Newsletter AIP - 6 ottobre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La crisi senza speranza del sistema sanitario
- Il prete e la predica in RSA
- Ricordo di Giovanni Bissoni

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo sempre importante di Mauro Colombo
- Il Lecanemab: una prospettiva realistica
- L'emicrania negli anziani
- La sonnolenza diurna in casa di riposo
- Ipertensione, antipertensivi e demenza

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- "Le 50 sfumature di cura, 4° Edizione, Comunità di Destino", 13-14 ottobre, Treviso
- Le "Alzheimer Fest" di Giovinazzo e La Spezia
- "6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano", 15 novembre, Padova
- "Aging Brain", 13-14 dicembre, Napoli

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Le ultime **informazioni indicano che vi sarà una riduzione della quota di PIL dedicata alla sanità**. Non ho la competenza per interferire con le decisioni governative, mi chiedo però come sia possibile che i decisori politici non sentano il "grido di dolore" che viene dalla gente che non riesce più a farsi curare adeguatamente. Non è una vicenda politica, perché anche il governo precedente nello strutturare il PNRR non aveva dato uno spazio prevalente alla sanità, come sarebbe stato doveroso; poi, ora, anche questi soldi non sono adeguatamente spesi. Ma perché tanto disinteresse? Le spiegazioni possibili sono due: da una parte, lo scetticismo di riuscire a organizzare un sistema troppo difficile da governare e sul quale sono

entrate in crisi anche grandi nazioni come USA e UK; dall'altra, il convincimento che ogni persona è "faber fortunae suae" e quindi è bene rispettarne l'autonomia (??!).

Ho letto con grande attenzione questo pezzo di **don Marco Mori**, sacerdote bresciano: "Quando celebro la Messa in Rsa nel reparto con le nonne e i nonni affetti da Alzheimer capita sempre qualcosa di simpatico, perché qualcuno commenta ad alta voce la predica (soprattutto quando sente parole un po' strane o è troppo lunga), qualcuno si mette a girare per la stanza, qualcun altro rimane immobile nei suoi pensieri. La vera simpatia, però, nel senso più profondo del termine, avviene con il Signore: il miracolo di sentirli cantare, pregare, ricordarsi delle parole, ritornare ad interagire, permette a loro di essere ridonati a loro stessi in una situazione che profuma di casa e di ricordi finalmente veri.

Non so se mi capiterà di ammalarmi come loro, visto che, in Italia, secondo stime dell'Istituto Superiore di Sanità divulgate in questo mese dedicato alla malattia di Alzheimer, circa un milione e 100mila persone soffrono di demenza (numero destinato a superare i due milioni nel 2050). Mi farebbe paura perdere la mente; ma ringrazio per questa singolare esperienza in cui lo spirito non si perde, nemmeno dentro le fatiche di una malattia oscura. È una lezione pasquale e umana nello stesso tempo: delicata come le loro carezze che, ogni tanto, mi donano, con lo stupore, insieme a loro, di ritrovare anche me stesso".

"**Lo spirito non si perde**", dice don Marco, "**nemmeno dentro le fatiche di una malattia oscura**"; rispettando le diversità culturali e di esperienza, mi permetto di paragonare questa splendida affermazione a quanto scritto da **Michela Marzano** in un pezzo su *La Stampa* di domenica 1 dicembre: "**Sebbene chi è affetto da Alzheimer non sia apparentemente più capace di dare, ognuno continua non solo ad essere la stessa persona di prima, ma anche a dare tanto**". Sono parole in linea con la posizione culturale della grande filosofa, attenta all'intrinseca dignità e al valore della persona, indipendentemente dalla malattia. Ma esprimono anche una visione cristiana della vita.

È morto ieri Giovanni Bissoni, la persona che nel suo ruolo di assessore alla sanità della Regione Emilia Romagna e dalle diverse funzioni a livello nazionale ha dato di più alla costruzione del nostro sistema di protezione della salute. Balduzzi lo ricorda così: "In lui, possiamo dire, si incarnavano quei due requisiti che la nostra Costituzione chiede a chi è chiamato ad esercitare cariche pubbliche, di adempierle cioè con 'disciplina' e 'onore': disciplina, cioè competenza, diligenza, attenzione ai bisogni delle persone; onore, nel senso di disinteresse personale, di non servirsi della politica e dell'amministrazione, ma di servire la politica e l'amministrazione". Anche personalmente devo un grato ricordo a Giovanni: non era mai egoista nell'uso del suo tempo, in particolare quando poteva aiutare i più deboli, sul piano concreto e su quello delle idee. Era stato uno dei più giovani sindaci (a Cesenatico) ed aveva conservato la sensibilità per i bisogni grandi e piccoli dei concittadini più fragili.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Rita Rubin, commentatrice sempre molto puntuale, scrive su *JAMA* del 27 settembre un'analisi dal titolo: "**Chi dovrebbe, e può, ricevere Lecanemab, il nuovo farmaco per l'Alzheimer?**". Il testo è diviso in capitoli che ne riassumono il contenuto: Chi potrà beneficiarne e chi no?; ARIA, una nota amara; l'enigma dell'APOE; la complessità del trattamento. In quattro pagine della rivista l'autrice riassume in maniera magistrale le problematiche più significative indotte dal Lecanemab: è un articolo che consiglio ai nostri lettori. [https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2810237]

JAMDA di luglio pubblica un interessante lavoro sulla mortalità nelle residenze per anziani, nel quale **si analizza la sonnolenza diurna come predittrice di mortalità**. Infatti, spesso è associata a malnutrizione e a grave comorbilità cardiovascolare o neurodegenerativa. Gli autori indicano l'importanza di un monitoraggio standardizzato della sonnolenza diurna, in modo da adottare interventi mirati per permettere una migliore qualità della vita e ridurre la mortalità, in particolare controllandone i possibili fattori di rischio. Peraltro, di fronte a situazioni irreversibili come la demenza, la rilevazione dell'eccesso di sonnolenza diurna può richiamare l'attenzione sugli eventuali trattamenti palliativi.
[https://www.jamda.com/article/S1525-8610(23)00286-4/fulltext]

Lancet Neurology di ottobre pubblica una revisione accurata della letteratura su "**Migraine in older adults**". L'articolo particolarmente esauriente pone molti interrogativi, molti dei quali senza risposta, a cominciare dalla definizione delle basi biologiche dell'emicrania. A questo proposito gli autori auspicano l'esecuzione di studi longitudinali a lungo termine. Sebbene a breve saranno disponibili nuovi farmaci per l'emicrania, la loro efficacia, tollerabilità, e sicurezza rimangono spesso incerte negli anziani, anche perché l'età avanzata è stata esclusa dagli studi di efficacia e tollerabilità. La conseguenza è la difficoltà di trattare in maniera adeguata gli anziani che soffrono di emicrania, un problema non secondario dal punto di vista epidemiologico e della sofferenza degli individui.
[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(23)00206-5/fulltext]

JAMA Network Open del 12 settembre pubblica un lavoro ampio e articolato (una metanalisi condotta il 16 nazioni) sull'**ipertensione non trattata come fattore di rischio di demenza**. La cura invece blocca il rischio che, secondo i diversi studi, è quindi simile a quello dei controlli sani. Se ne deduce che la riduzione del rischio di demenza può essere considerata un endpoint principale del trattamento antipertensivo, assieme alla prevenzione della malattia coronarica e delle malattie renali croniche. In particolare, gli studi indicano l'importanza di iniziare i trattamenti anche in età avanzata e che è sempre necessario compiere più di una valutazione pressoria per guidare nella valutazione del rischio e nelle

decisioni terapeutiche.
[https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2809194]

Il consueto contributo di **Mauro Colombo**, sempre originale e di grande interesse.

"In questi periodi di incertezza economica – più volte richiamati dal prof. Trabucchi nella newsletter – arriva opportunamente una ricerca pubblicata in anteprima in rete da *Lancet Healthy Longevity* sull'**effetto dei tracolli economici sulla cognitività delle persone anziane** [1]. Sinora, il collegamento tra situazione socioeconomica [che fosse stazionaria lungo l'arco della vita (anche a partire dall'infanzia), o che precipitasse in vario modo] e cognitività – ed anche con altri ambiti, quali sintomi depressivi, disturbi psichiatrici, mortalità generale - è stato studiato solo a livello di singole nazioni distintamente, rispetto alle persone anziane o di mezza età. La ricerca in questione – condotta da studiosi appartenenti a diverse università statunitensi – ha invece voluto confrontare gli effetti del tracollo economico occorso in età avanzata sulla cognitività susseguente, in 4 nazioni dotate di redditi ed assetti assistenziali differenti. L'ipotesi di partenza prevedeva effetti negativi ubiquitari, ma modulati in ragione della ricchezza e delle capacità di tutela offerte dai rispettivi stati sociali. Specificatamente, i danni maggiori avrebbero dovuto realizzarsi in Messico e Cina, rispetto a Stati Uniti d'America ed Inghilterra.

I sette gerontologi – epidemiologi hanno armonizzato i dati da 4 studi longitudinali (1 per ciascuna nazione presa in considerazione), mediante un meticolosissimo lavoro metodologico. Hanno così costruito una base di dati che comprendeva 9465 persone – bilanciate tra ambo i sessi - di età media compresa tra i 68 ed i 75 anni, seguite per qualche anno, abbinandone le prestazioni cognitive riguardo a memoria, orientamento, attenzione e fluenza verbale. Il tracollo economico è stato definito in 2 modi: (A) perdita di almeno il 75% del patrimonio nel volgere di 3-4 anni, oppure (B) la discesa nel quintile inferiore della ricchezza. L'evento di tipo (A) è occorso meno frequentemente negli Stati Uniti (10,2%) ed in Inghilterra (4,1%) che in Messico (16,3%) ed in Cina (26,9%). Rispetto alla forma (B), la stabilità di quintile di ricchezza ha riguardato circa il 70% degli anziani statunitensi ed inglesi, contro il 35-40% di messicani e cinesi; le rispettive quote % rimanenti si distribuivano sia tra chi si arricchiva che chi si impoveriva.

I risultati sono stati in parte inattesi: sia il rovescio economico di tipo (A) che di tipo (B) è stato seguito da un detrimento cognitivo negli USA ed in Cina, ma non in Messico ed in Inghilterra. Le associazioni persistevano tenendo conto dello stato civile e delle condizioni di salute. Il deprezzamento nel valore economico della abitazione era il principale determinante delle associazioni, a differenza della disponibilità in liquidità. Complessivamente, le prestazioni cognitive nei paesi anglofoni erano superiori a quelle degli altri 2 paesi, per quanto standardizzate.

Per la interpretazione dei risultati, ci si è rifatti alle caratteristiche socioeconomiche ed agli assetti dei sistemi di protezione sociale dei 4 paesi. Le maggiori disuguaglianze di reddito

disponibile sono presenti in ordine decrescente in Cina, Messico, USA ed Inghilterra, tenendo conto però di una tendenza alla riduzione delle disparità nel Messico, a fronte di una loro crescita negli USA, nel corso della scorsa decade. L'Inghilterra annovera tra i propri benefici un sistema sanitario pubblico; negli USA il Medicare – pubblico – pone problemi di accessibilità; in Cina ed in Messico tutti i cittadini possono accedere alla sanità pubblica, sia pure con differenze in copertura, qualità ed accessibilità a tali risorse. Tutti i 4 paesi erogano pensioni pubbliche; Inghilterra ed USA impegnano però una frazione maggiore delle proprie disponibilità a tale supporto; dal 2007 in Messico è entrato in vigore un sistema pensionistico non-contributivo, che ha portato ad un maggior livellamento delle prestazioni.

Gli Autori auspicano che le informazioni da loro prodotte – suscettibili di estensioni ed approfondimenti – possano tornare utili ai decisori politici, tenendo conto anche del momento di rischio per le funzioni cognitive rappresentato dalla fase del pensionamento.

L'editoriale di commento [2] – steso da studiosi di sanità pubblica dell'Università di Pechino – puntualizza sulla importanza della acquisizione di dati, come sta facendo, tramite un archivio dedicato all'invecchiamento ed alla disabilità, la Cina, paese che sta andando incontro a progressivi profondi mutamenti sociali; la voce bibliografica n° 6 dell'editoriale rimanda alla ristrutturazione in senso privatistico della imprenditoria, nel corso di mezzo secolo. Questo breve articolo esordisce ricordando che "sebbene il declino cognitivo costituisca una parte inevitabile del processo di invecchiamento, rimane tuttavia un certo grado di plasticità, in età avanzata".

[1] Cho, T. C., Yu, X., Gross, A. L., Zhang, Y. S., Lee, J., Langa, K. M., & Kobayashi, L. C. (2023). Negative wealth shocks in later life and subsequent cognitive function in older adults in China, England, Mexico, and the USA, 2012-18: a population-based, cross-nationally harmonised, longitudinal study. *The lancet. Healthy longevity*, 4(9), e461–e469. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00113-7

[2] Zheng, X., & Luo, Y. (2023). Wealth shocks and cognitive function in later life. *The lancet. Healthy longevity*, 4(9), e442–e443. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00132-0

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Ricordo il convegno di Treviso sulle "**50 sfumature di cura**". Riporto una presentazione di **Giorgio Pavan, mente culturale e organizzativa dell'evento**. A me piace ricordare che l'iniziativa di Treviso si colloca in continuità con l'incontro dedicato agli Oss durante il congresso dell'AIP di quest'anno, che speriamo di replicare anche nel 2024.

"La data del 12 e 13 ottobre si avvicina e noi ci stiamo organizzando per preparare il convegno '50 sfumature di cura 2023'.

Provo ad inquadrare il tutto in una comunicazione, spero breve, per dare l'opportunità di collocarsi in modo funzionale sapendo che si tratta di un contesto legato ai servizi per gli anziani auto e non autosufficienti.

Per chi non ci conosce: ISRAA è un ente pubblico IPAB di Treviso che ospita 850 anziani (prevalentemente non auto) e assiste a domicilio oltre 1000 persone anziane. Lavorano con noi circa 800 persone, di cui 650 dipendenti pubblici. Siamo punto di riferimento per il settore con molte innovazioni già realizzate come il Cohousing, la Rete Alzheimer, un gruppo di 10 giovani (Faber) occupati nella ricerca e nella progettazione europea e tanto altro. Ad oggi il settore vive una drammatica situazione di 'tempesta perfetta' che associa una miriade di problemi come la carenza di personale nel mercato del lavoro, la sempre più grave condizione economica a carico degli enti, l'aumento e l'aggravarsi delle condizioni di salute dei nostri fruitori, sempre più vecchi e sempre più malati, l'uscita dal Covid e la continua condizione di pre-Covid, la stanchezza delle famiglie e le loro difficoltà economiche, il mare burocratico nel quale stiamo affogando… lo stereotipo negativo che imperversa sul nostro settore e così via.

Abbiamo cercato di organizzare questo convegno per alimentare le speranze nel futuro cercando però un terreno forte su cui piantare le nostre convinzioni. Vi chiediamo di darci una mano in questo sforzo!

Si tratta di 4 slot di 3/3.5 ore ciascuno, due giovedì 12/10, due venerdì 13/10, mattino e pomeriggio.

Il primo affronta il tema della carenza delle risorse umane nel settore sociosanitario attraverso un percorso alla ricerca di 'senso' del lavoro stesso. Ovvero perché decidere di fare questo lavoro.

Fabio F. introdurrà l'argomento con una lezione magistrale che inquadra la problematica 'di senso'.

Seguiranno due salotti, uno con 4 operatori sociosanitari, l'altro con 4 figure di comando, il tutto per dare voce e incrocio alle diverse sensibilità, visioni, proposte.

Concluderà una proposta costruttiva e un po' 'sovversiva' per pensare ad una nuova cultura per le nostre organizzazioni.

Il secondo guarda avanti, pensa al futuro. Alle persone che interverranno chiediamo di parlare del futuro che loro prevedono, auspicano, sperano, rispetto all'argomento trattato, che potrà anche radicarsi in richiami del passato oppure in spinte propositive alla ricerca di nuovi equilibri tagliando con il passato. Sono interventi settoriali, volutamente si tratta di spicchi diversi di argomenti per noi importanti (il futuro prossimo, l'influsso della tecnologia, nuove prospettive con le risorse umane, le RSA del futuro, il grande tema della solitudine, il tema delle città, il tema del fine vita…). Vorremmo lasciare alla platea il compito di ricomporre gli spezzoni in una propria visione generale.

Importante: il format prevede relazioni di 20'… e il rispetto dei tempi sarà scandito da un orologio a favore del relatore.

Il terzo slot affronta il rapporto tra i numeri (italiani e regionali) e le politiche 'messe a terra'. La questione è molto spinosa perché devono essere trovate risposte urgenti a problemi enormi: le prime due relazioni ci dettaglieranno in merito all'andamento demografico e ai conti dell'INPS… spetta poi al salotto invitato, e al giornalista che lo condurrà, cercare di dare risposta ai tanti quesiti aperti dalle due relazioni.

Il quarto slot vuole chiudere in bellezza pensando e promuovendo il tema della comunità. Ci sarà una storia tra le tante storie che aprirà questa sessione, seguirà Mauro M. per l'inquadramento teorico. A seguire e a chiudere, una decina di interventi brevi di persone che possono testimoniare il loro impegno concreto di costruzione di comunità. Anche in questo caso i tempi saranno contingentati a 9' per intervento… con uno stacco di un minuto tra un intervento e l'altro.

Per quanto riguarda la logistica mi sembra che siate stati tutti contattati dalla segreteria (Raffaella Fochesato) che in ogni caso è sempre disponibile per le questioni organizzative. Io rimango a vostra disposizione per tutto il resto, compresi i contenuti, qualora servissero dei chiarimenti (3483638898, pavan.giorgio@israa.it)".

Accludo i programmi delle tappe dell'**Alzheimer Fest** che si svolgeranno nei due prossimi week end a **Giovinazzo** e a **La Spezia** (bozza). Concludono la serie di cinque AF. Ho avuto notizie, in particolare, sul successo di quella di Ploaghe, a testimonianza dell'attenzione della Sardegna per la sofferenza di soffre per una demenza.

Si sta avvicinando il **15 novembre**, data nella quale si terrà a **Padova** l'ormai tradizionale incontro sulla **solitudine dell'anziano**. Il tema riveste sempre maggiore importanza sul piano epidemiologico, mentre la capacità delle comunità di rispondervi non è sempre adeguata. Per questo ben vengano occasioni di ripensamento e di progettazione, come avverrà a Padova tra qualche settimana.

Accludo anche il programma definitivo dell'**Aging Brain** (**Napoli, 13-14 dicembre**). Gli argomenti trattati sono di grande importanza clinico-assistenziale. Mi permetto però di ricordare anche che il convegno si svolgerà nel rione di Santa Lucia; saremo quindi partecipi delle celebrazioni in occasione del 13 dicembre, festa della Santa. Inoltre, nel periodo natalizio Napoli mostra ancor di più la sua vivacità e la sua originalità.

Un cordiale saluto a tutte le amiche e gli amici di AIP,

Marco Trabucchi

Newsletter AIP - 13 ottobre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ricordo di Giovanni Bissoni, di Matteo Zuppi

- Ricordo di Giorgetta Cappa, geriatra generosa e intelligente

- "Racconti sul servizio sanitario nazionale" di Giovanna Baraldi

- Giornata nazionale delle persone con Trisomia 21

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo sull'accesso al PS delle persone affette da demenza

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Le ultime tappe dell'Alzheimer Fest 2023

- "50 sfumature di cura, 4° Edizione, Comunità di Destino", 12-13 ottobre, Treviso

- "6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano", 15 novembre, Padova

- "Aging Brain", 13-14 dicembre, Napoli

Amiche, amici,

questa newsletter inizia in modo diverso dal consueto, perché le circostanze ci inducono a dare attenzione ad eventi straordinari e dolorosi.

