

## **Newsletter AIP - 7 febbraio 2025**

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

- MID25. I musei italiani per la demenza
- La Giornata Mondiale del Malato
- Continua il dibattito sull'intelligenza artificiale
- Liste d'attesa. Dove sono i decreti attuativi?
- Notizie buone e cattive dalle RSA
- Le "meditazioni" di Silvano Corli
- La pubblicazione del testo di Fabio Cembrani

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

- Il consueto prezioso contributo di Mauro Colombo

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

- Il congresso regionale AIP Sicilia
- Il programma del nostro 25° Congresso Nazionale

Amiche, amici,

Mi permetto di riproporre il ricorso alla generosità dei lettori per un versamento, importante per continuare la pubblicazione della newsletter. Modalità del versamento: "Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di..." presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421.

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

- Ho partecipato a Firenze al **simposio nazionale "I musei italiani per la demenza"** che ha riunito oltre 200 operatori per rispondere alle domande: "Quale contributo possono dare i programmi museali per costruire una risposta della comunità alla questione della demenza?"

e “In che modo costruire una rete su scala nazionale che favorisca la collaborazione con il settore socio-sanitario?”. È stato un evento di grande livello culturale, sul quale riporteremo nella prossima newsletter un commento di Luca Carli Ballola, il motore colto e determinato di questo processo di attenzione culturale alle demenze. Il convegno è stato aperto da una lettura di altissimo livello del professor Gian Luigi Sacco, dell’Università di Chieti, sul ruolo della cultura per il benessere, in particolare in condizioni di particolare sofferenza. Un approccio in linea con la tradizione culturale di AIP.

-Tra qualche giorno si celebra la **Giornata Mondiale del Malato**. Riporto alcuni passi del messaggio di Francesco:

“Cari malati, cari fratelli e sorelle che prestate la vostra assistenza ai sofferenti. In questo Giubileo voi avete più che mai un ruolo speciale. Il vostro camminare insieme, infatti, è un segno per tutti, ‘un inno alla dignità umana, un canto di speranza» (Bolla Spes non confundit, 11), la cui voce va ben oltre le stanze e i letti dei luoghi di cura in cui vi trovate, stimolando e incoraggiando nella carità «la coralità della società intera» (*ibid.*), in una armonia a volte difficile da realizzare, ma proprio per questo dolcissima e forte, capace di portare luce e calore là dove più ce n’è bisogno. Tutta la Chiesa vi ringrazia per questo!” Il messaggio si spiega da solo; mi permetto di sottolineare il passaggio sulle ricadute del lavoro di cura sull’intera comunità.

-Il dibattito sull’intelligenza artificiale è sempre più vivace, in particolare tra chi ritiene che ogni progresso tecnologico vada accettato per le sue prospettive di enormi vantaggi e chi, invece, ritiene che vi debbano essere alcune regole e che quindi l’algoretica sia una cultura da sviluppare. Riporto a questo proposito quanto scritto recentemente su *Avvenire* da Paolo Benanti, lo studioso oggi in Italia più attento a questi problemi: “Se la metafora *the time is out of the joint* è stata potente per descrivere l’epoca intorno al 1500, un periodo di transizione radicale, in cui le vecchie certezze venivano sovvertite da nuove scoperte geografiche, scientifiche e culturali, forse, oggi, è un’espressione adeguata per descrivere sia le opportunità sia le crisi che sembrano definire la contemporaneità di questo tempo”. Un insegnamento prospettico che ci fa pensare; anche in medicina siamo nella contemporaneità, che dobbiamo imparare ad accompagnare verso modelli di cura rispettosi della fragilità, una diffusa caratteristica umana del nostro tempo.

-Continua la discussione, molto accesa, sui **decreti attuativi della legge sulle liste d’attesa**. Si tratta di una “malattia cronica ed endemica” del nostro sistema legislativo, della quale poca o nulla responsabilità hanno i politici. La farraginosità delle procedure e i molti passaggi richiesti tra punti burocratici diversi sono la causa di questi ritardi. Bisognerà arrivare al più presto all’approvazione di leggi autoapplicative, senza i passaggi che oggi sono necessari per

giungere, appunto, all'applicazione concreta i quanto deciso dal Parlamento. Il ministro Schillaci ha garantito che in pochi giorni tutto andrà a posto; mi permetto, però, di suggerire a lui, che ha la nostra fiducia e al governo nel suo complesso di trovare una soluzione alle impasse burocratiche che rallentano la sua stessa azione.

**-Notizie buone e cattive per le RSA.**

Quella buona: la firma da parte di Uneba e delle organizzazioni sindacali del nuovo contratto per il settore. È un passo avanti importante, anche se non così incisivo come si poteva aspirare per dare dignità al lavoro nei servizi. Come abbiamo spesso ripetuto, gli aspetti economici sono importunanti di per se, ma anche perché testimoniano l'atteggiamento di gratitudine civile verso chi si impegna in lavori faticosi e complessi.

La notizia meno buona è data dal comportamento del Pio Albergo Trivulzio che ha affidato la gestione delle proprie proprietà ad una società esterna, senza garantire stabilità agli inquilini. Chi ha esperienza nella cura dovrebbe sapere che anche fuori degli istituti di ricovero vi sono molte condizioni di fragilità, tra le quali l'instabilità abitativa gioca un ruolo molto importante. È un grave errore, che storicamente non premia, anteporre acriticamente gli aspetti economici a quelli della responsabilità civile delle istituzioni di cura.

**-Continua l'invio di spunti originali da parte di Silvano Corli.**

“Stava lì. Nella sua locanda sulla strada tra Atene ed Eleusi. Attendeva i pellegrini bisognosi di riposo nel viaggio verso il santuario della Dea Demetra. Li ospitava sopra un letto in pietra, ma coloro che eccedevano in altezza subivano l'amputazione della parte che sporgeva dal letto, chi aveva una misura inferiore subiva una vigorosa trazione per essere pienamente adattato alla lunghezza di quel giaciglio.

Per Procuste, i suoi ospiti dovevano essere perfettamente conformi alla misura di quel letto, pena una terribile tortura. La mitologia narra che fu Teseo a porre fine a quel supplizio con l'uccisione di Procuste.

Mi resta qualche dubbio sulla sua sorte. Ho la sensazione che continui ad abitare nelle menti di chi pensa ancora oggi che di fronte a problemi complessi bastano soluzioni semplici, che dinanzi a bisogni diversi bisogna offrire, ideologicamente, una sola risposta.

Una analisi attenta dei bisogni, scevra di preconcetti, dovrebbe aiutarci a comprendere la necessità più che mai attuale, di offrire servizi flessibili e diversificati a bisogni diversi. Di offrire a ciascuno ciò di cui effettivamente necessita. Demonizzare il ruolo svolto dalle RSA confidando in una domiciliarità come unica risposta, o viceversa, è come stendere gli anziani di oggi su un letto di Procuste. Confidiamo che anche Teseo possa trovare spazio nelle nostre scelte per offrire a ciascun il letto che gli spetta”.

-Il grande **Fabio Cembrani** ha pubblicato su “Osservatorio dei sistemi sanitari” l’articolo allegato, riguardante **l’accesso alla prestazione universale da parte degli anziani non autosufficienti**. È un testo critico e di approfondimento per una lettura realistica dello stato di fatto, purtroppo privo di prospettive. Quando -finalmente- gli anziani più fragili entreranno nel cono di attenzione della nostra nazione? La lettura di Cembrani ci fornisce gli elementi per non rinunciare al nostro impegno in questo senso.

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

-Il consueto contributo, come sempre originale, di **Mauro Colombo**.

“Il suicidio in carcere avvenuto nella città dove risiedo (Vigevano) il 29 gennaio 2025 [nono dall’inizio dell’anno], di un 55enne ex pubblico dipendente, che aveva restituito i 55€ rubati, mi ha spinto definitivamente a scrivere questo ‘angolo’. Quanto alla legittimazione per un ambito psicogeriatrico, il motivo apparirà tra poche righe. L’articolo di riferimento, pubblicato il 27 dicembre su *JAMA Network Open* [1], parla della disabilità nelle prigioni statunitensi.

L’introduzione dell’articolo debutta con una frase laconica: **‘la popolazione carceraria sta invecchiando’**. Il numero di ultra55enni che si trovano in prigione è aumentato del 280% dal 1999 al 2016, a fronte del 3% per gli infra55enni; indagini su periodi successivi sono confuse dalla sindemia COVID-19. Tale incremento è stato sostenuto principalmente dall’incremento delle persone imprigionate per la prima volta negli anni ’70 ed ’80, dato che il tasso delle incarcерazioni è più che quadruplicato tra il 1970 ed il 2009. Alla base di questa tendenza sta un irrigidimento della legislazione e delle sue applicazioni.

Una simile situazione presenta delle minacce per il sistema carcerario, dato che la cura di un carcerato anziano costa il doppio rispetto ad un giovane, mentre gli ambienti e le risorse disponibili sono inadeguati nei confronti di disabilità rappresentate da deterioramento cognitivo, limitazioni funzionali, o perdita di udito. La vulnerabilità delle persone anziane ristrette è stata poi ampiamente testimoniata dallo eccesso di trapassi da COVID-19, durante la quale pandemia la mortalità carceraria ha superato quella nelle strutture di ricovero.

A tutto ciò si contrappone la scarsezza, la irregolarità e la discontinuità delle informazioni sulle condizioni di salute e validità dei carcerati, focalizzate prevalentemente sulla salute mentale e l’abuso di sostanze.

Lo studio in questione [1] punta perciò a colmare per quanto possibile tale carenza di nozioni, confrontando la prevalenza e la disabilità di ultra55enni reclusi e viventi al domicilio, nel periodo compreso fra il 2008 ed il 2022. Gli Autori – affiliati presso istituzioni prevalentemente di Baltimora [nel Maryland] ed in minor parte di San Francisco [in California] – hanno dovuto compiere autentici equilibrismi metodologici, pur di assemblare – con limiti esplicitamente dichiarati – una base di dati, pubblicamente disponibili. È stato così possibile comparare misure di disabilità su 32.623 ultra55enni in prigione [età media  $62,6 \pm 8,3$  anni] e 13.877.665

persone viventi al domicilio [età media  $67,4 \pm 9,5$  anni]. Le prevalenze % di disabilità sono sintetizzate in alternative binarie secche: sì / no.

Alla fine delle analisi, i risultati sono netti, e chiaramente illustrati da figure inequivocabili. Si conferma la crescita marcata della popolazione carceraria, passata da 103.700 a 171.000 persone durante la fascia di tempo preso in considerazione, che pure ha visto un rallentamento dei nuovi ingressi durante il periodo pandemico. Differiscono innanzi tutto le distribuzioni tra i sessi: in prigione quasi 9 su 10 sono maschi, contro una quasi equa ripartizione al domicilio. Le linee che tracciano le % di prevalenza nelle misure di disabilità corrono parallele e piatte per tutto il periodo, tenendo nettamente le due popolazioni. Le differenze vengono poi riassunte palesemente nel grafico che affianca le rispettive % di prevalenze medie di disabilità rispetto a: deambulazione (24,5 vs 17), cura della propria persona (8,6 vs 5,7) e capacità di vita indipendente [(14,7 vs 10,4 (con tutta la approssimazione che una simile stima sulle attività strumentali della vita quotidiana può assumere nel contesto carcerario)].

Ma – e qui vale lo spunto psicogeriatrico – le differenze più salienti riguardano le difficoltà cognitive: 14,4% contro 7%, quindi oltre il doppio.

Restringendo l'analisi agli imprigionati ultra65enni, le prevalenze % di invalidità salgono: 19,9% per la deambulazione, 16,6 per la capacità di vita indipendente, 14,2 per la cura della persona, con 14,7% di difficoltà cognitive. Negli ultra75enni ristretti, le % corrispondenti sono: 27,8 / 31,1 / 29 e 24. Va poi sottolineato come i limiti metodologici della indagine portino ad una verosimile sottostima delle prevalenze di disabilità fra i detenuti.

In discussione viene richiamato il significato peggiorativo della difficoltà cognitiva per le persone in prigione in quanto ad esiti di salute ed invii in pronto soccorso. Considerata la bassa recidività degli anziani ristretti in generale, e di quelli con disabilità varie in particolare, gli Autori invocano la ‘necessità di sviluppare standard nazionali per modelli compassionevoli di cure di fine vita e modelli adatti per affrontare le esigenze funzionali’. In effetti, vengono riportate esperienze isolate di iniziative di alleggerimento di pena, supporto fra pari, reparti specifici per detenuti con deterioramento cognitivo, celle accessibili alle carrozzine. Nel 1988 il sistema penitenziario dello stato della Louisiana inaugurò il primo hospice, seguito poi da altri 75 istituti di correzione.

