

Newsletter AIP – 25 marzo 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

riporto, senza commento perché autoesplicativo del tempo in cui stiamo vivendo, **un pezzo della grandissima Simone Weil**: “Dal giorno in cui, dopo una lunghissima lotta interiore, ho deciso in me stessa che, malgrado le mie inclinazioni pacifiste, il primo dei miei doveri diveniva perseguire la distruzione di Hitler con o senza speranza di successo, da quel giorno non ho mai desistito. Forse ho assunto tale atteggiamento troppo tardi e me ne rimprovero amaramente”.

“Abbiamo indossato lenti colorate di rosa invece di preoccuparci di correggere la nostra visione”: è il titolo di un articolo pubblicato il 19 marzo su *NYT*, nel quale si stigmatizza la nostra impreparazione rispetto alla possibile evoluzione della pandemia. Non ho le competenze per intervenire nel dibattito; mi permetto solo di ritenere fuori luogo l’ampio ottimismo di casa nostra. Nulla sappiamo, ad esempio, (o molto poco) della variante Omicron 2 (o BA.2). Lo stesso giornale, pochi giorni dopo, riportava che a New York il governatore ha dichiarato che è necessario essere pronti a tutto e che quindi le strutture messe in piedi durante la pandemia non verranno smantellate; al proposito, ha dichiarato che il virus induce a grande prudenza, perché è “unpredictable”. Attorno a questa imprevedibilità diffusa è necessario ricordare quante RSA in Italia sembravano indenni e quante invece adesso sono rientrate nella crisi. Ma almeno questa volta non potranno essere accusate di impreparazione... d’altra parte, invece, vi è l’estrema esigenza che le autorità governative guardino in faccia questa realtà ed emanino indicazioni precise per permettere alle RSA di riaccendere la vita, senza timore di sanzioni e, ancor peggio, di discredito sociale. Ma vi sarà questo coraggio?

Non posso trascurare, attorno alla possibilità di formarci una peculiare visione di questo futuro complesso, un editoriale di *BMJ* del 17 marzo intitolato: **“Clima, pandemia e guerra: un’incontrollata crisi multipla di proporzioni esistenziali”**. È una lettura pensosa della condizione che stiamo vivendo, del dovere di continuare l’impegno per un mondo più giusto, nonostante “l’umanità stia impilando una crisi esistenziale sull’altra”. Una signora affetta da Alzheimer ha scritto, compilando il MMSE, che “l’amore è più forte della morte”; non coglieva i particolari degli eventi drammatici di oggi, ma sentiva il dovere di inviare un messaggio quando pochi sembrano, in molti campi, aver capito la realtà vincente dell’amore, nella vita, ma anche in medicina.

Le demenze restano al centro dell’attenzione della psicogeriatra.

Il numero di gennaio di *JAGS* vi dedica 5 diversi contributi, compresa una presa di posizione molto netta attorno all’Aducanumab. Su questo tema, peraltro, sono stati presentati dati interessanti il 16 marzo alla Conferenza Internazionale sull’Alzheimer di Barcellona, in particolare sul **rapporto tra l’amiloide e gli altri biomarker, come p-tau 181**. Queste osservazioni sarebbero in grado di spiegare perché i trattamenti che riducono beta-amiloide sviluppano effetti clinici positivi nelle fasi iniziali di malattia. La ricerca sull’Alzheimer prosegue sempre con intensità; interessante l’editoriale su *Lancet*

Neurology di aprile, riguardo alle dinamiche della neuroinfiammazione nella malattia. Sul piano clinico, è da segnalare un lavoro in pubblicazione su *JAGS*, riguardante il **rapporto tra demenze e scompenso di cuore**. Lo studio, condotto su un'ampia popolazione, ha dimostrato che un quarto delle persone con scompenso cardiaco hanno ricevuto una diagnosi di demenza; allo stesso tempo, la demenza aumenta in modo significativo gli outcome negativi nei pazienti affetti da scompenso. Gli autori commentano questi dati stressando l'importanza di un approccio complessivo (nel testo viene usato il termine "olistico", che ritengo abusato e quindi poco adeguato ad analizzare nello specifico i bisogni di una persona sofferente). In particolare, viene sottolineata l'importanza di un'accurata rilevazione della funzione cognitiva prima di adottare procedure invasive nello scompenso. Anche a questo proposito è doveroso richiamare il dovere di un giudizio equilibrato; infatti, il rispetto della reale condizione di salute non deve mai divenire automaticamente un fattore escludente da precisi atti di cura. Sul ruolo del cuore nell'eziologia della demenza in assenza di fibrillazione atriale e di ictus, *JAMA* del 22 marzo pubblica un lavoro e un editoriale che delinea nuove possibili strade per identificare le cause di demenza.

JAMA Internal Medicine del 24 gennaio pubblica un articolo particolarmente significativo sull'**esigenza che le residenze per anziani adottino precisi protocolli per ottenere risultati utili nella cura dei residenti affetti da demenza**. In particolare, suggerisce l'importanza della formazione dello staff di cura per ridurre gli errori e i conseguenti danni. Viene portato l'esempio dell'alimentazione artificiale, che sarebbe inutile e che indurrebbe solo un disturbo alla persona affetta da demenza; inoltre, secondo il lavoro, ridurrebbe l'impegno del personale attorno ad altri importanti compiti come, ad esempio, l'igiene degli ambienti e delle persone.

Su *JAMA* del 14 marzo è pubblicato un articolo che dimostra **l'effetto di una singola dose endovenosa di 500 mg. dell'anticorpo neutralizzante Sotrovimab, nel ridurre l'endpoint composito ospedalizzazione da ogni causa e morte**. Sotrovimab non presenta rilevanti effetti indesiderati. Il dato supporta l'utilità del trattamento nei pazienti non ospedalizzati, ad alto rischio, affetti da Covid-19 lieve e moderato e costituisce un'ulteriore possibilità terapeutica quando il quadro clinico suggerisce attenzione verso l'evoluzione di sintomi.

Riporto di seguito il consueto "Angolo di Mauro", come sempre molto stimolante. Commentavo con l'autore che in questo momento post-covid la letteratura clinico-scientifica è ricchissima e richiede un tempo enorme per essere anche solamente sfiorata! Per questo i contributi del dottor Colombo sono particolarmente apprezzati dai nostri lettori: offrono sintesi non banali di problematiche difficili.

"L'articolo segnalato da Trabucchi nella newsletter di venerdì 18 marzo, sulle caratteristiche dei cervelli degli anziani soli, era di rilievo tale che "Neurology" lo ha offerto a libero accesso in rete, prima ancora della correzione delle bozze [Salinas, J., Beiser, A. S., Samra, J. K., O'Donnell, A., DeCarli, C. S., Gonzales, M. M., Aparicio, H. J., & Seshadri, S. (2022). Association of Loneliness with 10-Year Dementia Risk and Early Markers of Vulnerability for Neurocognitive Decline. *Neurology*, 10.1212/WNL.000000000200039. Advance online publication. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000200039>]. Il primo punto di partenza sta nella crescita quantitativa della solitudine, specialmente tra gli ultra80enni, in corso già da non pochi anni prima della sindemia: basta vedere la datazione della bibliografia nella introduzione. Il secondo punto di partenza sta nella incertezza del rapporto tra solitudine e demenza, sia dal punto di vista dei risultati precedenti nei tentativi di associazione, che nel significato stesso di tale possibile relazione: la solitudine potrebbe costituire un sintomo oppure un fattore che concorre allo sviluppo di demenza; in alcuni studi era stata rilevata una associazione "dose/risposta" tra solitudine e demenza, mentre altre indagini non avevano trovato alcuna relazione. In ogni caso, finché tale nodo non verrà sciolto, si rischia di sottostimare il rilievo di tale rapporto. Perciò, gli autori hanno imbastito uno studio seguendo una doppia prospettiva: longitudinale – su 2.308 soggetti, per cogliere l'insorgenza di demenza – e trasversale – su 1.875 persone, per cercare associazioni tra solitudine e marcatori precoci di vulnerabilità dementigena [cognitività, volume cerebrale totale, e danno

cerebrovascolare]. Allo scopo, sono stati sfruttati retrospettivamente i dati accumulati grazie alla popolazione originale ed alla successiva generazione – soprattutto per l'indagine trasversale – del “Framingham Study”, uno dei principali studi a coorte longitudinali mai condotti. La solitudine percepita veniva indagata mediante una semplicissima domanda: “nella settimana scorsa, quante volte si è sentito/a solo/a?” tale domanda è correttamente estrapolabile per uso autonomo dal test per la depressione cui appartiene, con la sola premura di non adoperarla nuovamente per la stima della affettività. Per cautelarsi quanto possibile dal rischio di “causalità inversa”, l'insorgenza di demenza è stata sorvegliata nei 10 anni successivi al rilievo della solitudine soggettiva, a sua volta corretta con la misura dei rapporti sociali effettivamente tenuti.

I risultati sono stati netti – al punto da venire classificati nella prima classe di controprova – e vengono chiaramente illustrati mediante grafici e tabelle: la associazione tra solitudine e sviluppo di demenza [di Alzheimer: non di origine vascolare] è di fatto sostenuta dagli infra80enni [rischio oltre che raddoppiato] ed ancor più [triplicato] se in assenza di un fattore intrinseco di rischio biologico quale essere portatore di un allele APOE ε4. Negli adulti maturi – successori della popolazione originale – della indagine trasversale, la solitudine soggettiva correlava con minori prestazioni specificatamente nelle funzioni esecutive, ridotto volume cerebrale totale [misura preferita a specifiche volumetrie corticali], e più abbondanti iperintensità della sostanza bianca alla risonanza magnetica nucleare [neuro-immagine di sofferenza dei piccoli vasi cerebrali]. Vengono anche proposti meccanismi che potrebbero sostenere tale riscontro, basati su circuiti psico-neuro-metabolici. Nelle “analisi di sensibilità” – che sostanzialmente confermavano i dati delle analisi principali – la associazione tra solitudine percepita e prestazioni in funzioni esecutive venivano a mancare tenendo in considerazione la sintomatologia depressiva. Nella presentazione dei metodi, solitudine e depressione venivano tenute distinte, a livello sia concettuale che statistico e neurofisiologico.

Gli autori sottolineano esplicitamente l'importanza in termini clinici e di salute pubblica dello studio in questione, basato su campioni più ampi, differenti modi di definire e misurare la solitudine percepita, il ricorso parsimonioso a gruppi a (più) alto rischio per aumentare la sensibilità statistica, ed una più lunga osservazione, rispetto ad altre indagini. La natura osservazionale della ricerca – difficilmente sostituibile con una di tipo sperimentale – non può risolvere la incertezza del rapporto tra solitudine e demenza: vengono addotti argomenti neurobiologici sia per il versante della solitudine come sintomo che come cofattore della demenza. Ma le caratteristiche sopra riportate della indagine, cui vanno aggiunti il ricorso a 2 coorti simili ma distinte, seguite scrupolosamente per decenni in via interdisciplinare, con una minima perdita di casi, depongono per visione in termini di fattore contributivo alla demenza della solitudine. In particolare, si sottolinea la vulnerabilità dei “giovani anziani” non portatori di un allele APOE ε4, che negli Stati Uniti ammontano a 3/5 dei neri e 3/4 dei bianchi. Uno stimolo simile ha evocato una pronta risposta, che Neurology ha pubblicato sotto forma di commento, che significativamente proviene da un cattedratico di filosofia della scienza della Sorbona. Al di là della assonanza col filone di studi che hanno trovato un'associazione tra fragilità e sviluppo di demenza lungo il medesimo arco temporale decennale, viene rimarcata l'importanza di una urgente azione sui determinanti sociali per la salute del nostro cervello.”

Infine, due cenni conclusivi su tematiche tra loro completamente diverse, che però sottolineano l'importanza del ruolo di chi deve curare.

Riporto alcune righe molto tristi di Selvaggia Lucarelli, pubblicate da un quotidiano, la quale è accusata di egoismo perché ha ricoverato la mamma affetta da demenza in una RSA: “Se potete, non giudicate il modo con cui noi altri ci prendiamo cura dei nostri genitori (quando almeno ci proviamo) perché credetemi: mentre lo facciamo, tentiamo anche di prenderci cura di noi, e ci vuole poco a renderci tutto più difficile. Non dimenticatelo”. **Quante volte abbiamo espresso giudizi critici sulle decisioni delle famiglie senza conoscere il dolore che le aveva indotte a questo passo**; però ricordiamoci: chi ha responsabilità di cura non deve permettersi di perdere il contatto terapeutico con le famiglie per aver fatto prevalere un proprio, personale giudizio pseudomorale.

Riporto come conclusione il titolo di un editoriale di JAMA del 21 marzo: “Preparare i medici ad un mondo sanitario influenzato dell'intelligenza artificiale”. “È imperativo che i clinici abbiano le conoscenze e la capacità per identificare l'appropriatezza delle applicazioni dell'intelligenza

artificiale, a vantaggio sia del loro lavoro che dei loro pazienti. Invece che essere sostituiti dall'intelligenza artificiale, le nuove tecnologie creeranno nuovi ruoli e responsabilità per i medici e gli altri operatori sanitari". È importante non farci dominare da timori irrazionali o da pigrizia intellettuale; **il mondo della medicina difficile, come quella degli anziani, potrebbe ricevere grande impulso dalle tecnologie più avanzate.**

Proseguono i webinar quindicinali di AIP. L'altro ieri il prof. Padovani ha presentato le basi culturali e cliniche per fondare l'esigenza di terapie multiple per l'Alzheimer. Vi è l'esigenza di far incontrare la complessità della malattia con la medicina di precisione; da questa sintesi scaturisce un quadro sul quale fondare nuove, multiple possibili cure. **Il prossimo webinar AIP si terrà il 6 aprile**, come sempre alle ore 18.30. Il professor Carlo Serrati discuterà di **"Depressione e Disturbi Cognitivi nel Post Stroke"**. Ricordo che le videoregistrazioni dei webinar sono disponibili, per i soci in regola con la quota associativa, sul sito AIP www.psicogeriatra.it nella sezione dedicata "Video webinar AIP 2022".

Lunedì 28 marzo, alle ore 23.59, scade il termine ultimo per inviare abstract in occasione del nostro 22° Congresso nazionale (in allegato il frontespizio). L'invio dei lavori dovrà essere effettuato unicamente attraverso l'apposita piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml>. In occasione del Congresso si terrà anche il **Corso pregressuale per psicologi clinici e neuropsicologi** "La valutazione cognitiva in Telemedicina: scenari attuali e futuri"; per maggiori informazioni relative al programma e alla modalità di iscrizione vi invito a consultare il sito ufficiale dell'evento <https://www.aipcongresso.it/IT/index.xhtml>. Segnalo inoltre la **scadenza del 27 marzo per le iscrizioni "early bird"**.

In merito al nostro impegno contro gli anziani soli riporto alcune righe della Dott.ssa Giovanna Ferrandes, coordinatrice del progetto della nostra helpline: "Ad un anno dalla sua attivazione, questa settimana desidero ricordare in modo particolare il **servizio AIP SoloLine, che comporta la disponibilità di una linea telefonica contro la solitudine dell'anziano**: un numero verde – lo segnaliamo anche qui : 800 699741 – rivolto agli anziani e alle loro famiglie, che abbiano bisogno del supporto di esperti per affrontare momenti di difficoltà personali. Le *helplines*, inserite nel più vasto contesto del supporto sociale fornito attraverso la 'rete', costituiscono un importante strumento di contatto, immediato nel fornire ascolto e supporto, capace di creare presenza e vicinanza. Federica Gottardi, nel suo recente contributo su *Psicogeriatra* (n.3/2021), parlando del nostro progetto, lo descrive così: *'Un servizio facilmente accessibile, gratuito, anonimo ed informale, che crea uno spazio di ascolto non giudicante nel quale sentirsi liberi di esprimere le proprie emozioni'*. La nostra piccola/grande esperienza ha raccolto finora incontri, momenti di ascolto di solitudini e tristezze, a volte anche solo semplici richieste di informazioni. Il nostro cammino è ancora da sviluppare: nonostante il servizio sia poco conosciuto sul territorio nazionale, è riuscito a mantenere costanza e coinvolgimento, grazie all'impegno dei volontari che nel corso dell'anno hanno messo a disposizione le loro competenze e che colgo l'occasione di ringraziare. Rinnovo dunque l'invito a tutti i lettori della Newsletter settimanale a diffondere l'informazione nei loro contatti e contesti, nelle comunità sociali, anche solo attraverso la locandina, qui, come di consueto, allegata.

Ricordo infine che **è sempre possibile iscriversi all'AIP** seguendo la procedura indicata sul sito. La segreteria resta a disposizione per qualsiasi chiarimento all'indirizzo e-mail aipsegreteria@grg-bs.it

Con la consueta vicinanza, un cordiale augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

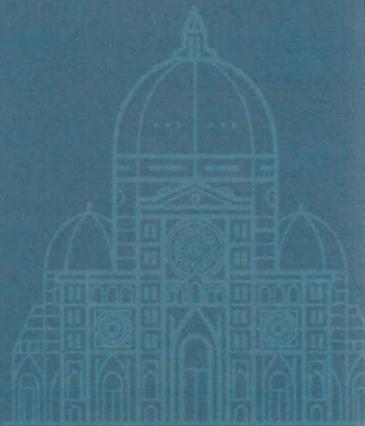
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Newsletter AIP – 18 marzo 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

JAMA del 16 marzo si apre con un articolo dal titolo: “Physicians in Ukraine: caring for patients in the middle of a war”. È l’intervista ad un oncologo pediatra che mette in salvo in Slovacchia i suoi tre figli per poter così meglio dedicare in patria “undivided attention to his young patients”. Una cura dei bambini fragili che ricorda quella dei vecchi fragili.

Dall’Ucraina stanno scappando le persone anziane. Fino ad ora erano prevalentemente donne e bambini, adesso si vedono sempre più frequentemente i vecchi. Una crisi all’interno della crisi: sono clinicamente più fragili, con difficoltà capiscono la condizione in cui sono costretti a vivere, molti non hanno riferimenti all’estero, come invece avevano le persone emigrate nei giorni scorsi, non conoscono le lingue, hanno minori disponibilità economiche.

Dovremo predisporre una dignitosa accoglienza anche per loro e sarà un compito più complesso rispetto alle precedenti ondate migratorie, senza dimenticarci della realtà, cioè ciò che sta all’origine di questa orrenda situazione. In un editoriale su *La Stampa* del 16 marzo Michela Marzano riporta una frase di Hannah Arendt contro ogni forma di riflessione disincarnata. Solo partendo dagli eventi il pensiero si incarna e diventa fecondo. “Io credo che il pensiero stesso nasca dai fatti dell’esperienza viva e debba rimanervi legato come agli unici segni indicatori validi per la propria ispirazione”. Su questa base come europei dovremo impostare un’accoglienza senza egoismi delle persone anziane che vengono dall’Ucraina; la realtà ci dice essere le più colpite dall’aggressività di Putin e quindi le più bisognose di accompagnamento. Osservo inoltre che nessun impegno più di quello degli operatori sanitari è incarnato; da questo nasce il nostro impegno contro la ferocia delle dittature, a fianco di chi soffre ingiustamente.

Un articolo in pubblicazione su *Neurology* ritorna su un argomento particolarmente caro ad AIP: **l’associazione tra la solitudine e il rischio di demenza**. Lo studio decennale dimostra un aumento di tre volte della comparsa di sintomi di demenza, accompagnato da un precoce incremento dei marker di malattia. I dati rappresentano una rivisitazione di quelli prodotti ormai qualche anno fa da Cacioppo e consorte, che hanno costituito la prima osservazione importante in questo ambito. Sempre avendo attenzione al rischio di un aumento di demenza indotto da particolari condizioni, *JAMA Neurology* del 8 marzo riporta dati molto interessanti e incisivi rilevati in una popolazione di cittadini di Wuhan dopo l’esposizione al Covid-19. Infatti, **la forma grave di infezione espone dopo un anno ad un rischio di 7.58 volte di declino cognitivo**. Attorno alla stessa problematica, *Nature* del 7 marzo pubblica un lavoro sull’**associazione della SARS-CoV-2 con cambiamenti della struttura dell’encefalo rilevati in una biobanca inglese**. I risultati ottenuti attraverso l’imaging di aree prevalentemente limbiche può essere un segnale di una diffusione dell’effetto degenerativo della malattia attraverso le vie olfattorie, di eventi neuroinfiammatori o della perdita di input sensoriali causati dall’anosmia. Il significato di queste osservazioni rispetto all’evoluzione della malattia deve ancora essere compreso, ma riveste grande importanza anche nell’eventualità di strutturare interventi preventivi.

Questi ed altri dati della recente letteratura scientifica sempre più confermano che il cervello umano è una struttura in delicato equilibrio, esposta a molte diverse influenze, da quelle psicologiche, a quelle infettive, a quelle tossico-ambientali. Una vera prevenzione potrà essere instaurata quando si metterà a punto un sistema in grado di definire il peso della predisposizione genetica rispetto alla molteplicità dei potenziali fattori di rischio.

Il Covid-19 continua ad avere uno spazio rilevante nella letteratura scientifica, anche se spesso riprende dati già noti. È il caso, per esempio, degli studi sull'efficacia dell'ivermectina, farmaco sul quale ci siamo già soffermati anche in questa rubrica. *JAMA Internal Medicine* del 18 febbraio pubblica uno studio randomizzato, condotto su pazienti ad alto rischio con Covid-19 mild e moderato; i risultati indicano che **il trattamento con ivermectina durante le prime fasi della malattia non previene la progressione alle fasi più gravi**. La conclusione è lapidaria: "i dati non supportano l'uso del farmaco in pazienti con Covid-19". Ci si potrebbe porre qualche interrogativo sull'esigenza di ripetere studi negativi; ma forse è necessario dopo che su questo e altri farmaci assolutamente inefficaci nel recente passato si sono diffuse tante fake news, più o meno di parte. Sempre attorno al tema della pandemia, mi è sembrato di interesse il lavoro condotto in Francia, pubblicato su *JAMA* del 18 febbraio, riguardante il **rischio di comparsa di disordine post-traumatico da stress in famigliari di persone ricoverate in ospedale per una sindrome respiratoria acuta (ARDS) da Covid-19** rispetto ad altre patologie acute polmonari, 90 giorni dalla dimissione dal reparto di cure intensive. Il rischio supera le due volte (OR: 2.05). La discussione del lavoro si pone alcune domande sulle possibili cause, la principale delle quali potrebbe essere il clima di timore, di angoscia e di incertezza sul futuro sviluppatosi al tempo del Covid-19. Sono dati da non trascurare anche per la loro rilevanza sociale.

Lancet del 10 marzo pubblica una messa a punto sull'**eccesso di mortalità verificatosi in tutto il mondo nel periodo 2020-21**. Infatti, mentre i dati ufficiali parlano di un eccesso di 5.94 milioni di morti, gli autori del lavoro indicano in 18.2 milioni il numero di persone morte a causa del Covid-19. Ovviamente, sono necessari ulteriori studi per valutare la proporzione dell'eccesso di mortalità dovuto a SARS-CoV-2 e ai cambiamenti nelle cause di morte come indiretta conseguenza della pandemia.

Di seguito riporto **il consueto intervento di Mauro Colombo**:

"Qualche semplice nota per definire e sottolineare il riferimento che Trabucchi ha fatto nella newsletter di venerdì 11 marzo, all'articolo di *JAMA*[#], e relativo editoriale[§], sulla vulnerabilità al COVID tra anziani iscritti al programma di assistenza "MEDICARE". I dati sono di particolare rilievo perché la casistica è amplissima: quasi 27 milioni di persone. Gli anziani sono stati comparati attraverso una suddivisione in 4 categorie: non-istituzionalizzati e senza demenza / istituzionalizzati senza demenza / non istituzionalizzati con demenza / istituzionalizzati con demenza. Per quanto noto agli Autori, si tratta del primo studio ad avere indagato una simile epidemiologia. È interessante rilevare che, se il COVID di per sé ha portato ad un incremento del 12% nella mortalità generale rispetto al periodo pre-pandemia, l'istituzionalizzazione e la presenza di una qualsiasi forma di demenza – disgiunti – hanno avuto un peso pressoché equivalente nell'aumentare la mortalità generale: rispettivamente del 24% e del 26%. La compresenza di istituzionalizzazione e di demenza innalzava la mortalità generale al 33%, sull'intero campione. Gli incrementi sono risultati molto più bassi nelle regioni degli Stati Uniti meno colpite dalla pandemia, dove è stato possibile però rilevare un effetto attribuibile alla demenza, all'interno della emergenza pandemica. L'editorialista chiama in causa gli "effetti indiretti" della pandemia, che ha interferito pesantemente sulla vita quotidiana e sulle modalità di cura ed assistenza, sovvertendone la "base di supporto" [traduzione letterale]. Non a caso, eccessi di mortalità generale quantitativamente paragonabili sono stati riscontrati in altre condizioni di svantaggio, quali varie minoranze etniche. Un altro segnale della problematicità addotta dagli "effetti indiretti" della pandemia si trova nella crescita di disagio mentale all'altro capo dell'arco di vita, tra bambini ed adolescenti. D'onde la necessità, sottolineata come cardinale, invece che ancillare – come di consueto – di centrare la attenzione clinica non

sul singolo paziente, ma sulla diade costituita da anziano con demenza e chi se ne prende cura. Un esempio che smentisce la rassegnazione in argomento di cure agli anziani ci viene dallo studio su una coorte di 11 milioni di veterani statunitensi, adeguatamente organizzati, il cui eccesso di mortalità è stato inferiore a quello della popolazione generale, nonostante maggiori vulnerabilità sociale e comorbidità. E qui si apre uno spazio per nuove modalità di approccio: se l'età, e soprattutto il deterioramento cognitivo, costituiscono barriere alla adozione della telemedicina – al cui ampio ricorso viene addossata parte rilevante della responsabilità per gli “effetti indiretti” – una attenta introduzione della telemedicina può consentire una corretta integrazione di questa nuova tecnologia nella cura quotidiana della demenza. L'argomento – a cui sono dedicate 3 voci bibliografiche su 11 – merita di essere seguito.

[#] Gilstrap, L., Zhou, W., Alsan, M., Nanda, A., & Skinner, J. S. (2022). Trends in Mortality Rates Among Medicare Enrollees with Alzheimer Disease and Related Dementias Before and During the Early Phase of the COVID-19 Pandemic. *JAMA neurology*, e220010. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0010>.

[§] Guterman E. L. (2022). Addressing Vulnerability and Dementia in the Era of COVID-19. *JAMA neurology*, 10.1001/jamaneurol.2021.5330. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2021.5330>.

Ricordo infine alcuni aspetti importanti per la vita della nostra Associazione.

Sta per scadere il termine per l'invio degli abstract (20 marzo p.v.) in occasione del 22° Congresso nazionale dell'AIP (in allegato il frontespizio). La procedura per l'invio dei lavori è chiaramente presentata sul sito ufficiale <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml>; inoltre, confermo, su richiesta di alcuni, che la presentazione degli abstract non richiede l'iscrizione al Congresso, che verrà formalizzata solo dopo l'accettazione degli stessi.

Ricordo anche **l'opportunità di rinnovare l'iscrizione all'AIP** (o di iscriversi per la prima volta); è un supporto morale di grande importanza per il nostro lavoro in tempi difficili e, allo stesso tempo, un supporto concreto in circostanze economicamente complesse per potere continuare a svolgere il nostro compito di elaborazione e di formazione. La segreteria è a disposizione all'indirizzo e-mail: aipsegreteria@grg-bs.it.

È sempre attiva **“SoloLine. Una telefonata contro la solitudine dell'anziano”**, un servizio gratuito aperto a chiunque voglia ricevere il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. In allegato la locandina.

Mercoledì 23 marzo si terrà il prossimo **webinar AIP**, dedicato a **“Malattia di Alzheimer e medicina di precisione. Un nuovo paradigma?”**. È possibile provvedere all'iscrizione – necessaria ma a titolo gratuito – cliccando il link presente nella locandina allegata. Segnalo che le videoregistrazioni dei webinar saranno disponibili sul sito AIP www.psicogeriatra.it cliccando la voce “Video webinar AIP 2022” del menu, accessibili solo per i soci AIP in regola con la quota associativa dell'anno in corso.

Auguro a chi ci legge di conservare la forza delle proprie idee e delle proprie scelte anche in tempi così poco sereni. Noi che siamo, in modi diversi, coinvolti nell'assistenza e nell'accompagnamento delle persone fragili non possiamo permetterci alcun cedimento. I vecchi profughi dell'Ucraina e i molti vecchi italiani che in questo momento soffrono a causa di malattie e della povertà non ce lo perdonerebbero. Mettiamo da parte la nostra stanchezza e andiamo avanti.

Un cordiale saluto

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

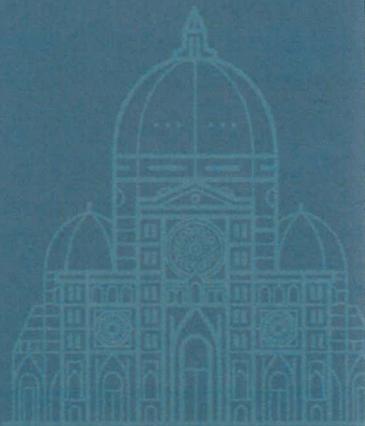
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDI 23 MARZO 18:30 – 19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

Malattia di Alzheimer e medicina di precisione.

Un nuovo paradigma?

Alessandro Padovani - Brescia

Conduce la discussione: *Claudio Vampini*
Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 20 marzo 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Grazia al contributo incondizionato di



Segreteria scientifica



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

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoja, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



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

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani

Newsletter AIP – 11 marzo 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

apro questa newsletter con il doveroso omaggio all'Ucraina, riportando quanto ho ricevuto dall'infermiera Laura della F.O.C.R.I.S. di Saronno: "Nel piccolo mondo della nostra RSA ci siamo mossi con piccole iniziative simboliche. Sono sicuramente gesti di scarsa utilità, ma segnali di vita, di speranza, di insegnamento da parte dei nostri anziani perché, checché se ne dica, qui c'è vita! Rosalinda, benché fisicamente compromessa, riesce ancora a usare bene la macchina da cucire e ha realizzato due grandi bandiere ucraine che sventolano sulla facciata della nostra 'casa'. È il suo modo di esprimere riconoscenza, vicinanza e affetto verso le nostre operatrici ucraine. Ci racconta che ha sposato un orfano di guerra e sa bene cosa stia accadendo e quali sentimenti si provino. Incredibile come la memoria sia indelebile e mantenga integri i ricordi...". AIP si associa a questo tributo alla libertà e alla dignità dell'Ucraina e allo stesso tempo onora le lavoratrici ucraine che danno un contributo formidabile all'assistenza agli anziani fragili nelle RSA e nelle case.

