

## **Newsletter AIP - 3 gennaio 2025**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Stefano Boffelli e i Caffè Alzheimer
- Silvano Corli continua con le sue vite di RSA
- Fabrizio Asioli e i nuovi farmaci per l'Alzheimer
- NYT* e le soddisfazioni del caregiving

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo
- BMJ* e l'Alzheimer tra gli autisti di taxi
- The Lancet* e la necessità di un nuovo “Spirito di Locarno”
- JAGS* e l'associazione tra fragilità orale e delirium

Amiche, amici,

*avevo pensato di iniziare questa newsletter con un ringraziamento alle colleghi e ai colleghi che hanno svolto il loro servizio durante le feste che stanno finendo. Nel mentre, però, sono incappato nella testimonianza di un medico, sul New England Journal of Medicine del 2 gennaio 2024, nella quale indica i vantaggi del lavoro durante le feste natalizie. Di seguito elenco sommariamente le ragioni addotte per giustificare la sua scelta positiva. Sono convincenti e mi inducano a mettere almeno in parte in crisi le mie considerazioni sul lavoro natalizio (le riporto in inglese, per evitare incomprensioni): camaraderie, continuity, barter, bonus, citizenhip, sustenance, appreciation, learning, pace, diversity.*

*Però, nonostante questa positiva testimonianza del professor Vamsi Aribindi della Harvard University, personalmente **continuo a ringraziare colleghi e colleghi che hanno lavorato in questi giorni!***

**È la prima newsletter del nuovo anno.**

Inizia il lavoro redazionale di 52 settimane per predisporre una newsletter utile; attendo dai lettori indicazioni su come migliorare questo nostro prodotto, che è insieme culturale e pratico: affronta i problemi clinici e assistenziali di tutti i giorni, ricordando allo stesso tempo lo scenario dove operiamo, sempre più problematico. Però ripetiamo che “qui e ora” ritroviamo la concretezza del nostro agire e la certezza della sua utilità umana e per le cure.

Il nuovo anno inizia con la buona notizia, che mi ha molto colpito, della grazia concessa da Biden a 37 condannati a morte, commutando la loro pena. Un solo pensiero: noi che ci occupiamo di difendere la vita nelle situazioni più drammatiche, come spesso sono quelle degli anziani fragili, non possiamo accettare che venga tolta per mano di una sentenza umana. **Grazie, vecchio Joe, con un po' di nostalgia!**

#### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-Di seguito il testo di **Stefano Boffelli** che ci presenta una lettura originale del **lavoro nei Caffè Alzheimer**.

“Tempo e Caffè Alzheimer.

Claudio Magris, nel suo libro *Tempo Curvo a Krems*, descrive, inverte, vive e dilata la dimensione temporale. La gira e la raggira. Perché il tempo è soggettivo, oltre che oggettivo. Il tempo. Quanto vero, quanto infinito nel suo lento passare, e talvolta invece troppo veloce e quasi imprendibile, nel suo scorrere inesorabile, lo dicevano già i latini (*tempus fugit*). Il tempo, diverso per le diverse persone di cui ci prendiamo cura.

Il tempo dell’Infinito presente, quello dipinto da Flavio Pagano, è della malattia cognitiva, quando i giorni sono tutti uguali, le ore identiche, ogni giorno e ogni momento. Sempre uguale, senza fine, senza soluzione... piatto e lento, scorre come un fiume quasi in secca, senza rumori o suoni, silenzioso e inesorabile... e triste.

E il tempo è anche quello del caregiver: quello invece è pesante, ma rapido e anche troppo, pieno di scadenze e appuntamenti e cose da fare, persone, modelli da compilare, procedure, richieste, ricette, medicine, visite, casa, lavare, vestire, dormire (se va bene)... È un tempo greve, dove il ticchettio della lancetta dei secondi è pesante come i rintocchi lenti di una campana, secondo dopo secondo dopo secondo...e domani è già qui, perché la giornata, come nel famoso libro, sembra che duri 36 ore...

Il tempo è infine nostro, del curare. È il tempo limitato, quello dei pochi minuti nell’ambulatorio dei disturbi neurocognitivi o di quello neuropsicologico, negli spazi del Caffè Alzheimer, negli incontri programmati per i controlli o le visite.

È un tempo prezioso, tuttavia. Il tempo dedicato a chi soffre di demenza, e per la demenza, profuma di primavera e di fresco. È tempo di ascolto e anche di parole. È tempo intenso e lenitivo, cura e consola.

È tempo ben speso.

Ne abbiamo parlato a San Benedetto del Tronto, al Convegno organizzato dalla cara amica dottoressa Cristina Paci. Il tempo per la diagnosi, il tempo per la cura. In ogni parte di Italia, dedicare il tempo per curare è una azione di giustizia sociale, e morale.

Nel 2024 abbiamo usato bene il tempo, negli Alzheimer Caffè e in tutti i servizi a loro collegati. Siamo stati presenti a molti Convegni (AIP Nazionale e Regionale Lombardia, Alzheimer Summit a Mercato Saraceno e poi a Cesenatico, Cremona, Bologna al Forum della NNA). Abbiamo pubblicato un libro per diffondere la cultura, la pratica ed i risultati (Il Manuale dei Caffè Alzheimer, scritto a 100 mani), effettuato sul territorio nazionale decine di attività pubbliche di sensibilizzazione, screening cognitivi, webinar, apertura di nuovi Caffè; e soprattutto, tanti incontri settimanali con le persone affette da demenza e i loro caregiver. E ancora, dedicato tempo per capire, analizzando i dati del primo progetto Caffè Alzheimer Nazionale, e proporre nuove modalità di valutazione e di cura nel secondo progetto, che verrà nel 2025. Nella nostra personale banca del tempo, sappiamo che una quota importante va dedicata alla cura. E quindi, un augurio a tutti, che nel 2025 possiamo rinnovare ancora la voglia di dare tempo, a chi ne ha bisogno”.

-Continua la pubblicazione dei pensieri di **Silvano Corli: Normolatria**.

“Senza rifletterci in modo attento, avevo sempre pensato che una città trovi il suo fondamento nella legge e nella giustizia. Diversamente Aristotele nell’Etica Nicomachea afferma che ‘è la philia, l’amicizia, a tenere insieme la città e i legislatori devono tenere in maggiore considerazione questa virtù più che la giustizia’. Un’amicizia non banalmente riferita al piacere o all’utilità ma come relazione tesa a conseguire quei beni che rendono piena la vita umana. Un legame che comporta un comune riconoscimento per il perseguitamento del bene comune.

A distanza di alcuni secoli Charles Taylor, filosofo canadese, ci ripropone questo tema parlando di società disciplinare, dove possiamo nasconderci dietro le regole, mettendoci in guardia da una deriva idolatra di una norma astratta e disincarnata che pare caratterizzare il nostro tempo.

È ciò che distingue il fariseo e il levita dal samaritano: un’osservanza scrupolosa della legge che impedisce di soccorrere chi è nel bisogno.

Ne consegue un individualismo burocratico al quale conformare le nostre azioni che allontana la virtù dell’amicizia. Se è vero che le regole sono necessarie per il perseguitamento dell’ordine socio politico, è altrettanto vero che se dilatate a dismisura e subite passivamente alimentano la delega delle proprie responsabilità a un insieme di norme da rispettare.

Diversamente il bene comune, un reciproco riconoscimento, la costruzione di significati condivisi, l’assunzione di responsabilità, l’amicizia sono ingredienti per servizi e risposte di qualità.

Non è un caso che il progetto ‘Comunità Amiche delle Persone con Demenza’ abbia scelto l’aggettivo ‘amiche’ per promuovere comunità vicine, capaci di comprendere i bisogni e offrire soluzioni significative che sanno andare oltre i limiti di una ‘società disciplinare’”.

-Riporto il contributo di **Fabrizio Asoli**, che interviene nella discussione sul **significato clinico dei nuovi farmaci per l'Alzheimer**. Il testo è di grande importanza; mi auguro che possa stimolare interventi di supporto o di critica da parte dei nostri lettori. La problematica delle possibili cure per l'Alzheimer è così rilevante da imporre il dovere di discuterne apertamente, per evitare dubbi e incertezze.

“Controcorrente.

Se si vuole fare il punto su dove siamo oggi con le cure del morbo di Alzheimer, il quadro è sconfortante e non si intravvedono grandi speranze per i milioni di persone affette da questa malattia, nonostante l'industria farmaceutica abbia investito miliardi e malgrado negli ultimi anni siano stati pubblicati migliaia di articoli sulle riviste scientifiche. Non ci sono dubbi sul fatto che nel caso della demenza di Alzheimer ci si trovi di fronte ad una malattia complessa, a determinare la quale concorrono diverse cause di differente natura: genetiche, ambientali, tossiche, infettive, immunologiche e probabilmente anche altre. Ci sono molte analogie con altre malattie, prima di tutte il cancro. Infatti tutte le cause sopra elencate possono determinarlo, tuttavia – nel caso del cancro – negli ultimi decenni sono stati fatti grandi progressi nella cura dei tumori, se si escludono quelli che colpiscono il pancreas o il glioblastoma rispetto ai quali non si sono registrate novità rilevanti.

Qual è la ragione della mancanza di risultati palpabili nel caso della malattia di Alzheimer? Oltre certamente nella complessità della malattia, la causa potrebbe risiedere proprio nel fatto che sia l'industria farmaceutica che un considerevole numero di scienziati che lavorano in questo campo, anziché seguire la via del dubbio metodico, siano stati condizionati a lavorare sulla ipotesi della cosiddetta ‘cascata amiloide’, affezionandosi troppo a questa visione.

Col passare del tempo e con l'accumularsi dei soldi investiti, l'ipotesi iniziale è andata trasformandosi in un punto fermo (quasi in un dogma) nonostante la mancanza di esperimenti in grado di convalidare questa tesi e il fallimento di decine di studi clinici indirizzati a testarla. Come è noto l'ipotesi che riguarda l'amiloide presuppone che, a causa di alcuni meccanismi patologici, questa proteina diventi tossica per i neuroni, si accumuli nel cervello provocando la neurodegenerazione delle cellule. Lo stesso Alois Alzheimer aveva descritto la presenza di placche di amiloide nel cervello di Auguste, la prima paziente diagnosticata con questa malattia. Tuttavia, la rilevazione di questa correlazione non significa necessariamente che la sostanza amiloide debba essere causa della malattia. La forzatura di questa correlazione fino a trasformarla in causalità ha innescato la corsa nella direzione di trovare farmaci in grado di rimuovere l'amiloide dal cervello dei malati. Sono passati decenni dopo la prima formulazione di questa ipotesi e, dopo oltre quaranta miliardi di dollari spesi, i risultati sono scoraggianti. Se si escludono alcuni miglioramenti marginali nella sfera cognitiva, tutti i tentativi rivolti alla rimozione dell'amiloide dal cervello sono falliti.

La scienza funziona secondo il metodo ipotetico-deduttivo che consiste nel proporre – appunto - un’ipotesi e nell’individuare poi gli esperimenti che possano provarla o confutarla. Nel caso dell’Alzheimer il problema è che nonostante l’enorme numero di risultati negativi l’industria farmaceutica e la maggior parte degli scienziati del settore sembrano non volere prendere in considerazione il fallimento della convinzione che vede l’amiloide come causa della neurodegenerazione. Di conseguenza, l’ipotesi della amiloide continua a sopravvivere. Persino la Food and Drug Administration ha approvato nel 2021, nonostante il parere negativo di un gruppo di esperti, la molecola Aducanumab. Gli studi presentati allora dalla Biogen, azienda produttrice del farmaco, evidenziavano la rimozione delle placche, ma a tutt’oggi non è ancora provato che eliminare le placche comporti l’arresto o il rallentamento della progressione dei sintomi. La FDA, dunque, ha autorizzato l’immissione in commercio, riservandosi di confermare l’approvazione dopo la presentazione da parte dell’azienda di un ulteriore studio di più lunga durata. La speranza è che questi benefici si evidenzino più avanti nel tempo e che uno studio di lunga durata possa rilevarli. A febbraio del 2024, la Biogen ha deciso di ritirare dal commercio Aducanumab. Così facendo, non è più tenuta a presentare alla FDA i risultati dello studio di lunga durata sugli effetti del farmaco. La comunità scientifica, quindi, non ha modo di sapere se la rimozione delle placche produca effettivamente benefici clinici nei pazienti che assumono il farmaco per un lungo periodo.

Nel luglio 2023 è stato approvato un secondo farmaco (Lecanemab), prodotto anch’esso dalla Biogen. Lo studio presentato dall’azienda alla FDA ne evidenziava l’efficacia a rimuovere le placche e benefici clinici, in media, significativi. L’ente regolatore statunitense anche in questo caso ha dato la sua approvazione. Tuttavia, nei risultati di quello studio c’è un aspetto critico: i benefici clinici sono significativi in media sul gruppo dei pazienti sottoposti alla sperimentazione, ma alcuni pazienti hanno ricevuto effettivi benefici, altri no. Anche l’entità del rischio di effetti indesiderati è stata maggiore per alcuni pazienti rispetto ad altri. L’azienda però non ha pubblicato dati specifici sulle caratteristiche dei pazienti che hanno ricavato il maggior beneficio e di quelli esposti a maggior rischio di eventi indesiderati. Senza quei dati, il medico prescrittore non è in grado di selezionare i pazienti per i quali il farmaco sarebbe più indicato. Nel 2024 è stata prodotta un’ulteriore molecola (Donanemab).