Un paio di passaggi salienti tratti dalla discussione:

Anche nel contesto peculiare della detenzione, l'età amplifica le differenze tra le persone: un motivo ricorrente quanto importante, in Gerontologia.

A tutta prima, la scelta dei 55 anni come soglia di età per effettuare confronti sulla prevalenza di varie disabilità, può apparire troppo precoce. Ma – a parte le analisi di sensibilità effettuate stratificando per decadi di età - gli Autori sottolineano come la carcerazione comporti una accelerazione nel processo di invecchiamento. [2]

Per concludere, una considerazione personale, da prendersi con le dovute cautele [anche da parte mia]: un altro tema ricorrente in Gerontologia è l'importanza degli 'ambienti arricchiti' per favorire un buon invecchiamento, specie a livello cognitivo. Anche a prescindere dalla situazione drammatica delle carceri italiane – che ci ha valso il discredito dalle istituzioni europee – e da considerazioni più ampie di antico stampo illuministico su 'delitti e pene' – torniamo alla vicenda in esordio di 'angolo' – mi domando se e quanto la detenzione, in certi casi, non costituisca una forma di 'esperimento sociale' ribaltato".

[1] Miller, K. E. M., Shen, K., Yang, Y., Williams, B. A., & Wolff, J. L. (2024). Prevalence of Disability Among Older Adults in Prison. *JAMA network open*, 7(12), e2452334. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.52334>

[2] Skarupski, K. A., Gross, A., Schrack, J. A., Deal, J. A., & Eber, G. B. (2018). The Health of America's Aging Prison Population. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 157–165. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx020>

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

-Si è tenuto a Messina il **congresso regionale AIP della Sicilia**. È stato un grande successo, con l'importante partecipazione di molti giovani colleghi e colleghi di diverse professionalità. Il programma impostato del presidente regionale Giorgio Basile ha destato attenzione e interesse da parte dei partecipanti per la sua originalità e rilevanza clinica.

-Allegato trovate il programma definitivo del **25° Congresso Nazionale AIP (Padova, 27-29 marzo)**. Mi auguro che tante amiche e tanti amici vogliano partecipare a questa celebrazione, che testimonia la continuità del pensiero e della prassi della nostra Associazione, caratterizzata dall'apertura all'innovazione sociale e dall'attenzione a bisogni diversi, in continuo riproporsi nella popolazione anziana. È anche un segnale di ringraziamento a tutte le categorie professionali che in questi anni hanno accompagnato il nostro lavoro, con intelligenza e generosità.

-Nella prossima settimana si terranno i **congressi regionali del Lazio (Roma, 14 febbraio) e della Calabria (Cosenza, 15 febbraio)**. Ne riferiremo nella newsletter.

-Riporto infine il **messaggio del Presidente De Leo**, riferito al mancato inserimento nel programma del congresso nazionale dell'evento riservato agli Oss, decisione sulla quale mi ero permesso di esprimere alcune perplessità.

"Accetto volentieri l'invito a una visita oculistica (soffro anche di un astigmatismo corretto male) da te inviato attraverso la newsletter dove - parlando della possibile partecipazione

degli OSS a un corso gratuito al congresso nazionale - sostieni che questo non è avvenuto perché ‘la miopia prevale’. Lasciami però replicare che sulla proposta per gli OSS ci ho riflettuto ‘oculatamente’, consultandomi con altri membri del consiglio ma soprattutto chiedendo un preventivo ad Aristea, visto l’impiego necessario di ulteriori hostess, ricettori (registrazioni e badge per varie centinaia di persone) e tecnici in sala. Ebbene, il costo implicato ha imposto senza ulteriore esitazione l’annichilimento del proposito. Le esigenze dell’attuale cassa comune impongono anche scelte impopolari, che dato il mio ruolo, mi vedo costretto a portare avanti. La registrazione all’albo delle società scientifiche presso il Ministero rimane una delle priorità per il mio mandato nonché, a mio avviso, per il futuro di quest’associazione. Purtroppo, per il raggiungimento di questo obiettivo, la registrazione impone un bilancio solidamente in attivo, come certamente saprai. Con condivisa chiarezza d’intenti e partecipazione responsabile da parte di tutti ce la faremo anche in tempi di ristrettezze economiche (per il coinvolgimento sempre meno importante degli sponsor farmaceutici) e sono assolutamente sicuro che chi verrà dopo di me sarà nella condizione di dare il dovuto spazio al prezioso lavoro degli OSS, anche all’interno del nostro congresso nazionale”.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il coraggio di vivere gli 80 anni
- La Cassazione sulle rette nelle RSA per le persone affette da demenza
- La Carta di Napoli per un giornalismo che contrasti l'ageismo
- L'importante contributo di Nicola Vanacore al convegno su "I musei italiani per la demenza"
- Gli ordini di Trump e gli enormi danni alla salute
- Un convegno dal titolo particolarmente impegnativo: "L'anziano fragile e l'assistenza a lungo termine: tempesta perfetta o complessità da fronteggiare?"
- L'importante volume di Fabio Cembrani
- Giuseppe Barbagallo e la clowntherapy

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo sul volontariato che cura

Amiche, amici,

Mauro Colombo mi ha ricordato che oggi è la festa di San Valentino. Mi associo, inviando un augurio alle lettrici e ai nostri lettori che vivono con serenità la giornata dell'amore.

Martedì scorso Simone Cristicchi a San Remo ha cantato un inno in onore dei caregiver, gli eroi che dedicano la loro vita agli ammalati di demenza. Grazie! Qualche tempo fa ho letto l'introduzione bellissima del cantante al libretto "La presenza pura" di Christian Bobin: "Ha negli occhi una luce che nulla deve alla malattia: bisognerebbe essere un angelo per decifrarla".

Sullo stesso argomento riportiamo anche un significativo contributo di Silvano Corli: "Vi confesso che guardo volentieri il Festival di Sanremo. È un evento che catalizza l'attenzione di molti e suscita una molteplicità di dibattiti. Per taluni è lo specchio del paese, per altri un palcoscenico che anticipa e orienta in qualche modo il futuro. Non so quale sia l'opzione più corretta. Di certo in questa settantacinquesima edizione non passerà sottraccia la canzone di Simone Cristicchi dedicata alla madre affetta da demenza. Di fronte alla miopia, alla sordità e all'afasia della politica rispetto ai bisogni degli anziani fragili e non autosufficienti, che non rientrano in nessun programma e non costituiscono una priorità, un canto poetico e struggente porta all'attenzione di oltre 12 milioni di telespettatori la cura di un figlio nei confronti della propria madre, chiamato a starle vicino come non ha fatto mai, per ricordarle chi era e chi è e per restituirlle tutto l'amore ricevuto. Oltre a dire della rabbia nel vederla cambiare e della fatica di doverlo accettare.

È solo una canzone?

Faccio mie le parole di Enrico Galiano, scrittore, per dire che questa non è solo una canzone. È un atto d'amore puro, quello che non si arrende, che resta, che resiste. Perché anche se la memoria svanisce, l'amore rimane.

Francesco Micheli - imprenditore da sempre attivo nel campo musicale ci dice che ascoltare la bellezza nella musica crea una connessione unica con ciò che ci circonda e soprattutto consente di esplorare il mondo con maggiore profondità. Anche quello della sofferenza e della malattia.

Grazie a Cristicchi."

Ringrazio amiche e amici che hanno testimoniato con una donazione il loro apprezzamento per questa newsletter. Non è mai troppo tardi, a questo fine ricordo ancora la modalità del versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S050341120000000003421.

## ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Mi ha fatto molta impressione il caso di Gadi Mozes, l'ostaggio israeliano liberato da Hamas dopo il rapimento del 7 ottobre 2023. Mozes ha 80 anni e ha dimostrato di essere fatto “della materia più dura dell'umanità”, come è stato definito. Di fatto è tornato a casa camminando con le sue gambe e dopo esser stato in ospedale solo per poche ore, per controlli di routine. Ha raccontato di essere stato chiuso per 70 giorni in una stanza buia, di 2 metri quadrati, in completa solitudine. In alcune circostanze ha temuto di essere giustiziato. Una volta è stato chiuso in un'auto per 12 ore, nell'afa e nel caldo del veicolo. Ad un certo momento ha compreso che la speranza di esser liberato non si sarebbe realizzata e ha quindi deciso di cambiare atteggiamento verso la propria condizione, accettando di vivere alla giornata, senza aspettarsi nulla, cercando solo di sopravvivere. Nel frattempo, perdeva peso; alla liberazione erano 15 i chili in meno. Per tenere il cervello attivo su qualche cosa che non fossero solo la difficoltà del momento decise di risolvere problemi di matematica. Ad esempio, ha contato le piastrelle del pavimento per calcolare un percorso di sette chilometri tra le pareti della cella. In questo modo, esercitava allo stesso tempo una certa attività fisica, assieme ad un impegno cognitivo. Dopo qualche tempo dall'inizio della prigionia, è riuscito a farsi dare un paio di occhiali, in modo da poter leggere un libro. Ogni settimana circa gli era concessa una bacinella d'acqua per lavarsi; così ha potuto radersi in modo da sentirsi ordinato nonostante le difficoltà, come esercizio per conservare una condizione di dignità personale, importante per non cedere psicologicamente. Mozes ha passato un momento di paura terribile quando stava per essere liberato; ha infatti temuto di essere linciato dalla folla palestinese. Però, le foto hanno mostrato un'espressione di assoluto autocontrollo. Durante la detenzione non ha mai dimenticato di essere un uomo del kibbuz, dove peraltro sembra che oggi sia ritornato; ha raccontato di aver promesso ai suoi rapitori che, passata la guerra, li avrebbe incontrati per insegnare loro a coltivare la terra.

Perché ho raccontato questa storia? Desidero mettere in luce come un ottantenne abbia dimostrato molti anni in meno o, dipende dai punti divista, come anche a 80 anni si possono

assumere comportamenti che non dimostrano rinuncia alla vita, ma, al contrario, la capacità di determinarla, nonostante condizioni difficilissime.

Moses ha dimostrato un comportamento di rispetto verso sé stesso (la barba periodica), di mantenere una buona salute (l'attività fisica, anche in spazi ridottissimi) e psichica (i calcoli matematici, la lettura di un libro con gli occhiali concessi), la progettazione del futuro (la promessa di tornare per insegnare le coltivazioni ai suoi carcerieri), atteggiamento che dimostra fiducia negli altri, al di là delle effettive condizioni. Inoltre, ha dimostrato che la paura può essere sconfitta, senza farla divenire condizione dominante nel lungo periodo di prigonia. Certamente Mozes è fatto della “materia più dura dell’umanità”, almeno in parte grazie alla struttura genetica, ma anche perché la vita l’ha plasmato a difendere dignità e autonomia, sia psichica che fisica. Quindi i suoi 80 anni sono un modello, forse difficilmente replicabile, ma certamente indicativo di come si possa controllare l’evoluzione in senso negativo imposta dal trascorrere degli anni.

-Una recente, discussa sentenza della Corte di Cassazione ha stabilito che le rette RSA per le persone affette da demenza devono essere interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La mancanza di chiarezza sulle ricadute della sentenza sta creando situazioni difficili in molte realtà, con strutture che devono corrispondere cifre elevate anche per il passato, condizione che spesso non è resa possibile dai loro bilanci. Per questo è assolutamente necessario un intervento programmatorio a livello nazionale, tenendo conto della complessità della problematica, che ha risvolti burocratici, clinici, economici e, infine, ma non ultimi, umani. Provo a indicare alcuni dei problemi che ritengo più rilevanti, con la consapevolezza che si tratta di aspetti molto delicati, che non si prestano a semplificazioni o a superficialità.

Un primo aspetto riguarda il rapporto tra decisioni nazionali e regionali; come sarà possibile rilevare in maniera omogenea il livello di compromissione clinico-funzionale dell’ospite affetto da demenza? Oggi la valutazione segue procedure diverse, che andranno necessariamente omogeneizzate: sono disponibili le Regioni a rinunciare a parte della loro autonomia in questo campo?