Riporto da Avvenire del 3 marzo quanto ha scritto Salvatore Mazza, giornalista del giornale, affetto da una gravissima malattia cronica, che scrive periodicamente sulle crisi che deve affrontare. Come si può leggere di seguito, non vi potrebbero essere parole più diverse da quelle di Laura: la generosità e la disponibilità vs l'egoismo e la visione miope della vita. Scrive Mazza: "Secondo un vecchio detto, anno nuovo vita nuova. Ma burocrazia vecchia, aggiungo io. Incancrenita. Inamovibile. Ottusa. Inespugnabile. Fatevi venire un aggettivo per qualificarla in senso negativo e applicatela voi stessi al sostantivo burocrazia: andrà bene comunque. Ci combattiamo da quando sono ammalato, e sono ormai quasi cinque anni. Per mia moglie è diventato un lavoro. Un pesantissimo e frustrante lavoro, non retribuito. Intere giornate al telefono, solo per chiedere quello che spetta di diritto, mica la luna". Purtroppo, molti di coloro che ci leggono hanno affrontato le stesse difficoltà: penso, per esempio, alle mancate risposte ricevute durante la pandemia dalle famiglie, dalle RSA. Il sistema sanitario e assistenziale italiano è destinato ad una crisi senza fine se il management di alto livello non sarà in grado di dare precise indicazioni all'intera catena degli uffici per rispondere ai bisogni in termini chiari, in tempi prefissati, evitando richieste ripetute, rinvii, risposte fatue. Ma questo comporterebbe la perdita di potere da parte del management, perché l'automatismo delle soluzioni toglierebbe spazio appunto ai burocrati, quelli che credono nei "tavoli" invece che nelle risposte ai bisogni della gente. Aggiungo a questo commento anche un pensiero ai caregiver che sono vicini agli anziani fragili; come scrive Mazza, sono spesso le vittime principali della sordità dei servizi. In questi giorni si sta discutendo molto di riorganizzare la cura dei nostri concittadini non autosufficienti, con proposte banali e vecchie, ma anche con altre provenienti dal vivo di coloro che sono direttamente e giornalmente impegnati. Però, se non si darà una radicale autonomia ai corpi sociali e si lascia tutto il potere nelle mani della burocrazia, qualsiasi proposta di riforma non porterà alcun vantaggio al cittadino bisognoso.

Viviamo in un tempo drammatico; **chiedo a chi ha responsabilità verso gli anziani di accentuare l'attenzione nei loro riguardi, perché moltissimi sono spaventati e preoccupati per il futuro, ma anche intimamente colpiti dalle vicende di guerra.** I nati negli anni quaranta del secolo scorso non hanno avuto esperienza di guerre; sono psicologicamente disarmati e facilmente cadono in depressione, ma anche in una condizione di dolore psichico che non è direttamente uno stato depressivo, ma che rende pesante la vita. Molti non vogliono più guardare la televisione, per non soffrire dalla vista di un mondo cattivo. Recentemente abbiamo indagato e scritto sul vissuto personale di dolore di molti anziani indotto dalla pandemia; molto avremo da studiare e analizzare anche sul dolore indotto dalla guerra. Tra i messaggi che hanno reso pesantissima la nostra vita in questi giorni mi è rimasta impressa la fotografia che mostra due adulti che spingono un carrello a due ruote, sul quale è caricata una bara. Trasferivano tutta la loro storia, per portarla in un'altra terra dove ricostruire la vita. Sembra un'immagine di tempi lontani, ma anche nel tempo della straordinaria modernità delle armi resta viva la straordinaria vitalità delle radici.

La demenza ha aumentato la mortalità a causa del Covid-19. *JAMA Neurology* del 29 febbraio riporta un articolo con dati importanti, accompagnati da un editoriale. Le persone affette da demenza abitanti negli USA nel 2020 rispetto al 2019 hanno presentato una mortalità di 25.7%, mentre quella degli altri anziani è stata del 12.4%. Tra gli ospiti delle case di riposo la mortalità è stata ancora superiore, raggiungendo il 33.4%. Sono dati che confermano quanto già noto, ma è importante la conclusione dell'editoriale che induce a mettere a punto negli anziani approcci di cura più comprensivi. "Le società che non sono state in grado di riparare le anemiche (anemic) reti sociali e le cure non coordinate (patchy) causate dal Covid-19 sono assolutamente incomplete". È un monito forte, che dovremo tener presente anche se la pressione pandemica si sta riducendo; se dimentichiamo la lezione concreta degli ultimi due anni, affrontiamo il futuro disarmati.

Lancet Child and Adolescent Health, una delle importanti riviste scientifiche figlie della *Lancet* su specifici argomenti, ha pubblicato il dato che **circa 5 milioni di adolescenti nel mondo sono morti per Covid-19 e che circa 5.2 milioni di bambini hanno perso i genitori o un caregiver.** Sono numeri che abbiamo già discusso, ma mi permetto di ricordarli oggi ancora quando la guerra pone molti bambini al rischio di perdere i genitori. Piccoli che devono essere l'obiettivo privilegiato della nostra protezione in tutte le crisi.

In uno degli abstract che saranno presentati al prossimo congresso dell'American Academy of Neurology sono riportati **dati sull'effetto esercitato negli ultra65enni dalla compagnia di un animale sulle funzioni cognitive.** Altri studi avevano messo in luce più genericamente un effetto positivo sulla qualità della vita, ad esempio sul tono dell'umore; per la prima volta sono riportati dati sulla cognitività. Le persone che più si sono giovate, in base all'indagine, della compagnia di un animale sono gli uomini e chi ha un'educazione superiore. Il lavoro si conclude indicando l'opportunità di organizzare programmi per facilitare l'acquisto di un animale; forse, però, si tratta di interventi che dovrebbero essere affidati alla libera organizzazione tra le persone anziane. Su questi argomenti il confine tra il supporto pubblico e l'iniziativa personale è sempre labile.

È di interesse nell'ambito della problematica della solitudine dell'anziano, alla quale AIP continua a dedicare molta attenzione, quanto in via di pubblicazione su *JAGS*, riguardante una popolazione di cinesi di età media di 86 anni. **L'isolamento sociale è associato con un aumento della mortalità** (HR 1.22). Il dato è importante, oltre che per conferma di studi pubblicati negli ultimi anni, ma anche

perché è stato ottenuto in una popolazione con stili di vita diversi da quelli occidentali; la solitudine è una “compagna mortale” in ogni cultura.

Continua la grande attenzione della letteratura scientifica per le espressioni cliniche del long Covid. Ad esempio, su *JAMA* pubblicato online il 3 marzo, si sollecita l’attenzione per le persone con alterazioni auditive, che hanno molto sofferto durante la pandemia e oltre.

Sempre su *JAMA*, pubblicato il 1 marzo, un ampio editoriale ricorda i problemi che devono essere affrontati dalle persone affette da malattia di Parkinson. Infine, su *Neurology, Neuroimmunology and Neuroinflammation* di gennaio è stato pubblicato uno studio sul danno dei nervi periferici che sta alla base di alcuni sintomi del long Covid; la causa sarebbe un’alterazione immunitaria indotta dall’infezione, non dall’infezione in sé, suggerendo la possibile utilità di terapie immunologiche.

Ho ricevuto un contributo dal prof. Stefano Govoni, cattedratico di farmacologia all’Università di Pavia. Le considerazioni del grande studioso su **invecchiamento e immortalità** mi sembrano di rilevante importanza sia sotto l’aspetto culturale (sempre centrali in ambito gerontologico), sia pratico. In allegato il testo.

Riporto di seguito le importanti considerazioni di **Mauro Colombo** sulla **transizione da MCI a demenza**, aspetto di grande rilievo sia dal punto di vista speculativo che clinico:

“L’articolo di *Neurology* citato da Trabucchi nella newsletter di venerdì 4 marzo è particolarmente stimolante, perché si riferisce al “Nun Study”, uno dei più importanti studi sull’invecchiamento cerebrale. Il Nun Study ha seguito annualmente per 12 anni, dal 1991-1993, oltre 1.000 suore appartenenti ad una congregazione statunitense, a partire dai 75 anni di età, approfittando della fortissima omogeneità nello stile di vita delle partecipanti. Già un quarto di secolo fa, su *JAMA*, dal Nun Study emerse l’importanza delle competenze linguistiche acquisite in gioventù come fattore di protezione per la cognitivtà e dalla demenza, in età avanzata [Snowdon, D. A., Kemper, S. J., Mortimer, J. A., Greiner, L. H., Wekstein, D. R., & Markesbery, W. R. (1996). Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life. Findings from the Nun Study. *JAMA*, 275(7), 528–532. ([JAMA. 1996;275\(7\):528-532. doi:10.1001/jama.1996.03530310034029](https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530310034029))]. Un lustro dopo, Yacov Stern – neuroscienziato cognitivo alla Columbia University – su *Lancet Neurology* conia il termine “riserva cognitiva”, che comprende la “compensazione neuronale”, fenomeno grazie al quale il cervello crea circuiti compensatori che vicariano quelli mal funzionanti [Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)]. L’aspetto originale dell’articolo attuale consiste nell’aver individuato nella competenza linguistica un fattore di protezione anche dalla conversione del “Mild Cognitive Impairment [MCI (“deterioramento cognitivo lieve”)] in demenza, favorendo invece il recupero verso una cognitivtà normale [occorso in quasi 1/3 del campione (in accordo con la letteratura)] [Iraniparast, M., Shi, Y., Wu, Y., Zeng, L., Maxwell, C. J., Kryscio, R. J., John, P., SantaCruz, K. S., & Tyas, S. L. (2022). Cognitive Reserve and Mild Cognitive Impairment: Predictors and Rates of Reversion to Intact Cognition vs Progression to Dementia. *Neurology*, 10.1212/WNL.000000000200051. Advance online publication. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000200051>]. Sul piano metodologico, gli autori stessi denunciano il difetto di avere deliberatamente rinunciato alla evoluzione nei criteri diagnostici: ciò ha però concesso di mantenere costante la univocità nei riferimenti classificatori durante tutto il lungo periodo di osservazione. Per converso, è stata adottata una modalità di analisi statistica particolarmente adeguata agli studi longitudinali ove i soggetti possono evolvere nel tempo in sensi diversi, oltre ad essere esposti ad elevata mortalità. Inoltre, sono stati indagati altri, nuovi fattori collegati alla riserva cognitiva, oltre al riferimento “classico” della scolarità [intesa come anni di studio]: qui vengono presi in considerazione anche alcuni risultati conseguiti a scuola. Scendendo nel dettaglio dei risultati, è interessante osservare l’interazione tra età [≤90 / >90 anni], condizione di portare – o meno – di almeno un allele di apolipoproteina E-ε4, ed elementi di riserva cognitiva. Nel complesso, in un modello statistico che divide il campione in strati, per le suore più “giovani”, il fattore biologico è dominante nei riguardi di una evoluzione cognitiva favorevole, a