L’EMA, l’Agenzia europea per i farmaci, pone maggiore attenzione alla valutazione del rapporto tra rischi e benefici rispetto alla FDA ed ha avuto un atteggiamento più prudente rifiutando l’immissione in commercio in Europa di tutte queste molecole, in quanto il risultato clinico ottenuto da questi anticorpi monoclonali è contradditorio e purtroppo, in ogni caso, modesto. Solo recentemente l’EMA, rivedendo la sua posizione, ha approvato l’uso del Lecanemab. Con buona probabilità il ruolo delle placche amiloidi nella demenza di Alzheimer potrebbe essere stato (e continua ad essere) sopravalutato, oppure il loro sviluppo è un fenomeno troppo a valle della catena di eventi che porta all’insorgere della demenza ed è necessario intervenire prima, per agire in modo efficace sulla sua progressione.

Perché allora tanta ostinazione di fronte agli insuccessi? Alcune possibili ragioni: 1) la più importante, forse, è che sia difficile abbandonare una strada di ricerca su cui le aziende

hanno investito centinaia di milioni di dollari, accettando la sconfitta di non essere state in grado di mettere a punto un farmaco che avrebbe potuto avere un enorme successo commerciale; 2) per gli scienziati che lavorano sul campo è altrettanto difficile abbandonare una linea di ricerca che ha procurato loro finanziamenti importanti, pubblicazione di articoli di grande visibilità e conseguente notorietà; 3) infine, una remora – del tutto comprensibile - a dichiarare che l'ipotesi fin qui seguita alla ricerca di un farmaco contro la malattia di Alzheimer è improduttiva, riguarda le ricadute che questa notizia avrebbe sui pazienti e sui loro familiari.

Per quanto problematico e difficile sia, sembrerebbe necessario ripartire da un radicale cambiamento di prospettiva. L'ipotesi della cascata amiloide ha esercitato un fascino preponderante oscurando di fatto altre prospettive di indagine e di studio, e in tutti questi anni l'attenzione dei ricercatori e dell'industria è stata concentrata prevalentemente (o solo) in questa direzione. Come nel caso di molte altre malattie, anche nel caso della malattia di Alzheimer è molto probabile che le cause possano essere molteplici e i meccanismi da prendere in considerazione siano necessariamente differenti, così come verosimilmente potranno essere vari i farmaci da utilizzare a beneficio dei pazienti. Esistono altre linee di ricerca che sono state oscurate dalla ipotesi della cascata amiloide. Per esempio, quella ipometabolica (1, 2). È dimostrato che il cervello dei pazienti che soffrono di problemi cognitivi anche di lieve entità, non riesce a utilizzare efficacemente il glucosio apportato dal sangue. La riduzione di energia disponibile per i neuroni avrebbe un'influenza negativa sulle funzioni cognitive e la memoria. Altri ricercatori hanno percorso l'ipotesi infiammatoria: esistono prove sperimentali che dimostrano come nel cervello dei pazienti affetti da Alzheimer siano presenti processi infiammatori che coinvolgono un tipo di cellule gliali, la microglia (3).

È del tutto comprensibile che il disorientamento che verrebbe ingenerato tra i pazienti, le loro famiglie, le loro associazioni costituisca un potente freno al riconoscimento della improduttività della strategia di ricerca adottata fino ad oggi e ad imboccare un radicale cambiamento di prospettiva. Tuttavia coltivare speranze che non sono confermate dalla ricerca e dagli studi, induce a speranze che si traducono in illusioni. Come ammonisce la storia, le illusioni sono destinate a non durare a lungo, a un certo punto vengono sopraffatte e si trasformano in delusione, sfiducia e rabbia”.

1) Belanger M, Allaman I, Magistretti P. Brain Energy Metabolism. Focus on Astrocyte-Neuron Cooperation. *Cell Metabolism*, 2011; 14 (5): 724-732

2) Lee Y, Morrison BM, Li Y, Lengacher S et al. Oligodendroglia metabolically support axons and contribute to neurodegeneration. *Nature*, 2012; 487 (7408): 443-448

3) Kreisl WC. Discerning the relationship between microglial activation and Alzheimer's disease. *Brain*, 2017 Jul 1; 140 (7):1825-1828

-Il **New York Times** del 21 dicembre ha recentemente pubblicato un articolo nel quale veniva descritto in modo positivo il **processo di caregiving da parte di una lettrice che aveva assistito il coniuge affetto da demenza**. Qualche giorno dopo, il giornale ha pubblicato una serie di commenti. “Io faccio fatica ad accettare questa visione rosea”, “Mi pento di non aver mai detto a mia madre l’importanza del tempo dedicato alla sua cura”, “Quando qualcuno sta viaggiando verso un paese diverso, perché non seguirlo? (riferito alle frasi pronunciate dall’assistito), “Le tensioni con mia madre sono scomparse e ho goduto di conversazioni affettuose, anche su argomenti banali”. Forse il *NYT* ha scelto tra quelli ricevuti i commenti positivi per offrire ai lettori una versione meno disperata del caregiving delle persone affette da demenza. Non sono in grado di prendere posizione, ma resto osservatore attonito e ammirato della generosità delle molte donne (sono praticamente solo loro), che nel nostro paese sostituiscono servizi che non esistono (e talvolta anche famiglie poco attente).

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

-**Mauro Colombo** continua anche nel nuovo anno ad offrire ai lettori le intelligenti elaborazioni suggerite dalla sua vasta cultura e curiosità scientifica.

“Il **forte uso di oppioidi** non riguarda solo gli Stati Uniti d’America: la Danimarca, per esempio, si sta avvicinando agli USA, con una prevalenza salita dal 20 al 28% dal 2000 al 2017, per una incidenza del 2,7% annuo. Una delle questioni che ne derivano riguarda la sua sicurezza sul lungo termine; nello specifico interesse di AIP, i dati rispetto alla demenza sono pochi e contrastanti #.

Un contributo viene da un gruppo di Autori danesi, che hanno pubblicato una loro ricerca sul numero del 19 novembre 2024 su *JAMA Network Open* [1]. A partire dalla premessa che gli oppioidi sono potenzialmente in grado di compromettere la cognitività a lungo termine, hanno investigato i dati riportati sull’accurato registro sanitario danese, relativi a 1.872.854 individui non affetti da demenza, cancro, dipendenza da oppiacei, e che non assumevano oppioidi in condizioni di terminalità. Su costoro, sono state raccolte le prescrizioni di oppioidi dal 1995 al 2020. L’occorrenza di demenza è stata rilevata dal 2000 al 2020: ciò ha permesso di avere a disposizione almeno una parte del campione con un intervallo di 5 anni tra esposizione ed evento ricercato, così da ridurre il rischio di ‘causalità inversa’ \$. Ogni caso di demenza – diagnosticata in ambito ospedaliero, come è consuetudine nel paese della Sirenetta - è stato confrontato con 5 controlli, di pari età e sesso, così da avere 51.469 casi [5% del totale] contro 468.490 controlli £. Entrambi i rami del campione avevano, al momento del confronto, una età mediana di 78 anni [ambito interquartile compreso fra 73 ed 82,8 anni], ed erano costituiti per il 55% da donne.

L’assunzione cumulativa di oppioidi è stata misurata in termini di ‘dosi standardizzate totali’ attraverso i rapporti equi - analgesici di ciascun tipo di oppioide, per cui 1 dose standardizzata equivale a 30 mg di morfina orale.

In sintesi, non è stata trovata alcuna associazione significativa tra l'uso di oppioidi per motivi non legati a tumori, al di sotto di 90 dosi standardizzate totali (TSD), ed il rischio di demenza, mentre l'uso di oppioidi al di sopra di 90 TSD era associato a un aumento del rischio di demenza. La associazione più forte è stata riscontrata per assunzioni cumulative superiori a 500 TDS, nella decade tra 60 e 69 anni: qui, il rapporto di incidenza [IRR (Incidence Rate Ratio)] è stato pari a 1,59 [con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,44 e 1,76]. Per dosi cumulative inferiori – ma comunque maggiori di 90 TDS - e per altre fasce di età, lo IRR calava, rimanendo peraltro statisticamente significativo. La associazione invece svaniva oltre i 90 anni.

La questione merita attenzione, visto che l'uso globale degli oppioidi è raddoppiato dal 2000 al 2019; in Europa, non solo la Danimarca, ma anche l'Austria e la Germania si stanno allineando ai consumi statunitensi \$. E d'altra parte vi è una plausibilità neurobiologica alla base di un possibile rapporto di [con-]causalità tra assunzione di elevate dosi di oppioidi ed occorrenza di demenza: una volta oltrepassata la barriera emato-encefalica, tali sostanze interferiscono con la neuroflogosi e con l'accumulazione di proteine  $\beta$  amiloidi e tau nel cervello @.

# come ho potuto verificare direttamente su PubMed, pur tenendo conto delle mie limitate capacità di ricerca bibliografica

§ questo rischio – sempre presente negli studi osservazionali – qui è stato chiamato ‘vizio protopatico’ [2]

£ la procedura epidemiologica di abbinare più controlli ad ogni caso prende il nome di ‘nested case-control design’: rispetto ai classici studi di coorte [dove gli investigatori seguono un gruppo di persone nel tempo, riportandone ogni evento oggetto di ricerca], questa modalità di disegno aumenta considerevolmente l’efficienza dello studio [3]

\$ in Italia – in fondo alla classifica europea, con una media di 7,7 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti – si potrebbe parlare di un possibile sottoutilizzo, comprendendo anche i pazienti oncologici, in particolare rispetto al ricorso ai farmaci anti-infiammatori non-steroidi, e con squilibri tra le 3 macroregioni nazionali nord/centro/sud [in attesa della ‘autonomia differenziata’ ... (ndr)]

@ la bibliografia specifica riportata nell’articolo non è particolarmente recente: l’ultima pubblicazione risale al 2018 [voce 36]

[1] Pourhadi, N., Janbek, J., Gasse, C., Laursen, T. M., Waldemar, G., & Jensen-Dahm, C. (2024). Opioids and Dementia in the Danish Population. *JAMA network open*, 7(11), e2445904. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45904>

[2] European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance. Chapter 6: Methods to address bias and confounding [https://encepp.europa.eu/encepp-toolkit/methodological-guide/chapter-6-methods-address-bias-and-confounding\\_en](https://encepp.europa.eu/encepp-toolkit/methodological-guide/chapter-6-methods-address-bias-and-confounding_en) [controllato 24-12-2024]

[3] Kim, S. (2016). Case-Cohort Studies vs Nested Case-Control Studies. Medical College of Wisconsin. Volume 22, Number 1, February/March 2016. <https://www.mcw.edu/-/media/MCW/Departments/Biostatistics/vol22no1kim.pdf?la=en> [controllato 24-12-2024]

-**BMJ** di dicembre pubblica uno studio interessante su una tematica, peraltro ben nota; riguarda il dato sulla **ridotta mortalità a causa della malattia di Alzheimer tra gli autisti dei taxi e delle ambulanze**. Il dato non è stato rilevato in altri autisti, meno coinvolti nei meccanismi di guida in tempo reale. Il dato deve essere ulteriormente approfondito per comprendere il meccanismo biologico sottostante, per ottenere indicazioni che possono suggerire interventi preventivi. [<https://www.bmjjournals.org/content/387/bmj-2024-082194>]

-**The Lancet** del 21 dicembre rilancia lo Spirito di **Locarno**, che nel 1925 portò ad una serie di **accordi tra i paesi europei dopo la Prima guerra mondiale**. Un'intesa che diffuse un ottimismo pieno di speranza e un'atmosfera di pace, che fu definito Spirito di Locarno. L'editoriale esprime la speranza che nel summit per la salute dell'Unione europea, che si terrà a Bruxelles il 28 gennaio, possano essere varati alcuni piani come l'Europe's Beating Cancer Plan and the Pharmaceutical Strategy for Europe e per lo sviluppo della salute digitale. Per raggiungere questi obiettivi sono necessari un piano strategico integrato, una minore burocrazia e un coordinamento all'interno dell'Unione, e una più efficace capacità di leadership dell'Europa attorno a questi progetti. L'editoriale si augura che l'incontro possa portar alla diffusione di un nuovo Spirito di Locarno. È significativo il fatto che una rivista scientifica come Lancet dedichi attenzione a problematiche che dovrebbero portare al miglioramento del sistema sanitario in Europa, grazie ad interventi politici.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02789-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02789-2/fulltext)]

-**JAGS** di dicembre riporta un articolo che mira a dimostrare **l'importanza della fragilità orale e dei cambiamenti nella composizione del microbiota nell'induzione di un delirium postoperatorio in pazienti anziani**. Il dato, ottenuto in alcune centinaia di persone anziane sottoposte a chirurgia non cardiaca, dimostra che la fragilità orale è un fattore di rischio indipendente di delirium post operatorio (HR =1.75). È stata inoltre dimostrata una significativa associazione tra l'indice di disbiosi e il delirium postoperatorio. Il dato è importante perché suggerisce di integrare la valutazione della salute orale e del microbiota al fine di identificare i pazienti a maggior rischio, per concentrare in modo mirato interventi preventivi del delirium. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19315>]

Buon Anno ai nostri lettori,

Marco Trabucchi

Past President AIP

## **Newsletter AIP - 10 gennaio 2025**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Un interessante articolo di Monsignor Vincenzo Paglia
- Il sistema sanitario italiano secondo *Lancet*
- Un intervento di Corrado Carabellese sui problemi odontoiatrici degli anziani
- Pietro Vigorelli interviene su “La cura del cuore fatta col cuore”. Un pezzo che fa pensare!

