



## Razionale

Dopo il Giappone siamo attualmente il paese con il più alto indice di vecchiaia al mondo, pari secondo l'ISTAT a 193,3. Ovvero ci sono più di 193 anziani di 65 anni e oltre ogni 100 giovani di età compresa tra gli 0 e i 14 anni.

A 65 anni l'attesa di vita è ancora in media di 20 anni, ma di questi meno del 50% sono anni di vita senza deficit e/o limitazioni funzionali. I disturbi cognitivi e comportamentali causano frequentemente disabilità e preoccupano particolarmente l'anziano. "Il mio cervello non è più quello di prima" si sente spesso ripetere il medico nel corso di una visita. Abbiamo 100 miliardi di neuroni nel cervello e ognuno di essi stabilisce fino a 10.000 contatti sinaptici. Con il passare del tempo questa fitta rete si rarefa. Studi neuroradiologici hanno evidenziato una perdita di volume del cervello di circa il 5% ogni 10 anni a partire dalla sesta decade di vita. Secondo P. J. Whitehouse l'invecchiamento cerebrale è un processo dinamico che culmina negli inevitabili sintomi neuro-cognitivi dell'età avanzata, ma lungo traiettorie tanto diverse quanto lo sono le persone coinvolte. Distinguere il cosiddetto *aging brain* da processi neurodegenerativi età-correlati al loro esordio è sovente una sfida per il medico. Anomie, piccole dimenticanze, indebolimento della *working memory*, della velocità di elaborazione delle informazioni e della flessibilità cognitiva fanno parte del *normal aging*. Il riconoscimento e l'accettazione di una diversa normalità del cervello senile costituisce una premessa fondamentale all'inclusione e alla partecipazione sociale dell'anziano. Quando i deficit sono tali da compromettere l'abilità funzionale e/o l'adeguatezza sociale dell'anziano si sconfinano nel vero e proprio deterioramento cognitivo. Tra i processi neurodegenerativi età correlati la malattia di Alzheimer (AD) e il morbo di Parkinson sono quelli che si riscontrano con maggior frequenza. In particolare la prevalenza dell'AD raddoppia ogni 5 anni passando dall'1% nella fascia di età tra i 60 e i 65 anni a più del 30% tra gli 85 e gli 89 anni. Tuttavia un deterioramento cognitivo lieve, il *mild cognitive impairment* può rimanere tale per anni, un deterioramento cognitivo ad improvvisa insorgenza, il *delirium* può essere reversibile e, secondo N. Resnik, fino al 50% del deficit cognitivo dell'anziano affetto da AD può dipendere da fattori modificabili come patologie organiche concomitanti, depressione o farmaci. Anche altre cerebropatie come l'idrocefalo normoteso o l'ematoma sottodurale cronico aumentano la loro prevalenza con l'aumentare dell'età e possono determinare oltre ad un deficit cognitivo una compromissione dell'autonomia.

Gli studi di neurobiologia e le strategie per contrastare i processi neurodegenerativi età correlati sono in continua evoluzione e aprono nuovi scenari per il futuro.

Una diagnosi precoce e una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, consentono laddove non si disponga ancora di una terapia causale, una pianificazione condivisa con l'anziano e con i suoi familiari delle cure e delle scelte di vita.

T. Lucchi

## Programma

**8.00 - 8.30**

**Registrazione partecipanti**

**8.30 - 8.40**

**Introduzione ai lavori e saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano**

**8.40 - 9.00**

**La geriatria e il nuovo Policlinico**

*E. Belleri*

**Moderatori: T.Lucchi, G.Schinco**

**9.00 - 9.30**

**Lettura: cervello senile**

*T. Lucchi*

**9.30 - 10.00**

**Delirium**

*M. Froldi*

**10.00 - 10.20**

**Caso clinico e discussione**

*G. Schinco*

**10.20 - 10.50**

**Depressione**

*P. Brambilla*

**10.50 - 11.10**

**Caso clinico e discussione**

*G. Schinco*

**11.10 - 11.40**

**Deterioramento cognitivo**

*A. Arighi*

**11.40 - 12.00**

**Caso clinico e discussione**

*P. Nicolini*

**12.00 - 12.30**

**Parkinsonismi**

*E. Mailland*

**12.30 - 12.50**

**Caso clinico e discussione**

*P. Nicolini*

**13.00 - 14.00**

**Lunch**

**Moderatori: T.Lucchi, S.Ciccone**

**14.00 - 14.30**

**Ematoma sottodurale cronico**

*M. Locatelli*

**14.30 - 14.50**

**Caso clinico e discussione**

*C. Mandelli*

**14.50 - 15.20**

**Idrocefalo normoteso**

*S. Borsa*

**15.20 - 15.40**

**Caso clinico e discussione**

*C. Mandelli*

**15.40 - 16.10**

**Lettura: neuroinfiammazione e invecchiamento cerebrale**

*B. Arosio*

**16.10 - 16.40**

**Lettura: pianificazione condivisa delle cure nei pazienti con deterioramento cognitivo**

*S. Inglese*

**16.40 - 17.00**

**Compilazione valutazione ECM e chiusura lavori**

## Docenti

**ANDREA ARIGHI**

*Dirigente Medico - SC Neurologia Fondazione IRCCS Ca'Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

**BEATRICE AROSIO**

*Biologa - Università degli Studi di Milano*

**EZIO BELLERI**

*Direttore Generale Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

**STEFANO BORSA**

*Dirigente Medico - SC Neurochirurgia Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*

**PAOLO BRAMBILLA**

*Dirigente - SC Psichiatria Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano*