Matrioska degli interventi: tra neuropsicologico e psicosociale**

Rabih Chattat

15:10 **Valutazione ed efficacia degli interventi riabilitativi per l'anziano**

Sonia Montemurro

15:30 **La riabilitazione a distanza: strumenti e metodi**

Michele Carpinelli

15:50 **Discussione**

16:00 **LETTURA CONCLUSIVA**

L'integrazione delle cure: tra promesse del nuovo e stabilità delle evidenze

Carlo Serrati

16:30 **CONCLUSIONI**

Giovanna Ferrandes



SALA DONATELLO

PSICOGERIATRIA FORENSE

Moderano: *Grazia Razza, Francesco Scapati*

- 09:30 **PRESENTAZIONE DEL WORKSHOP**
Diego De Leo, Francesco Scapati
- 09:45 **Poteri, responsabilità e limiti dei consulenti d'ufficio nei procedimenti giudiziari di interesse psichiatrico-forense**
Roberto Catanesi
- 10:15 **Poteri, responsabilità e limiti dei consulenti di parte nei procedimenti giudiziari di interesse psichiatrico-forense**
Gabriele Mandarelli
- 10:45 **LETTURA**
Perizia psichiatrica, contraddittorio e formazione della verità processuale in ambito penale
Elisabetta Rosi
- 11:15 **LETTURA**
La valutazione della responsabilità genitoriale anche in riferimento all'età dei genitori
Francesco Antonio Genovese
- 12:00 **LETTURA**
La valutazione della capacità processuale
Felice Carabellese
- 12:30 **Discussione**
- 12:45 **Presentazione dei risultati della Survey Nazionale AIP sugli obblighi informativi in psicogeriatría**
Fabio Cembrani
- 13:00 **Pausa**



SALA DONATELLO

SIMPOSIO

LA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA

A che punto siamo e dove chi ha la responsabilità della cura chiede che si voglia andare

Moderano: Angelo Bianchetti, Osvaldo Scarpino

- 14:00 **Presentazione del Simposio**
Fabio Cembrani
- 14:10 **Problematiche medico-legali**
Fabio Cembrani
- 14:50 **Il ruolo del Comitato Etico**
Carlo Serrati
- 15:30 **Aspetti psichiatrico-clinici e forensi**
Luigi Ferrannini, Francesco Scapati
- 16:10 **CONCLUSIONI**
Giancarlo Logroscino



SALA MANTEGNA (Plenaria)

APERTURA DEL CONGRESSO

17:40 SALUTO DELLE AUTORITÀ

- *Prof. Diego De Leo*
Presidente AIP
- *Dott. Paolo Fortuna*
Direttore Generale ULSS 6 Euganea
- *Prof.ssa Patrizia Burra*
Delegata della Rettrice per le Scuole di Specializzazione
e l'Osservatorio per la Formazione Specialistica post lauream
- *Dott. Ivo Tiberio*
Consigliere con delega a "Città Sane"

LETTURE INAUGURALI

18:00 **La Charta di Padova, per una sanità del futuro
equa e sostenibile**
Gino Gerosa

18:30 **Meccanismi cerebrali che sottendono a funzioni complesse:
i neuroni a specchio**
Giacomo Rizzolatti

19:00 INTERMEZZO MUSICALE

19:30 PREMIAZIONI

Best Young Researcher (*Introduce al Premio Diego De Leo*)

Best Poster (*Introduce al Premio Carlo Serrati*)

20:00 **Cocktail di benvenuto**



SALA MANTEGNA (Plenaria)

MALATTIA DI ALZHEIMER | TERAPIE MODIFICANTI E ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

Moderano: Carlo Caltagirone, Giuseppe Sergi

08:30 **Segni premonitori e sintomi predittori delle demenze**

Daniela Leotta

09:00 **Diagnosi precoce e diagnosi preclinica
della malattia di Alzheimer: ruolo dei biomarcatori**

Alessandro Padovani

09:30 **Malattia di Alzheimer e terapie modificanti**

Giancarlo Logroscino

10:00 **Le strategie vaccinali come strumento
di prevenzione dei disturbi neurocognitivi**