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Neurology* e lo stile di vita nelle demenze
- BMJ* e l'esigenza di ricostruire una società conviviale
- JAMDA* e il trattamento della depressione nell'assistenza a lungo termine

Amiche, amici,

*Ricevo da una persona a me molto cara, che vive con partecipazione le dinamiche dell'AIP: “Ho spesso pensato alle riflessioni che il nostro lavoro comporta e naturalmente anche a quanto con te si è discusso e quanto le discussioni sull'esistenza fatte in tanti anni anche con le tue parole aiutino ad andare avanti e superare le tristezze. Che si continui, anche in questo nuovo anno a esistere con gli altri, per gli altri. Auguri!”*

*Ritengo che questo augurio sia il più incisivo e positivo per noi che lavoriamo nelle professioni di cura.*

*Ringrazio le colleghi e i colleghi che hanno voluto testimoniare l'utilità della nostra newsletter con messaggi gratificanti, che ci sono giunti in questi giorni.*

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-*La Stampa* del 4 gennaio ha pubblicato **un testo di Monsignor Vincenzo Paglia**, nel quale sostiene l'importanza di “**interessarci degli altri, soprattutto dei più deboli, e avremo cambiato il volto disumano della nostra società**”. “La solitudine e l’isolamento sociale sono davvero una nuova pandemia e non possiamo pretendere di affrontarla con una mentalità vecchia che pensa di risolvere i problemi medicalizzandoli. A contrario, ricordiamoci che la cura comincia con una visita, un gesto di amicizia, una telefonata, un ricordo comune”. Parole assolutamente condivisibili, con due piccole osservazioni. Non vorrei più sentire utilizzare il termine “medicalizzazione”, perché la maturità della medicina contemporanea esclude questo grave errore dalla prassi clinica, in particolare quando esercitata verso gli anziani. L’altra osservazione riguarda il timore di Mons. Paglia di pronunciare il temine RSA (usato una sola volta nel testo). A noi, invece, non fa paura un termine che indica una funzione essenziale per aiutare gli anziani a vivere quando le condizioni di salute e psicosociali impediscono di continuare la permanenza a casa. Riaffermo con orgoglio la vicinanza della newsletter AIP a chi lavora nelle RSA con ogni funzione e riaffermo il grave errore di chi in questi anni ha cercato di svilire la funzione di un ambito importantissimo per la cura degli anziani fragili.

-Un editoriale di *Lancet Regional Health Europe* di gennaio è intitolato: “**Italian health data system is broken**”. È un elenco lucido e dettagliato delle disfunzioni del nostro sistema sanitario. L’atteggiamento di fondo è negativo attorno ad alcuni aspetti strategici, come quello della diffusione delle informazioni all’interno del sistema per la salute: “A lack of a unified centralized system for electronic health records, hospital data, and general practitioner records represents a major weakness in Italy’s health care infrastructure”. Una problematica della modernità, che trova ostacoli enormi a livello tecnologico (ancora troppi ostacoli sulla via di una connessione efficace a livello nazionale: vedi la discussione sul potenziale ruolo di Starlink), a livello psicologico (i troppi cittadini culturalmente arretrati che non vogliono cedere i loro dati; non vedo perché debbano esser trattati come la maggioranza di chi non ha paure senza senso ed è generoso!), politico (l’errore di una regionalizzazione che danneggia tutti, sia le regioni più arretrate, sia quelle più avanzate). Intanto però restiamo indietro e, come sempre, chi soffre di più dell’insipienza nazionale sono le persone che avrebbero più bisogno!

-**Corrado Carabellesse** da molti anni medico responsabile di RSA ha inviato il contributo che segue sulla **salute orale degli anziani**, argomento talvolta dimenticato, ma di grande importanza per il benessere in età avanzata.

“L’ultima Newsletter AIP riportava la pubblicazione di un articolo sulla rivista *JAGS* dal titolo: ‘Associations between oral frailty, oral microbiota composition, and postoperative delirium in older adult patients’ degli autori Xiao-yi Hu et al.

Lo studio poneva attenzione ed analizzava la qualità della cura del cavo orale e la disbiosi intestinale prevalentemente da rapportarsi alle abitudini alimentari e vita quotidiana.

Sembra che i soggetti anziani che presentano condizioni di salute del cavo orale pessime (numero elementi dentali presenti, parodontopatia, carie, ecc.), quando sottoposti a trattamento chirurgici non cardiaci, sviluppano una maggior suscettibilità allo sviluppo del delirium. Gli autori sostengono che anche l'alterazione della flora batterica (Disbiosi) contribuisce in modo sinergico allo sviluppo del delirium post chirurgico.

Gli autori richiamano l'attenzione su come è importante la prevenzione della cura di base del cavo orale anche per gli anziani.

Un altro articolo pubblicato da *JAGS*, con connotati diversi, riporta come nell'anziano la cattiva salute del cavo orale si correla ad una maggior fragilità con la possibilità di sviluppare condizioni cliniche ben correlate alla scarsa salute del cavo orale. La ricerca affidata a Medici di Medicina Generale rilevava il numero dei denti, raccoglieva il giudizio dei singoli anziani circa la masticazione, il dolore ecc. L'articolo è stato pubblicato da *JAGS* 'Influence of Poor Oral Health on Physical Frailty: A Population-Based Cohort Study of Older British Men' degli autori Sheena E. et al. *J Am Geriatr Soc* 66:473–479, 2018.

L'efficacia della prevenzione della cura del cavo orale nell'anziano, oltre che a proteggere singoli aspetti come l'intervento chirurgico non cardiaco, si mostra di grande interesse verso la salute globale esponendo l'anziano a maggior fragilità.

Altri lavori correlano la scarsa salute del cavo orale a polmonite, infarto, eventi cerebrovascolari; una mia presentazione, agli incontri del Venerdì del Gruppo di Ricerca Geriatrica nel 2010, sosteneva la necessità dell'attivazione di un ambulatorio odontoiatrico nelle RSA dove, come riportano i dati epidemiologici, è presente un'alta percentuale della precarietà dello stato di salute del cavo orale.

Inoltre, i risultati della ricerca della salute del cavo orale in una popolazione di 70-75 anni residenti nel centro storico di Brescia hanno correlato la condizione dello stato di salute del cavo orale ad alcuni indicatori della qualità di vita, rilevando una migliore qualità di vita nei soggetti con adeguate condizioni di salute del cavo orale ed anche miglior sopravvivenza a cinque anni.

Il messaggio, fin da allora, voleva essere fortemente incisivo e preventivo nei confronti degli anziani, richiamando la necessità di presidi territoriali (oggi potrebbe essere la casa della comunità) e nelle RSA, per realizzare adeguate cure odontoiatriche ed una corretta e attenta igiene del cavo orale affidata a specialisti”.

-L'amico **Pietro Vigorelli** ha inviato le note che seguono, a commento del testo Normolatria di Silvano Corli che abbiamo recentemente pubblicato. Ringrazio Pietro per il contributo di grande profondità.

## **“La cura del cuore fatta col cuore**

1. Gli anziani smemorati e disorientati soffrono? Perché soffrono? Riflettere su queste domande è necessario per indirizzare le cure nel modo più appropriato ed efficace.

Ho incontrato numerose persone con demenza lieve molto sofferenti e altre con demenza più grave che sembrano vivere serenamente. Evidentemente la sofferenza non è correlata solo con la malattia e la sua gravità.

2. La lettura della recente Enciclica di Papa Francesco *Dilexit nos* 1 mi ha indotto a pensare che la sofferenza non dipenda tanto dai depositi di amiloide nel cervello quanto da una malattia del cuore. A differenza di corpo, mente, sentimenti, la definizione del cuore è difficile, sfugge alle rigidità del linguaggio, resta imprecisa e solo intuibile. In questo breve scritto ne parlerò attingendo liberamente all’Enciclica, spesso prendendo a prestito le sue parole, senza volerla interpretare o citare testualmente, ma prendendola come stimolo per una riflessione che è diventata mia personale.

3. Il cuore è il centro intimo della persona, quello che ci permette di riconoscerci nella nostra interezza. È il nucleo centrale di ogni essere umano. Tutto è unificato nel cuore, sia la mente che il corpo. Può essere considerato la sede dell’amore con tutte le sue componenti spirituali, psichiche e anche fisiche. Si potrebbe dire, in ultima analisi, che *io sono il mio cuore*. È il cuore che mi caratterizza come persona unica e irripetibile e che mi permette di entrare in comunione con le altre persone.

4. Tornando alla sofferenza degli anziani smemorati e disorientati, ritengo che questa derivi da una malattia del cuore. La persona che non si sente riconosciuta e accolta così com’è, col suo *io malato* e il suo *io sano*, nella sua unicità, in definitiva è una persona misconosciuta, col cuore ferito. È una persona che viene a trovarsi danneggiata nel proprio centro unificatore, il cuore, che soffre di solitudine, di mancanza di intimità con l’altro, di perdita del senso del vivere.

5. Ricordo lo zio don Valerio, quasi centenario, quando d'estate è stato trasferito per due mesi in una casa di riposo nei boschi delle Prealpi bergamasche. Quando gli ho chiesto come stava mi ha detto: ‘Il posto è bello, si mangia bene, sono tutti gentili. Certo, se ci fosse un po’ di umanità...’. La sua risposta mi ha illuminato su quello che succede quando le cure sono formalmente accurate e ineccepibili ma manca il cuore.

6. Il cuore ha bisogno di nutrimento, di incontrare altri cuori. Se invece dell'incontro tra due persone c'è solo professionalità, accuratezza ed efficienza, il cuore si asciuga. Il cuore dell'anziano, già fragile, si svuota, si ferisce e si spezza. È qui che nasce la sofferenza delle persone con demenza. La demenza può diventare una malattia del cuore e ha bisogno di una cura fatta col cuore.

1 Papa Francesco. *Dilexit nos. Lettera enciclica sull'amore umano e divino del Cuore di Gesù Cristo*. 24 ottobre 2024”.

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

-**Mauro Colombo** presenta un caso interessante per discutere il **problema del copyright nella letteratura scientifica**. Interessa quelli fra noi che sono impegnati a pubblicare dati originali sulla letteratura scientifica.

“Antonio Spadaro – giornalista, teologo gesuita, critico letterario – ha affermato, amaramente, che ‘siamo abituati al probabile, non crediamo più al possibile £’. Una vicenda editoriale in via di conclusione mi ha portato a prendere atto di una situazione che non credevo possibile £.

Dopo una lunga e travagliata – ma di per sé ‘fisiologica’ – fase di revisione, la rivista *BMC Geriatrics* ha accolto l’articolo ‘Loneliness is a sad disease: oldest old adults’ empirical definition of loneliness and social isolation from a mixed-method study in Northern Italy’. È in corso la revisione delle prove di stampa, da parte degli autori [Sara Santini (INRCA), Mauro Colombo, Antonio Guaita (Fondazione Golgi Cenci), Paolo Fabbietti, Georgia Casanova (INRCA)].

L’evento incredibile / increscioso cui faccio riferimento consiste nel messaggio inviato dall’editore alla autrice corrispondente (la sociologia Georgia Casanova, che anni fa ha lavorato presso la Fondazione Golgi Cenci), di cui riporto il passaggio saliente in traduzione letterale:

1. Notiamo che stai utilizzando il Mini-Mental State Examination (MMSE). Ti preghiamo di chiarire se hai ottenuto una licenza per utilizzare questa scala e di allegare una copia di questa prova di autorizzazione come file aggiuntivo.
2. Ti preghiamo di fornire la stessa dichiarazione del manoscritto per ‘Disponibilità di dati e materiali’ in ‘Disponibilità dei dati’ sul sistema SNAPP.

Antonio Guaita reagisce con la proverbiale prontezza – che conosco da 42 anni ... - rispondendo con: <https://geripal.org/why-mini-mental-state-examination-mmse/>

Why the Mini-Mental State Examination (MMSE) Copyright Has No Legal Standing’

Riporto alcuni passaggi, ricavabili dal collegamento, del testo scritto verosimilmente da chi in passato si è trovato in una situazione simile alla nostra, in cui una compagnia [Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR)] pretendeva un diritto d’autore per il MMSE: ‘Sebbene ritenessi moralmente riprovevole l’applicazione del copyright da parte della PAR, avevo poche conoscenze legali per sapere se la loro richiesta di copyright avesse un fondamento legale’. La situazione di chi scrisse allora (Eric Widera) cambiò grazie all’articolo (recuperabile in rete con un po’ di perseveranza):

Newman, J. C., & Feldman, R. (2011). Copyright and open access at the bedside. *The New England journal of medicine*, 365(26), 2447–2449. <https://doi.org/10.1056/NEJMmp1110652>

Widera concludeva – traducendo alla lettera - che ‘Quando un test medico consiste solo di parole, affermare il copyright in quelle parole serve come un approccio da retrobottega per usare il copyright per ottenere il controllo di un processo, qualcosa che è di competenza della legge sui brevetti, piuttosto che del copyright. La logica si applicherebbe a tutti questi test, ma l'affermazione del copyright nel Mini-Mental State Exam è particolarmente inappropriata. Gran parte del valore del test deriva dal suo adattamento come standard del settore, piuttosto che dal lavoro degli autori. Inoltre, il fatto che gli autori abbiano consentito che il lavoro fosse utilizzato liberamente per decenni ha creato negli utenti l'aspettativa che il lavoro sarebbe stato liberamente disponibile e ha incoraggiato la sua adozione come standard del settore. Dopo essere rimasti in silenzio per decenni, gli autori non possono ora decidere che il test fornisca un mezzo conveniente per la monetizzazione’.