Un secondo aspetto è altrettanto delicato: come deve essere classificata la condizione dell’ospite affetto da demenza perché questi possa essere annoverato tra le persone che hanno diritto al pagamento dell’intera retta dal Servizio Sanitario Nazionale? Saranno previsti

livelli diversi di finanziamento a seconda delle diverse condizioni di salute? E questa sarà valutata solo sul piano della compromissione cognitiva o considerando anche il livello di perdita dell'autosufficienza? E la patologia somatica concomitante che peso avrà nel determinare le tariffe? Sono domande alle quali il decisore politico sarà costretto a dare risposte (e permesso un certo scetticismo, viste le modalità incerte e le lentezze che caratterizzano oggi il coinvolgimento pubblico nelle vicende riguardanti gli anziani non autosufficienti?).

Un terzo aspetto non secondario: dopo aver valutata la condizione di malattia che dà diritto alla copertura totale dei costi del ricovero in strutture per anziani, come ne verrà determinato l'ammontare? Oggi è ben noto che le tariffe a carico del cittadino variano, in modo considerevole tra una struttura e l'altra, anche per le differenze delle condizioni di lavoro oggettive: vi è realisticamente il rischio di creare ingiustizie o, all'opposto, sprechi. Inoltre, le strutture hanno sempre considerato come una valvola di sicurezza il poter adeguare le tariffe a carico delle famiglie a seconda delle loro esigenze. Anche se queste procedure spesso hanno creato disagi e scontento da parte dei cittadini, togliere la possibilità rischia di creare oggettive condizioni di crisi.

Infine, è indispensabile tenere in considerazione i costi per il sistema che sarebbero generati da questa riforma delle rette delle residenze per anziani. È molto difficile fare previsioni serie; però, sulla base di alcune indicazioni, ancorché incerte a causa delle molte variabili indicate precedentemente, è possibile ipotizzare un costo annuo a carico del Fondo sanitario nazionale di 2-2.5 miliardi di euro. Anche se i calcoli fossero in eccesso, si tratta sempre di un carico non indifferente per il nostro sistema sanitario, già oggi profondamente in crisi per l'inadeguatezza dei finanziamenti. Di fronte a questo investimento economico, sarebbe doveroso instaurare un sistema di controlli sulla qualità dell'assistenza: a chi verrà affidato questo compito, in modo che, a parità di finanziamenti, i cittadini ricevano un servizio qualitativamente omogeneo in tutte le aree del paese, indipendentemente delle differenze tra le strutture sul piano della loro forma giuridica, delle dimensioni, della collocazione?

-La diffusione dell'ageismo esercita una dannosa azione sull'organizzazione sociale. Purtroppo, anche in questo campo il Covid continua a lasciare una traccia negativa. Per contrastare il fenomeno sono messe in atto alcune importanti iniziative, sulle quali torneremo nelle prossime newsletter. Di seguito riporto il testo della Carta di Napoli, predisposto dall'Ordine dei giornalisti della Campania, su stimolo della rivista mensile 50&Più,

riguardante alcuni impegni contro l'atteggiamento ageistico che devono essere presi da parte di chi ha responsabilità primarie in ambito giornalistico.

“-favorire una narrazione inclusiva nei contenuti e nel linguaggio

-non usare l'età per enfatizzare la notizia, rischiando di generare sensazionalismo o toni paternalistici. Indicare il nome del soggetto e non etichettarlo solo in base all'età

-non creare un'immagine eccessivamente giovanilistica dell'anziano che potrebbe avere come conseguenza la ridicolizzazione dell'individuo/a

-utilizzare un linguaggio che eviti stereotipi legati all'età per non alimentare il conflitto generazionale

-favorire circostanze in cui gli anziani parlino direttamente di fatti e/o temi che li riguardano

-non usare l'uso di suffissi, diminutivi, superlativi e vezzeggiativi in riferimento a persone con età avanzata evitando di suscitare nel lettore sentimenti di compassione o pietismo

-evitare immagini che perpetuino stereotipi e/o ledano la dignità della persona anziana”

-Allego le diapositive presentate da Nicola Vanacore nel corso dell'importante convegno: “I musei italiani e le demenze”, del quale abbiamo riferito nella precedente newsletter. Sono una carrellata interessante dei molti problemi aperti che oggi caratterizzano le possibilità assistenziali delle persone affette da demenza. Un grazie a Vanacore per il suo impegno di grande valore per impostare uno scenario efficiente ed efficace degli interventi nel nostro Paese a favore delle persone affette da demenza e le loro famiglie.

-Trump sta compiendo atti che ad alcuni potrebbero sembrare inconsulti. Sarebbe però un grave errore se ci lasciassimo impressionare da forme di governo bizzarre, quasi fossero un gioco per bambini attempati. Le decisioni di Trump di tagliare con effetto immediato i fondi a US AID stanno provocando danni enormi, anche per la loro efficacia immediata; decisioni imposte con un atteggiamento che potrebbe sembrare sadico, per il gusto di creare drammatiche difficoltà a chi è colpito dai provvedimenti. A un ordine firmato alla sera, la mattina dopo in Uganda, ad esempio, è corrisposto un blocco totale, senza eccezione, dei finanziamenti e dei relativi conti. Potrebbe assomigliare ad una forma di vendetta per i soldi spesi in questi anni in opere importantissime a livello mondiale, ad esempio in ambito sanitario. Particolarmente delicata la condizione di migliaia di persone in tutto il mondo che stavano sperimentando nuovi farmaci o interventi importanti per la salute, le quali hanno subito il blocco immediato degli studi, senza nessuna preoccupazione per la loro continuazione, creando situazioni di grave criticità sul piano clinico e umano. Come è possibile tanta disumanità? È doveroso sorvegliare con attenzione i prossimi mesi di Trump, perché non vorrei che la scure cattiva e ignorante venga usata anche contro gli anziani (Medicar, National Institute on Aging, FDA, ecc.).

-Il 12 febbraio si è tenuto alla Pia Opera Ciccarelli di San Giovanni Lupatoto (Verona) un convegno dal titolo: “L’anziano fragile e l’assistenza a lungo termine: tempesta perfetta o complessità da fronteggiare?”. Una domanda retorica, ma di grande potenzialità dialettica. Infatti, qualcuno è ancora legato alle polemiche del recente passato, mentre oggi abbiamo il dovere di affrontare con innovativi strumenti della cultura e della tecnica la complessità della condizione dell’anziano fragile, alla quale è necessario rispondere con atteggiamenti che ne rispettano le dinamiche, evitando ogni semplificazione. Nella relazione che mi è stata affidata, dal titolo: “RSA, un luogo dove c’è spazio per essere fragili. Una rilettura della figura dell’Oss in un’equipe di assistenza a lungo termine” ho cercato di dimostrare come l’Oss oggi nelle residenze per anziani sia al centro di dinamiche complesse, perché concretizza nella cura al singolo ospite una serie di problematiche complesse, organizzative, tecniche, psicologiche. Oggi l’operatore socio-sanitario delle RSA è il perno della possibilità di offrire all’anziano fragile uno spazio vitale, quando non è più in grado di rimanere nella sua casa. Di grande rilievo culturale e umano la relazione al convegno della teologa professoressa Lucia Vantini dal titolo: “Lunga vita e sazietà di giorni: la cura come orizzonte”.

-Di seguito un pezzo nel quale Fabio Cembrani presenta il suo recente volume “Management sanitario. Un approccio strategico”, ACS Editore.

“Quest’anno ricorre il 25ennale del Corso di formazione manageriale della dirigenza sanitaria organizzato dal Dipartimento di Economia e Management dell’Università di Trento che dà titolo all’acquisizione dell’attestato per l’accesso alla direzione di struttura complessa previsto dall’art. 5 del D.P.R. n. 484/1997 che, tra l’altro, ne ha disciplinato le modalità di svolgimento, i contenuti e la durata. Con alcuni Docenti del Corso abbiamo voluto onorare questa (per tutti noi straordinaria) ricorrenza preparando un volume che condensa le nostre conoscenze e ciò che vorremmo diventassero patrimonio dei futuri Direttori di struttura complessa ai quali si chiede di saper coniugare la loro autonomia tecnico-professionale con la responsabilità gestionale e organizzativa in contesti di risorse economiche finite e bisogni di salute in continua e rapida trasformazione.

È un libro che, in breve sintesi, si augura di diffondere una nuova cultura della responsabilità perché se è vero che servono più medici ciò che è altrettanto vero, come ha scritto Gilberto Corbellini, ciò che serve davvero sono soprattutto ‘medici diversi’: medici che, in questa congiuntura diventata oramai strutturale, sappiano davvero contrastare le tante disuguaglianze senza banalizzare la complessità e derogare dalle sue regole. Quello che ci siamo proposti di fare, testimoniandolo con la nostra esperienza, è dimostrare che il ruolo del direttore di struttura complessa richiede, ben oltre le specifiche competenze professionali, un forte impegno, una buona dose di abnegazione, una vigorosa motivazione, una riconosciuta leadership e la capacità di non subordinare i diritti e le libertà inviolabili di ogni persona umana ai vincoli propri di ogni organizzazione. E la capacità di mettere sempre al primo posto la tutela della salute, diritto riconosciuto da tutte le democrazie moderne il cui carattere fondamentale viene, non a caso, evocato dall’art. 32 Cost., nell’interesse del singolo e dell’intera collettività. È in questa prospettiva che i principi dell’etica clinica e delle tradizioni deontologiche non sono un optional della formazione manageriale (come conferma oltre il 90% dei professionisti intervistati) ma una significativa parte costitutiva che merita attenzione, studio e rispetto. E, soprattutto, la forza e il coraggio di saperli declinare in ogni realtà organizzativa. Con la conseguenza che chi è parte effettiva del management aziendale ha la responsabilità di promuovere quella nuova cultura della responsabilità (e del rispetto profondo) fondata sull’esigibilità dei diritti, sull’efficienza organizzativa, sul governo gestionale, sull’appropriatezza, sull’equità e sull’equilibrio della spesa pubblica.

Di questo abbiamo assoluta necessità, riconoscendo la profonda crisi che sta attraversando la sanità pubblica del Paese, frutto non solo del generale definanziamento prodotto dalle miopi politiche del rigore ma anche di una identità smarrita che occorre ricostruire ammettendo come sono cambiati i tradizionali paradigmi della cura, come la loro

trasformazione richieda il sostegno di una sensibilità umanistica spiritualmente più profonda, come siano mutati i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e come la sostenibilità della cura stessa sia oggi diventata una questione di natura principalmente etica che dobbiamo affrontare con rinnovata fiducia e impegno, senza rinnegare le nostre matrici culturali. Sul piano pedagogico-formativo l'obiettivo generale che ci siamo sempre proposti e che non possiamo tradire - senza voler formare nuovi e improvvisati manager focalizzati solo ed esclusivamente sul contenimento (razionamento) della spesa pubblica - è di sostenere i professionisti nel rafforzare le loro personali sensibilità, il loro senso civico ed il loro impegno umano affinché possano rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute e alle nuove esigenze di una società in rapidissima trasformazione”.

-Giuseppe Barbagallo ha inviato su mia richiesta una breve nota sul significato terapeutico e umano delle clowntherapy. Lo ringrazio particolarmente, perché apre una strada innovativa di grande fascino culturale e psicologico, nonché di grande rilievo clinico.

“Nella Newsletter AIP del 24 gennaio 2025 il Prof. Trabucchi riportava che Giuseppe Barbagallo ha scelto il ‘far ridere’ per operare a favore dei malati. Giustissimo! Ma la Clowntherapy nasce non solo per fare ridere ma soprattutto per ‘essere la differenza’ nella vita di qualcuno.

Il Clown non è una maschera, uno stereotipo, ma è una dimensione autentica: essere Clown vuol dire essere VERI. Ogni persona ha nascosto dentro di sé il proprio Clown: questo è uno dei motivi per cui non esiste una grammatica del Clown, un modulo espressivo standard, una tecnica con i suoi canoni. Bisogna far fluire tutto quello che si presenta dentro quando incontra il fuori. Quando tratteniamo qualcosa, lo facciamo attraverso la testa, attiviamo tutte le nostre parti addette al controllo, cessiamo di sentire e ci allontaniamo dalla cornice del ‘Qui ed Ora’, che è l'unica condizione per fare agire il proprio Clown.