Stefania Maggi

10:35 **Coffee Break**

GALLERIA

10:35 **DISCUSSIONE POSTER**

Modera: Giuseppe Fichera



SALA MANTEGNA (Plenaria)

MALATTIA DI ALZHEIMER | TERAPIE MODIFICANTI E ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

Moderano: Pierluigi Dal Santo, Marco Trabucchi

11:00 **Verso un approccio multidisciplinare, organizzato
ed unitario della cura delle demenze in Italia**

Sandro Sorbi

11:30 **La rete dei servizi e l'implementazione
delle cure anti-amiloide in Italia**

Alberto Benussi

12:00 **Il futuro dell'assistenza: a real-world perspective**

Francesco Della Gatta

12:30 **Discussione**

13:30 **Lunch Break**

GALLERIA

13:30 **DISCUSSIONE POSTER**

Modera: Francesco Scapati



SALA MANTEGNA (Plenaria)

APATIA | MANIFESTAZIONI CLINICHE E NEUROBIOLOGIA - I

Moderano: Rosa Capozzo, Diego De Leo

14:30 **Neurobiologia dell'apatia**

Stefano Govoni

15:00 **Apatia nelle malattie cerebrovascolari**

Carlo Serrati

15:30 **Brain imaging e psichiatria geriatrica**

Fabio Sambataro

16:00 **Coffee Break**

GALLERIA

16:00 **DISCUSSIONE POSTER**

Modera: Cristian Leorin

SALA MANTEGNA (Plenaria)

APATIA | MANIFESTAZIONI CLINICHE E NEUROBIOLOGIA - II

Moderano: Angelo Bianchetti, Laura De Togni

16:30 **Apatia nelle malattie neuro-degenerative**

Annachiara Cagnin

17:00 **Emotional blunting da antidepressivi: un paradosso ingannevole**

Claudio Vampini

17:30 **Apatia nelle malattie sistemiche e/o di organo**

Massimiliano Massaia

18:00 **Discussione**

18:30 **RICORDO DEL PROF. LODOVICO FRATTOLA**

Marco Trabucchi

18:45 **ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI AIP**



SALA DONATELLO (Sessioni parallele)

FARMACOLOGIA E APPROCCI INNOVATIVI - I

Moderano: Dario Cannavò, Claudio Vampini

- 08:30 **Litio e malattia di Alzheimer: una nuova frontiera?**
Leonardo Tondo
- 08:55 **Ansiolitici non benzodiazepinici: impiego nell'anziano**
Umberto Albert
- 09:20 **Disturbi cognitivi nell'anziano: quali strategie terapeutiche disponibili**
Giuseppe Bellelli
- 09:45 **Schizofrenia e invecchiamento: come gestire gli antipsicotici?**
Andrea De Bartolomeis
- 10:10 **Farmaci per il sonno, anche per gli anziani?**
Giorgia Chinaglia
- 10:35 **Coffee Break**

FARMACOLOGIA E APPROCCI INNOVATIVI - II

Moderano: Giuseppe Pelliccioni, Gabriele Tripi

- 11:00 **Demenze vascolari**
Leonardo Pantoni
- 11:25 **Demenze frontotemporali**
Ilenia Libri
- 11:50 **Evidenza clinica del ruolo della neuroinfiammazione nella demenza frontotemporale**
Giacomo Koch
- 12:15 **Il Piano Nazionale di Azioni in Salute Mentale 25-30: criticità ed opportunità per la cura degli anziani**
Luigi Ferrannini
- 12:40 **Discussione**

13:00 **LETTURA** (Non E.C.M.)

Modera: Angelo Bianchetti

Demenza e Alzheimer oltre la monoterapia e monoclonali: ruolo della combinazione fissa Donepezil/Memantina nella pratica clinica
Carlo Serrati



SALA DONATELLO (Sessioni parallele)

13:30 Lunch Break

CURA, ETICA E FUTURO - I

Moderano: Rabih Chattat, Tiziano Vecchiato

14:30 Geropalliative care

Graziano Onder

14:55 Ageismo: come contrastarlo?