Per quanto allibito, puntando a risolvere prima possibile la questione, per non rallentare ulteriormente l’uscita della ricerca, inizio pazientemente a riempire il modulo elettronico di PAR, supponendo – ingenuamente – che la autorizzazione all’impiego della versione italiana comporti un unico ‘obolo’ di circa 100 \$, da inserire nei ben maggiori costi di pubblicazione. Mi arriva subito la seguente risposta:

‘Caro Mauro, mi dispiace sentire che hai utilizzato l'MMSE senza autorizzazione. L'MMSE è uno strumento protetto da copyright di proprietà del dott. Marshal Folstein e della sua società MMLLC (© 1975). Nel 2001, Psychological Assessment Resources, Inc. (PAR) ha acquisito i diritti esclusivi di pubblicazione e licenza per lo strumento ed è il proprietario del marchio registrato del MMSE. Insieme a tali diritti, abbiamo la responsabilità di proteggere il MMSE. MMSE non può essere riprodotto senza l'autorizzazione di PAR.

Se desideri rettificare l'utilizzo del MMSE, inviami i seguenti dettagli:

Intervallo di tempo in cui sono stati raccolti i dati (date di inizio e fine):

Invia una copia del MMSE tradotto che è stato somministrato.

Da dove hai ottenuto questa versione del MMSE? Ad esempio sito Web/fonte

Conferma il numero di somministrazioni del MMSE, incluse le prove fallite. Le tariffe sono per copia, non per persona/paziente.

La pubblicazione non può contenere alcun elemento del MMSE (in inglese o in qualsiasi altra lingua) #. Dopo il pagamento delle tariffe, è possibile pubblicare solo i risultati dei dati raccolti nello studio’.

Al di là dei convenevoli (‘best regards’), fatti quattro conti, l'estorsione ammonterebbe a migliaia di €. Al che mi impunto, e trasmetto a Georgia Casanova la seguente frase ‘La versione italiana del MMSE utilizzato in questo studio è disponibile dal primo autore (Giovanni Measso) in ‘Giovanni Measso , Fabiano Cavarzeran , Giuseppe Zappalà , Barry D. Lebowitz , Thomas H. Crook , Francis J. Pirozzolo , Luigi A. Amaducci , Danilo Massari & Francesco Grigoletto (1993) The mini-mental state examination: Normative study of an Italian random

sample, *Developmental Neuropsychology*, 9:2, 77-85, DOI: 10.1080/87565649109540545'. L'articolo (<http://dx.doi.org/10.1080/87565649109540545>) è recuperabile in formato esteso su ResearchGate (l'unica rete sociale a cui sono iscritto ...).

L'editore di *BMC* ripropone il tira e molla ma Georgia – cui faccio i complimenti per la tenacia – insiste agguerrita, fino ad ottenere il risultato.

Che dire? uso il MMSE da quando sono laureato (1981), e non mi era mai capitato sinora di incappare né di avere notizia di altri finiti in una simile vergognosa circostanza. Ma alla fine questa piccola ‘battaglia’ potrà aiutare – anche col supporto di AIP – a prevenire futuri ‘possibili’ £ equivoci.

# nel nostro caso, veniva riportato solo il punteggio globale del MMSE, semplicemente come parametro descrittivo del campione.

PS: a proposito di ‘false notizie’ [tipo quella che mi è stata fornita da una rivista (peraltro dotata di un fattore di impatto 3,4)], visti i tempi inquieti e pericolosi che stiamo attraversando, mi permetto di suggerire l’ascolto del dibattito tenuto in data 8 gennaio mattina sulla rubrica ‘Tutta la città ne parla’: la registrazione è disponibile sul podcast di RAI radio 3”.

-*JAMA Neurology* di febbraio 2024 pubblica uno studio di grande interesse sul fatto che **negli anziani uno stile di vita sano permette la costruzione di una riserva**

**cognitiva** indipendentemente dalle alterazioni neuropatologiche tipiche della demenza. Il dato è significativo sul piano concreto, perché conferma l’importanza dell’adozione di stili di via salutari, indipendentemente dal rischio genetico che si esprime nelle alterazioni biologiche. I dati sono stati ottenuti in un gruppo di oltre 500 individui, parte dei quali con patologie correlate con la demenza. Cosa significano questi risultati, oltre all’ovvia considerazione che “vivere bene fa sempre bene”? Quali conseguenze possono avere sulle ricerche che valutano la componente genetica e quella umana nel determinare la riduzione delle funzioni cognitive? È un ambito aperto, al quale è importante dare attenzione.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2814688>]

-*BMJ* della fine del 2024 pubblica un contributo filosofico sui **rischi dell’industrializzazione e sulla necessità di ricostruire una società conviviale**. Il testo si ispira al grande teologo scrittore Ivan Illich, che ha previsto 50 anni fa che l’uomo sarebbe stato sopraffatto dalla società industriale. Per contrastare questo rischio, l’autore suggerisce di costruire strumenti di convivialità per arricchirci e minimizzare gli strumenti industriali, che ci rendono schiavi e ci uccidono. Una visione drammatica, che però fa pensare anche per quanto riguarda la sanità. Ma sarà davvero possibile una decrescita, che ci permetta però di continuare a vivere bene, soprattutto proteggendo le persone meno fortunate? È il grande dilemma del nostro tempo, che non possiamo trascurare. [<https://www.bmjjournals.org/content/387/bmj.q2577>]

-JAMDA nell'ultimo numero del 2024 pubblica una revisione sistematica ed una metaanalisi sulla **cura della depressione nelle strutture di lunga assistenza**. I dati dimostrano l'efficacia di molti trattamenti non-farmacologici; il loro basso costo e il basso rischio ne indicano l'importanza tra i diversi possibili trattamenti nell'anziano residente. Peraltro, secondo gli autori, sono ancora necessari studi approfonditi per definire i trattamenti farmacologici più appropriati per i vari approcci clinici. Ancora una volta, una tematica di grande rilievo clinico in psicogeratria non trova risposte convincenti; le scelte cliniche sono ancora spesso affidate alla cultura del medico. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00857-0/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00857-0/fulltext)]

Un saluto, ricordando che la newsletter è aperta a tutti,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 17 gennaio 2025**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Silvano Corli e “Trasfigurazione”
- Guido Gori: un pezzo sulle dinamiche del corpo
- Leo Nahon e la dialettica tra “io” e “noi”

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMDA e la prescrizione di antipsicotici nelle case di riposo: un dibattito

### **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

- I prossimi congressi regionali AIP: Messina (31/1), Roma (14/2), Cosenza (15/2)
- I convegni di Bologna “Innovare l'assistenza agli anziani in pronto soccorso: il team geriatrico come motore di cambiamento” (3/2)
- e di San Giovanni Lupatoto “L'anziano fragile e l'assistenza a lungo termine: tempesta perfetta o complessità da fronteggiare?” (12/2)

Amiche, amici,

*Con gioia comunico che il professor Giuseppe Bellelli, una delle persone che in questi anni ha maggiormente contribuito alla vita di AIP, è stato eletto presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria per il biennio 2027-29. Questa nomina contribuirà certamente a rinsaldare i nostri legami con la SIGG, nel comune percorso di impegno a favore degli anziani fragili. Vivissime congratulazioni a Bellelli, con il quale abbiamo condiviso molti anni di lavoro.*

*Mi permetto di ricordare che la carriera di Bellelli ha visto il suo impegno nelle RSA, nella riabilitazione geriatrica fino alla cattedra universitaria di Monza, alla direzione della scuola di specializzazione in geriatria, ad una produzione scientifica di altissimo livello. Un itinerario che garantisce la sensibilità personale e l'impegno culturale di Bellelli in tutti gli ambiti della cura delle persone anziane.*

*Stiamo progettando la costituzione di un gruppo di amiche ed amici che voglia pensare al futuro della nostra newsletter. Chi avesse interesse a partecipare è pregato di inviarci una mail di adesione.*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

-**Silvano Corli** continua con “**Trasfigurazione**” la serie di originali contributi che prendono spunto dalla **realità delle RSA**.

“Nessun riferimento a ciò che è avvenuto sul Monte Tabor.

Quanti hanno ammirato il film ‘Qualcuno volò sul nido del cuculo’ (5 premi Oscar nel lontano 1976 con Jack Nicholson come attore protagonista), ricorderanno l’arrivo in porto del gruppo di pazienti, ospiti di un ospedale psichiatrico, dopo una insolita uscita in barca, orgogliosi e fieri nel mostrare il risultato della loro fantastica battuta di pesca. Non più matti ma persone. Un diverso contesto consentiva di vederli sotto una luce diversa evitando di ridurre la persona alla patologia o ad una specifica condizione.

La stessa situazione viene descritta da Oliver Sacks nel capitolo dedicato a Rebecca nel testo ‘L’uomo che scambio sua moglie per un cappello’. Quella paziente diagnosticata nei test come un idiota motoria, una somma di deficit e mancanze, le era apparsa in un giorno di primavera seduta nel giardino come una giovane donna non riducibile ai suoi deficit perché ricca di risorse che i test non potevano mostrare.

Ho avuto la medesima sensazione alcuni giorni orsono, riguardando le fotografie scattate agli ospiti della RSA in occasione di un’uscita presso un ristorante del paese: eleganti, felici, curiosi, attivi, autonomi nelle loro scelte, partecipi della vita che li circondava. La malattia, i deficit cognitivi, le limitazioni motorie e sensoriali restavano sullo sfondo e non offuscavano le loro identità.

Trasfigurati? Credo di no. Ciò che cambiava era il nostro sguardo. Un cambiamento possibile ovunque. Anche nella quotidianità delle nostre RSA”.

-Riporto il contributo di **Guido Gori** “**Dinamiche del corpo o altro?**”

“Dopo essere entrati in strutture che accolgono soggetti con declino cognitivo di entità severa (Modulo Alzheimer-RSA, Centro Diurno Alzheimer ...) e poi dopo aver osservato ciò che si offre al nostro sguardo non raramente veniamo colti da aspetti o da eventi che ci sollecitano a ulteriori ripensamenti. Le impressioni negative di mancanza di stimoli, di possibile stato abbandonico di persone sedute di fronte al muro, una accanto all’altra erano decisamente più frequenti negli anni passati. Certo qualche struttura che ricorda più una sala d’attesa che non un centro orientato alla organizzazione di attività rilassanti e ricreative, la possiamo

vedere anche ai nostri tempi, ma con frequenza molto minore. Anche il personale si presenta professionalmente più preparato, soprattutto nelle modalità relazionali, aspetto cruciale per la valutazione di una struttura di questo tipo.

Recentemente mi è capitato di visitare per la prima volta una RSA e un CDA: in entrambi i casi ho notato un apprezzabile grado di animazione psico-sociale. Persone impegnate attorno ad un tavolo di lavoro, pieno di fogli e di matite, pieno di pezzi di stoffa da piegare o ricucire, persone davanti ad uno schermo ricco di immagini, e con pochi discorsi, persone in giardino e altre in cucina. Ho pensato: finalmente in questo centro si rispetta il Piano Assistenziale Individuale (PAI) e così chi ama sentirsi impegnato in una data attività non viene incluso in gruppi coinvolti in azioni differenti. Ho ripensato al libro ‘Reconsidering Dementia: the person comes first’, e al valore che Tom Kitwood dà al rispetto della identità e della dignità di questi pazienti.

Ed in queste strutture sono rimasto colpito da due ospiti che, vedendo per la prima volta uno sconosciuto, il sottoscritto, che appariva interessato all'ambiente e alle persone presenti, si sono alzate per venirmi incontro, come se avessero avuto l'intenzione di fare la mia conoscenza, o di saper cosa facessi in quel luogo, o se potevo intrattenermi con loro, o altro.....

Ho potuto notare che il linguaggio verbale era assente, mentre erano presenti la mimica, uno'espressione sorridente del volto ed una vivace gestualità con un continuo toccarmi sulle spalle e sulle mani, quindi era presente un ricco linguaggio corporeo, intensamente comunicativo.

Di fronte ad un quadro simile non possono non venire in mente svariati pensieri e considerazioni.

Innanzitutto mi sentirei di confermare che questa patologia è un esempio di malattia delle perdite, ma da correlare all'ambito circoscritto delle funzioni cognitive, non certo a quello dell'emotività e dell'affettività.

Infatti tutti coloro che hanno a lungo lavorato in un C.D. A. sanno bene che un paziente, anche se molto grave, quando accolto in un programma di attività gratificanti, diventa capace di intrattenersi temporalmente oltre il suo span attentivo, desidera interagire con altri, riduce i suoi eventuali stati di agitazione, interrompe con sacrificio tale attività, ed è in grado di essere, a modo suo, riconoscente verso chi ha organizzato e gestito quel programma.