Il Clown si nutre di debolezze, di fragilità e di tutta la sofferenza che alberga in ‘particolari luoghi di cura’.

La prospettiva del numero del Clown è il fallimento. Siamo stati cresciuti nell’idea che l’uomo non può sbagliare, tutto deve essere perfetto, tutto deve funzionare. Purtroppo sappiamo che non è così. E invece la potenza del Clown sta proprio nel rapporto con il fallimento, quel

fallimento che tutti noi esseri umani abbiamo sperimentato da piccoli quando abbiamo imparato a camminare. Il Clown sperimenta il fallimento non come generatore di frustrazione, ma come risorsa creativa, come motore di cambiamento giacché ogni fallimento è l'occasione per sperimentare di nuovo altri modi ed altri itinerari.

Per questo motivo mi permetto di elencare le virtù e i valori del Clown nella speranza di sostenere ed incrementare questo tipo di terapia.

AMORE: il clown lo dona e lo riceve gratuitamente;

AMICIZIA: il clown è un amico, un confidente, un compagno di viaggio;

AUTENTICITÀ: il clown dà significato, collaborazione e intimità alle relazioni, supera e fa superare la sfiducia e la mancanza di rispetto;

PASSIONE: tramite questa il clown provoca i grandi cambiamenti;

CREATIVITÀ: ‘lui’ crea, coinvolgendo tutto il suo essere;

SERVIRE: il clown dona sé stesso senza esaurirsi mai e senza tirarsi indietro, liberamente;

GIOIA: il clown è un annunciatore di gioia, un missionario della gioia e dissolve monotonia e noia;

IMMAGINAZIONE: la migliore arma per modellare i sogni;

FELICITÀ: come stile di vita;

FEDE: è l’ancora della forza interna, fonte profonda di serenità;

**ALLEGRIA:** come condotta e atteggiamento interno del clown, che non chiude però gli occhi alla tristezza e alla sofferenza che c'è nel mondo;

**SLANCIO:** il clown sa saltare a piè pari nel futuro, anche incontro alle amarezze, agli insuccessi, alle delusioni e alle contrarietà;

**STUPORE:** l'arte dello stupore è l'essenza del clown; di fronte alla vita e alle cose egli è stupefatto, meravigliato. È noto che lo stupore ha mosso l'uomo verso la conoscenza!

**CURIOSITÀ:** il clown non capisce, ma vuole capire, ha fame di capire;

Si potrebbe parlare anche di: SPERANZA, OTTIMISMO, SAGGEZZA, PACE, COSTANZA, SEMPLICITÀ”.

#### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il contributo di Mauro Colombo discute il tema del volontariato, sia per gli aspetti di utilità sociale sia per quelli riguardanti vantaggi che ne derivano da chi lo pratica.

“Nel maggio 2023 avevo preparato un pezzo per la rubrica Facebook AIP dedicato al volontariato, dove riportavo i vantaggi sia per chi lo pratica che per chi ne riceve il supporto. Dal punto di vista di chi pratica il volontariato, una precedente indagine longitudinale - citata nella rubrica - ha confrontato chi si impegnava per almeno 100 ore mensili - equivalenti a circa 2 ore settimanali - con chi non era coinvolto, in una osservazione durata 4 anni su 10 979 persone (età media  $68 \pm 9$  anni, 60 % donne) nell’ambito dello ‘Health and Retirement Study’ [rappresentativo degli ultra50enni statunitensi]. Nei volontari sono aumentati: ‘affetti positivi’, ottimismo, consapevolezza di uno scopo nella vita, contatti con gli amici, attività fisica, auto-giudizio di salute, mentre sono diminuiti: mortalità, limitazioni fisiche, sintomi depressivi, sfiducia, senso di solitudine [1].

Uno studio randomizzato controllato [2] condotto negli Stati Uniti [il Baltimore Experience Corps Trial] ha dimostrato i benefici fisiologici e mentali a breve e lungo termine per i volontari più anziani - ma solo di sesso femminile - che hanno svolto attività di volontariato strutturate (rivolte a bambini, alunni di scuole pubbliche) rispetto ai volontari assegnati al gruppo di controllo, che non praticava attività di volontariato strutturate. Tuttavia, il tempo di volontariato richiesto nel programma era di 15 ore a settimana per almeno un anno scolastico, il che richiede un impegno elevato da parte dei volontari più anziani e delle scuole. Non è ancora chiaro se un programma del genere possa ridurre i livelli di solitudine nei volontari più anziani: nello studio in questione, l'obiettivo consisteva nel prevenire la sedentarietà in anziani a rischio.

Nonostante i benefici della pratica del volontariato siano ben documentati, in particolare a favore del senso di solitudine ed altri esiti sanitari, gli studi hanno sofferto in generale di una serie di limiti: il disegno delle ricerche era per la maggior parte trasversale e basato su correlazioni; i pochi studi longitudinali avevano di solito una corta scansione temporale (non oltre i 6 mesi) [3]; non tutte le ricerche prevedevano attività volontaristiche strutturate, né monitoravano il comportamento dei volontari o investigavano i meccanismi specifici sottostanti gli effetti benefici a lungo termine.

Appunto dal proprio precedente studio longitudinale [3], condotto dai medesimi Autori, ha preso piede una ricerca [4] che costituisce una estensione pragmatica, a 12 mesi di osservazione, di una indagine ‘duale’ che mirava a valutare gli effetti del volontariato sulla solitudine sia nei destinatari dell'intervento sia nei volontari che hanno erogato gli interventi. Entrambe queste categorie di protagonisti erano costituite da ‘giovani anziani’ soli [età media 64 anni, 4/5 circa donne], dove - all'interno di un disegno randomizzato controllato - il gruppo dei 190 interventisti è stato suddiviso in 3 sottogruppi, che sono stati formati da esperti, per 2 ore alla settimana per 6 settimane, a fornire un supporto telefonico psicosociale di 1 fra 3 tipi: attivazione comportamentale, consapevolezza, fare amicizia. Tali interventi di supporto telefonico consistevano in 8 sessioni, ciascuna della durata di 30 minuti, una volta alla settimana, per 6 mesi, rivolte a 185 destinatari. Ai candidati volontari assegnati casualmente al gruppo di controllo venivano fornite lezioni di gruppo aventi per oggetto il pensionamento ed i comportamenti legati alla salute. La ricerca - condotta ad Hong - Kong - vede tra gli Autori un consorzio di studiosi affiliati ad Istituti anche di altre nazioni, oltre a quelle del territorio ‘autonomo’: Germania (Berlino), USA [Texas (Austin)].

Mentre la maggior parte degli studi nel settore si sono rivolti ai riceventi del supporto fornito dai volontari, in [4] l'oggetto della ricerca si è concentrato sui prestatori di intervento. In sintesi, i risultati hanno indicato come il volontariato - almeno a breve termine (6 mesi) - possa ridurre la solitudine, migliorare il sostegno sociale, migliorare il benessere psicologico e

aumentare la soddisfazione di vita tra gli anziani interventisti §, #, £. Tali effetti si equivalevano a prescindere dal tipo di supporto prestato, ma si esaurivano sulla distanza, a 12 mesi. Però il beneficio sul senso di solitudine nei volontari si manteneva in chi aveva proseguito l'opera di volontariato, per oltre 2 ore alla settimana, al di là dei 6 mesi dell'impegno prestabilito \$.

Da qui l'invito per il futuro ad investigare cosa possa favorire la perseveranza nella attività di volontariato, al di là delle competenze relazionali acquisite durante la fase di formazione. In ogni caso, pur tra i numerosi limiti dichiarati in discussione, questo lavoro - riferito come il primo a raggiungere i 12 mesi di osservazione - è aperto alle repliche: se è stato possibile condurre una esperienza di volontariato - sia pure telematico - durante la pandemia COVID-19, la sua generalizzazione - oltre che auspicabile - è fattibile.

Una osservazione personale: solitudine percepita ed isolamento sociale vengono tenuti come 2 costrutti nettamente distinti, in ambito accademico. Ma a livello empirico, almeno negli ultra80enni, i confini sfumano, nella esperienza quotidiana abbiatense riportata in uno studio condotto in collaborazione tra lo Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) 'Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani' (INRCA) - sede di Ancona - e la Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso [5].

#### Note metodologiche

§ la solitudine è stata misurata mediante due strumenti, che rispondono a concezioni differenti. La scala elaborata dalla Università della California a Los Angeles [UCLA Loneliness Scale (qui adoperata nella versione cinese)] segue un costrutto unidimensionale, adoperando 20 voci graduate da 1 a 4. La 'De Jong Gierveld (DJG) Loneliness Scale' si basa su un costrutto bidimensionale che distingue i 2 assi della solitudine sociale ed emotiva; le 2 sotto-scale sono graduate da 0 a 3: sommandole, il punteggio totale può spaziare da 0 a 6. Mentre per entrambi gli strumenti a punteggi più elevati corrisponde un maggiore senso di solitudine percepita, in [4] la misura della solitudine DJG si è dimostrata più sensibile nel catturare i cambiamenti nei sentimenti di disagio derivanti da scarsi contatti sociali o da assenza di supporto emotivo (solitudine sociale ed emotiva, rispettivamente) rispetto alla misura UCLA.

# con stime di effetto di entità tra il medio ed il grande

£ parte di questi effetti veniva sostenuto da un maggiore coinvolgimento dei volontari in connessioni sociali [misurate mediante la 'Lubben Social Network Scale'], secondo analisi di mediazione

\$ come verificato mediante analisi di moderazione

- [1] Kim, E. S., Whillans, A. V., Lee, M. T., Chen, Y., & VanderWeele, T. J. (2020). Volunteering and Subsequent Health and Well-Being in Older Adults: An Outcome-Wide Longitudinal Approach. *American journal of preventive medicine*, 59(2), 176-186.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.004>
- [2] Varma, V. R., Tan, E. J., Gross, A. L., Harris, G., Romani, W., Fried, L. P., Rebok, G. W., & Carlson, M. C. (2016). Effect of Community Volunteering on Physical Activity: A Randomized Controlled Trial. *American journal of preventive medicine*, 50(1), 106-110.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.015>
- [3] Warner, L. M., Yeung, D. Y., Jiang, D., Choi, N. G., Ho, R. T. H., Kwok, J. Y. Y., & Chou, K. L. (2024). Effects of volunteering over six months on loneliness, social and mental health outcomes among older adults: The HEAL-HOA Dual Randomized Controlled Trial. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 32(5), 598-610. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.12.022>
- [4] Yeung, D. Y., Jiang, D., Warner, L. M., Choi, N. G., Ho, R. T. H., Kwok, J. Y. Y., & Chou, K. L. (2025). The effects of volunteering on loneliness among lonely older adults: the HEAL-HOA dual randomised controlled trial. *The lancet. Healthy longevity*, 6(1), 100664.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100664>
- [5] Santini, S., Colombo, M., Guaita, A., Fabbietti, P., & Casanova, G. (2025). "Loneliness is a sad disease": oldest old adults' empirical definition of loneliness and social isolation from a mixed-method study in Northern Italy. *BMC geriatrics*, 25(1), 68.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-025-05678-2>

Un saluto alle nostre lettrici e ai nostri lettori, con i più vivi ringraziamenti per il lavoro che ogni giorno compiono a favore degli anziani fragili,

Marco Trabucchi

Past President AIP

## **Newsletter AIP - 21 febbraio 2025**

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

- La canzone-poesia di Cristicchi
- Michele Farina e le rette RSA delle persone affette da demenza
- Luca Carli e la bellezza che cura
- Silvano Corli e le differenze tra autonomia e autosufficienza
- Fabio Cembrani delinea alcune valutazioni sul suicidio assistito

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

- L'angolo di Mauro Colombo
- La scienza secondo Trump deve essere al servizio del potere
- Lancet Pub Health*: L'attività fisica beneficia maggiormente le persone in più gravi condizioni di rischio
- JAMA Int Med*: I cambiamenti climatici e l'impatto sulla salute degli anziani

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

- Il congresso regionale AIP del Lazio
- Il congresso regionale AIP della Calabria

Amiche, amici,

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

- La **canzone-poesia di Cristicchi**, sulla quale ci siamo soffermati nella newsletter di venerdì scorso, ha suscitato forte commozione in molti nostri concittadini. Solo pochi teorici del pessimismo hanno espresso pareri critici. Al contrario, molti **famigliari di persone ammalate si sono sentiti compresi nelle loro difficoltà e nel loro dolore.**

Di seguito riporto il testo di alcune mail di commento a Cristicchi che mi hanno particolarmente colpito; sono state inviate da una famosa scrittrice e studiosa del pensiero a livello internazionale, Michela Marzano, da una delle persone che ha avuto il merito maggiore di diffondere la geriatria in Italia, Luisa Bartorelli, da un grande scienziato nell'ambito delle neuroscienze, Stefano Govoni.