Nei giorni scorsi è scomparso Giovanni Bissoni, il politico e l'amministratore pubblico che in assoluto ha maggiormente contribuito alla costruzione del nostro SSN e che, recentemente, cercava disperatamente di salvare. Di grande importanza, in particolare, la sua voce in difesa delle RSA, e in generale delle residenze per anziani. Una voce coraggiosa, quando molti si erano accodati per ignavia a critiche senza fondamento.

Per onorarne la memoria riporto il messaggio di saluto inviato dal Cardinale Matteo Zuppi; riassume un itinerario umano e tecnico di grandissimo valore.

"Ci sono incontri che ci accompagnano tutta la vita e non portano nulla e altri che in pochi momenti ci aiutano a condividere tutta la vita. Ho incontrato Giovanni Bissoni, uomo giusto, in un momento terribile per lui. Aspettava con ansia questo incontro e mi commuove molto ricordarlo: sconsolato, eppure forte, ironico, accogliente, profondo. Davvero non ha smesso di piantare alberi e di coltivare bellezza. Guardava in faccia il suo futuro, misurando quello

che restava, segnato da quella sentenza incredibile, terribile della malattia. Non si faceva sconti o illusioni. La sua richiesta era sentirsi protetto dalla sofferenza e garantito nella dignità. Esattamente quello per cui ha lavorato con passione e intelligenza nel mettere in piedi il servizio sanitario nella nostra regione e non solo, perché garantisca a tutti guarigione e cura. Il diritto alla salute non deve essere condizionato a nessun altro interesse perché sia tale ed è un patrimonio che, come ha affermato recentemente il presidente Mattarella - garante della Costituzione nella lettera e nello spirito - è 'prezioso e da adeguare e difendere'. Giovanni è stato protetto e curato proprio come Danila vuole avvenga per tutti. Mi ha scritto Giovanni: 'Il servizio sanitario dell'Emilia Romagna in realtà fu un forte gioco di squadra, naturalmente nel rispetto delle competenze di ciascuno, a partire da politica e istituzioni, contornarsi di persone giuste e investimmo molto sulla formazione. Creammo una classe dirigente che oggi si va esaurendo'. Squadra, competenze, rispetto di queste, istituzioni, politica, formazione: ecco così si costruisce un sistema, universalista, cioè il massimo per tutti, pubblico perché l'unico fine è la persona, qualsiasi essa sia, non il guadagno.

Al termine di quell'incontro mi fece visitare la sua casa, elegante, che faceva sentire subito a casa, sobria e piena di bellezza. Voleva a tutti i costi regalarmi un crocifisso che era appeso nella parete a fianco del suo letto. Un crocifisso antico, essenziale, privo delle braccia. Gli raccontai che nella Chiesa di Sant'Egidio a Roma è conservato un crocifisso simile, anche quello senza le braccia. La spiegazione era semplice: le braccia di Gesù siamo noi, che possiamo sollevare, abbracciare, consolare chi è nella sofferenza. Io gli dissi che ero commosso del suo regalo, ma che preferivo restasse lì, che lo avrebbe aiutato in una comunicazione che non ha bisogno di tante parole, perché eloquente nell'amore. Penso che posso leggere con voi quanto mi scrisse pochi giorni dopo. 'Durante la notte piuttosto difficile ho acceso la luce e mi sono guardato l'immagine di Gesù crocifisso. Mi ha molto rasserenato l'idea che le braccia siamo noi. E che anche tu fossi presente'. Grazie Giovanni per l'attenzione alla persona e senza protagonismo hai reso tanti protagonisti perché squadra che protegge nella malattia. 'Ero malato e sei venuto a visitarmi'. Ecco perché sei giusto. Ci hai lasciato il giorno in cui ricordiamo San Francesco. Amava tanto Gesù da portarne nel suo corpo i segni della croce. Oggi comprendi come in realtà il primo che prende le nostre stimmate è Gesù, mistero di amore che fa suoi i segni della nostra croce. È solo una questione di amore. San Francesco chiamò sorella la morte non perché la amasse – non si può amare la morte e non possiamo mai abituarci ad essa tanto da diventarne indifferenti – ma perché non aveva più paura. La guardava negli occhi e la disarmava. Chiamandola 'sorella' uccideva la morte! Credo che oggi le braccia di quel crocifisso stringono al collo Giovanni, sollevato e amato da Gesù. Credo anche che Giovanni ritrova la luce di amore che ha acceso nel buio della sofferenza di chi, malato, ha trovato speranza e protezione. Il buio sconfortante della croce è illuminato dalla luce dell'amore che non finisce. Grazie Giovanni. Tanta pace. Riposa in pace. Amen".