In un suo recente libro - ‘La curiosità non invecchia’. Mondadori, 2017 - Massimo Ammaniti fornisce alcuni esempi di tale assunto. In realtà basta pensare all'età media delle persone che frequentano nuovi eventi culturali, o che esplorano città d'arte e relativi musei. Un recente sondaggio del Convitto Cicognini di Prato evidenzia che in Italia la lettura è in declino, soprattutto tra i 45 e i 65 anni, mentre i giovani e gli over75 leggono di più. C'è da chiedersi se la curiosità, che appunto non invecchia, possa valere anche per coloro che hanno difficoltà

cognitive, per i quali notoriamente il cambiamento comporta una fatica psichica, per l'adattamento al nuovo e per la perdita del noto.

Ma cosa dire allora di quei due pazienti che se pur inseriti in un contesto a loro familiare si sono da questo distaccati per avvicinarsi ad una persona non nota, anche se verso di loro visibilmente incuriosita. Per molti anni si sarebbe detto che non avendo più una capacità linguistica, quando si presenta l'occasione, queste persone cercano di usare il linguaggio non verbale per esprimere il bisogno di relazione interpersonale, elemento basilare della vita sociale. Ritengo che quanto detto sia molto condivisibile, ma forse non dovremmo valorizzare eccessivamente il ruolo della comunicazione, del chiedere gestualmente qualcosa e del ricevere risposte gestuali.

Infatti il tatto, il contatto, lo sguardo, il tono della voce, sono gli ingredienti fondamentali della comunicazione preverbale che si organizza nell'emisfero destro del bambino, in connessione con adeguate modalità espressive dell'emisfero destro materno, e sono la base, entro il primo anno di vita, per lo sviluppo dell'attaccamento. Secondo quanto riportano Giuseppe Craparro e Clara Mucci nel loro libro - 'Inconscio non rimosso e memoria implicita. Dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze'. Giunti. 2023- questa comunicazione preverbale aiuta lo sviluppo dell'emisfero destro del bambino prima di quello sinistro, suggerendo una superiorità della vita emozionale-affettiva rispetto ai processi analitici-decisionali-linguistici, e crea una differenza nei due sistemi di memoria, implicita (emisfero dx) ed esplicita.

Negli ultimi anni, come riportato nel libro appena citato, svariati autori hanno proposto una visione moderna della teoria dell'attaccamento, come forma di processo regolatorio che crea un substrato biologico di inconscio (memoria implicita) che rimane attivo nel corso della vita e in ogni ulteriore scambio sociale e di formazione della relazione, inclusa quella terapeutica. Questo nucleo implicito del Sé si codifica nell'emisfero destro, evolve nella interazione con un caregiver (la madre in origine), si sviluppa passando per stati preverbali e corporei. Attraverso una serie di modulazioni mimiche, tattili, propriocettive e una comunicazione prosodica e auditiva emotivamente intense, un caregiver può regolare, a livello隐的, gli stati di arousal del bambino. Questi eventi sono inscritti nella memoria implicita procedurale dell'emisfero destro, che matura precocemente, specializzato nella elaborazione delle informazioni visuo-spaziali e nell'apprendimento implicito, cioè quel processo che sottende tutti i fenomeni emotivi, inclusi quelli relazionali. Sulla base di tali osservazioni si può affermare che, entro il primo anno di vita, i circuiti cortico-sottocorticali lateralizzati a destra hanno impresso un modello operativo interno di attaccamento (memoria procedurale implicita) che regola inconsciamente le modalità affettive degli scambi interpersonali futuri di ogni individuo.

Ma allora, ritornando ancora una volta ai nostri due pazienti, cosa possiamo dire in ultima analisi? Certo, la curiosità entra in gioco, hanno visto uno sconosciuto che esibisce interesse verso di loro (e chi ha frequentato a lungo pazienti affetti da Demenza sa che sono in grado di cogliere questo aspetto) e si sono allontanati dal luogo in cui erano per avvicinarsi a me. Curiosità del nuovo e del possibile gratificante (d'altra parte la curiosità contiene quasi

sempre un nucleo di attesa positiva). Ma l'aspetto piacevole forse non è soltanto legato alla possibile comunicazione gestuale reciproca, pur se di grande rilievo perché fa vivere loro l'esperienza di essere soggetti di una relazione e non solo oggetti di cure o di iniziative altrui. Sulla base di quanto brevemente accennato poco fa viene da pensare che, con tali pazienti, i rapporti basati sulla mimica e gestualità quando emotivamente ricchi possano dare vitalità ad una memoria implicita (inconscio non rimosso, ben diverso da quello rimosso di freudiana memoria!), connessa all'esperienza di scambi del bambino tra le braccia della madre.

E in effetti, coloro che per anni si sono fatti carico di soggetti affetti da Demenza hanno una consolidata esperienza che molto spesso questi pazienti, in fase tardiva della malattia, si rivolgono al coniuge, alla figlia, al figlio, al caregiver formale chiamandoli ‘mamma’”.

-Allego alla newsletter il capitolo di **Leo Nahon** su: “**La partecipazione attiva come antidoto al decadimento: Il Noi partecipa, l’Io si chiude e si ammala**”, comparso nel volume: “Partecipazione, fondamento per il benessere e la coesione sociale” (Il Mulino) a cura di Carlo Sangalli e Marco Trabucchi. È un testo di grande importanza culturale, che fonda il nostro lavoro di cura.

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

-Il consueto pezzo di **Mauro Colombo**, che anche durante il periodo di riposo non ha dimenticato il suo contributo alla nostra newsletter, sempre di alto livello culturale. Il testo che segue è particolarmente significativo e originale!

“Battuto da entrambe le figlie ad un gioco da tavolo, la sera di Natale, ho ricevuto come graditissimo ‘premio di consolazione’, un libriccino che tra l’altro mi è tornato utile per questo ‘angolo’ da dopo-Epifania. Ad un certo punto, vi si parla dei ‘successi preterintenzionali’: eventi il cui esito favorevole va al di là di quanto immaginato, pur non trattandosi di puri ‘colpi di fortuna’, dato che il terreno ne era stato preparato in precedenza. Tra poche righe, l’arcano verrà svelato §.

Parto da un articolo di *Lancet Healthy Longevity* scritto da Autori di diverse provenienza [Stati Uniti, Iran, Cecoslovacchia] e profilo professionale [neurologia, cardiologia, epidemiologia, ostetricia-ginecologia], con affiliazioni anche multiple. L’argomento è chiaramente illustrato nel titolo, che, tradotto letteralmente, suona ‘**Associazioni tra esiti avversi della gravidanza e deterioramento cognitivo e demenza: una revisione sistematica e meta-analisi**’ [1].

L’articolo parte da una serie di premesse. Da una parte, è noto che le donne sono esposte ad un più alto rischio di demenza lungo l’arco della loro esistenza, vivono più anni con disabilità e vanno incontro ad una maggiore mortalità collegate alla demenza, rispetto agli uomini. D’altra parte, la prevalenza di eventi avversi correlati alla gravidanza – comprese ipertensione

e diabete gestazionali e pre-eclampsia – è in aumento. Ciò ha spinto, durante la scorsa decade, alla crescita di ricerche che hanno individuato per la ipertensione collegata alla gravidanza una associazione moderata con la demenza per tutte le cause, ma soprattutto un rischio triplicato di demenza vascolare. Viceversa, gli studi che hanno cercato collegamenti fra gli altri disturbi collegati alla gravidanza e la demenza sono scarsi, ed hanno fornito risultati contrastanti, anche per problemi metodologici.

Allo scopo di superare tali difficoltà, a partire da oltre 11.000 testi, gli Autori hanno sfruttato 15 pubblicazioni adatte per la rassegna sistematica, ed 11 per la meta-analisi: le casistiche assommavano rispettivamente ad oltre 7 e 6 milioni di soggetti.

Dopo aggiustamento per le variabili confondenti, una qualsiasi alterazione collegata alla gravidanza si associava ad un aumento del 32% del rischio di sviluppare una qualsiasi forma di demenza, del 26% per la demenza di Alzheimer, e del 94% per la demenza vascolare. Una anamnesi positiva per qualunque forma di ipertensione collegata alla gravidanza si associava ad un aumento del 32% del rischio di sviluppare una qualsiasi forma di demenza, e del 78% per la demenza vascolare, senza rapporti con la demenza di Alzheimer. Una storia di aborto non era associata a nessuna forma di demenza.

Se [1] si allinea con gli studi precedenti per quanto riguarda le problematiche ipertensive, nella discussione vengono segnalate questioni il cui rilievo trascende l'ambito specifico preso qui in questione. La discordanza rispetto alle ricerche che si sono basate sulla ‘randomizzazione mendeliana’ [MR] # - ricerche che non hanno dato luogo ad associazioni significative – può dipendere da alcuni limiti di tale metodica: in MR, la variabilità genetica può comprendere anche qualche effetto protettivo (‘pleiotropico’); non viene tenuta in conto una possibile interazione tra geni ed ambiente; la debolezza della associazione tra patrimoni genetici ed effettiva esposizione ai fattori di rischio può spingere verso risultati nulli in termini di esiti. Viceversa, gli studi osservazionali possono risentire maggiormente di vizi di misura e del mancato controllo di fattori confondenti, che possono portare ad una sovrastima dell'effetto.

Ritornando ai deterioramenti cognitivi di natura vascolare, approdiamo a quello che per me è stato un risultato ‘preterintenzionale’ §: la insistenza, in discussione, su fattori placentari coinvolti nella squilibrio angiogenico e nella disfunzione endoteliale [in gravidanza], cioè in alterazioni implicate nella fisiopatologia del deterioramento cognitivo e della demenza vascolari. Tanto è che il ‘Fattore di Crescita Placentare’ [Placental Growth Factor (PIGF)] – membro della famiglia dei fattori vascolari di crescita endoteliale – viene considerato oggi un biomarcatore del deterioramento cognitivo vascolare, in età avanzata [2]. PIGF è anche correlato con la quota di grovigli neurofibrillari, misurata in autopsie secondo la stadiazione di Braak [3]. Un gruppo di studiosi italiani e francesi ha misurato i livelli plasmatici di PIGF su circa 1600 persone di ambo i sessi, di età media  $52.5 \pm 19.7$  anni, residenti nel Cilento, replicando l'analisi su altri 400 soggetti, più giovani [4].

Sono possibili/probabili altri meccanismi a legare gli eventi avversi in gravidanza con la demenza di Alzheimer ad insorgenza tardiva. Dal 2014 è noto che la disregolazione degli enzimi proteolitici coinvolti nell'elaborazione della proteina precursore dell'amiloide è stata dimostrata essere coinvolta nella fisiopatologia della pre-eclampsia. L'infiammazione cronica potrebbe fornire un altro collegamento meccanicistico tra gli esiti avversi della gravidanza e la malattia di Alzheimer.

In ogni caso, si tratta della prima meta-analisi sull'argomento, che stimola a proseguire studi traslazionali con particolare rigore.

§ il libriccino donatomi è ‘Elogio dell’ignoranza e dell’errore’ [edizione Einaudi, 2024], di Gianrico Carofiglio, tra l’altro ex sostituto procuratore alla direzione distrettuale antimafia di Bari, ed ex senatore

# La MR – più volte richiamata negli ‘angoli’ a partire dalla tarda estate 2022 - è una tecnica statistica che combina dati genetici ed epidemiologici, che viene considerata analoga alle ricerche randomizzate controllate. Il rischio di sperimentare alcune esposizioni viene ‘allocato’ durante la combinazione genetica al momento del concepimento, per cui l’assortimento casuale degli alleli viene equiparato alla allocazione casuale prodotta dalla randomizzazione”.

[1] Miller, E. C., Conley, P., Alirezaei, M., Wolfova, K., Gonzales, M. M., Tan, Z. S., Tom, S. E., Yee, L. M., Brickman, A. M., & Bello, N. A. (2024). Associations between adverse pregnancy outcomes and cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Healthy longevity*, 5(12), 100660. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100660>

[2] Hinman, J. D., Elahi, F., Chong, D., Radabaugh, H., Ferguson, A., Maillard, P., Thompson, J. F., Rosenberg, G. A., Sagare, A., Moghekar, A., Lu, H., Lee, T., Wilcock, D., Satizabal, C. L., Tracy, R., Seshadri, S., Schwab, K., Helmer, K., Singh, H., Kivisäkk, P., ... Kramer, J. (2023). Placental growth factor as a sensitive biomarker for vascular cognitive impairment. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(8), 3519–3527. <https://doi.org/10.1002/alz.12974>

[3] Winder, Z., Sudduth, T. L., Anderson, S., Patel, E., Neltner, J., Martin, B. J., Snyder, K. E., Abner, E. L., Jicha, G. A., Nelson, P. T., & Wilcock, D. M. (2023). Examining the association between blood-based biomarkers and human post mortem neuropathology in the University of Kentucky Alzheimer's Disease Research Center autopsy cohort. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(1), 67–78. <https://doi.org/10.1002/alz.12639>

[4] Ruggiero, D., Nutile, T., Nappo, S., Tirozzi, A., Bellenguez, C., Leutenegger, A. L., & Ciullo, M. (2021). Genetics of PIGF plasma levels highlights a role of its receptors and supports the link between angiogenesis and immunity. *Scientific reports*, 11(1), 16821. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96256-0>

-JAMDA di dicembre pubblica un lavoro sulla **prescrizione di farmaci antipsicotici nelle residenze per anziani**. Ho chiesto ad **Angelo Bianchetti**, segretario generale AIP e grande esperto di cura delle demenze, di commentare il lavoro.