**Marzano** inizia con la domanda: “Sei mai stato accanto a una persona cara (mamma, papà, nonna, etc.) con problemi di demenza? Sai cosa significa per un figlio o per una figlia essere chiamati dalla madre o dal padre ‘papà’ o ‘mamma’? Perché è questo che succede, si ridiventano piccoli, sì, non ho paura di dirlo e ripeterlo.

Il paternalismo davvero non c’entra niente con questa canzone, scritta da chi ha attraversato da figlio l’Alzheimer della madre (poi se proprio dobbiamo dirla tutta, lui non mi sta affatto simpatico, sulle famiglie arcobaleno e sui bimbi nati con GPA Cristicchi ha detto cose insopportabili... ma sull’Alzheimer invece dice cose molto giuste...

Le persone con demenza non sono ‘pazienti come gli altri’, cioè, ovviamente lo sono, ovviamente c’è bisogno delle strutture, ovviamente c’è bisogno di medici, di ricerca eccetera eccetera

Sono genitori che tornano bambini di fronte cui i figli diventato paradossalmente genitori; sono persone che perdono pezzi, ma continuano ad amare, non ti riconoscono con la testa, ma sanno se sei una persona che hanno amato o che le ama, sentono e danno, sì, ti danno tantissimo senza saperlo, perché ti costringono a fare i conti con i non detti di tutta una vita....

Allora sì, la frase che tu indichi come ‘parole in libertà’ è il cuore del tema: è una madre affetta da demenza, che ti insegna davvero chi sei...”

**Bartorelli** scrive: “Effettivamente la prima volta che ho letto le parole della canzone ho avuto un rifiuto di quel ‘piccola’, perché mi sono sempre battuta contro il concetto che gli anziani fragili diventino ‘come bambini’. Però poi andando avanti col testo ho capito che dovevamo prendere quella accezione come ‘popolare’ e che tutto il resto ricco di affetti andava molto bene, anche per la diffusione del nostro modo di intendere le cure.

E quindi l’ho approvata anche se non è la parola giusta nella sostanza.

Penso che le persone di cui ci occupiamo mantengono sino alla fine la loro identità, perché anche se non riescono più a raggiungere i magazzini della memoria, ugualmente la loro storia rimane a consolidarli in qualche modo. Semmai sono i figli, che quando non sono riconosciuti dai genitori, sembrano perdere la loro identità e ne soffrono molto.

Lo scambio dei ruoli poi è un altro assunto”.

**Govoni:** “Capisco i dubbi e le incertezze che possono nascere, ma ricordando la storia di Cristicchi e le parole della canzone del 2007 (ti regalerò una rosa e la corrispondenza con Alda Merini, compresa la poesia che lei gli ha dedicato ‘Simone’), ho apprezzato il testo scritto, che secondo me è sincero. Forse questo del 2025 non ha la forza del primo testo del 2007, ma racconta bene la cura vicino al malato con i tratti della ‘gentle care’ di Moyra Jones in cui chi assiste si fa protesi umana e instaura una relazione e una comunicazione attraverso modalità non convenzionali. Viene meno forse la forza vitale della storia di follia e al voler stupire e sorprendere si sostituisce una vicinanza e condivisione”.

Sarebbe di cattivo gusto commentare questi pezzi di altissimo livello scientifico, clinico e umano; solo un ringraziamento a chi ha voluto dedicare tempo e testa per esprimere vicinanza ai generosi che si impegnano a favore dei nostri concittadini ammalati e delle loro famiglie.

-**Michele Farina**, fondatore originalissimo e coraggioso realizzatore dell’Alzheimer Fest, si inserisce con un contributo di grande rilievo, e che deve far pensare quelli che a livello politico e amministrativo sono invitati a prendere decisioni su questo delicatissimo argomento, nella discussione sulle **rette delle persone affette da demenza ospiti in una RSA**. “Caro Marco, grazie, le tue cartoline sono sempre molto belle. Il signor Moses! Su rette e Rsa, le tue puntualizzazioni sono ineccepibili e profonde. Me ne viene in mente un’altra, che riguarda le persone (la maggior parte dei malati) che vivono a casa propria con il sostegno dei familiari. E loro? Se la retta delle Rsa dovrebbe essere a carico del servizio sanitario nazionale (con tutte le criticità che tu metti in evidenza), perché la stessa cosa non dovrebbe valere per chi spende migliaia di euro nella tanto decantata domiciliarietà?”

-**Luca Carli**, il nostro collega che è stato l’intelligente promotore del simposio nazionale, del quale abbiamo recentemente riferito, “I musei italiani per la demenza”, ma soprattutto iniziatore anni fa del progetto toscano sull’importanza dei musei nelle cure delle persone affette da demenza, ha richiamato l’attenzione sul discorso di **Papa Francesco sul ruolo salvifico dell’arte**: “Qualcuno potrebbe dire: ma a che serve l’arte in un mondo ferito? Non ci sono cose più urgenti, più concrete, più necessarie?

L’arte non è un lusso, ma una necessità dello spirito. Non è fuga, ma responsabilità, invito all’azione, richiamo, grido. Educare alla bellezza significa educare alla speranza. E la speranza non è mai scissa dal dramma dell’esistenza: attraversa la lotta quotidiana, le fatiche del vivere, le sfide di questo nostro tempo. (...)

Gesù proclama beati i poveri, gli afflitti, i miti, i perseguitati. L’arte è chiamata a partecipare a questa rivoluzione. Il mondo ha bisogno di artisti profetici, di intellettuali coraggiosi, di creatori di cultura. La vostra missione non è di creare bellezza, ma di rivelare la verità, la

bellezza nascosta nelle pieghe della storia, di dare voce a chi non ha voce, di trasformare il dolore in speranza. Ma attenzione: non una speranza facile, superficiale, disincarnata. No! La vera speranza si intreccia con il dramma dell'esistenza umana. Non un rifugio comodo, ma fuoco che brucia e illumina. Per questo L'arte autentica è sempre un incontro col mistero, con la bellezza che ci supera, con il dolore che ci interroga, con la verità che ci chiama. (...)

Viviamo in un'epoca in cui nuovi muri si alzano, in cui le differenze diventano pretesto per la divisione anziché occasione di arricchimento reciproco. Ma voi, uomini e donne di cultura, siete chiamati a costruire ponti, a creare spazi di incontro e dialogo. L'arte sia annuncio di un mondo nuovo. La vostra poesia ce lo faccia vedere. Non smettete mai di cercare, di interrogare, di rischiare. Perché la vera arte non è mai comoda, offre la pace dell'inquietudine”.

-**Silvano Corli** nel pezzo che segue pone in discussione le **differenze tra i termini autonomia e autosufficienza**.

“La lingua italiana è una lingua ricca, conta circa 250.000 vocaboli, meno dell'inglese ma più del tedesco e del francese. Alcuni sono sinonimi, altri esprimono concetti diversi. È il caso dei termini autonomia e autosufficienza. Il primo indica la capacità e facoltà di governarsi e reggersi da sé, il secondo rimanda alla capacità di badare a se stessi, di soddisfare i bisogni della vita quotidiana senza ricorrere all'aiuto altrui. La differenza è indubbiamente sottile ma c'è!

Ho la sensazione che spesso nei nostri servizi, chiamati a rispondere a persone in una condizione di non autosufficienza, si confondano con facilità i due termini.

Essere nella condizione di richiedere l'aiuto dell'altro per il soddisfacimento dei propri bisogni rimanda automaticamente all'idea che in assenza di autosufficienza vi sia anche assenza di possibilità decisionale. Anche nelle piccole cose di ogni giorno come la scelta del cibo o dell'abito da indossare...

E forse anche all'idea che l'autosufficienza sia un tutto o un niente, senza gradazioni e sfumature che richiedono approcci diversificati.

Canevaro, il padre della pedagogia speciale in Italia, ci parla di gesto interrotto per invitarci a mettere in campo gesti di assistenza che si fermano nel punto in cui l'altro è in grado di mettere in campo le proprie abilità nelle scelte, nel pensiero e nelle azioni.

Esiste un modo di aiutare l'altro che è un dono leggero, che Heidegger chiama cura autentica, rappresentato da un gesto che libera ed emancipa, perché sa riconoscere e valorizzare ogni potenzialità ancora presente e che si contrappone ad un dono pesante e paralizzante che annulla ogni residuo spazio di autonomia e autosufficienza”.

**-Fabio Cembrani contribuisce nella prospettiva del giurista al recente dibattito sul suicidio assistito:**

“Sulle questioni del fine vita il dibattito pubblico registra lunghi silenzi e improvvise accelerazioni. L’accelerazione, questa volta, è stata alimentata dalla Regione Toscana che ha calendarizzato la discussione di una legge di iniziativa popolare promossa dall’Associazione ‘Luca Coscioni’, approvata l’11 febbraio 2025 dal Consiglio regionale con i 27 voti favorevoli delle forze politiche di centro-sinistra nonostante i 13 voti contrari espressi dal centro-destra.

Dico subito, per sgombrare il campo dagli equivoci, che nel solco di quanto previsto dalla Corte costituzionale (sent. n. 242 del 2019) la legge regionale toscana è una norma di carattere sostanzialmente procedurale ed organizzativo entrando nel solo merito dei tempi e della modalità di attuazione del suicidio assistito. Entro 15 giorni dalla sua entrata in vigore, le Aziende sanitarie locali toscane dovranno così individuare una apposita Commissione multidisciplinare alla quale sarà affidato il compito di verificare la sussistenza dei requisiti per l’accesso al suicidio assistito e che avrà 30 giorni di tempo per esprimersi sulla congruità della domanda presentata dalla persona per lasciare poi all’Azienda sanitaria il compito di assicurare, entro 7 giorni, il supporto tecnico e farmacologico e l’assistenza sanitaria per la preparazione all’autosomministrazione del farmaco ricorrendo ai fondi extra-LEA (con uno stanziamento di 10 mila euro all’anno per tre anni).

Come era naturale attendersi, la legge regionale toscana è stata accolta con opinioni diverse: accanto a chi ha plaudito all’approvazione della legge come Luca Coscioni e Eugenio Giani (Presidente della Regione Toscana) c’è già stato, infatti, chi ha già invitato il Governo alla sua impugnazione per un difetto di legittimità perché la materia rientrerebbe nella competenza dello Stato e non in quella affidata alle autonomie locali. Quello che così ci si aspetta sono altri scontri politici, ricorsi, carte bollate, avvocati che difenderanno ed altri che accuseranno, tifoserie più o meno agguerrite di pro e di contro, dibattiti, talk-show televisivi e nuove entrate della Corte costituzionale che dovrà chiarire a chi spetta effettivamente la competenza normativa; se allo Stato o alle Regioni e, nel nostro caso, alle Province autonome alle quali potrebbe essere riconosciuto un margine di autonomia legislativa anche nelle materie eticamente sensibili.

La questione è molto dibattuta ed anche i costituzionalisti hanno fin qui espresso pareri contrapposti.

In totale carenza di una legge statale propenderei per riconoscere la competenza statale pur anche ammettendo la possibilità, in capo alle Regioni e alle Province autonome, di approvare norme di natura esclusivamente organizzativo/procedurale in base alla loro competenza concorrente in materia di tutela della salute. Le scelte di principio sui beni di rango primario competono, infatti, allo Stato ed è il nostro Parlamento che deve stabilire quali sono le condizioni che legittimano l’accesso alle prestazioni sanitarie e agli altri aspetti di primario rilievo. Per quel che riguarda l’aiuto medico al suicidio (morte medicalmente assistita) lo Stato ha fin qui rinunciato a legiferare con una colpevole (irresponsabile) inerzia più volte

sottolineata dalla Corte costituzionale la quale, con la sentenza n. 242/2019, si è limitata a definire non l'esistenza di un nuovo diritto ma un margine di non punibilità penale per chi aiuta una persona ammalata a suicidarsi. Solo però in determinate e ben precise condizioni perché la persona deve essere affetta (a) da una patologia irreversibile, (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche reputate intollerabili, (c) dipendente da trattamenti di sostegno vitale, (d) in grado di prendere decisioni libere e consapevoli. Condizioni tutte che devono essere verificate dal Servizio sanitario nazionale, con le modalità procedurali stabilite in quella sentenza della suprema Corte.