Marco Trabucchi

15:20 Famiglie e caregiving

Silvia Vettor

15:45 Ruolo sociale delle RSA: tra cura e accoglienza

Antonio Guaita

16:10 Determinanti sociali di malattia e integrazione
dei servizi: quali prospettive?

Tiziano Vecchiato

16:35 Coffee Break

CURA, ETICA E FUTURO - II

Moderano: Maria Lia Lunardelli, Osvaldo Scarpino

17:00 Intelligenza Artificiale e gestione clinica dei disturbi cognitivi

Babette Dijk

17:25 Etica nell'era digitale

Renzo Pegoraro

17:50 ChatGPT: chi è l'esperto ora?

Andrea Loreggia

18:15 Robotica e AI, il futuro è presente

Cristian Leorin

18:40 Discussione



SALA PALLADIO (Sessioni parallele)

NEUROSCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO | SINDROMI COMPORTAMENTALI - I

Moderano: Franco Giubilei, Antonino Maria Cotroneo

- 08:30 **Aging Brain, disturbo soggettivo di memoria, riserva cognitiva**
Carlo Gabelli
- 08:55 **Stress ossidativo, "inflammaging", immunosenescenza**
Claudio Franceschi
- 09:20 **Parkinson, parkinsonismi e malattia a corpi di Lewy**
Roberta Biundo
- 09:45 **Agitazione e delirium ipercinetico**
Alessandro Morandi
- 10:10 **Perché gli inibitori dell'acetilcolinesterasi (AChEI) non sono considerati disease modifying drugs?**
Giovanni Zuliani
- 10:35 **Coffee Break**

NEUROSCIENZE DELL'INVECCHIAMENTO | SINDROMI COMPORTAMENTALI - II

Moderano: Gianluca Serafini, Sergio Minervini

- 11:00 **Agitazione nelle psicosi senili: quale gestione farmacologica?**
Angelo Bianchetti
- 11:25 **I farmaci «tradizionali» nella cura delle demenze hanno ancora spazio?**
Enrico Mossello
- 11:50 **Il ruolo della citicolina nel percorso clinico del paziente affetto da demenze**
Nicola Veronese
- 12:15 **Deprescribing, tra moda e reale utilità clinica**
Matteo Grezzana
- 12:40 **Discussione**
- 13:30 **Lunch Break**



SALA PALLADIO (Sessioni parallele)

COMORBIDITÀ | INVECCHIAMENTO ATTIVO E FILOSOFIA DELLA CURA - I

Moderano: Veronica Caleri, Luca Serchisu

- 14:30 **Patologie cardiovascolari, disturbi dell'umore e disturbi neurocognitivi**
Virginia Boccardi
- 14:55 **Diabete di tipo 2 e sindrome metabolica**
Stefano Volpato
- 15:20 **Sarcopenia, fragilità e decadimento cognitivo: quale legame?**
Fabio Guerini
- 15:45 **Iatrogenesi, polifarmacoterapia e anticholinergic burden**
Filippo Caraci
- 16:10 **Farmacoterapia della fragilità: principi di base**
Pietro Gareri
- 16:35 **Coffee Break**

COMORBIDITÀ | INVECCHIAMENTO ATTIVO E FILOSOFIA DELLA CURA - II

Moderano: Diego Bianchi, Albert March

- 17:00 **La cura della persona con demenza: chi paga che cosa?**
Mauro Colombo
- 17:25 **Invecchiamento attivo, ambiente e promozione della salute**
Roberto Bernabei
- 17:50 **Il canone geriatrico**
Renzo Rozzini
- 18:15 **Corpo e sarcopenia**
Alberto Cester
- 18:40 **Discussione**



SALA PETRARCA (Sessioni parallele)