prescindere dalle prestazioni scolastiche in inglese, latino, algebra e geometria; viceversa, per le suore ultra90enni, l'età porta ad una minore probabilità di ritorno da MCI alla normalità cognitiva, rispetto alla evoluzione da MCI in demenza, quali che siano lo stato di portatore di APOE-ε4 ed i medesimi tipi di risultati scolastici. Del tutto diversa la situazione per le competenze linguistiche: per le suore più "giovani", non portatrici di nessun allele di apolipoproteina E-ε4, maggiori "densità di idee" e complessità grammaticale – misurate per quartili in scritti risalenti a 22 anni prima della affiliazione all'ordine religioso – sono fortemente collegate ad una evoluzione cognitiva favorevole, mentre l'opposto avviene per le suore più anziane, portatrici di APOE-ε4: minori competenze linguistiche giovanili sono collegate ad un rapporto tra ritorno da MCI a cognitività normale verso una evoluzione da MCI a demenza fortemente sbilanciato nel senso più sfavorevole. In un altro modello statistico – che corregge per età e condizione di portatore di almeno un allele di apolipoproteina E-ε4 – le singole variabili indipendenti abbinate ad una evoluzione cognitiva favorevole sono risultate: gli anni di scolarità, i risultati scolastici in inglese [ma non in latino, algebra e geometria], e – più nettamente – le competenze linguistiche.

Al di là del suo interesse intrinseco, lo studio ci porta a considerazioni utili, pur nella consapevolezza della peculiarità del campione ove è stato condotto, a partire dalla seguente premessa: "la cognitività è fluida, e, mentre le transizioni favorevoli od avverse possono derivare dalla riserva cognitiva, esse possono anche riflettere fluttuazioni fisiologiche o conseguire ad eventi acuti". Ne consegue che:

- La identificazione delle caratteristiche predittive il ritorno da MCI alla normalità cognitiva, piuttosto che alla conversione in demenza può informare la predisposizione di interventi a livello di popolazione mirati a prevenire o posporre l'esordio di MCI e la sua progressione in demenza;
- La ricerca sulle traiettorie cognitive può trarre beneficio dalla incorporazione nei modelli statistici di tali predittori, oltre che dei fattori competitivi – quali il decesso;
- Risultati del tipo di quelli qui esposti possono informare il disegno e la interpretazione di studi clinici sul MCI, dato che una parte sostanziale di partecipanti può andare incontro spontaneamente ad evoluzioni favorevoli.

PS) una considerazione personale: l'unico dispiacere che questo articolo eccellente dà a chi sostiene l'unità delle "2 culture" sta nello svantaggio delle arti del "quadrivio" rispetto a quelle del "trivio"..."

Allego il frontespizio del nostro **22° Congresso nazionale AIP** (Firenze, 23-25 maggio). Ricordo che **il giorno 20 marzo scade il termine per l'invio di abstract**; l'invio dei lavori dovrà avvenire tramite l'apposita piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml> . Segnalo inoltre che per i soci in regola con la quota associativa 2022 sono previste **quote agevolate di iscrizione** (iscrizioni **"early bird" entro il 27 marzo**); per maggiori dettagli vi invito a consultare il sito ufficiale del Congresso www.aipcongresso.it .

Ricordo infine che **è sempre possibile iscriversi all'AIP**, seguendo la procedura indicata sul sito www.psicogeriatra.it . Per qualsiasi necessità la segreteria resta a disposizione all'indirizzo mail: aipsegreteria@grg-bs.it .

Con viva stima e un cordiale augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Nella newsletter del 28 gennaio il prof. Trabucchi fece cenno agli investimenti di Jeff Bezos sulle ricerche sull'invecchiamento e sull'immortalità. Gli scrissi allora che stava per essere pubblicato un mio articolo nel quale facevo riflessioni sullo stesso argomento. Rimanemmo d'accordo che a pubblicazione avvenuta le avrei condivise con i lettori della newsletter. L'articolo è ora disponibile (Govoni S, et al. (2022) *Front. Cell. Neurosci.* 16:838447. doi: 10.3389/fncel.2022.838447) e con piacere ne condivido gli spunti.

Perché parlare di immortalità? Mi è capitato di leggere “21 lezioni per il XXI secolo” e “Homo Deus” di Yuval Noah Harari, storico e scrittore israeliano, pur non condividendone tutte le posizioni sono rimasto molto colpito dalle sue affermazioni sul fatto che dato che l'uomo ha ormai sconfitto le principali cause di morte, comprese pestilenze e guerre, non rimane altro che studiare la possibilità di diventare immortali risolvendo i problemi dell'invecchiamento. L'affermazione sulla sconfitta di guerre e pestilenze (scritta in epoca pre-COVID e prima dell'attuale guerra in Ucraina) è forte alla luce delle esperienze di questi ultimi due anni e due settimane, ma nella visione dell'autore gli eventi a cui assistiamo oggi hanno portate limitate rispetto al passato quando pestilenze, carestie e guerre potevano interessare quote della popolazione tali da mettere a rischio la sopravvivenza della specie. Il ragionamento di Harari forse sottostima il possibile ruolo di sistemi dinamici che esibiscono una sensibilità esponenziale rispetto alle condizioni iniziali (secondo la teoria del caos), in questo caso sono possibili conseguenze catastrofiche dovute ad eventi inizialmente ritenuti di interesse geopolitico limitato quali un evento naturale, il tracollo di un'economia o la follia di un potente della terra.

Andando oltre queste riflessioni, un aspetto degli studi sull'invecchiamento è documentato: l'incremento straordinario della aspettativa di vita a partire dalla metà dell'ottocento, anche se i maggiori contributi sono derivati dalla riduzione della mortalità infantile e di quella per malattie infettive, mentre i casi di longevità straordinaria sono più frequenti che nel passato, ma nessuno ha mai superato un certo limite di specie che è stato collocato in base a modelli matematici tra i 120 e i 150 anni (Pyrkov TV, et al. *Nat Commun.* 2021;12:2765. doi: 10.1038/s41467-021-23014-1.). Tale limite è inferiore a quello di altre specie animali (tra cui con età documentate oltre i 200 anni alcune tartarughe e carpe e oltre i 400 una vongola oceanica, ma... vorreste invecchiare come una vongola?) fino ad arrivare alla singolarità della *Turritopsis dohrnii* una medusa che presenta un ciclo di vita reversibile e che, dal punto di vista biologico, potrebbe rivelare molto sull'invecchiamento (Lisenkova AA et al. *Mol Phylogenet Evol.* 2017;107:232-238. doi: 10.1016/j.ympev.2016.11.007).

Una mia domanda è: come mai una specie animale dovrebbe vivere oltre l'età riproduttiva? Il zoologo e paleoantropologo Clive Finlayson sostiene che il prevalere della nostra specie, homo sapiens, è derivato proprio dalla lunga cura dedicata alla trasmissione delle “istruzioni” alla prole, potremmo dire, in modo più articolato, alla costruzione di corpus di conoscenze utile alla specie e trasmissibile attraverso modalità sempre più complesse. In questo contesto la generazione di nuove conoscenze e la creatività per molte discipline non conoscono sostanzialmente limiti di età conferendo un valore importante alla sopravvivenza oltre l'età riproduttiva. Gli scenari sulla intelligenza artificiale incrinano questi aspetti e l'importanza dell'individuo umano, almeno seguendo alcuni

spunti di Harari. Non condivido del tutto, ma comunque penso che i nuovi scenari biologici e tecnologici impongano una riflessione sul governo del nostro futuro.

Come si inserisce in questo contesto il tema della fragilità dell'anziano? Si tratta di un ambito di indagine molto cresciuto che ha ampliato gli studi sull'invecchiamento anche basandosi sulla cresciuta capacità di collezionare e rielaborare attraverso processi di *machine learning*, decine di migliaia di dati selezionando quelli con maggior valore predittivo. Gli studi recenti, anche su modelli animali, in parte ricordati nell'articolo, permettono il calcolo di valori soddisfacentemente predittivi della fragilità e anche della probabilità di morte basati su alcune decine di parametri di diversa natura, compresi alcuni biomarcatori plasmatici. Una crescente capacità di raccolta di dati su popolazioni sempre più ampie e la selezione di modelli matematici adatti aiuterà lo sviluppo tecnico di questo ambito. I dati sui modelli animali e le nuove acquisizioni sui *biological clocks* centrali e periferici e sui loro rapporti e organizzazione gerarchica sottolineano i fondamenti biologici di queste osservazioni. Uno degli aspetti più rilevanti che emergono è la reversibilità: su alcuni degli elementi che costituiscono il "paniere" della fragilità è possibile intervenire in vario modo e in qualche caso anche con farmaci, per cui la finestra temporale dell'analisi della fragilità di un individuo è una finestra mobile e l'individuazione di fragilità suggerisce il disegno di interventi individualizzati e il *follow up* con misure ripetute. Sorgono altre domande: quale è la soglia di irreversibilità? Quali sono gli eventi "non rimediabili"? Quale è il momento ideale per i diversi tipi di intervento?

Un'ultima nota oltre alle considerazioni scientifiche. A mio modo di vedere i progressi in atto in questo campo richiedono adeguamenti culturali importanti. Siamo pronti, in assenza di una malattia non trattabile chiaramente riconoscibile, a comunicare e ricevere comunicazione di predizioni credibili sul nostro futuro e sulla nostra morte?