Se questa è la situazione la regionalizzazione/provincializzazione del fine vita corre un temibilissimo rischio: frammentare ulteriormente l'accesso alla morte medicalmente assistita quando si dovrebbe elevarne gli standard di accesso senza ricorrere al marcheggiamento normativo previsto dal legislatore regionale toscano toscana che, garantita la gratuità della prestazione, è stato costretto a ricorrere ai fondi non del Servizio sanitario nazionale ma a quello extra-LEA. Non credo che questa legge regionale, anche ammesso che il Governo non la vorrà impugnare, potrà essere utile a dare al suicidio assistito la veste di un diritto di nuova generazione. Anche se ciò che possiamo auspicare è che essa possa fungere da ulteriore stimolo motivazionale se il legislatore statale lo saprà e vorrà cogliere.

Così da disciplinare, a tutto tondo, questa delicatissima materia senza incorrere nel temibilissimo e pericolosissimo scoglio delle difformità (disuguaglianze) regionali che già sono fin troppe..."

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

-Il pezzo, come sempre originale, di **Mauro Colombo**.

“Appena ho adocchiato l'articolo [1], pubblicato il 7 febbraio 2025 su *JAMA Network Open*, ho pensato subito di proporlo per ‘l'angolo’, tornando con punti di vista nuovi su argomenti già trattati [per esempio nella primavera 2022]. Mi ha colpito la capacità degli Autori – affiliati ad istituzioni australiane (a Melbourne) e statunitensi (a Chicago e Minneapolis) – di mettere in discussione questioni affermate – forse un po’ troppo semplicisticamente – quali punti fermi, impegnandosi in laboriose – ma fruttifere – osservazioni su lunghe distanze temporali. Gli intenti degli studiosi vengono messi in campo già dalle premesse, in introduzione: l’attenzione è rivolta ai cambiamenti nel tempo nei **fattori cardio-metabolici noti per la loro associazione con le malattie neurodegenerative**. Il monitoraggio dinamico di tali fattori potrebbe indirizzare ad interventi precoci. D’altra parte, con l’età si verificano cambiamenti nei sistemi cardio-metabolici a prescindere dalla neurodegenerazione, di cui occorre tenere conto, e che vanno scorporati rispetto alla eziopatogenesi della neuropatologia.

Ovviamente anche altre ricerche avevano investigato simili traiettorie, per esempio riferite all’indice di massa corporea, ma incontrando alcuni limiti metodologici: campioni ridotti in

numerosità, casistiche ospedaliere o rivolte ad ambiti specifici [per esempio diabetici]. In ogni caso, la letteratura non abbonda, ed i risultati sono stati contrastanti.

Per portare avanti le indagini, sono state coinvolte due popolazioni – in Australia e negli USA – collegate allo studio osservazionale ‘ASPREE’ (Aspirin in Reducing Events in the Elderly) e relativa estensione, che ha reclutato 16 731 ultra65enni liberi da deficit cognitivi rilevanti, disabilità fisica o malattie cardiovascolari, i cui parametri cardio-metabolici sono stati rilevati regolarmente per 11 anni. Un sottocampione è stato indagato sotto forma di studio caso-controllo [1 caso di demenza (1078): 4 controlli (4312); % vicine per sesso, con età media circa 77 anni all’inizio della osservazione].

Nel complesso, sull’intera casistica, sono state rilevate tendenze alla diminuzione in indice di massa corporea [BMI], circonferenza alla vita [WC], pressione arteriosa (sistolica e diastolica), e colesterolemia totale ed LDL, mentre glicemia, colesterolemia HDL e trigliceridemia mostravano una tendenza opposta. Nello studio caso – controllo, come nitidamente illustrato nelle figure, i casi presentavano – rispetto ai controlli - BMI e WC inferiori fino a 11 anni prima della diagnosi, con un declino significativamente più rapido. Tra i controlli, si osservava un aumento lineare stabile nei livelli di HDL, che contrastava con i modelli curvilinei nei casi, il cui picco era raggiunto circa 3-4 anni prima della diagnosi di demenza. Le altre tendenze non raggiungevano la significatività statistica. La discussione è molto vivace, prendendo in considerazione i risultati più rilevanti, punto per punto.

Il rapporto fra complessione fisica e demenza viene concepito come bi-direzionale. La neuropatologia dementigena può interessare regioni cerebrali che regolano la composizione corporea, con calo dell’appetito e riduzione nella capacità di cucinare; viceversa, il declino cognitivo può seguire la perdita di peso per motivi sia intrinsecamente metabolici, che sociali [per esempio, una maggiore quota di solitudine (3,9% nella casistica studiata)]. Anche altri studi hanno individuato, rispetto alla demenza, una precedenza di alcuni anni (6 – 8) del calo nel peso corporeo §. Gli 11 anni di anticipo riscontrati in [1] si collocano nella fase pre-clinica della demenza, potendo aiutare nella interpretazione della ipotesi della causalità inversa, e del ‘paradosso della obesità’ [argomenti intricati, meritevoli di venire trattati specificatamente]. Secondo tale paradosso, la obesità risulterebbe protettiva rispetto alla demenza.

La divergenza nelle traiettorie HDL tra partecipanti che hanno sviluppato demenza e controlli richiama il riscontro in letteratura di livelli più alti tra i primi. Nonostante i loro ben noti benefici, le lipoproteine HDL svolgono ruoli molteplici e variegati, ben al di là del trasporto di colesterolo ‘buono’ &. Benché le ragioni dell’inizio del declino dei livelli delle HDL in coincidenza con l’epoca della diagnosi di demenza sia al presente sconosciuto, vi potrebbe influire il calo in attività fisica e negli apporti alimentari.

Una traiettoria di abbassamento non differente tra casi e controlli nei valori pressori inquadra i risultati di [1] nel filone - prevalente - che ritiene la ipertensione arteriosa un fattore di rischio per la demenza solo quando persiste dalla età di mezzo. Secondo una altra linea di tendenza,

un calo nella pressione arteriosa è associato a maggior rischio di demenza, infarti ed atrofia cerebrali, nell'ambito di una perdita di autoregolazione #. È possibile che il rigore nel protocollo di rilevazione della demenza, in una popolazione integra sotto il profilo cardiovascolare, abbia portato ad una rilevazione più precoce della demenza rispetto ad altri studi di coorte, probabilmente prima che si verificassero cali sostanziali della pressione arteriosa.

Questo studio da un lato pone problemi stimolanti sul piano interpretativo, ma dall'altro pone indicazioni pratiche a livello operativo. I suoi risultati indicano che alcuni fattori cardio-metabolici possono deviare dai loro livelli abituali prima della demenza. Tali scarti possono costituire fattori di rischio o indicatori precoci associati al deterioramento cognitivo, sul piano speculativo, suggerendo quanto meno l'importanza di un loro monitoraggio dinamico, nella attività assistenziale.

§ per esempio, in una coorte di 1390 anziani [età media  $78,4 \pm 6,5$  anni (76,5% femmine)] cognitivamente integri, un BMI significativamente più basso si è verificato a partire da circa 7 anni prima della diagnosi di deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)]. Dopo la diagnosi di MCI, il BMI è diminuito allo stesso ritmo sia nelle persone che hanno sviluppato demenza che in quelle che non vi sono andate incontro [2] Rovistando nel mio archivio, non ho trovato un 'angolo' che ne abbia parlato [NdR].

& avevo sfiorato l'argomento della complessità biologica delle lipoproteine HDL nell'angolo pubblicato sulla newsletter AIP del 9 giugno 2023 [reperibile sul sito AIP, per i lettori affezionati più volenterosi ...]

# nota personale: un altro punto di vista indica nella stabilità nel regime pressorio con l'avanzare dell'età la condizione relativamente migliore che preserva dalla demenza [3]"

[1] Wu, Z., Cribb, L., Wolfe, R., Shah, R. C., Orchard, S. G., Owen, A., Woods, R. L., Vishwanath, S., Chong, T. T., Sheets, K. M., Murray, A. M., & Ryan, J. (2025). Cardiometabolic Trajectories Preceding Dementia in Community-Dwelling Older Individuals. *JAMA network open*, 8(2), e2458591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.58591>

[2] Guo, J., Wang, J., Dove, A., Chen, H., Yuan, C., Bennett, D. A., & Xu, W. (2022). Body Mass Index Trajectories Preceding Incident Mild Cognitive Impairment and Dementia. *JAMA psychiatry*, 79(12), 1180–1187. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3446>

[3] Walker, K. A., Sharrett, A. R., Wu, A., Schneider, A. L. C., Albert, M., Lutsey, P. L., Bandeen-Roche, K., Coresh, J., Gross, A. L., Windham, B. G., Knopman, D. S., Power, M. C., Rawlings, A. M., Mosley, T. H., & Gottesman, R. F. (2019). Association of Midlife to Late-Life Blood Pressure Patterns With Incident Dementia. *JAMA*, 322(6), 535–545. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10575>

-JAMA del 14 febbraio pubblica un editoriale preoccupato e severo sui **rischi che la gestione Trump provocherà alla ricerca scientifica negli USA**, in particolare per quanto riguarda i National Institutes of Health: “US Science in Peril”. Purtroppo, non sembra che le decisioni avventurose dei primi tempi presidenziali verranno corrette. Non si capisce davvero quali siano le motivazioni delle scelte del nuovo presidente: un odio di classe verso chi è colto e preparato, da parte di politici ignoranti? Per molti di noi che hanno studiato e lavorato negli USA (il mitico NIH!) è l'infrangersi doloroso di un legame di gratitudine e di stima reciproca.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2830566>]

-Lancet Public Health di febbraio pubblica un editoriale nel quale commenta un lavoro di Nyberg et al., comparso sullo stesso numero, nel quale si dimostra che **i vantaggi dell'attività fisica a tutte le età sono più incisivi negli individui maggiormente a rischio**. Malgrado non si tratti di un concetto originale, lo studio presenta i risultati ottenuti in persone con vari profili di rischio. Il commento più ovvio suggerisce l'importanza che nella prescrizione dell'attività motoria si analizzi con attenzione la condizione clinica.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00001-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00001-5/fulltext)]

-JAMA Int Med del 3 febbraio discute **l'impatto sulla salute degli anziani esercitato dai cambiamenti climatici**, con attenzione ai fenomeni fisiologici, alle malattie croniche, al declino funzionale e ai problemi di motilità, ai trattamenti polifarmacologici, alle alterazioni cognitive, alla solitudine. Il commento degli autori riguarda non solo questi fenomeni sul piano clinico, ma si riferisce anche alla necessità che gli interventi sanitari nel loro complesso diano attenzione ai fenomeni climatici, come non avveniva in passato.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2829470>]

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

Nel mese di gennaio si sono svolti **tre congressi AIP** nelle regioni meridionali: **Sicilia**, del quale abbiamo già riferito, **Lazio e Calabria** (vedi sotto); inoltre, in febbraio si terrà quello della Puglia. Sono un segnale della grande vitalità della nostra Associazione, che trova il suo fondamento culturale e operativo soprattutto a livello dei territori. Un grazie doveroso per l'impegno intelligente ai presidenti e ai consigli direttivi delle diverse Regioni.

-Si è tenuto a Roma nei giorni scorsi il **congresso regionale AIP del Lazio**. Un evento scientifico e culturale di alto livello, molto frequentato. Riporto di seguito la presentazione dell'evento redatta dal presidente regionale **Franco Giubilei**, che spiega con chiarezza le tematiche affrontate nel convegno.

“Negli ultimi anni, in conseguenza dell'aumento dell'aspettativa di vita media, si sta assistendo ad una crescita esponenziale di tutte le patologie croniche correlate all'età. Tra queste patologie, le demenze hanno un ruolo di primo piano in termini di prevalenza, arrivando a oltre il 7% della popolazione con più di 65 anni e il 35% nei soggetti ultraottantenni. Compromissione di tutti i domini cognitivi, ma anche disturbi comportamentali e del tono dell'umore rappresentano alcuni dei sintomi che le caratterizzano e che comportano, nell'evoluzione della malattia, la progressiva impossibilità a svolgere autonomamente le attività del vivere quotidiano. Questa perdita di autonomie fa sì che la persona affetta da demenza necessiti nel suo percorso di una assistenza sempre più assidua e continuativa, flessibile alle mutate condizioni di bisogno, che si avvalga di risorse economiche ed idonei supporti organizzativi socio-sanitari. Fondamentale è quindi una continuità assistenziale che coinvolga tutte le strutture a partire dai medici di medicina generale per finire alla medicina ospedaliera e territoriale.