In questi giorni è scomparsa la dottoressa Giorgetta Cappa, collega carissima che ha creduto di dover lavorare per costruire una rete sempre più efficiente di servizi in favore dell'anziano fragile.

Personalmente e a nome dei molti che l'hanno conosciuta ho inviato alle colleghe e ai colleghi del Piemonte le righe che riporto di seguito.

"Ricordo Giorgetta con grandissima nostalgia: lieve, impegnata, generosa.

Ricordo quanto fosse felice per il suo nuovo reparto all'ospedale di Cuneo, pensato e voluto con la direttrice generale Giovanna Baraldi.

La ricordo ai tempi della scuola del grande professor Fabris, quando venire nel reparto di geriatria delle Mollette era per molti di noi esterni una boccata di ossigeno, per le idee originali, l'ambiente caldo, l'amicizia che si percepiva nell'aria.

Care amiche e amici di un'epoca che ricordo con orgoglio insieme a voi: non dimenticheremo il pensiero di Giorgetta e del suo sorriso, la sua voglia di fare non si cancellerà, la sua generosità che si esprimeva nella concretezza di ogni giorno ci resterà come esempio.

Adesso dobbiamo continuare perché i poveri, i soli, chi è ammalato, chi non è più autonomo hanno bisogno di noi, in particolare hanno bisogno di voi, carissime colleghe e colleghi della grande scuola di Fabris".

Con questa newsletter inizia la pubblicazione di una serie **considerazioni sul nostro sistema della salute** preparate dalla dottoressa **Giovanna Baraldi**, persona che per molti anni ha svolto una funzione centrale nell'organizzazione sanitaria italiana, a diversi livelli, da quello locale, regionale e nazionale.

L'autrice ha così intitolato la serie di pezzi che sanno pubblicati sui prossimi numeri della newsletter:

"Racconti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Brevi storie sul personale sanitario e su cittadini e famiglie, sulla loro relazione col sistema socio sanitario, sulla loro vita e problemi. Con l'obiettivo di riflettere sulle criticità della sanità, ma anche sulle possibili soluzioni e sul suo valore".

"Laura è il coordinatore infermieristico del dipartimento di urgenza e pronto soccorso dell'ospedale provinciale. Da un po' di tempo, la mattina quando si alza alle 5.30 e suo figlio Luca e suo marito dormono, le viene tristezza. Suo marito è geometra, va al lavoro alle 8 ed è lui che sveglia e porta a scuola Luca; e questo non è mai stato un problema. Ma adesso le fa tristezza e non ha più voglia di andare in ospedale. Prima le piaceva moltissimo prendere il caffè mentre loro dormivano e le sembrava di proteggerli. Mentre si vestiva pensava alle consegne della notte, ai colleghi mai stanchi che le mettevano buon umore, ai più giovani che lei tranquillizzava, ai medici anziani che le davano sicurezza. Stamattina non vorrebbe andare

al lavoro. Anche suo marito ha capito, ma non le ha detto niente. Laura è sempre stata serena, anche quando raccontava i drammi, i pazienti che si salvavano, la tenacia del personale che non si lamentava mai. Lui era un po' geloso; durante il primo lockdown quando aveva dovuto restare a casa in smart working e lei era 'in trincea', l'aveva un po' invidiata: quella passione, quella missione, quella carica. Laura stamattina non vorrebbe andare al lavoro. I problemi c'erano sempre stati, ma adesso sembravano insopportabili, sempre gli stessi. Molto peggio. Non c'è personale, non abbiamo il budget, il territorio non funziona, gli ospedali piccoli non fanno filtro, i medici di medicina generale fuori dal sistema, le case della comunità o della salute? La Direzione Generale, la Regione, la politica. Non voleva trovare scuse e andare in malattia. Neppure quando aveva preso il Covid la prima volta, quello pesante, non voleva stare a casa. Il Covid. Chi se lo ricorda. In queste mattine quando arriva in servizio e le buttano addosso che 'stanotte non si trovava un rianimatore, che c'era un paziente psichiatrico che gridava, che dei parenti hanno picchiato l'ausiliario, che il medico della cooperativa non capisce l'italiano, che non mettermi più in turno che se c'è quello lì vado via'. In quel momento improvvisamente le vengono in mente gli occhi. Gli occhi di terrore di quello che sembrava il nonno Aldo, del ragazzo con i tatuaggi che aveva capito di morire e lei aveva paura di guardarlo. Gli occhi dei colleghi che si cercavano e si guardavano per aiutarsi, i primi tempi, quando non si capiva che malattia fosse. Come faccio a mettere in turno Davide che ha già fatto due festivi di fila, a negare le ferie alla Monia che ha la madre malata, e se mi mandano quel medico incapace che in una notte prende lo stipendio di un mese, stavolta vado dal direttore sanitario. Non ha più senso. Lo aveva senso durante la pandemia. Il 'paziente al centro' scritto sulle delibere ma lo avevano fatto davvero. Anche la multidisciplinarietà l'avevano detto per anni, ma in quel momento avevano capito che bisognava cambiare il modello del lavoro. Anche i primari più rigidi avevano cambiato idea. Una sua amica della rianimazione ha dato le dimissioni la settimana scorsa per andare in una casa di cura. Laura si è arrabbiata. E tutti i medici che sono andati via, così bravi, sempre disponibili. Come facciamo? Non ci sono risorse e dobbiamo tagliare. Ha provato a parlare con la dirigente: 'Laura per favore, anche tu, no ti prego non dirmi niente'. Ma che bello quando si è incominciato a capire come difendersi, come affrontarlo, le nuove terapie, e quando sono arrivati i vaccini ed eravamo felici. Come negli anni '50 per la poliomielite. Facevamo la riunione tutti i pomeriggi per le comunicazioni e la condivisione delle procedure; che fatica, che stanchezza, che caldo dentro le tute. Ma che bello quando si salvava qualcuno e piangevamo di nascosto sotto le mascherine. La seconda ondata. E poi la terza. Nulla sarà mai più come prima. Nulla è come prima solo che non se ne sono accorti. Laura ha deciso che stasera parlerà con suo marito".