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

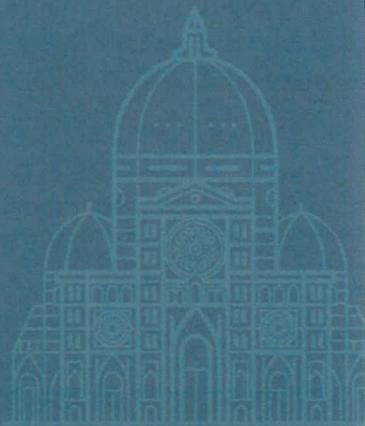
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Newsletter AIP 4 marzo 2022

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

inizio nuovamente questa newsletter con un devoto pensiero alla tragedia ucraina. I mezzi di comunicazione hanno mostrato la particolare condizione di sofferenza dei vecchi (assieme a quella dei bambini). Volti induriti dalla fatica e dal lavoro, immagini di una incredibile dignità. Questi volti mi hanno ricordato quelli delle 160.000 donne venute da quel paese per assistere i nostri anziani non autosufficienti. Sono persone che offrono un contributo importantissimo alla serenità delle famiglie italiane; la vita, invece, non sta offrendo loro alcuna serenità, nell'angoscia per figli, genitori, parenti lasciati nelle case lontane.

La tragedia attuale è l'ennesimo esempio della fragilità dell'anziano, nel quale spesso si assommano problematiche cliniche con quelle psicosociali. Cosa accadrebbe, ad esempio, se a causa della crisi molte delle nostre collaboratrici nell'assistenza agli anziani dovessero ritornare nella loro patria?

Apprendo ora che i riservisti ucraini ultrasessantenni sono stati, anche loro, chiamati alle armi; l'adesione è stata elevatissima. È l'ulteriore dimostrazione che la debolezza della vecchiaia può essere sconfitta da importanti scelte motivazionali; sarebbe importante se motivazioni forti fossero trasferibili all'anziano anche quando deve scegliere le normali attività della vita quotidiana, in particolare quelle che possono garantirgli una vita più lunga.

Un editoriale di NEJM del 10 febbraio richiama all'esigenza di costruire nuovi modelli di sanità... un appello che abbiamo sentito numerose volte in questi mesi, ma che sembra essere sproporzionato nei suoi obiettivi rispetto alle nostre concrete possibilità culturali e di concrete realizzazioni. Conclude il testo: "Sebbene molti ambiti che riguardano la salute siano ancora nella loro infanzia, in futuro la comprensione dello stato di salute dovrà essere personalizzata e basata su modelli che combinano i risultati della ricerca genomica e di biologia in generale (le aree del microbioma, dell'immunologia, ad esempio), assieme a modelli integrativi plasmati su dati pubblici e privati. **Senza un cambiamento concettuale della ricerca e della cura siamo destinati a perpetuare le barriere che a parole dichiariamo di voler smantellare**, compromettendo la salute delle comunità".

Ritornando ancora a discutere di pandemia, senza pressione, ma con la lucidità necessaria per cercare di capire le tendenze evolutive della malattia, è significativa la frase riportata nella copertina di *Lancet* del 4 febbraio: "È importante conoscere la frequenza con la quale la variante Omicron causa gravi malattie. Ma anche una più leggera presentazione clinica potrebbe essere negativamente compensata da un aumento dell'incidenza dell'infezione con la variante Omicron, con un potenziale rilevante danno sociale". Riporto in inglese il titolo dell'editoriale di riferimento perché mi sembra altamente esplicativo: "**Omicron severity: milder but not mild**". Vi si commentano così i dati di un lavoro di *Lancet* del 19 gennaio, secondo il quale in Sud Africa sarebbe stata dimostrata una malattia più lieve: "Non possiamo ritenere che l'epidemia della variante Omicron avrà anche in altre regioni lo stesso limitato effetto sulla salute". Ancora una volta le analisi più serie portano a conclusioni incerte; un segno di responsabilità, di fronte a tante posizioni senza fondamento, ma anche, allo stesso tempo, di debolezza delle nostre conoscenze cliniche ed

epidemiologiche. Sono certo che fuori dai nostri sguardi in svariati centri di ricerca in tutto il mondo si stanno definendo risposte serie e operative; speriamo che anche in Italia potremo a breve essere in grado di dare risposte serie, oltre alla continua ripetizione di banalità televisive!

Il *NYT* del 26 febbraio pubblica nello stesso numero due [pareri contrastanti sulle decisioni assunte dai Center for Disease Control and Prevention degli USA riguardanti l'abolizione delle mascherine](#).

Sono posizioni che riflettono il pensiero comune, diviso in due partiti; ancora una volta, però, dimostrano la debolezza intrinseca delle indicazioni di comportamento fornitici dagli organismi che decidono su dati indiscutibili...

NEJM del 10 febbraio pubblica [uno studio sul trattamento orale del Covid-19 in pazienti non ospedalizzati con Molnupiravir](#), dal quale si deduce un vantaggio del farmaco rispetto all'ospedalizzazione e alla morte in persone a rischio non vaccinate. Il lavoro è accompagnato da un editoriale che si conclude così: "Farmaci somministrabili per via orale diventeranno essenziali per il medico nel trattamento di questa orribile malattia". Da notare che, sebbene i dati non siano stati ancora peer-reviewed, Pfizer ha annunciato l'efficacia di un inibitore delle proteasi, biodisponibile per bocca, il Paxlovid. La disponibilità di farmaci con diversi meccanismi d'azione offre la possibilità di creare terapie multiple, tra loro sinergiche, e quindi meno a rischio di indurre resistenza". È interessante riferire che Pfizer avrebbe dichiarato che il brevetto della molecola sarà messo a disposizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in modo da produrre il Molnupiravir anche nei Paesi in via di sviluppo.

JAGS del 23 febbraio riporta un editoriale molto significativo riguardante [la possibilità di organizzare progetti di ricerca all'interno delle case di riposo \(Nursing Homes\) americane](#). Si insiste sull'importanza di migliorare le potenzialità di ricerca anche in questi luoghi, perché potrebbero generare dati di rilievo e direttamente applicabili, al fine di migliorare la salute e la qualità della vita degli ospiti. Purtroppo, in Italia vi sono numerose limitazioni in questo ambito (sia di ordine normativo che di prassi); sarebbe però di grande rilievo se alcuni centri di eccellenza organizzassero una rete per svolgere ricerche su larga scala. AIP da qualche tempo si è impegnata in questo ambito e spera di ottenere presto qualche risultato.

JAMDA di marzo ha pubblicato una lettera di ricerca che riporta un'esperienza condotta in USA nell'utilizzo della telemedicina al servizio delle case di riposo, per ridurre gli accessi al Pronto Soccorso ospedaliero. I punti sollevati sono quelli che abbiamo discusso anche in numeri precedenti di questa newsletter: teoricamente si tratta di uno strumento di grandissima utilità, ma presenta aspetti organizzativi non di poco rilievo. Ancora una volta dobbiamo ricordare che la tecnologia senza una clinica approfondita e un'organizzazione adeguata è di ben scarsa utilità per difendere la salute.

["Is Mild Cognitive Impairment Reversible?"](#) È la domanda alla quale cerca di rispondere un lavoro pubblicato ahead of print su *Neurology* del 4 febbraio. I dati indicano che il 30% dei soggetti osservati transitavano ad una condizione di normalità e di questi l'83% non ha mai sofferto di demenza dopo un periodo di osservazione di 8.9 anni. È stato inoltre osservato che un più alto livello di istruzione raddoppia la possibilità di tornare alla normalità; il dato è particolarmente importante sul piano clinico perché permette di alleviare le preoccupazioni dei cittadini riguardo l'inevitabilità di un passaggio da MCI a demenza quando compaiono i sintomi di una lieve compromissione cognitiva.

Come di consueto riporto l'["Angolo di Mauro"](#), sempre ricchissimo di spunti:

"Nella newsletter del 25 febbraio Trabucchi ha richiamato 3 articoli sulle conseguenze a lungo termine della infezione da Covid, ufficialmente definite con la sigla "PACS" [Post Acute Covid Sequelae], ma quotidianamente chiamate "long Covid" anche dagli addetti ai lavori.

Un articolo di commento su Nature del 17 febbraio [Spinney L. (2022). Pandemics disable people – the history lesson that policymakers ignore. *Nature*, 602(7897), 383–385. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-00414-x>] è intitolato significativamente “Le pandemie invalidano le persone – la lezione della storia che i decisori politici ignorano”. Il punto chiave della questione sta nella dicotomia tra gli interessi degli studiosi – sostenuti da fondi per la ricerca – e la posizione dei politici, che, se da un lato dichiarano di avere ben presente il peso del “long Covid”, d’altra parte non ne tengono conto nelle loro decisioni.

L’autrice parte dalla ambiguità semantica tra “condizioni pre-esistenti” e “disabilità”, in cui si è imbattuta una studiosa 38enne, invitata a rimuoversi la mascherina in occasione di un controllo per una protesi ad un arto, in quanto le sue “condizioni pre-esistenti” non la richiedevano, nonostante fosse sotto chemioterapia, oltre che ipoacusica...

Segue una disanima storica sui rapporti tra epidemie e sequele inabilitanti. La panoramica parte dalle pandemie influenzali: formalmente non è chiaramente provato un legame causale tra la “Spagnola”# e la encefalite letargica parkinsonigena di Von Economo, così come tra le pandemie del ‘57 e del ‘68, cui hanno fatto seguito attacchi cardio-cerebro-vascolari, tra gli anziani, ed encefaliti nei bambini. È ben documentato come il morbillo sia collegato alla pan encefalite sclerosante subacuta. In alcuni casi, è trascorso molto tempo prima di abbinare una infezione alle sue conseguenze a lungo termine, come nel caso della sclerosi multipla susseguente ad infezione da virus di Epstein–Barr.

In altri casi, poi, lo stigma si frappone quale ulteriore ostacolo, che copre con un velo di silenzio gli effetti cronici di una malattia acuta: è il caso, per esempio, della sindrome post-Ebola, che colpisce cuore, cervello, occhi ed articolazioni, e che in Liberia vede emarginate [espulse dai villaggi] molte persone sopravvissute alla virosi acuta.