PSICHIATRIA GERIATRICA | APPROCCI TERAPEUTICI INTEGRATI - I

Moderano: *Bernardo Carpiello, Orazio Zanetti*

- 08:30 **Depressione late-onset e disturbi neurocognitivi: spazi di trattamento**
Giorgio Pigato
- 08:55 **Fattori psicologici nell'evoluzione delle malattie croniche**
Giovanna Ferrandes
- 09:20 **La depressione nell'anziano: i sintomi somatici come sfida clinica e terapeutica**
Claudia Carmassi
- 09:45 **La personalizzazione del trattamento della depressione nel paziente anziano**
Roberto Brugnoli
- 10:10 **Non solo farmaci: l'importanza della parola nella terapia della depressione**
Fabrizio Asioli
- 10:35 **Coffee Break**

PSICHIATRIA GERIATRICA | APPROCCI TERAPEUTICI INTEGRATI - II

Moderano: *Laura De Togni, Grazia Razza*

- 11:00 **Genere e dementia care**
Amalia Cecilia Bruni
- 11:25 **Psicoterapie di successo per l'anziano**
Federica Gottardi
- 11:50 **La relazione terapeutica con il paziente difficile**
Leo Nahon
- 12:15 **Quanto cambierà la neuropsicologia con la pratica dell'AI**
Stefano Cappa
- 12:40 **Discussione**
- 13:30 **Lunch Break**



SALA PETRARCA (Sessioni parallele)

NEUROPSICOLOGIA | RIABILITAZIONE E TERAPIE NON FARMACOLOGICHE - I

Moderano: *Stefano Cappa, Alberto Sardella*

14:30 **Neuropsicologia clinica e diagnosi psicologica**

Sara Mondini

14:55 **Riabilitazione cognitiva, prescrizioni sociali**

Erika Borella

15:20 **Terapie digitali: stato dell'arte**

Chiara Cerami

15:45 **Neuromodulazione non invasiva nella riabilitazione
del paziente geriatrico: evidenze e prospettive**

Giuseppe Rocca

16:10 **L'anziano fragile: il modello della riabilitazione cardiologica**

Dario Leosco

16:35 **Coffee Break**

NEUROPSICOLOGIA | RIABILITAZIONE E TERAPIE NON FARMACOLOGICHE - II

Moderano: *Luigi Grezzana, Daniela Leotta*

17:00 **Il bisogno di integrità corporea:
la riabilitazione estetica nell'anziano**

Franco Bassetto

17:25 **Veteris, pet therapy e salute mentale**

Ilaria Ambrosino

17:50 **L'intrattenimento come terapia:
Clown therapy nei luoghi di sofferenza**

Giuseppe Barbagallo

18:15 **I caffè Alzheimer**

Stefano Boffelli

18:40 **Discussione**



SALA MANTEGNA (Plenaria)

INVECCHIAMENTO CEREBRALE | SOLITUDINE E COMORBIDITÀ SISTEMICHE - I

Moderano: Andrea Fabbo, Carlo Renzini

- 08:30 **La popolazione Mild Cognitive Impairment e gli insegnamenti del Progetto Interceptor**
Paolo Maria Rossini
- 09:00 **Connettoma e cervelli digitali per la diagnosi e trattamento di malattie neurologiche**
Maurizio Corbetta
- 09:30 **Insonnie primarie e secondarie**
Luigi Ferini Strambi
- 10:00 **Le artropatie infiammatorie in età senile**
Roberta Ramonda
- 10:35 **Coffee Break**

GALLERIA

- 10:35 **DISCUSSIONE POSTER**
Modera: Irina Halinskaya

SALA MANTEGNA (Plenaria)

INVECCHIAMENTO CEREBRALE | SOLITUDINE E COMORBIDITÀ SISTEMICHE - II

Moderano: Leo Nahon, Carlo Serrati

- 11:00 **Stili di vita e invecchiamento in salute**
Daniele Perotta
- 11:30 **Ottimismo in terapia: utile ed eticamente appropriato?**
Diego De Leo
- 12:00 **Avremo presto nuovi farmaci efficaci per i disturbi neurocognitivi?**
Ferdinando Nicoletti
- 12:30 **Discussione**
- 12:50 **CHIUSURA DEL CONGRESSO**
Diego De Leo, Carlo Serrati, Marco Trabucchi