Domenica 8 ottobre è stata celebrata la **giornata nazionale delle persone con Trisomia 21**. Mentre ci associamo alle giuste rivendicazioni delle associazioni delle persone con sindrome di Down, ricordo che i soggetti colpiti oggi hanno la possibilità di sopravvivere a lungo, anche se spesso affetti da demenza nelle età avanzate. Sono cittadini che richiedono un'assistenza particolare, adeguata alle loro specifiche esigenze, ad esempio quando sono ospiti delle RSA.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo affronta attraverso un'ampia revisione della letteratura il tema dell'**accesso al PS delle persone affette da demenza**.

Un recente impegno istituzionale mi ha portato a rileggere una lettera di ricerca, pubblicata in rete da *JAMA Neurology* il 24 luglio 2023, avente per titolo "caratteristiche delle visite al dipartimento di emergenza da parte di anziani con demenza" [1]. Nonostante simili visite sfiorino i 1,4 milioni all'anno, l'argomento è relativamente poco trattato in letteratura.

Per contribuire ad accrescere le conoscenze sulla questione, allo scopo di evitare un ricorso inappropriato a tale servizio, quattro studiosi dell'Università del Michigan hanno esaminato un campione casuale di visite di ultra65enni, che comprendeva 1.378.940 visite di persone con demenza, mediamente più anziane di quelle senza tale diagnosi (85 contro 76,5 anni), più comorbide e più frequentemente di sesso femminile. Mediante modelli lineari generalizzati, sono state confrontate le caratteristiche delle visite di anziani con verso senza demenza.

I motivi che caratterizzano le visite degli anziani con demenza sono gli incidenti ed i sintomi psicologici – mentali (2 volte più frequenti rispetti alle visite degli anziani senza demenza), ed anche disturbi motori/cadute * (quasi 3 volte), e sintomi al sistema nervoso/confusione * (quasi 6 volte); la dispnea ed i dolori addominali sono invece meno frequenti (circa metà delle occorrenze tra gli anziani con demenza, rispetto a quelli senza). Le diagnosi che distinguevano le visite degli anziani con demenza riguardavano sintomi cognitivi e lo stato di coscienza: 4,4 volte più frequenti #. Nei soggetti che accedono al pronto soccorso con demenza, vengono più spesso praticate analisi urinarie (43,3% contro 33,5%) e tomografie computerizzate al cranio (30,1% vs 17%), e prescritti antipsicotici (2,8% contro 1,1%) – ed antidepressivi, ma appena oltre la soglia convenzionale della significatività statistica - mentre a quelli che si presentano senza demenza vengono più frequentemente prescritti oppioidi (24,1% contro 16,5%).

Nel commento, gli Autori rimarcano la importanza del supporto che un familiare o chi ne fa le veci può fornire, per una miglior gestione del paziente con demenza nel dipartimento di emergenza, ambiente ribadito come non ottimale per queste persone. Le differenze nei percorsi delle indagini clinico – diagnostiche vengono motivate dalla verosimile difficoltà a riferire i sintomi o le possibili cause dei disturbi del paziente, allo scopo di individuarne possibili cause reversibili, o risparmiargli una sequela indiscriminata di procedure. Gli Autori stessi esprimono le loro riserve sul riscorso agli antipsicotici.

Una rapida scorsa alla letteratura, anche al di fuori di quella riportata in bibliografia, sottolinea la rilevanza dell'argomento. Come precisato nella prima voce bibliografica [2] della lettera qui sintetizzata, i pazienti con demenza si recano con maggiore frequenza in pronto soccorso, e vi ritornano entro 30 giorni oltre 2 volte più spesso, venendone ospedalizzati circa un terzo di volte in più, mentre la loro sopravvivenza si riduce relativamente tanto più quanto

più si prolunga la osservazione (fino ad 1/3, dopo 10 anni dall'accesso in dipartimento di emergenza). Tutto ciò si traduce in un aggravio nelle spese sanitarie.