I corsi e ricorsi della poliomielite portano a confrontare le vicende di metà secolo scorso con quelle più recenti. Allora, l’opinione pubblica venne scossa al punto da sostenere importanti raccolte di fondi; decenni dopo, i sopravvissuti alla prima ondata pre-vaccinale, benché ulteriormente invalidati, sembravano essere diventati “invisibili” [testualmente] ad una memoria collettiva svanita; molti dei medici che li avevano curati allora non erano più operativi, ed i colleghi più giovani che ne avevano preso il posto erano meno interessati – verosimilmente per motivi di carriera.

Arrivando al “long Covid”, coi suoi oltre 200 sintomi che ripartiscono i fenotipi in 10 organi-sistemi, interessando decine di milioni di persone, l’approccio dei decisori politici sembra incapace di sganciarsi realmente da una visione ancorata alla fase acuta, centrata sull’ospedale, lasciando spazio a quote ingenti di disabilità futura, che giocherà la “parte del leone” [testualmente], arrivando ad un 30% dell’onere complessivo della pandemia, secondo una stima econometrica della London School of Hygiene & Tropical Medicine. Le persone affette dalle sequele del Covid si augurano che i legislatori sappiano ripetere le direttive emanate per la poliomielite, sotto la spinta di attivisti molto influenti. Intanto, sono stati conati neologismi che – con diverse sfumature in lingua inglese – rimandano a discriminazioni a favore delle persone non-disabili/a svantaggio di quelle invalide. Se è vero che tradizionalmente la sanità pubblica ha privilegiato l’acuzie rispetto alla cronicità, è giunta l’ora di superare la contrapposizione tra modello medico e sociale: durante il confinamento alcune pratiche invocate dalle persone disabili sono diventate realtà quotidiana, come il tele-lavoro, la flessibilità negli orari di lavoro, modalità di comunicazione e metriche di produttività diverse. Uscendo da uno scenario dominato da lutti e sofferenze, la presente pandemia potrà costituire una occasione per ridare priorità alle necessità delle persone con disabilità.

Il cui nome è notoriamente una mistificazione politica (NdR)”

Infine, un pensiero personale. Oggi davanti alla chiesa un signore ultrasettantacinquenne raccoglieva offerte in denaro o in materiale da distribuire ai carcerati. Gli ho chiesto cosa l’avesse indotto ad affrontare il freddo e a svegliarsi così presto. Mi ha risposto secco: “L’alternativa è tra la poltrona, la coltivazione dell’odio e il morire presto da una parte, dall’altra l’impegno per gli altri, la generosità, con il tentativo di rallentare il mio personale invecchiamento”. È inutile qualsiasi commento!

Allego la pagina di un giornale che presenta il documento AIP sugli Ospedali di Comunità. Ricordo che il testo è reperibile sul sito; in particolare desidero far presente che sarebbe importante

discuterlo pubblicamente nei vari territori, quando si tenta affannosamente di impostare i servizi per gli anziani fragili previsti dal PNRR.

Invio in allegato il frontespizio del nostro **22° Congresso nazionale**, che si terrà a Firenze dal 23 al 25 maggio. Ricordo che il **termine ultimo per l'invio di abstract è il 20 marzo**; l'invio dei lavori dovrà avvenire tramite l'apposita piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml> . Ricordo inoltre che per i soci in regola con la quota associativa 2022 sono previste **quote agevolate di iscrizione** (iscrizioni "early bird" entro il 27 marzo); per maggiori dettagli vi invito a consultare il sito ufficiale del Congresso <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> .

Giovedì **10 marzo**, dalle 18.30 alle 19.30, si terrà il **webinar AIP – Seminario di psicogeriatra** dal titolo "**La valutazione neuropsicologica online per gli anziani: potenzialità e limiti dai risultati di una ricerca**". In allegato la locandina, dove potrete trovare il link per provvedere all'iscrizione.

Ricordo infine che è sempre possibile **diventare soci AIP**, seguendo la procedura indicata sul sito www.psicogeriatra.it . Per qualsiasi necessità la segreteria resta a disposizione all'indirizzo mail: aipsegreteria@grg-bs.it .

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

Argomento: Azienda Ulss 9 Scaligera

<https://pdf.extrapola.com/ulss9scaligeraV106715.pdf>

24 PROVINCIA

Martedì 1 Marzo 2022 L'ARENA

SANITÀ Nato nel 2010 in via sperimentale, favorisce il recupero del paziente in un luogo qualificato sul piano clinico

«Tregnago esempio nazionale di futuri ospedali di comunità»

Il Pnrr destina fino al 2026 un miliardo di euro per questo tipo di strutture? Il geriatra Trabucchi: «Si prenda a modello quanto fatto in Val d'Illasi»

Marta Bicego

●● L'ospedale di comunità di Tregnago come modello organizzativo e gestionale da esportare a livello nazionale. Nato nel 2010 in via sperimentale, con la sua esperienza decennale è oggi un riferimento da prendere ad esempio per sfruttare al meglio le opportunità offerte dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) nel potenziare l'offerta dell'assistenza territoriale. A descrivere perché e con quali modalità è il documento «Gli ospedali di comunità. Proposta di un modello organizzativo» redatto dall'Associazione Italiana di Psicogeriatría che ha tra i firmatari il presidente del sodalizio, il geriatra Marco Trabucchi, con il responsabile clinico e direttore sanitario Joumana Bakri e il dottor Roberto Borin della stessa struttura presso la Fondazione Zerbato, e la direttrice del distretto 2 dell'Ulss 9 Scaligera Beatrice Gazzola.

«In questo momento di pressione per la predisposizione di progetti, la nostra logica è fornire un testo di riferimento che costituisca un punto di partenza utile per le decisioni strategiche», scen-

de nei dettagli Trabucchi, precisando che il documento ha raggiunto i tavoli istituzionali e delle comunità scientifiche. Sul tema le idee sono confuse e, aggiunge, «la situazione in Italia non è uniforme, perciò abbiamo voluto stimolare la riflessione».

Il Pnrr destina fondi alla salute, anche alla luce dell'impatto che la pandemia ha avuto sulla popolazione. Una missione del piano è incentrata sul miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio, in particolare attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali come le case della comunità e appunto gli ospedali di comunità, per i quali il costo complessivo stimato dell'investimento è di un miliardo di euro con orizzonte di realizzazione il 2026. Non vengono fornite però indicazioni sulle prassi da seguire: «Il rischio è che si costruiscono muri e vengano adottate vecchie logiche, costruendo strutture non sempre necessarie e continuando a creare nei territori disparità e disuguaglianze», segnala ancora il geriatra.

Procedure da adottare, formazione del personale, qualità delle cure, risultati clinici, sostenibilità economica: sono parametri da tenere in



Il geriatra Marco Trabucchi

considerazione, secondo Trabucchi, per un miglioramento dell'assistenza alle persone anziane fragili. Da un lato perché, sottolinea, «i fondi devono essere utilizzati al meglio. A metà del 2026 dovrebbero essere attivi nel nostro Paese 10.738 posti letto negli ospedali di comunità e cure intermedie». Il Pnrr prevede l'incremento di 7.620 posti rispetto agli attuali; di conseguenza, secondo le stime riportate nel documento, sarebbero in totale 160mila i cittadini a non gravare sul complesso dei servizi ospedalieri e delle Rsa, con vantaggi per la salute individuale e collettiva.



L'ospedale di comunità di Tregnago ha un'esperienza decennale

L'importanza degli ospedali di comunità è strategica: «Sono strutture di passaggio per favorire il recupero del paziente in un luogo qualificato sul piano clinico, in vista del rientro a domicilio». Presidi sanitari di cure intermedie, con tempi di degenza brevi, hanno capienza da 20 a 40 posti letto, con gestione prevalentemente infermieristica. Hanno l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il pronto soccorso e le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche.

Inoltre, facilitano la transizione dei pazienti dalle strutture per acuti alla propria abi-

lità, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura. Si tratta di strutture qualificate sul piano clinico-assistenziale, dove il «low cost», ovvero la sostenibilità economica, non è predittivo di «low care», nel senso di cure non adeguate.

L'obiettivo, conclude Trabucchi, «non è l'attesa dell'istituzionalizzazione, ma il ritorno a casa del paziente nelle migliori condizioni di salute possibili». Da questo punto di vista l'esperienza consolidata a Tregnago è d'esempio. ●

SAN BONIFACIO Malati in cura al Fracastoro

Pazienti oncologici Aiuto concreto dai contradaioi

Donazioni al reparto ospedaliero guidato da Marta Mandarà

●● Un abbraccio ai pazienti oncologici coi colori delle dieci contrade di San Bonifacio: ha questo significato la donazione con la quale Le Contrade hanno voluto trasformare la gioia della festa legata all'ultimo palio settembre in un gesto concreto di vicinanza a chi combatte la propria battaglia contro il tumore nel reparto guidato da Marta Mandarà.



La consegna di attrezzature al Fracastoro FOTODIENNE

Alla presenza di Silvia Giromi, in rappresentanza della direzione medica dell'ospedale Fracastoro, i contradaioi, i rappresentanti dell'Aido di San Bonifacio e quelli della Onlus Il sorriso di Beatrice hanno donato al reparto un piccolo frigorifero che è stato messo subito a disposizione dei pazienti ma anche due carrelli servitori sui quali, gli stessi, potranno appoggiare un libro, un giornale o ciò con cui si distrarranno durante l'infusione della terapia.

L'idea di destinare alla solidarietà i proventi del punto ristoro approntato allo stadio, in occasione del Palio, l'avevano avuta proprio i contradaioi capitanati da Mirco Ceconato: l'aumento dei costi di materie prime e trasporti sembrava però costringere il gruppo a ridimensionare ma la stessa rete che è fondamentale a sostenere il paziente oncologico dentro e fuori da un ospedale, si è creata tra le associazioni. Il sorriso di

Beatrice ha quindi deciso di adottare questa progettualità e di fare in modo di coprire l'ultimo miglio della maratona solidale. «Questo è l'ennesimo gesto che racconta la presenza e la vicinanza del territorio ai nostri pazienti, il modo per far sentire noi medici e i nostri pazienti a casa ed il valore aggiunto di questa donazione sta nel fatto che si tratta di beni che entrano subito nella disponibilità delle persone delle quali ci prendiamo cura», il commosso ringraziamento di Mandarà. Un grazie corale si è levato dalle associazioni verso il reparto e le donne e gli uomini che ne sono l'anima, con l'auspicio che questa prima collaborazione costituisca l'esempio di come, unendo le forze, molto si può fare per dare un aiuto concreto. ● P.D.C.