SALA DONATELLO (Sessioni parallele)

PREVENZIONE E BIOMARCATORI

Moderano: Laura Vernuccio, Giuseppa Zannino

- 08:30 **Biomarcatori di danno neuronale e attività fisica**
Marina De Rui
- 08:55 **Implicazioni psicologiche nei test per il rischio di demenza: motivazioni alla conoscenza, comunicazione dell'esito e processi di adattamento**
Valentina Laganà
- 09:20 **Il segreto dei centenari**
Laura Vernuccio/Mario Barbagallo
- 09:45 **Una chimica che prolunga la vita?**
Massimo Zollo
- 10:10 **Il mito dell'immortalità**
Erika Iacona
- 10:35 **Coffee Break**



SALA PALLADIO (Sessioni parallele)

08:30 **COMUNICAZIONI LIBERE**

10:35 Coffee Break

SALA PETRARCA (Sessioni parallele)

SOSTENIBILITÀ E FORMAZIONE | SIMPOSIO CONGIUNTO AIP-AGE

Moderano: Diego De Leo, Giovanni Gelmini

08:30 **Il paziente psicogeriatrico in RSA**

Antonino Maria Cotroneo

09:05 **Problemi nutrizionali del paziente psicogeriatrico al domicilio**

Michela Zanetti

09:30 **Ruolo del geriatra nella gestione dei BPSD al domicilio**

Vincenzo Canonico

SOSTENIBILITÀ E FORMAZIONE

Moderano: Silvia Vettor, Guido Gori

09:50 **Operatori sanitari e sociosanitari e percorsi di formazione**

Elena Lucchi

10:10 **Quello che uno psicogeriatra non può non sapere**

Fabio Cembrani

10:35 Coffee Break



- Umberto Albert, *Trieste*
 Ilaria Ambrosino, *Alessandria*
 Fabrizio Asioli, *Reggio Emilia*
 Giuseppe Barbagallo, *Nicosia*
 Franco Bassetto, *Padova*
 Giuseppe Bellelli, *Milano*
 Roberto Bernabei, *Roma*
 Alberto Benussi, *Trieste*
 Angelo Bianchetti, *Brescia*
 Diego Bianchi, *Napoli*
 Roberta Biundo, *Padova*
 Virginia Boccardi, *Perugia*
 Stefano Boffelli, *Brescia*
 Erika Borella, *Padova*
 Roberto Brugnoli, *Roma*
 Amalia Cecilia Bruni, *Lamezia*
 Felice Carabellese, *Bari*
 Annachiara Cagnin, *Padova*
 Veronica Caleri, *Pistoia*
 Carlo Caltagirone, *Roma*
 Dario Cannavò, *Catania*
 Vincenzo Canonico, *Napoli*
 Rosa Capozzo, *Bari*
 Stefano Cappa, *Pavia*
 Lorenzo Caprini, *Milano*
 Filippo Caraci, *Catania*
 Claudia Carmassi, *Pisa*
 Michele Carpinelli, *Napoli*
 Bernardo Carpinello, *Cagliari*
 Roberto Catanesi, *Bari*
 Fabio Cembrani, *Trento*
 Chiara Cerami, *Pavia*
 Alberto Cester, *Padova*
 Rabih Chattat, *Bologna*
 Giorgia Chinaglia, *Padova*
 Giovanna Cipriani, *Castelfranco V.*
 Mauro Colombo, *Abbiategrasso*
 Maurizio Corbetta, *Padova*
 Antonino Maria Cotroneo, *Torino*
 Pierluigi Dal Santo, *Rovigo*
 Andrea De Bartolomeis, *Napoli*
 Diego De Leo, *Padova*
 Marina De Rui, *Padova*
 Laura De Togni, *Verona*
 Francesco Della Gatta, *Roma*
 Babette Dijk, *Chiavari*
 Andrea Fabbo, *Asti*
 Giuseppe Fichera, *Catania*
 Luigi Ferini Strambi, *Milano*
 Giovanna Ferrandes, *Genova*
 Luigi Ferrannini, *Genova*
 Claudio Franceschi, *Bologna*
 Carlo Gabelli, *Padova*
 Pietro Gareri, *Catanzaro*
 Giovanni Gelmini, *Parma*
 Francesco Antonio Genovese, *Roma*
 Gino Gerosa, *Padova*
 Franco Giubilei, *Roma*
 Guido Gori, *Firenze*
 Federica Gottardi, *Milano*
 Stefano Govoni, *Milano*
 Matteo Grezzana, *Verona*
 Luigi Grezzana, *Verona*
 Antonio Guaita, *Abbiategrasso*