L'interesse clinico e scientifico attuale, è sempre più orientato allo sviluppo di tecniche mirate all'identificazione dei processi patogenetici alla base delle demenze e alla realizzazione di nuove strategie terapeutiche. Per tale motivo, la diagnosi precoce di demenza è diventata questione di primaria importanza sia in ambito di ricerca che clinico. In quest'ultimo poi, la probabile approvazione anche in Italia di farmaci eziopatogenetici per la cura della Malattia di Alzheimer ha stimolato un'ampia discussione con varie proposte, al fine di costituire un ‘framework’ quanto più possibile condiviso per ridurre al minimo i ritardi diagnostici e poter offrire le migliori opzioni terapeutiche ai pazienti. Questo è possibile con l'individuazione di deficit cognitivi/comportamentali in una fase prodromica e con la possibilità di eseguire semplici e rapide indagini di primo livello. A questo riguardo lo sviluppo di biomarcatori ematici si sta rilevando uno strumento economico e di facile applicazione nella diagnosi precoce di malattia.

L'inquadramento diagnostico precoce e corretto consente di fare valutazioni prognostiche e trattamenti farmacologici mirati, con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia funzionale dell'individuo. Un trattamento adeguato consente inoltre di ridurre i disturbi comportamentali che solo alcune volte rappresentano l'esordio clinico di una demenza ma che sono sempre presenti nel decorso clinico di tutti i pazienti costituendo la principale causa di stress per i caregiver e le famiglie. La comparsa di alterazioni comportamentali è spesso conseguenza di eventi scatenanti non legati direttamente alla patologia dementigena, come infezioni delle vie urinarie o delle alte e basse vie respiratorie, squilibri elettrolitici, disidratazione, patologie cardiache, traumi fisici o psichici. Il risultato di tali eventi finisce spesso con la richiesta di assistenza rivolta agli ospedali che alcune volte porta a un inappropriato ricovero in corsia. Riconoscere e trattare adeguatamente questi disturbi riduce la pressione sui caregiver e sui familiari e dà la possibilità di valutare e assistere a domicilio i pazienti affetti da disturbi del comportamento.

Bisogna considerare poi che la presenza di malattie croniche e severe aumentano il rischio di demenza, in modo particolare se queste patologie iniziano precocemente nella ‘midlife’. È

stato stimato che fino al 24% delle persone con età superiore a 50 anni hanno una fragilità fisica con una prevalenza nelle donne. Maggiore fragilità è associata ad un più basso punteggio ai test neuropsicologici e ad un maggiore rischio di MCI e demenza. Il rischio maggiore è associato alla presenza di patologie cardiovascolari, dismetaboliche e polmonari. La salute generale, quantificata dal grado di fragilità, contribuisce in modo indipendente al rischio di demenza in relazione alla neuropatologia, ai biomarcatori della malattia di Alzheimer e al rischio genetico; il rischio di demenza trasmesso da ciascuno di questi fattori è più elevato negli individui più fragili. Conoscere l'interazione tra queste patologie internistiche e il deterioramento cognitivo è importante non solo nella prevenzione ma anche nel trattamento terapeutico di tutte le forme di demenza. Anche in questo ambito è piombata l'Intelligenza Artificiale le cui potenzialità sono però tutte la scoprire

Durante il Convegno tutti i temi sopra riportati verranno trattati in maniera esaustiva, in accordo con le più recenti evidenze scientifiche al fine di dimostrare come una diagnosi precoce sia fondamentale ai fini del trattamento sia dei disturbi cognitivi che di quelli comportamentali. Verrà inoltre discusso un argomento di cruciale importanza come la fragilità fisica e cognitiva. Conoscere l'interazione tra demenza e patologie internistiche aiuta a prevenire e gestire al meglio il deterioramento cognitivo, con risvolti positivi sia per il paziente che il caregiver. Verranno infine toccati i temi relativi alla medicina territoriale, al fine di rafforzare la continuità assistenziale, cruciale per il trattamento dei pazienti affetti da demenza”.

-Nella stessa settimana si è tenuto il **congresso regionale della Calabria, “Dal MCI al disturbo neurocognitivo maggiore: un’evoluzione ineluttabile?”**, evento pensato e organizzato con sapienza da **Giusy Zannino**. Cosenza è una città in grande sviluppo, trainata da un'università che riesce a coniugare una forte presenza nel territorio con un alto livello di ricerca scientifica, in particolare nell'ambito delle nuove tecnologie. Zannino ha magistralmente inserito i temi dell'AIP in questa logica di crescita che onora la Calabria; grazie Giusy a nome di tutti noi per questa scelta davvero strategica.

Buon lavoro, care colleghi e cari colleghi,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 28 febbraio 2025**

*“Sostengo la sua newsletter, l'ho fatto con grande e sincero moto d'anima e spirito psicologico non solo per ‘amicizia’. Lei raccoglie spunti scientifici, umani e permette di avere uno sguardo ampio.*

*Per me che corro e che arranco e non riesco a leggere molto giornali e riviste è un grande supporto, un aiuto e penso per tutti i professionisti assorbiti dalla quotidianità della vita lavorativa.*

*So anche che per lei è un impegno a cui dedica mente e tempo, richiede tanto e lo fa, mette a disposizione di tutti. Grazie”. Mail come questa gratificano il lavoro per predisporre la newsletter, indipendentemente dai supporti economici.*

*Ricordo ancora la modalità di versamento per chi volesse contribuire alla sopravvivenza della newsletter: “Donazione per il supporto economico della newsletter da parte di...” presso la banca BPM Brescia IBAN IT82S0503411200000000003421*

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Ancora violenza nelle RSA: grande tristezza, ma anche grandi responsabilità
- “Superior stabat lupus, inferior agnus”
- Camon sulle truffe agli anziani
- La forte testimonianza di un’Oss
- “Vorrei che nel mio reparto tutti i pazienti fossero Papa”
- Pascale Molinier: “Care: prendersi cura. Un lavoro inestimabile”

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

- Mauro Colombo sull’invecchiamento di successo
- JAGS sulla valutazione multidimensionale geriatrica
- Lancet Healthy Longevity* e la mortalità provocata dalle cadute nell’anziano

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

-Una borsa di studio per onorare il ricordo della cara Isabella Paolino

Amiche, amici,

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

- La recente **vicenda della RSA Sacro Cuore** (povero Gesù, sfruttato per imprese ignobili!) di Dizzasco (Como) è orrenda. Ma dove erano i colleghi delle bestie durante le violenze, il direttore, il consiglio di ammirazione, la vigilanza dell'ASL, il sindaco di un paese piccolo, dove tutti sanno tutto? Per alcuni è stata una gravissima omissione sul piano morale, ma per gli altri dovrebbe intervenire la magistratura per negligenza in vigilando (ma forse anche per complicità!). Come non accorgersi che in quella struttura di 153 letti autorizzati, dei quali 144 accreditati, dominavano la cattiveria, il ladrocino, la violenza? Anche se capisco che non sarebbe concretamente possibile cacciare via tutti quelli che hanno responsabilità dirette e indirette, io affiderei la gestione della RSA Sacro Cuore ad un gruppo di operatori scelti in altre RSA tra i moltissimi in grado di azioni tecnicamente adeguate e umanamente generose. Sono le vittime principali del disastro di Dizzasco e avrebbero il diritto di vendicarsi con l'esempio!

- “**Superior stabat lupus, inferior agnus**”: qualcuno forse ricorderà che nella favola di Fedro il lupo da una posizione superiore rispetto all'agnello si lamentava in modo aggressivo perché questo avrebbe inquinato l'acqua... **Trump** mi ha fatto pensare al lupo: esprime **prepotenza, falsità, cattiveria, volgarità** nei riguardi di nemici ed ex amici. Nessuno avrebbe mai pensato che il mondo sarebbe finito così; però, abbiamo il dovere di andar avanti, come cercano di fare in molti anche negli USA. Due recenti editoriali di *JAMA*, pubblicati il 18 febbraio (The Value of Academic Health Research) e il 20 (Reaffirming the *JAMA Network* Commitment to the Health of Patients and the Public) riaffermano una posizione netta a favore della ricerca e dalla cura, nonostante le scelte della Presidenza facciano temere il peggio. Un amico mi ha scritto “Che ne sarà degli editors di *JAMA*? La protervia senza limiti potrebbe non fermarsi di fronte alla cultura e all'impegno nella cura. Stalin per decenni non si è fermato (i più anziani ricorderanno le teorie di Lisenko!); perché dovrebbe fermarsi questo presidente eletto dal popolo? Anche se ai nostri occhi è spaventoso che rispetto alla verità ‘Ognuno ha la sua’!”

-Abbiamo assistito ad un aumento spaventoso del numero delle **truffe agli anziani**. Ha scritto recentemente **Ferdinando Camon** in un forte editoriale: “Il fregando è un vecchio, tira fuori i soldi per il nipote, vuole tanto bene al nipote, più sono i soldi che tira fuori, e più grande è l'amore che gli vuole. Perciò dico che le truffe agli anziani non sono solo un'offesa per quegli anziani. Sono un'offesa per la società, per tutti”. Temo però che purtroppo, a fronte dei ricatti dell'amore, ben poco possa fare l'impegno generoso di polizia e carabinieri.

-La signora **Marlene Da Silva Bispo**, di origine brasiliana, ma in servizio come Oss alla Pia Opera Ciccarelli da 15 anni ci ha inviato una **testimonianza di grande valore**: “Professor Trabucchi durante il convegno lei ha spiegato quanto sia importante la figura dell’operatore socio sanitario nelle RSA e in privato le ho raccontato una testimonianza di una mia ospite, quindi voglio esprimere una delle tante vicende che ho vissuto nel mio lavoro come OSS. Mi chiamo Marlene, sono un operatore socio sanitario dal 2 marzo 2005 dunque sono 20 anni che svolgo questo bellissimo lavoro, ritenuto da molti come un lavoro secondario e di poca importanza. Nell’arco di questi 20 anni di lavoro ho incontrato tantissimi familiari e ospiti e molti di questi sono rimasti nel mio cuore.

La settimana del 27 gennaio ero in ferie e sono rientrata a lavoro il 3 febbraio, una mia carissima ospite che in questa occasione la chiameremo sig.ra Maria, quando mi ha vista mi ha chiamato dicendo: ‘Marlene sei arrabbiata con me? Non mi parli più’ e io gli dissi che non lo ero e lei mi chiese di avvicinarmi a lei per potermi salutare con un bacio. Dopo questo gesto ho chiamato l’educatore per farlo venire lì dalla signora Maria e gli ho chiesto di ripetere all’educatore cosa mi aveva appena detto, lui gli ha spiegato che ero in ferie e che non ero arrabbiata con lei e la signora Maria gli ha detto che quando manco a lavoro loro sentono questa mancanza. Quando ho sentito le sue parole mi sono emozionata e sono grata dell’importanza che gli ospiti mi danno.

Io sono molto orgogliosa e fiera della mia professione e delle mansioni che svolgo perché ogni ospite mi è stato donato perché io me ne prendessi cura. Ogni ospite per me è speciale per questo sono un’operatrice molto pignola, perché mi piace che l’ospite sia sempre sistemato bene, pettinato, vestito bene e pulito. Quando metto a letto un ospite, mi piace che venga coperto bene e quando faccio affiancamento alle nuove operatrici inseguo che innanzitutto sono persone fragili e che dobbiamo trattarli come fossero i nostri parenti. Agli ospiti piace quando gli faccio le carezze sul viso e so che faccio la differenza nel mio reparto e sono fiera di questo. Molti familiari se non mi vedono per un paio di giorni chiedono se sono stata male perché i loro genitori si preoccupano per me però logicamente queste assenze sono i giorni di riposo.

A me piace insegnare l’arte di essere un operatore socio sanitario perché ogni piccola cosa che facciamo a loro lo stiamo facendo per fargli stare bene.