Cilindri oleodinamici. È questo il fulcro produttivo dell'impresa nata nel 1980 per volere di Gabriele Rebecchi, che all'epoca aveva solamente 22 anni

Azienda e famiglia: Rebos unisce tutto affrontando a viso aperto le sfide future

È stata fondata da Gabriele Rebecchi Rebos Oleodinamica Srl che ha sede a Castiglione delle Stiviere, in provincia di Mantova. L'idea si è concretizzata nel 1980 grazie alla sua passione per la meccanica ed al suo spirito intraprendente.

«Mio padre era molto giovane ma già un attento osservatore e dotato di una buona dose di intuito e capacità di risolvere i problemi», spiega Simona Rebecchi, che lavora in azienda, «costruire cilindri rappresentava una sfida ardua anche per le difficoltà all'epoca di reperire componenti su misura. La chiave del successo fu la scelta di investire da subito in macchine utensili all'avanguardia per poter produrre i particolari in tempi brevi».

Rebos iniziò quindi a sviluppare il portafoglio clienti instaurando relazioni con gran parte dei costruttori di macchine agricole italiani ed europei e stabilendo con loro un rapporto fiduciario importante.

«Poi è stato il nostro turno», continua la Rebecchi, «io e mio fratello Semuele abbiamo ereditato la passione di nostro padre per l'azienda. Abbiamo assorbito e imparato da lui quanto più possibile, affiancandolo fin dai giovani. Sempre sul lavoro in Rebos



ho conosciuto mio marito Cristian e grazie anche al suo contributo, insieme a mio fratello ci siamo messi in prima linea sia nel reparto produttivo sia in quello amministrativo, favorendo un clima positivo tra i dipendenti ed incentivando il confronto e lo scambio di idee. Negli anni questo approccio è stato premiato e ci siamo guadagnati una solida reputazione di affidabilità sul mercato».

La Rebos è davvero una passione di famiglia, visto che sono entrati da poco i fratelli Giovanni, Elia, Giosué,



Giuditta, Maria Teresa e Luigi. Ma come si compone la gamma di soluzioni per l'agricoltura proposta dall'azienda?

«I cilindri oleodinamici sono sempre stati il nostro prodotto principale», sottolinea Simona Rebecchi, «Rebos produce circa 12.000 pezzi al mese di varie dimensioni e tutti customizzati su disegno dei clienti. L'area produttiva si espande su 11.000 metri quadrati interamente coperti, posizionati su 30.000 metri quadrati di terreno. I cilindri oleodinamici possono essere

a semplice e doppio effetto, con alloggiate che vanno da 25 a 300 mm e corsa fino a 6 metri. Oltre ai cilindri oleodinamici nel 2014 abbiamo deciso di creare e sviluppare scatole ingranaggi riduttori, moltiplicatori destinate all'impiego su macchine agricole in modo da arricchire la gamma e dare un ulteriore servizio ai nostri clienti. La nostra filosofia è fatta di qualità, servizio e tempestività, un valore aggiunto molto apprezzato dai nostri clienti». Viene eseguita anche la bilanciatura dei rotori con un'equi-

libratrice che può arrivare fino a un diametro di 1,9 metri, una lunghezza di 4 metri ed un peso di 8 tonnellate.

Nel tempo la domanda del mercato è cambiata sostanzialmente e negli ultimi dieci anni c'è stata una vera e propria rivoluzione del campo produttivo. «Ci sono stati periodi di crisi importanti ma ci siamo sempre contraddistinti per la nostra capacità di adattamento, facendo fronte in modo proattivo anche a situazioni nuove ed inaspettate», aggiunge Simona Rebecchi, «la nostra forza è che da sempre investiamo in tecnologie all'avanguardia per poter rispondere alle richieste del mercato in tempi brevi e con prodotti di qualità». Tutti i prodotti sono costruiti con materie prime certificate e con componenti interamente realizzati in Italia: una scelta vincente in termini di qualità e flessibilità.

Rebos offre ai clienti un'assistenza su misura nella progettazione e personalizzazione dei prodotti individuando soluzioni innovative e sviluppando un rapporto di partnership che dura nel tempo.

L'obiettivo primario è la soddisfazione del cliente che l'azienda ottiene ascoltandolo e rispondendo alle sue richieste con chiarezza, precisione e

Informazione pubblicitaria

garanzia di affidabilità. Quali sono le novità per il prossimo futuro? Il 2021 è stato un anno di investimenti importanti. Tra questi l'implementazione del sistema gestionale della produzione in modo da automatizzare il più possibile il processo ed avere sempre sotto controllo le fasi di lavorazione con vantaggi in termini di controllo qualità e costi.

«Il nostro segreto sta nel confronto quotidiano e nel valutare ogni progetto passo per passo, sia dal punto di vista commerciale che tecnico», sostiene la Rebecchi, «le novità del prossimo futuro nasceranno dalla ricerca e sviluppo su cui continueremo ad investire sia all'interno della struttura aziendale, sia all'esterno avvalendoci di professionisti del settore. Puntiamo a migliorare in modo significativo le tecnologie oggi esistenti, studiando nuove soluzioni e brevettandole per valorizzare il nostro patrimonio di know how perché siamo convinti che il futuro della Rebos sarà di successo se sarà in grado di anticipare il mercato e le esigenze dei clienti con innovazione e creatività».

«Sarebbe sintetizzare la storia di Rebos con la frase "una storia che guarda al futuro". Infatti stiamo parlando di un'azienda che, pur essendo nata oltre quarant'anni fa ha compreso l'importanza di aggiornarsi riunendo la famiglia e validi professionisti attorno a concetti e valori di alto lignaggio».

Questo permette da una parte di mantenere salde le radici da cui tutto è partito, dall'altra di guardare avanti fiduciosi.

«Tregnago esempio nazionale di futuri ospedali di comunità»

L'ospedale di comunità di Tregnago come modello organizzativo e gestionale da esportare a livello nazionale. Nato nel 2010 in via sperimentale, con la sua esperienza decennale è oggi un riferimento da prendere ad esempio per sfruttare al meglio le opportunità offerte dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) nel potenziare l'offerta dell'assistenza territoriale. A descrivere perché e con quali modalità è il documento «Gli ospedali di comunità. Proposta di un modello organizzativo» redatto dall'Associazione italiana di Psicogeriatria che ha tra i firmatari il presidente del sodalizio, il geriatra Marco Trabucchi, con il responsabile clinico e direttore sanitario Joumana Bakri e il dottor Roberto Borin della stessa struttura presso la Fondazione Zerbato, e la direttrice del distretto 2 dell' **Ulss 9** Scaligera Beatrice Gazzola. «In questo momento di pressione per la predisposizione di progetti, la nostra logica è fornire un testo di riferimento che costituisce un punto di partenza utile per le decisioni strategiche», scende nei dettagli Trabucchi, precisando che il documento ha raggiunto i tavoli istituzionali e delle comunità scientifiche. Sul tema le idee sono confuse e, aggiunge, «la situazione in Italia non è uniforme, perciò abbiamo voluto stimolare la riflessione». Il Pnrr destina fondi alla salute, anche alla luce dell'impatto che la pandemia ha avuto sulla popolazione. Una missione del piano è incentrata sul miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio, in particolare attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali

come le case della comunità e appunto gli ospedali di comunità, per i quali il costo complessivo stimato dell'investimento è di un miliardo di euro con orizzonte di realizzazione il 2026. Non vengono fornite però indicazioni sulle prassi da seguire: «Il rischio è che si costruiscano muri e vengano adottate vecchie logiche, costruendo strutture non sempre necessarie e continuando a creare nei territori disparità e disuguaglianze», segnala ancora il geriatra. Procedure da adottare, formazione del personale, qualità delle cure, risultati clinici, sostenibilità economica: sono parametri da tenere in considerazione, secondo Trabucchi, per un miglioramento dell'assistenza alle persone anziane fragili. Da un lato perché, sottolinea, «i fondi devono essere utilizzati al meglio. A metà del 2026 dovrebbero essere attivi nel nostro Paese 10.738 posti letto negli ospedali di comunità e cure intermedie». Il Pnrr prevede l'incremento di 7.620 posti rispetto agli attuali; di conseguenza, secondo le stime riportate nel documento, sarebbero in totale 160mila i cittadini a non gravare sul complesso dei servizi ospedalieri e delle **Rsa**, con vantaggi per la salute individuale e collettiva. L'importanza degli ospedali di comunità è strategica: «Sono strutture di passaggio per favorire il recupero del paziente in un luogo qualificato sul piano clinico, in vista del rientro a domicilio». Presidi sanitari di cure intermedie, con tempi di degenza brevi, hanno capienza da 20 a 40 posti letto, con gestione prevalentemente infermieristica. Hanno l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il **pronto**

soccorso e le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche. Inoltre facilitano la transizione dei pazienti dalle strutture per acuti alla propria abitazione, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l' ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura. Si tratta di strutture qualificate sul

piano clinico-assistenziale, dove il «low cost», ovvero la sostenibilità economica, non è predittivo di «low care», nel senso di cure non adeguate. L' obiettivo, conclude Trabucchi, «non è l' attesa dell' istituzionalizzazione, ma il ritorno a casa del paziente nelle migliori condizioni di salute possibili». Da questo punto di vista l' esperienza consolidata a Tregnago è d' esempio. .



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

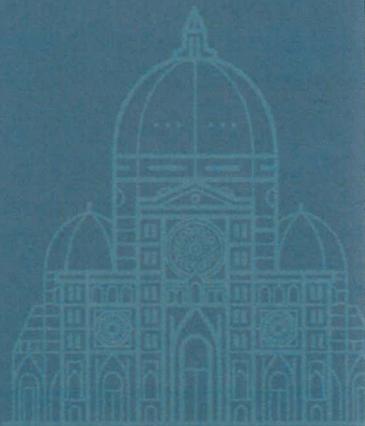
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 10 MARZO 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

La valutazione neuropsicologica online per gli anziani: potenzialità e limiti dai risultati di una ricerca

Virginia Aglieri, Antonio Guaita
(Abbiategrosso)

Conduce la discussione: Claudio Vampini
Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Con la partecipazione di:

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito
entro l'8 marzo 2022 [CLICCANDO QUI](#)



**Fondazione
Serpero**

Segreteria scientifica



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

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Marconi, 30 - 50131 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com