Fabio Guerini, *Brescia*
Irina Halinskaya, *Napoli*
Erika Iacona, *Padova*
Giacomo Koch, *Ferrara*
Valentina Laganà, *Lamezia Terme*
Cristian Leorin, *Padova*
Dario Leosco, *Napoli*
Daniela Leotta, *Torino*
Ilenia Libri, *Padova*
Giancarlo Logroscino, *Bari*
Andrea Loreggia, *Brescia*
Elena Lucchi, *Cremona*
Maria Lia Lunardelli, *Bologna*
Stefania Maggi, *Padova*
Gabriele Mandarelli, *Bari*
Albert March, *Bolzano*
Massimiliano Massaia, *Torino*
Sergio Minervini, *Trento*
Sara Mondini, *Padova*
Sonia Montemurro, *Padova*
Alessandro Morandi, *Brescia*
Enrico Mossello, *Firenze*
Leo Nahon, *Milano*
Ferdinando Nicoletti, *Roma*
Graziano Onder, *Roma*
Alessandro Padovani, *Brescia*
Leonardo Pantoni, *Milano*
Renzo Pegoraro, *Vaticano*
Giuseppe Pelliccioni, *Ancona*
Daniele Perotta, *Milano*
Giorgio Pigato, *Padova*
Roberta Ramonda, *Padova*
Grazia Razza, *Catania*
Carlo Renzini, *San Marino*
Giacomo Rizzolatti, *Parma*
Giuseppe Rocca, *Piacenza*
Elisabetta Rosi, *Roma*
Paolo Maria Rossini, *Roma*
Renzo Rozzini, *Brescia*
Fabio Sambataro, *Padova*
Alberto Sardella, *Catania*
Francesco Scapati, *Taranto*
Osvaldo Scarpino, *Ancona*
Gianluca Serafini, *Genova*
Luca Serchisu, *Cagliari*
Giuseppe Sergi, *Padova*
Carlo Serrati, *Imperia*
Sandro Sorbi, *Firenze*
Leonardo Tondo, *Cagliari*
Marco Trabucchi, *Brescia*
Gabriele Tripi, *Trapani*
Claudio Vampini, *Verona*
Tiziano Vecchiato, *Padova*
Laura Vernuccio, *Palermo*
Nicola Veronese, *Roma*
Silvia Vettor, *Treviso*
Stefano Volpato, *Ferrara*
Michela Zanetti, *Trieste*
Orazio Zanetti, *Brescia*
Giuseppa Zannino, *Cosenza*
Massimo Zollo, *Napoli*
Giovanni Zuliani, *Ferrara*



QUOTE DI PARTECIPAZIONE

CONGRESSO

DESCRIZIONE	Early Bird Entro il 26/01/26	Standard Dopo il 26/01/26
SOCIO – Medico	€ 300,00	€ 450,00
SOCIO – Altra Professione	€ 220,00	€ 300,00
SOCIO – Studente / Specializzando	€ 120,00	€ 240,00
NON SOCIO – Medico	€ 400,00	€ 600,00
NON SOCIO – Altra Professione	€ 330,00	€ 500,00
NON SOCIO – Studente/Specializzando (o Socio non in regola 2025)	€ 220,00	€ 300,00

WORKSHOP PRECONGRESSUALI

CHIUSURA ISCRIZIONI: 9 MARZO 2026

DESCRIZIONE	Quota
WORKSHOP PRECONGRESSUALE Psicogerontologia	€ 100,00
WORKSHOP PRECONGRESSUALI Psicogeriatria Forense	€ 100,00

La quota riservata ai Soci è destinata esclusivamente ai Soci in regola con la quota 2026. Il Socio non in regola dovrà provvedere prima alla regolarizzazione della posizione associativa e poi procedere con l'iscrizione. In alternativa, può iscriversi come Non Socio.