“JAMDA ha recentemente pubblicato un interessante lavoro o studio sugli effetti della riduzione dell'uso di antipsicotici nelle nursing homes sulla mortalità e rischio di ospedalizzazione nelle persone con demenza (Zullo AR et al. Effects of Nursing Home Changes in Antipsychotic Use on Outcomes among Residents with Dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2025 Jan 10;26(3):105439.). Lo studio osservazionale è stato condotto sulle NH degli USA utilizzando i dati di Medicare dal 2010 al 2017 ed ha coinvolto oltre 3 milioni di residenti. Lo studio ha dimostrato che la riduzione dell'uso di antipsicotici non ha migliorato significativamente gli esiti di mortalità e ospedalizzazione. I rischi di mortalità e ospedalizzazione risultano infatti simili tra coloro che hanno ridotto l'uso di antipsicotici (1 milione 360 mila residenti) rispetto a quelli che lo hanno mantenuto o aumentato ((1 milione 645 mila persone). Il rischio di morte a un anno risulta del 32% in entrambe i campioni. Il rischio di ospedalizzazione a un anno è del 28% nei due campioni. Nei soggetti che hanno ridotto l'uso di antipsicotici, è stato osservato un aumento nell'uso di antidepressivi, ansiolitici/sedativi-ipnotici, anticonvulsivanti/stabilizzatori dell'umore e farmaci antidemenza. Gli autori concludono che ‘le National Partnership per ridurre l'uso di antipsicotici nelle Nursing Homes non hanno migliorato gli outcomes per i residenti a lungo termine con demenza’.

Lo studio contraddice precedenti risultati di numerosi lavori che mostravano un aumento di mortalità, stroke e infarto del miocardio, fratture associato all'uso di antipsicotici in soggetti con demenza (tra gli altri Zivkovic S, et al. Antipsychotic drug use and risk of stroke and myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatr.* 2019;19:189; Basciotta M et al. Antipsychotics and the risk of mortality or cardiopulmonary arrest in hospitalized adults. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:544e550; Rigler SK et al. Fracture risk in nursing home residents initiating antipsychotic medications. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61: 715e722; Schneider LS et al. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA.* 2005;294:1934e1943) e, pur con le limitazioni segnalate dagli autori (i dati potrebbero non essere generalizzati a soggetti a breve termine o non coperti da Medicare, lo studio è osservazionale e non tutte le variabili associate al rischio di mortalità sono state considerate, le modalità operative delle NH possono essere diverse e difficilmente controllabili) permette di trarre alcune considerazioni:

a) Le iniziative rivolte solo alla riduzione dell'uso degli antipsicotici non sono sufficienti a ridurre mortalità e ospedalizzazione per i residenti con demenza. Si determina un passaggio da una classe di farmaci ad altre senza evidentemente ridurre o abolire i rischi. Sono necessarie strategie che incorporino alternative non farmacologiche o farmacologiche sicure ed efficaci per gestire i BPSD.

b) Vi è stata forse negli anni passati una enfasi eccessiva sui danni provocati dagli antipsicotici nei soggetti con demenza e disturbi neuropsichici senza una ricerca adeguata di alternative (farmacologiche e non) in grado di contrastare sintomi fortemente disturbati per la persona malata, per i caregivers e che rendono difficile la convivenza in strutture residenziali quali le NH e RSA.

c) La presenza di BPSD è di per se, indipendentemente dal trattamento un indice di maggiore severità di malattia e di aumento di rischio di mortalità; quindi i nostri sforzi dovrebbero essere sull'evitare la comparsa di questi disturbi.

Naturalmente i dati andranno confermati, ma un atteggiamento meno dogmatico sull'uso degli antipsicotici e in generale sui trattamenti farmacologici per i disturbi psico comportamentali nelle persone con demenza è forse necessario”.

Alle **osservazioni** di Bianchetti si sono associate quelle del **Prof. Giuseppe Bellelli**. Ringrazio i colleghi per la loro disponibilità e intelligente e colta attenzione ad aspetti fondamentali della vita nelle RSA.

“Ho riletto il paper e ribadisco le mie perplessità sui finding. Vado nell'ordine:

1) i criteri per definire i gruppi ‘reduction vs maintaining’ sono a mio avviso discutibili. Il gruppo ‘reduction’ era definito in base ad una riduzione di qualsiasi % del farmaco all'ultimo giorno di osservazione. Cosa significhi una riduzione dell’1% di un antipsicotico in termini clinici; mi sembra francamente solo un artificio statistico.

2) gli AP non sembrano impattare sulla mortalità a 12 mesi ma nel gruppo reduction vi era un maggior utilizzo di benzodiazepine, antidepressivi, mood stabilizers, anti dementia drugs etc. come interpretare questo dato? Quanti pazienti avevano dual prescription (due AP, 1 AP + altro, ecc.)?

3) la randomization non avveniva per NH resident ma per cluster, cioè per nursing home. Non si capisce dall'articolo come sia stata verificata l'adesione ai protocolli di riduzione degli AP all'interno delle singole NH. Questo è un grande limite dello studio che in effetti viene citato dagli autori.

Nel complesso, l'articolo non mi sembra un masterpiece. E francamente devo dire che non credo che il tema dell'evitamento degli antipsicotici sia solo una moda. Esistono decine di lavori che ne supportano il rischio oltre che linee guida e statement di società scientifiche che ne raccomandano un uso cauto.

Io per ora resto dell'idea che è preferibile non usare né BDZ né AP, ove possibile”.

#### **ASPECTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

-Con grande piacere allego i programmi dei **prossimi congressi regionali AIP**. Sono una concreta testimonianza della grande vivacità della nostra Associazione e del suo impegno culturale.

**Messina (31.1)**

**Roma (14.2)**

**Cosenza (15.2)**

Anche altri eventi regionali sono in programma prima del Congresso Nazionale e verranno riportati nella newsletter.

Allego il programma di due convegni di particolare interesse, il primo a **Bologna** su “**Innovare l’assistenza agli anziani in pronto soccorso: il team geriatrico come motore di cambiamento**” (3/2), il secondo a **San Giovanni Lupatoto** su “**L’anziano fragile e l’assistenza a lungo termine: tempesta perfetta o complessità da fronteggiare?**” (12/2).

Un saluto con tanta stima e amicizia,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 31 gennaio 2025**

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Alcune considerazioni attorno all'articolo sulle suore anziane
- Presentazione del volume “Meglio a casa?” della Fondazione Ravasi Garzanti
- Il contributo di Silvano Corli
- Le linee guida italiane per le demenze e il ruolo dell’ISS

### ***QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA***

- Mauro Colombo: la segregazione scolastica e le funzioni cognitive

### ***ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA***

- La formazione degli oss

Amiche, amici,

### ***ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE***

- Di seguito due **commenti ricevuti** dopo la pubblicazione dell'articolo sulle **suore anziane e ammalate**. L'attenzione al problema testimonia l'apertura dell'Associazione ai problemi posti dall'invecchiamento delle nostre concittadine e dei nostri concittadini, qualsiasi sia la loro condizione di vita.

**Stefano Boffelli** ha inviato le considerazioni che seguono:

“La prima,

il ricovero di questi giorni della mia ex caposala, suor Agostina, che ha compiuto 92 anni nel suo reparto di geriatria, ricoverata per una infezione respiratoria.

Alla competenza nella cura medica, abbiamo associato la riconoscenza ed affetto per la persona che ci ha fatto da madre (e qualche volta anche da padre) nei nostri anni di lavoro, e

condiviso con lei la preghiera (e anche la festa di compleanno). Riconoscenza ed affetto che hanno certamente contribuito al suo rapido recupero (come dire, tutto torna...)

La seconda,

il riconoscimento del ruolo e della sua valenza spirituale. Sul programma del nostro computer in ospedale, non si può sapere se la persona ricoverata è laico o religioso (prete o suora). Eppure fa la differenza. In termini di approccio, cura, confidenza, spiritualità.

Per fortuna, il file dell'elenco delle persone malate è in word, e quindi possiamo scrivere Don Marco Rossi, Suor Adele Verdi, per capire con chi ci stiamo approcciando...e comportarci di conseguenza.

La terza,

per la spiritualità.

Negli ultimi mesi del 2024 abbiamo discusso, nel webinar nazionale del caffè Alzheimer, della necessità di considerare aspetti importanti della vita, quali religiosità e spiritualità.

Le persone con demenza nei caffè Alzheimer devono dimenticare la loro cultura religiosa e spiritualità, o è bene indagarle e asseendarle, riprenderle, mantenerle?

Io credo fortemente che facciano parte del loro DNA dalla nascita, e che considerarle sia parte della cura. E del rispetto che dobbiamo loro”.

**Luigi Pernigotti** narra in modo realistico, ma allo stesso tempo intenso e romantico, il suo rapporto con il mondo delle religiose.

“Non so se la mia si possa chiamare esperienza di medico di religiosi.

Da bambino Suor Teresina prendeva un batuffolo di cotone, lo imbeveva nell'alcool e me lo metteva in mano, sotto lo sguardo di mio padre, raccomandava ‘quando esci non appoggiarti sui corrimano delle scale, sono toccati da tutti puoi infettarti’, poi rovistava sotto la sua veste larga, enorme, dalla quale sollevava un gran mazzo di chiavi legate alla cintura, si avvicinava alla scrivania, con una piccola chiave apriva il cassetto e prendeva una caramella, me la metteva nelle mani, evitando che mio padre vedesse, usciva dalla stanza con mio padre, ‘aspettaci qui’. Ero in una stanza con soffitti molto alti, una grande finestra, entrando, all'inizio di un lungo e largo corridoio con tante finestre, leggevo CAPOSALA. Questa scena si ripeteva in tutti quei giorni quando avevo come premio il permesso di accompagnare mio padre, medico, in ospedale, quando vi si recava al pomeriggio, alla quotidiana CONTROVISITA.

Non so cosa pensassi allora, bambino che era alle elementari.

La suora aveva il cappellone.

Dopo il lungo corridoio si apriva un salone, pieno di letti, la corsia.

Ciò che è certo: di quel mondo non avevo impatto di sofferenza, ma di rispetto, di obbligo a comportarsi senza correre, di un fare ordinato, forse anche di qualcosa di rituale, dal carrello che emanava il profumo della camomilla, alla suora inginocchiata, all'ingresso della corsia silenziosa, recitando la preghiera della sera.

Avevo tratto da parole di mio padre, un senso particolare. Il senso di una superiorità che non mi intimoriva, ma mi presentava un mestiere difficile da comprendere per un bambino nei cui compiti c'erano tante tracce di matita rossa che segnava gli errori: il medico non può fare mai sbagli.

Ho 50 anni di professione, all'inizio della mia vita le suore portavano un abito che aveva il segno del cappellone, la 'cornetta'.

All'inizio della mia professione, medico dell'infermeria delle Suore di San Vincenzo, con la Madre Provinciale ho iniziato a comprendere come il fare nel Mondo possa e debba essere segnato da considerazioni allargate che colgano tutti gli elementi dell'esistenza, anche quelli dell'abito. La modernizzazione della Chiesa, al Concilio Vaticano II, dettava una semplificazione dell'abito della suora. La sede di comando dell'Ordine Vincenziano introduceva nuovi disegni della veste, li fece contattando l'"atelier Dior di Parigi": un controsenso? nemmeno per idea 'il lusso si deve ispirare al bello; perché chi si confronta con la povertà non dovrebbe cercare di arricchirla anche con la bellezza di chi si avvicina ad essa per darti aiuto? perché il povero deve odiare chi lo non è, e lo aiuta?'

Pragmaticamente c'era anche il senso di cercare modi di attrazione alla vocazione che anche nell'abito aveva, nel passato, trovato lo spunto e forse lo stava perdendo.

Erano tempi di confronti nei quali il giovane medico esponeva alla Superiora il pericolo della Depressione delle suore colpite dal cambiamento dell'abito. Pur ricordando Suor Teresina che aveva la 'cornetta', giovane medico del convento, iniziavo a pensare di esser di fronte a un Mondo che cambiava, di aperture dalla clausura, di segni che stimolavano a ricercare il contatto con la spiritualità, anche in quella più intima, nell'essere insieme all'altro, ai malati da curare nelle loro case.

Conobbi a quei tempi come riconoscere che in alcune buone donne, giunte al velo, la mente poteva essere offuscata da delirio, rivestito da religiosità, misconosciuto. Ebbi i primi miei risultati di cure che trasformarono la malattia in sensi d'amore per gli altri, reali e non più fantastici.

Quando un po' meno giovane medico, dirigivo corsie di un ospizio, antesignano di RSA, l'istituto Geriatrico Carlo Alberto, trovai la mia Suor Felicita, in prima fila, agguerrita, contro il Sindacato perché il lavoro dei cuochi si allungasse in modo da variare l'orario della cena dalle 5 del pomeriggio alle 6, dando un ora di vita in più ogni giorno ai ricoverati.

Lavoro ancora con i religiosi, 'sopravvissuti' dopo decenni di esistenza in terre lontane: I missionari della Consolata che curano nel loro ritiro nella RSA di loro proprietà, aperta ai laici.