Avrei tanto da raccontare, tante storie, tante emozioni, tante tristezze e gioie ma soprattutto stanchezze infinite... ma ho la consapevolezza di tornare a casa e di avere fatto bene il mio lavoro”.

Grazie, signora Marlene, per questa splendida testimonianza!

-La dottoressa **Maria Grazia Cupido** ha inviato l’accluso pensiero intenso e significativo.

“Gent.mo Prof. Trabucchi

Quale geriatra operatrice in ambito ospedaliero (reparto post acuzie/riabilitativo) sono rimasta molto colpita da alcuni commenti sulla **degenza del Papa** al Policlinico Gemelli.

In particolare un vaticanista (di cui non ricordo il nome) qualche giorno fa sul *Corriere della Sera* affermava che pur essendo il Papa sofferente, non si fermava mai, mostrando tutta la sua energia: ‘in Argentina si svegliava alle 5:00, adesso ha anticipato di un’ora il risveglio’. Non ho potuto che pensare alla quantità di pazienti ricoverati che si svegliano alle 3 o alle 4, che costringiamo a letto, che sediamo farmacologicamente...

Il mio lavoro mi porta a pensare che sia probabile che il Papa abbia un minimo di disorientamento temporale legato alle acuzie ed alla ospedalizzazione. Io vorrei che nel mio reparto tutti i pazienti fossero dei Papa. Vorrei poter dire che l’assistenza è centrata sui bisogni di cura. I ricoveri del Papa dovrebbero entrare nei manuali di assistenza geriatrica, come pungolo.

Cari/e pazienti... voi siete i miei Pontefici!”

**Pascale Molinier** in “**Care: prendersi cura. Un lavoro inestimabile**” (Moretti e Vitali) innalza un inno: “Il care combina le incombenze più umili, ripetitive o sgradevoli, con tutti quei piccoli nonnulla, quel lavoro intangibile dello sguardo, del sorriso, della presenza. Inestimabile, il care è un lavoro che sfugge al valore merce, nella misura in cui il suo valore si confonde con quello della vita”. Il libro della psicologa francese mi ha impressionato per la profondità delle considerazioni, che partono da una ricerca condotta in una casa di riposo della provincia francese. Mi permetto di consigliarne la lettura ad operatori, familiari, persone attente alla generosità di chi assiste gli anziani.

*Chiedo ai lettori di inviare per la pubblicazione sulla newsletter brevi recensioni di libri che potrebbero essere di interesse comune. Sarebbe significativo identificare nella letteratura spunti importanti per il nostro lavoro.*

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

-**Mauro Colombo** affronta con la consueta lucidità il problema dell’**invecchiamento di successo**.

“Uno dei – tanti – vantaggi di frequentare la Fondazione Golgi Cenci sta nello scambio reciproco di suggerimenti per buone letture. Tra le segnalazioni più recenti che ho ricevuto [dalla nostra ‘psicologa senior’ Elena Rolandi], vi è un articolo che già dal titolo attira, chiamando esplicitamente in causa un invecchiamento di successo, od almeno un buon invecchiamento [1]. L’articolo – di libero accesso, appena pubblicato su un numero speciale di *Gerontologist*, scritto da 4 Autori tutti affiliati ad istituzioni australiane – sintetizza secondo

un ordine cronologico, in una rassegna narrativa esplicitamente non-sistematica, articoli importanti sul tema.

Per forza di cose, l'esposizione parte dal lavoro seminale di John Wallis Rowe e di Robert Louis Kahn del 1987 [2]. Il pluripremiato gerontologo della Columbia University e lo psicologo e scienziato sociale, co-fondatore dell'“Institute for Social Research” all'Università del Michigan, introdussero il termine ‘invecchiamento di successo’, definendolo come connotato da ‘assenza di malattia e disabilità, alti livelli di funzionamento fisico e cognitivo ed impegno in relazioni interpersonali e attività produttive’. Ma una insufficiente chiarezza nella definizione dei termini ne ha impedito una operalizzazione che consentisse di misurare l'invecchiamento di successo. Da qui l'avvio di 4 decenni di discussioni, riportate nella rassegna, di cui cerco di riportare qui i termini essenziali #.

In effetti, a testimoniare la mancanza di consenso, una meta-analisi non recente (2006) ha individuato 29 definizioni di ‘invecchiamento di successo’, la maggioranza delle quali (26/29) chiama in causa la salute fisica e la disabilità, mentre la capacità cognitiva conta in 13 lavori.

Vi è chi ha proposto di leggere il contrasto fra ‘invecchiamento di successo’ ed ‘invecchiamento usuale’ in termini di spettro che spazia tra i due poli, piuttosto che come una dicotomia netta. Tanto più se, non prendendo in considerazione il fatto che alcuni fattori sono fuori dalle possibilità di controllo individuali, una visione radicale dello ‘invecchiamento di successo’ può paradossalmente risultare marginalizzante, fino a generare una nuova forma di ‘ageismo’.

Tre anni dopo la pubblicazione di Rowe e Kahn, viene proposto (1990) un altro modello, di carattere adattativo, spalmato sull'intero arco di vita ma particolarmente saliente per l'età avanzata, centrato su 3 concetti: selezione [focalizzata su interessi, priorità e capacità individuali, aggiustando le aspettative], ottimizzazione [tramite comportamenti che migliorano la qualità della vita] e compensazione [di eventuali menomazioni (per esempio mediante protesi acustiche)]. Secondo questa accezione, persino una persona confinata in carrozzina può sperimentare un ‘invecchiamento di successo’. Non casualmente, questo modello è collegato a maggiori contentezza ed emozioni positive, e minori agitazione e solitudine.

Un quarto di secolo dopo, lo ‘invecchiamento di successo’ viene assimilato alla ‘resilienza’, intesa come la capacità – suscettibile di venire sviluppata – di adattarsi e reagire alla avversità che inevitabilmente occorrono, man mano che la vita avanza.

Molto prima, invece [all'inizio del primo decennio del secolo in corso], la spiritualità è stata accostata allo ‘invecchiamento di successo’: in effetti, la spiritualità è stata rilevata come il quarto tema ricorrente nella letteratura sull'argomento.

Anche il termine più ampio ‘buon invecchiamento’ – concepito per essere onnicomprensivo, da usarsi in modo intercambiabile con ‘invecchiamento di successo’ – di fatto soffre dei medesimi limiti di quest'ultimo, per la difficoltà di definirne i fattori che vi contribuiscono, e

per il peso che può venire attribuito agli elementi che sfuggono al controllo individuale. Qualsiasi valutazione della bontà dell'invecchiamento va inquadrata nel contesto del patrimonio genetico e delle condizioni socio-culturali di cui ciascuna persona è dotata. Non occorre che tutti i fattori siano compresenti a contribuire al buon invecchiamento, né vale computare una qualche forma di punteggio, all'interno di una qualche scala, almeno finché permarranno i limiti metodologici attuali.

La rassegna sottolinea i vari mutamenti sociali intercorsi durante i 40 anni dal conio del termine 'invecchiamento di successo': si tratta di cambiamenti rispetto alla sensibilità nei confronti della diversità, della identità e delle disparità sociali. Ne sono esempio la legalizzazione della omosessualità e delle relative unioni coniugali, la emancipazione femminile; in alcuni casi – vedi quello della contraccuzione rispetto al controllo delle nascite o delle irregolarità mestruali – l'impatto [diretto od indiretto] sulla salute fisica e mentale è più evidente. Esempi delle ricadute concrete di tale mutamento nello scenario socio-culturale sono le 'città amiche' della vecchiaia e della demenza: realtà sempre più diffuse a livello mondiale, come riportato in un altro articolo pubblicato sul medesimo numero speciale di *Gerontologist* [3].

La rassegna [1] è corredata da una utile tabella che riporta nelle righe i 7 modelli principali presi in considerazione, e nelle 14 colonne le caratteristiche più importanti del buon invecchiamento che contraddistinguono ciascun modello [assenza di malattie / disabilità, buon funzionamento fisico e cognitivo, coinvolgimento in ambito sociale od in attività produttive, spiritualità, capacità di adattamento, resilienza, possesso di uno scopo o di un significato della vita, autonomia §, auto-accettazione, padronanza dell'ambiente, crescita personale, competenza in almeno un settore].

# nota personale: mi permetto di avanzare una critica ad un passaggio della rassegna: trovo azzardato ed improprio assimilare lo 'stile di vita' con la 'salute'

§ 'autonomia' secondo la accezione specificata – e confrontata con quella di 'autosufficienza' - dal professor Silvano Corli, nella newsletter AIP di venerdì 21 febbraio: 'la capacità e facoltà di governarsi e reggersi da sé"'.

[1] Waddell, C., Van Doorn, G., Power, G., & Statham, D. (2024). From Successful Ageing to Ageing Well: A Narrative Review. *The Gerontologist*, 65(1), gnae109. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae109>

[2] Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>.

[3] Greenfield, E. A., & Pope, N. E. (2024). "It Made Me Change the Way I Do Business": Outcomes From Age-Friendly Community Initiatives as Systems Change. *The Gerontologist*, 65(1), gnae149. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae149>

-JAGS di febbraio presenta un interessante, completa review di 22 studi condotti in 12 paesi sul **ruolo della valutazione multidimensionale geriatrica** (Comprehensive Geriatric Assessment) negli anziani fragili residenti a domicilio. Nell'insieme la revisione della letteratura ha dimostrato un effetto ampiamente positivo della valutazione in confronto con il trattamento abituale, rispetto alla funzione, al ricorso al pronto soccorso, alle ospedalizzazioni, alla qualità della vita riferita alla salute e alla soddisfazione del paziente per le cure ricevute. In sintesi, la valutazione multidimensionale geriatrica non solo riduce il rischio di ricoveri ospedalieri, ma facilita l'adozione di interventi integrati a livello domiciliare. Una domanda critica: quanti sono nel nostro paese, eccetto gli ambiti specificamente geriatrici, i servizi che adottano routinariamente la valutazione multidimensionale? Manca ancora una cultura diffusa della valutazione come premessa indispensabile a qualsiasi intervento nell'anziano fragile, indispensabile per una valutazione sull'evoluzione dello stato di salute e quindi per calibrare la tipologia delle cure, evitando di sottoporre il malato ad atti inadeguati in eccesso o in difetto.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19402?af=R>]

-Lancet Healthy Longevity di gennaio presenta uno studio, utilizzando il data base dell'OMS, sulle **morti conseguenti a cadute in pazienti molto anziani**. I dati indicano una netta riduzione della percentuale di morti dal 1990 al 2009, seguita da un aumento nel 2021. Le proiezioni al 2040 indicano che la mortalità è destinata a crescere fino al 2040. Il lavoro suggerisce l'importanza che di fronte a questi valori di mortalità si adottino interventi adeguati; l'indicazione vale anche per l'Italia, dove il fenomeno delle cadute, sia a domicilio sia nelle strutture sanitarie e assistenziali, è ancora troppo alto. Oggi vi è molta attenzione burocratica, non sempre però adeguata alle reali condizioni di vita e di salute della persona anziana; vi sono anche timori diffusi tra il personale di cura, che inducono ad adottare pratiche difensive e dannose, come la contenzione.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00198-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00198-3/fulltext)]

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

-L'Associazione Italiana di Psicogeratria (AIP), di concerto con la Fondazione Cassa di Risparmio di Fermo, hanno deciso di istituire la **Borsa di Studio in memoria di Isabella Paolini**, stimata presidente della Sezione regionale Marche, che ci ha recentemente lasciato. Questa borsa di studio è destinata a giovani ricercatori (under 40) presenti sul territorio marchigiano che si distinguono per l'impegno nello sviluppo di tecniche e conoscenze riguardanti le malattie neurodegenerative, con particolare attenzione agli ambiti della geriatria, neurologia e psichiatria. I candidati sono invitati a inviare il proprio curriculum vitae e una lista delle pubblicazioni all'indirizzo e-mail: [segreteria.psicogeratria@gmail.com](mailto:segreteria.psicogeratria@gmail.com).

La scadenza per la presentazione delle candidature è fissata al 28 marzo 2025.

La premiazione della borsa di studio avverrà in occasione del convegno "Giornate fermane sulle malattie neurologiche", che si terrà il 11 aprile 2025 a Fermo.

*Chi scrive ha un dolce ricordo di Isabella, della sua gentilezza, dell'intelligenza, cultura, e serietà con cui ha svolto la funzione di Presidente della sezione marchigiana di AIP.*

Un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*