La quota di partecipazione comprende: accesso alle sessioni, materiale congressuale, coffee break e lunch se previsti su programma.

[Clicca sul pulsante per iscriverti al Congresso](#)

ISCRIZIONE



Gli eventi sono stati inseriti da Aristeia Education - Provider accreditato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (n. 500) - nel piano formativo 2026 nell'ambito del Programma Nazionale E.C.M.

L'attestazione dei crediti è subordinata alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, nella misura del 100%, e alla verifica dell'apprendimento. L'attestazione, riportante il numero di crediti assegnati, viene predisposta non prima di 60 giorni dalla data di chiusura dell'evento formativo e sarà disponibile online sul sito web www.aristeaeducation.it dove sono presenti ulteriori informazioni sul Programma Nazionale E.C.M.

CONGRESSO

Accredimento prescrittori

Codice E.C.M.: 500-474161

Crediti formativi: 4,2

Destinatari: Medico Chirurgo (Cardiologia, Cure Palliative, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Geriatria, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Generale - Medici di Famiglia, Medicina Interna, Neurofisiopatologia, Neurologia, Psichiatria, Psicoterapia, Reumatologia, Scienza dell'Alimentazione e Dietetica).

Obiettivo formativo: Linee guida - protocolli - procedure

Accredimento non prescrittori

Codice E.C.M.: 500-475020

Crediti formativi: 4,2

Destinatari: Assistente Sanitario, Dietista, Educatore Professionale, Fisioterapista, Infermiere, Logopedista, Psicologo (Psicologia, Psicoterapia), Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Tecnico di Neurofisiopatologia, Terapista Occupazionale.

Obiettivo formativo: Linee guida - protocolli - procedure

WORKSHOP PRECONGRESSUALE - PSICOGERONTOLOGIA

Codice E.C.M.: 500-474192

Crediti formativi: 4,2

Destinatari: Medico Chirurgo (Allergologia ed Immunologia Clinica, Cardiologia, Continuità Assistenziale, Cure Palliative, Dermatologia e Venereologia, Endocrinologia, Epidemiologia, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Malattie Infettive, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Medicina di Comunità, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Generale - Medici di Famiglia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Psichiatria, Reumatologia, Scienza dell'Alimentazione e Dietetica), Assistente Sanitario, Dietista, Educatore Professionale, Fisioterapista, Infermiere, Logopedista, Psicologo (Psicologia, Psicoterapia), Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Tecnico di Neurofisiopatologia, Terapista Occupazionale.



Obiettivo formativo: Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura.

WORKSHOP PRECONGRESSUALE - PSICOGERIATRIA FORENSE

Codice E.C.M.: 500-475100

Crediti formativi: 4,2

Destinatari: Medico Chirurgo (Geriatrics, General Medicine - Family Medicine, Internal Medicine, Legal Medicine, Neurology, Psychiatry, Psychotherapy), Psicologo (Psychology, Psychotherapy).

Obiettivo formativo: Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere.

PROVIDER E.C.M.

 **aristea education**

Via XII Ottobre, 1 - Piano 6 • 16121 Genova

Tel. 010 7766457 • E-mail info@aristeaeducation.it

Web www.aristeaeducation.it



CALL FOR ABSTRACT – INVIO ABSTRACT

Deadline

Gli abstract devono essere inoltrati entro e non oltre il giorno ~~22 Febbraio 2026~~ **28 Febbraio 2026**.

Istruzioni

Titolo: Il Titolo deve essere scritto in LETTERE MAIUSCOLE. Le parole devono essere complete, non è quindi possibile utilizzare abbreviazioni.