Quel bambino, poi medico giovane, diventato esperto di vecchiaia ha fatto riflessioni su quanto sia variabile, vario e multiforme il vivere in RSA. Ha tentato cambiamenti dei principi organizzativi. Una RSA dedicata a loro soli, può richiedere la bellezza di una chiesa più grande, di riservatezze per rituali particolari, ma non può solo così tener conto delle diversificazioni del loro bisogno di cura.

La RSA quando è pensata, come nei fatti programmatici ed economici sanitari, quale organizzazione non diversificata, luogo per prendersi cura di un insieme di persone ricoverate per un bisogno comune di provvedimenti per gravi condizioni di non autosufficienza è disumanizzante le molteplici individualità. Così pensata la RSA serve a sviluppare un riduzionistico stereotipo di risposta, diviene uno stimolo ad una unicità di tipo di lavoro.

La mia RSA è realizzata con l'idealizzazione di un luogo esercitato a funzionare con obiettivi che riflettano modi diversi di finalizzare il lavoro.

La *Prova di nova esistenza*. Il provare a disegnare da parte del geriatra, dalle diagnosi e dai bisogni, l'individuazione di quale debba essere il fine delle cure, da quelle rivolte a superare acutizzazioni a quelle che non modificano la malattia ma tutte con la centralità di qualità di vita, curandoti per andare a casa in quella nuova o in quella vecchia, quando se ci provi puoi trovare, qualche volta cure che lo consentano.

Ci ho provato con tristi missionari che non riuscivano a dimenticare i profumi e i suoni delle loro terre di lavoro: la Regola monastica glielo impediva, allora abbiamo riempito la RSA con zebre, giraffe, fenicotteri...bellissime fotografie...ma la foresta era presente nei loro occhi, non le immagini... il richiamo virtuale, pur bello, per gli altri, per loro non serviva: un insegnamento, non sono sufficienti colori per ricolorare l'animo.

La *Facilitazione*. Un approccio riattivante e riabilitante la motorietà, spesso immodificabile ma che può trovare compensi.

Il *Pallia*. Il concentrarsi su cure attive delle malattie che passano dal crepuscolo dell'esistenza alla fine della vita.

Il *Bene*. Involgimento di un ambiente e di comportamenti medici, assistenziali, ecologici, nel tentativo di stimolare rinnovamenti emozionali nella selva oscura nella quale si ritrova chi perde la mente.

Nei religiosi missionari: che difficoltà!

Si riconosce un'esperienza di solitudine particolare.

Per anni e decenni, in terre lontane con il voto di vivere in mezzo agli altri, ma abituati a fare per gli altri, più che a stare insieme con gli altri.

Chi erano i loro altri... quelli ai quali rendere la vita più igienica, difenderli dagli agguati, costruire case e chiese, insegnare agricoltura, organizzarli per le convivenze...

In fondo erano soli, in mezzo agli altri, e oggi ancor di più perché hanno l'angoscia di un corpo che non gli permette più di fare

Per anni hanno avuto l'idea che il significato dell'esistenza fosse declinare l'amore per il prossimo nel fare per l'altro, un modo diverso di essere empatico, non amico ma utile operaio, così hanno perso la capacità di essere empatici con la sola vicinanza senza opere: se non operi la solitudine ti fa sprofondare.

Chi gli è vicino, il medico gli dà gratificazione solo se può rimettergli a posto il corpo, ma il medico non può far recuperare la foresta, che forse non esiste più: gli dà un presente, che gli permette di camminare ma loro vivono nel passato. Una coscienza onirica prevale in loro, si 'sentono male' perché le gambe gli servono più per andare nella foresta.

È arduo curarli.

Ne deriva un insegnamento: può esistere una particolare corpificazione della spiritualità che il medico riduzionistico ha difficoltà a comprendere non riuscendo a scotomizzarla da un disturbo somatiforme.

Non so se ho fatto esperienza di medico dei religiosi, ma ho avuto esperienza di insegnamenti, anche nella vicinanza a religiosi

Dal non dimenticarsi delle infezioni... al sapere che non può mai sbagliare, nel rispettare, con la dedizione, la dignità del lavoro che è passione di non smettere mai di dubitare di non sapere, quando ti avvicini all'altro.

Ecco cosa significa che il medico non puoi mai sbagliare, nel comportarsi come se le sue conoscenze fossero sempre insufficienti.

Non so se ho avuto esperienza di medico dei religiosi, ma nell'essere un loro medico ho avuto esperienza di pezzi importanti su cosa è la vita: non le preghiere, ma le azioni sono preghiere".

-Ho chiesto alla professoressa **Elisabetta Donati** di pubblicare la **prefazione** da lei predisposta al volume: **"Meglio a Casa? L'impatto economico e sociale dell'assistenza domiciliare per le persone anziane con demenza nell'area metropolitana di Milano"**, edito dalla Fondazione Ravasi Garzanti. È un volume di alta qualità, sia sul piano informativo sia su quello delle considerazioni generali correlate all'assistenza domiciliare, uno dei grandi problemi del nostro tempo, ancora alla ricerca delle migliori modalità operative.

"Nel secolo scorso è divenuto via via evidente che l'equilibrio fra domanda e offerta di cura entro la famiglia è profondamente cambiato in tutti i paesi occidentali: da una situazione in cui le domande di cura in famiglia e nella rete parentale provenivano principalmente dai bambini si è passati a una in cui, in diverse fasi del corso della vita adulta, ma a volte anche in contemporanea, esse provengono sia dai bambini che dai genitori anziani parzialmente o non del tutto autosufficienti.

Così, aver bisogno di cura e prendersi cura sono divenute esperienze ricorrenti nel corso di vita e non più limitate a specifiche fasi, come l'avere figli piccoli (1).

La conseguenza è il problema del *care deficit*, tema ampiamente analizzato dalla letteratura, che richiede la ridefinizione delle responsabilità pubbliche e private per la cura fra Stato, famiglie, mercato e Terzo settore. In particolare le famiglie, su cui si sofferma la presente ricerca, sono chiamate ad assumere nuove strategie in risposta alle risorse esistenti, ai conflitti di tempo e al sovraccarico di ruoli. Nel contempo, in un contesto di Welfare altamente familiarizzato quale quello italiano, gli scambi di cura cui le famiglie danno vita stanno generando nuove forme di dipendenza e interdipendenza fra le generazioni.

Da diverso tempo Fondazione Ravasi Garzanti (2) opera a fianco di famiglie milanesi che gestiscono al proprio domicilio l'assistenza di persone anziane con malattia di Alzheimer. Questo progetto, attivo da circa 15 anni, è evoluto in una nuova offerta di servizi, costruita in partnership con diverse realtà competenti del Terzo settore: ne è scaturito un catalogo dettagliato di esperienze e competenze reso disponibile alle famiglie milanesi che vivono a contatto con la demenza e agli enti che se ne occupano, condividendone il patrimonio sociale e collettivo.

L'evoluzione del percorso è stata accompagnata da una maturazione di domande inerenti gli assetti della cura che l'operare con le famiglie permette di osservare e comprendere. In particolare, nel periodo pandemico si sono rese ancora più acute le domande provenienti dai familiari circa le necessità di garantire una buona assistenza ai propri cari, non potendo contare in quei mesi sull'integrazione di altri servizi e professionisti e avvertendo la cattiva reputazione che andava a colpire le strutture residenziali, meglio note come RSA.

Da più parti si sentiva ripetere che la soluzione ottimale della gestione della non autosufficienza, anche di quella gravata da patologie cognitive, fosse la casa, non importa se in quei terribili mesi anche le abitazioni risentivano degli stessi rischi di contagio e delle stesse mancanze di supporti e dispositivi che causavano i decessi nelle strutture residenziali. Addirittura, qualcuno ipotizzava la chiusura delle RSA a vantaggio di un'assistenza domiciliare come unico modello di cura adeguato per persone anziane molto compromesse.

La fine della pandemia ha lasciato aperte le questioni inerenti la gestione della non autosufficienza in Italia, nonostante i recenti provvedimenti legislativi. Lo stesso modello di cura ampiamente diffuso nei Paesi a Welfare evoluto ed esteso anche a tutti i livelli e strati della popolazione italiana, quale l'*ageing in place* (OECD 1994), che prevede come soluzione ottimale che la persona anziana fragile rimanga in famiglia, sia curata a casa, possibilmente nella propria abitazione, si basa sull'assunzione di un assetto di solidarietà familiare e parentale esistente (e che funziona) e di una distribuzione adeguata in termini di risorse e accesso a servizi territoriali.

Le vecchie questioni, ovvero il fatto che la cura delle persone anziane si presenta già nel nostro paese come un vero e proprio *family affair* (Szinovacz e Davey, 2008) dal momento che quasi il 90% degli over 65 non autosufficienti viene assistito a casa, senza un'adeguata contro-

bilanciatura in termini di sviluppo dei servizi domiciliari, paiono rimanere con forza auto riproduttiva nonostante le evidenze che strategie di cura fortemente centrate sulla famiglia mantengono inalterate le diseguaglianze sociali e che l'intrappolamento dei caregiver in forti e perduranti obbligazioni rende loro difficile far scaturire capacità di agency per superare fasi e transizioni complicate.

Queste tematiche hanno trovato riscontro anche nelle attività del gruppo di ricerca del CERGAS SDA Bocconi che si occupa di analizzare il settore dell'assistenza agli anziani. Grazie al contributo di Fondazione Ravasi Garzanti, i ricercatori CERGAS SDA Bocconi hanno dato vita al percorso di ricerca Meglio a Casa? i cui esiti sono presentati in questo volume.

Meglio a casa? è una domanda diffusa che coinvolge strategie, risorse, emozioni degli attuali anziani e dei loro familiari e di coloro che lo diventeranno. Afferisce al tema più ampio dei bisogni di cura e dei diritti umani e di come le comunità dovrebbero garantire il rispetto della dignità umana attraverso politiche abilitanti (3). La ricerca si propone di dare visibilità alla complessità della cura, scegliendo di analizzare gli impatti economici e sociali dell'assistenza al domicilio di persone anziane non autosufficienti.

La domiciliarità non è un mondo separato ma una ‘nicchia ecologica’, un luogo di passaggio fra esterno e interno, fra pubblico e privato; si situa sul crinale anche in tema di umanizzazione della cura, dal momento che la personalizzazione che si vuole assicurare alla persona malata – che perde proprio la sua storia – ha spesso un contraltare nella spersonalizzazione del caregiver principale, intesa come spoliazione dal suo mondo personale, familiare, professionale, relazionale. Vi sono coinvolte esistenze diverse: la cura è scambio di molte mani che disegnano intrecci complessi e dinamici di interdipendenze, relazioni che oltre all'assistenza coinvolgono aspetti affettivi ed emotivi, compresi assetti economici e finanziari.

Per raccogliere dati puntuali e riferiti a situazioni concrete si è scelto di mettere al centro della ricerca le persone over 65 residenti a Milano con demenza e assistite al domicilio, dando voce ai caregiver familiari (e non solo): si sono interpellate circa 100 famiglie utilizzando disegni sperimentali molto innovativi. Si sono unite due prospettive di analisi: i bisogni delle famiglie – analizzati attraverso diversi strumenti di rilevazione quali questionari sulla qualità della vita percepita, sui costi economici e sociali connessi ed esperimenti a scelta discreta, a cui si sono aggiunte una decina di interviste semi-strutturate; l'offerta degli enti fornitori di servizi per capire le necessità percepite e le soluzioni offerte, i bisogni scoperti dalla rete esistente e le prospettive di innovazione e collaborazione tra differenti attori.

Dall'incontro delle due linee di ricerca è emerso un quadro di forte protagonismo degli attori familiari, stretto fra il peso delle molte responsabilità e l'inadeguatezza delle risposte pubbliche, ma ricco di importanti indicazioni per disegnare soluzioni innovative alleate della loro esperienza.

Dove vanno pensate? Soprattutto nella fase iniziale della malattia, quella fase più contrassegnata da un eroico fai da te dei caregiver che si addentrano in una terra piena di

incognite, mossi dall'urgenza di trovare risposte e quindi impossibilitati a cercare informazioni sempre molto scarse e frammentate. Si viene a generare una sorta di imprinting delle strategie di cura che va poi a caratterizzare le modalità delle scelte successive, nella logica incrementale della patologia. L'assenza di uno scambio con l'esterno, dove i familiari possano rielaborare le loro strategie ed esperienze, accentua quella internalizzazione delle responsabilità della cura che rende acuta la percezione di trovarsi all'incrocio di vite obbligate e sospese. Nello stesso tempo, la ricerca ci consegna profili di adulti, soprattutto di donne adulte, che attingendo a plurimi linguaggi, a 'serbatoi di tenerezza e plasticità' (Malabou, 2007) riescono ad adattarsi alle sequenze della malattia, a riconoscere quei 'quotidiani arabeschi' (4) sparsi dai loro cari assistiti, ad apprendere codici appropriati per fare domande più puntuali. Adulti che vanno sostenuti e riconosciuti affinché le competenze della cura acquisite traccino sentieri per i loro progetti di vita futuri, ritagliati anche sulle loro misure".