Autori: I nomi degli Autori devono essere inseriti con COGNOME e NOME PER ESTESO (Cognome Nome). Si prega di omettere titoli professionali e/o accademici. Il nome del primo Autore sarà considerato come il nome di chi presenterà l'eventuale comunicazione o poster.

Affiliazione: Nel campo denominato Affiliazione deve essere inserito l'Ente/struttura ovvero gli Enti/Strutture degli Autori dell'abstract. Oltre al nome dell'Ente/Struttura dovrà essere indicata la città e la nazione.

Testo: Il Testo potrà essere in italiano o in inglese (ma l'eventuale esposizione orale solo in lingua italiana e dovrà essere composto da: Intro, Aim, Methods, Results, Discussion, Conclusion).

Nota bene: Il testo dell'abstract – che non deve superare le 250 parole – deve essere digitato direttamente nel campo oppure può essere inserito mediante il comando copia/incolla (in quest'ultimo caso utilizzare il carattere Arial 12 con interlinea singola). Gli allegati NON verranno presi in considerazione.

[Clicca sul pulsante per inviare l'Abstract](#)

INVIO ABSTRACT

PREMI

Premio Miglior Abstract

In seguito a sottomissione e valutazione degli abstract ricevuti è previsto il **PREMIO MIGLIOR ABSTRACT** (valutazione ad opera della commissione). La deadline per l'invio è il ~~22 Febbraio 2026~~ **28 Febbraio 2026**.

Premio Young Researcher

In aggiunta è possibile candidarsi, in via separata, al **PREMIO YOUNG RESEARCHER** (sotto i 35 anni e valutazione basata sull'H-Index. In caso di H-Index simili, si procede a distinguere in base alla posizione degli articoli presentati, assegnando 3 punti al primo e ultimo autore e 1 punto alle posizioni intermedie). La candidatura al PREMIO YOUNG RESEARCHER può essere inviata all'attenzione del Prof. De Leo scrivendo all'indirizzo segreteria.psicogeriatria@gmail.com e allegando il proprio CV. La deadline per la candidatura al PREMIO YOUNG RESEARCHER è il ~~22 Febbraio 2026~~ **28 Febbraio 2026**.



SEDE DEL CONGRESSO

Padova Congress

Via N. Tommaseo, 59 • 35131 Padova

COME RAGGIUNGERE LA SEDE DEL CONGRESSO

Aereo: L'Aeroporto di Venezia Marco Polo è il più vicino a Padova, situato a circa 45 km dalla città. L'Aeroporto di Treviso si trova a circa 60 km da Padova. Entrambi gli aeroporti offrono collegamenti con autobus o taxi per raggiungere Padova.

Treno: La Stazione Ferroviaria di Padova è la principale stazione della città e si trova a soli 500 metri dal centro congressi, una distanza facilmente percorribile in pochi minuti a piedi (circa 5-10 minuti).

Auto: Per arrivare in auto, prendete l'autostrada A4 Milano-Venezia e uscite al casello "Padova Est" o "Padova Ovest". Seguite poi le indicazioni per il centro città e via Goldoni per raggiungere direttamente il Padova Congress. L'uscita autostradale è situata a circa cinque chilometri dal luogo del Congresso.

PARCHEGGIO

Padova Congress dispone di parcheggio gratuito, fino ad esaurimento posti.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Il 26° Congresso Nazionale AIP si svolgerà esclusivamente in modalità residenziale. Non è prevista la registrazione dell'evento e la fruizione differita.

SEGRETERIA IN SEDE CONGRESSUALE

La Segreteria aprirà mezz'ora prima dell'inizio dei lavori e chiuderà mezz'ora dopo il termine dei lavori.

BADGE

Ogni partecipante regolarmente iscritto riceverà, al momento dell'accreditamento, un badge che gli consentirà, previo controllo del personale addetto, l'accesso alle sale congressuali. Il badge è personale e non è cedibile. Non è previsto badge per gli iscritti ai soli corsi pregressuali.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

L'attestato di partecipazione non verrà consegnato al termine del Congresso, ma potrà essere scaricato autonomamente dal portale Aristeia con le credenziali create al momento dell'iscrizione.