1 Donati E., Naldini M. (2012). Generazioni e scambi di cura in Naldini M., Solera C., Torrioni P.M. (a cura di), Corsi di vita e generazioni, Il Mulino

2 Fondazione Ravasi Garzanti, <https://www.fondazioneravasi-garzanti.org>

3 Nussbaum M.C. (2002). Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone, Il Mulino

4 Micheli G. (2016). Quella gran confusione mentale. Alzheimer: il caso dei giovani anziani fragili. Franco Angeli

-Continua la pubblicazione dei **contributi molto significativi di Silvano Corli.**

"La mano di Nicodemo

Era entrata nel mio studio con una domanda di cui conosceva già la risposta. 'Ma noi dobbiamo prenderci cura di chi?' Era ovvio che non si metteva in discussione la dovuta attenzione agli ospiti della nostra RSA. Erano i familiari, con le loro ansie, i loro desideri e aspettative a costituire l'aspetto problematico.

Spettava a noi occuparci anche delle loro fatiche, delle domande inespresse, del loro bisogno di sostegno e condivisione? Dovevamo farci carico di scelte assistenziali che rispondevano più a una loro esigenza che ad una reale necessità dell'ospite?

Il pensiero è andato a Firenze. Museo dell'Opera del Duomo.

Lì è custodita una delle tre Pietà di Michelangelo. Diversa dall'opera giovanile presente in San Pietro e dalla Pietà Rondanini a Milano a cui si è dedicato negli ultimi anni di vita. La Pietà Bandini ci presenta la figura di Cristo sorretta da Nicodemo, da Maria e dalla Maddalena, apparentemente tutti impegnati a sostenere il corpo deposto dalla croce.

Apparentemente. Cambiando prospettiva è possibile cogliere un particolare non immediato: la mano sinistra di Nicodemo non tocca il corpo di Gesù ma è posta, delicatamente, a sostegno di Maria.

È ciò che è chiesto anche ai Nicodemo di oggi: prendersi Cura del corpo familiare perché possa continuare ad essere con noi soggetto di Cura.

La mia dottoressa lo sapeva già”.

-Age and Aging di gennaio pubblica un editoriale di **commento alle due nuove linee guida nazionali sulle demenze, quelle scozzesi e quelle italiane**. Gli autori australiani valorizzano i due documenti, che rappresentano “important milestones” per permettere un miglioramento della qualità della cura. È un riconoscimento del valore e dell’importanza del lavoro compiuto in questi anni dal gruppo di lavoro dell’**Istituto Superiore di Sanità**, guidati con grande competenza e determinazione da Nicola Vanacore, al quale va il ringraziamento più convinto da parte di tutti quelli che oggi sono impegnati nella cura delle persone affette da demenza. [<https://academic.oup.com/ageing/article/54/1/afaf005/7966736>]

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**-Mauro Colombo** affronta con la consueta competenza il tema della **segregazione scolastica** in rapporto con la **funzione cognitiva nel tempo**:

“Riprendo un argomento trattato la scorsa estate, stimolato – oltre che dal titolo – dal richiamo di alcuni Autori che seguo volentieri, in particolare Thomas Gill. L’argomento riguarda l’esito cognitivo a distanza di tempo della segregazione scolastica; l’articolo è stato pubblicato su *JAMA Network Open* il 3 gennaio 2025 [1]; il primo Autore (Zhuoer Lin) è affiliato alla scuola di sanità pubblica dell’Università di Chicago, mentre gli altri 3 Autori (compreso Gill) provengono dalla Università di New Haven in Connecticut.

Il lavoro parte da due premesse generali:

Prove in corso di accumulazione sottolineano la profonda influenza delle circostanze avverse della prima infanzia sullo sviluppo del cervello e sul declino cognitivo nel corso della vita

I disturbi cognitivi hanno un impatto sproporzionato sulle popolazioni svantaggiate

Ulteriori premesse riguardano specificatamente la questione scolastica:

L’ambiente scolastico influisce non solo sui risultati in termini di rendimento, ma plasma anche la stessa esperienza educativa in termini di qualità

In ogni caso, una condizione di disagio, che limiti le opportunità di apprendimento e le attività scolastiche, può ostacolare lo sviluppo neurologico attraverso meccanismi di stress cronico e di disregolazioni metaboliche

La segregazione scolastica – su base razziale – può esercitare effetti particolarmente profondi sulla cognitività

Su quest'ultimo punto rimangono però perplessità metodologiche: gli studi precedenti si sono basati su misure di segregazione indirette, su dati auto-riferiti, su campioni non rappresentativi del quadro nazionale, prestando scarsa attenzione sugli esiti cognitivi in età avanzata.

Allo scopo di superare questi limiti, gli Autori hanno studiato i dati formali sulla segregazione relativi ad oltre 20.000 allievi di scuole elementari pubbliche durante gli anni '60 ed i primi '70, poi partecipanti allo studio sulla salute dei pensionati statunitensi. Lo 'Health Retirement Study' è rappresentativo degli ultra50enni USA: per l'occasione, sono stati presi in considerazione soggetti che avevano compiuto i 65 anni tra il 1995 ed il 2018 [quindi prima della sindemia COVID-19], per 1/6 neri non-ispanici.

La segregazione scolastica è stata misurata oggettivamente mediante lo 'indice di dissimilarità', che indica la percentuale di bambini neri che avrebbero bisogno di trasferirsi in una scuola diversa per ottenere una distribuzione equa di studenti neri e bianchi tra le scuole di un'area metropolitana. In un ambito tra 0 e 100, valori più alti depongono per una maggiore segregazione.

La cognitività è stata misurata mediante una scala somministrata telefonicamente, che riflette la cognitività globale. La 'Telephone Interview for Cognitive Status' valuta memoria, velocità di processazione e memoria di lavoro su 27 punti: punteggi inferiori a 12 depongono per deterioramento cognitivo ed inferiori a 7 per demenza. Una misura quantitativa succedanea basata su chi è prossimo al partecipante è stata adoperata per chi era impossibilitato a completare l'intervista telefonica.

Quali covariate e mediatori, oltre a dati socio-demografici, sulla scia delle indicazioni fornite dal rapporto 2024 della Commissione Lancet sulla demenza, sono stati presi in considerazione gli esiti scolastici nella infanzia, e fattori sanitari modificabili nella età di mezzo, con particolare riguardo ad ipertensione arteriosa, diabete mellito, cardiopatie, disturbi psichiatrici, obesità e tabagismo [informazioni per le quali i dati mancanti erano minimi].

L'età media del campione – bilanciato tra i sessi – era 75,6 ( $\pm 7,5$ ) anni; l'indice medio di dissimilarità era pari a 79,9 ( $\pm 5,7$ ); i partecipanti provenienti dagli stati a più alto livello di segregazione [appartenenti al quintile superiore dell'indice di dissimilarità] vedevano una maggiore rappresentazione di neri non-ispanici (26,4% vs 11,2%), scolarità più bassa, peggiori condizioni sanitarie.

I partecipanti esposti durante l'infanzia alla segregazione più netta [quintile superiore] raggiungevano punteggi cognitivi più bassi ( $13,6 \pm 4,9$  vs  $14,5 \pm 4,5$ ) mentre andavano incontro più frequentemente a deterioramento cognitivo (37 vs 28%) e demenza (14,1 vs 9,3%). Al confronto fra i 5 quintili di segregazione, i soggetti più emarginati erano sproporzionalmente meno prestanti sul piano cognitivo: lo svantaggio a carico dei più vulnerabili è ben visibile nelle figure, che indicano anche come la associazione tra indice di dissimilarità ed esiti

cognitivi valga statisticamente solo per i partecipanti neri non-ispanici, e non per quelli bianchi.

Indicazioni importanti provengono dalla analisi di mediazione: la forza delle associazioni veniva attenuata introducendo come mediatore il livello di scolarità conseguita, ma non le condizioni di salute a mezza età [ed anche qui le figure parlano chiaro].

Se da un lato [1] è il primo studio a collegare basi di dati oggettivi relativi ad un campione rappresentativo di anziani statunitensi, la linea di fondo dei suoi risultati si allinea con altre recenti indagini – da parte dei medesimi Autori [oltre all'editoriale di accompagnamento (sempre su giornali della ‘famiglia’ JAMA)] - secondo cui circostanze meno favorevoli nella prima infanzia sono associate a disparità razziali clinicamente significative nella cognizione in età avanzata [2,3].

La segregazione razziale è abbinata a minore qualità educativa in termini di risorse didattiche, numerosità delle classi, ricambio degli insegnanti, attività fisica e mensa, con ricadute sullo sviluppo neurologico. Anche se pure gli alunni bianchi di ambienti ad elevata segregazione condividono le medesime circostanze sfavorevoli, secondo gli Autori la mancata esposizione al clima di razzismo potrebbe spiegare il mancato impatto della segregazione sulla loro condizione cognitiva ad età avanzata.

Quanto alla mancata attenuazione da parte dei fattori sanitari nella età di mezzo della associazione fra segregazione scolastica ed esiti cognitivi remoti, gli Autori ritengono che il livello di scolarità conseguito racchiuda già gran parte dell'impatto di questi fattori di rischio della mezza età sulla cognizione.

PS: per quali motivi sono tornato sull'argomento?

Motivi gerontologici: nell’‘angolo’ estivo avevo sottolineato come la discriminazione possa lasciare impronte epigenetiche avverse, con ricadute nocive a varie distanze di tempo

Motivi civili: se è evidente che i risultati di una indagine compiuta negli USA non sono immediatamente trasferibili alla realtà nostrana, resta la [mia] preoccupazione per il saltuario riaffiorare di proposte di ‘differenziare’ le classi, a scuola.

Motivi familiari: partecipo indirettamente del mondo della scuola, cui mia moglie ha dedicato con passione ed impegno 40 anni della sua vita. Provo una certa apprensione di fronte a millantati rivolgimenti / ripristini dell’ordinamento scolastico, da parte di ministri più o meno competenti, senza tenere in conto di quanto già messo in pratica grazie all’autonomia didattica [vedi l’esempio dell’ora di latino facoltativa alle scuole medie, di cui entrambe le mie figlie si sono giovate, oltre 20 anni fa ...]. Suggerisco di dedicare 15’ all’ascolto della intervista ad Eraldo Affinati nella rubrica ‘Fahrescuola’ in ‘Fahrenheit’ di lunedì pomeriggio 20 gennaio 2025, disponibile via podcast su Radio RAI 3”.

[1] Lin Z, Wang Y, Gill TM, Chen X. Exposure to School Racial Segregation and Late-Life Cognitive Outcomes. *JAMA Netw Open*. 2025 Jan 2;8(1):e2452713. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.52713. PMID: 39752159; PMCID: PMC11699536.

[2] Lin Z, Ye J, Allore H, Gill TM, Chen X. Early-Life Circumstances and Racial Disparities in Cognition Among Older Adults in the US. *JAMA Intern Med*. 2024 Aug 1;184(8):904-914. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.1132. PMID: 38805197; PMCID: PMC11134283.

[3] Durant RW. Early-Life Education Quality and Quantity. *JAMA Intern Med*. 2024 Aug 1;184(8):872. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.1141. PMID: 38805198.

### **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

-Purtroppo anche quest'anno non si è ritenuto opportuno organizzare il seminario degli oss nel corso del Congresso nazionale AIP. La miopia prevale. Peraltro, in questo periodo continuano, al ritmo di una alla settimana, le presentazioni del **volume: “Il ruolo dell’oss nelle RSA. Responsabilità e centralità della figura dell’oss nell’assistenza agli anziani”**. L’ambito degli operatori sanitari continua ad essere in fermento (mancanza di personale, disaffezione, provvedimenti di legge poco chiari); per questo le amministrazioni più oculate dedicano impegno agli aspetti formativi, al fine di valorizzare il lavoro che stanno compiendo gli operatori della struttura.

Recentemente ha destato molta attenzione la decisione dell’Azienda Ospedaliera di Padova di formare un gruppo di oss perché assumano il ruolo di strumentisti in sala operatoria. La decisione ha suscitato grandi critiche. La direzione ospedaliera ha assunto una posizione coraggiosa: “I tempi richiedono di pensare a soluzioni nuove da mettere alla prova senza pregiudizi”. I tempi impongono creatività e capacità di adattamento, anche, se necessario, rinunciando a qualche posizione rigida. La gravità della condizione del nostro sistema sanitario e assistenziale è così rilevante che è moralmente doveroso cercare strade diverse da quelle del passato, anche se ciò comporta rilevanti sacrifici.

In altro campo rispetto a quello sopradescritto, la vicenda dell’organizzazione delle Case della Comunità è destinata una vita grama, se non vi sarà una disponibilità da parte dei medici di famiglia ad un impegno formale e regolamentato, come ci auguriamo fortemente, indipendentemente da aspetti giuridici, sui quali non mi permetto di dare giudizi.

-In questi giorni ho tenuto la lettura introduttiva al **corso “Oss per oss”**, che si terrà a Valdagno, presso la residenza Villa Serena. Nella prossima newsletter riassumerò le modalità originali ed efficaci che hanno caratterizzato l’incontro, al quale hanno partecipato 90 operatori al mattino e 90 al pomeriggio.

-Con un caro saluto e un particolare ringraziamento alle amiche e agli amici che hanno voluto accompagnare il nostro lavoro. Alcuni hanno risposto con generosità all'appello che avevo rivolto la settimana scorsa; nel ringraziarli nuovamente, ripropongo di seguito le relative informazioni sulle modalità del versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di... presso la banca BPM Brescia IBAN: IT82S050341120000000003421",

Marco Trabucchi

*Past President AIP*