Un lavoro relativamente recente segnala come, nella provincia canadese dell'Ontario, tra i pazienti con demenza che accedono in pronto soccorso, nell'arco di 1 anno, 2/3 vi tornino 1 volta, 2/5 per 2 volte, e quasi 1 su 4 per 3 o più volte. A conferma della difficoltà a gestire al domicilio questi pazienti, le ragioni degli accessi multipli risultano svariate, non ripetitive nei medesimi soggetti, e riferibili solo in minor parte (5,9%) a problematiche cognitive – comportamentali, mentre nella relativa maggior parte dei casi (25,3%) sono riconducibili a sintomi e segni generali [3].

I medesimi autori canadesi hanno anche rilevato parallelamente che, dopo il dimezzamento durante il periodo pandemico, l'accesso al pronto soccorso, alla fine della seconda ondata di Covid-19, è rimasto allo 88% rispetto alla fase pre-pandemica [4].

* i risultati così contrassegnati sono visibili in tabella e grafico, ma non vengono riportati nel testo [*NdR*]

il testo riporta una maggiore frequenza di diagnosi di infezioni urinarie, ma tabella e grafico indicano invece una maggiore frequenza di diagnosi di astenia [quasi il doppio che nei pazienti non dementi (*NdR*)]

[1] Gerlach, L. B., Martindale, J., Bynum, J. P. W., & Davis, M. A. (2023). Characteristics of Emergency Department Visits Among Older Adults With Dementia. JAMA neurology, 80(9), 1002–1004. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.2244

[2] LaMantia, M. A., Stump, T. E., Messina, F. C., Miller, D. K., & Callahan, C. M. (2016). Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*, 30(1), 35–40. https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000118

[3] Jones, A., Maclagan, L. C., Watt, J. A., Schull, M. J., Jaakkimainen, L., Swayze, S., Guan, J., & Bronskill, S. E. (2022). Reasons for repeated emergency department visits among community-dwelling older adults with dementia in Ontario, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(6), 1745–1753. https://doi.org/10.1111/jgs.17726

[4] Maclagan, L. C., Wang, X., Emdin, A., Jones, A., Jaakkimainen, R. L., Schull, M. J., Sourial, N., Vedel, I., Swartz, R. H., & Bronskill, S. E. (2022). Visits to the emergency department by community-dwelling people with dementia during the first 2 waves of the COVID-19 pandemic in Ontario: a repeated cross-sectional analysis. *CMAJ open*, 10(3), E610–E621. https://doi.org/10.9778/cmajo.20210301

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Si è tenuta lo scorso weekend l'**Alzheimer Fest a Giovinazzo**, che ha avuto un notevole successo sia sul piano dei messaggi condivisi sia su quello della partecipazione.

Domani e domenica l'itinerario degli **Alzheimer Fest attraverso l'Italia si concluderà a La Spezia**. Anche se decisa all'ultimo momento la partecipazione sarà di grande interesse. Alleghiamo il programma.

I giorni precedenti l'ultima AF, si svolge **a Treviso l'evento dedicato alle RSA e alle residenze per anziani in generale**. Le persone registrate sono più di 500; sono certo che è, come avvenuto negli anni scorsi, un momento di grande intensità culturale ed umana. Senza retorica: ne abbiamo davvero bisogno!

Allego anche la locandina di Padova dove, secondo la tradizione, si svolgerà l'incontro dedicato a celebrare la "**6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano**" (15 novembre).

Ultimo, ma non certo ultimo per importanza scientifico-culturale, allego il programma definitivo dell'**Aging Brain** (Napoli, 13-14 dicembre). Rinnovo l'invito ad un evento importante sul piano culturale e piacevole per la location (in periodo natalizio!).

Con un saluto di amicizia e di condivisione,

Marco Trabucchi

Newsletter AIP - 20 ottobre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'Alzheimer Fest tra passato e futuro
- Il convegno di Treviso
- La triste conclusione della legge 33
- Linee guida nazionali per le demenze
- La guerra: un pensiero ai vecchi fragili

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- I 200 anni di *Lancet*
- Una nuova nomenclatura per le demenze
- Fragilità ed esclusione digitale
- "Soddisfatti come professionisti, però stanchi e intimoriti"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- "6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano", Padova
- "Aging Brain", Napoli
- I congressi regionali

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

In questi giorni si è chiuso il **ciclo degli Alzheimer Fest diffusi per l'Italia** (Gavirate, Giovinazzo, La Spezia, Cologno al Serio, Ploaghe).

Eventi diversi, in ambienti con culture diverse, con servizi diversi, ma tutti collegati tra loro nell'impegno di rispondere all'imperativo: "**La demenza non cancella la vita**": nonostante i limiti imposti dalla malattia, il lavoro delle famiglie e delle comunità impedisce che la vita dei malati si spenga nella desolazione e dell'abbandono. Le varie tappe dell'Alzheimer Fest hanno dimostrato, invece, che attorno a chi ha limitazioni cognitive si possono sviluppare una

serie di attività con un duplice scopo, quello di aiutare la persona a restare attiva e quello di far capire che la malattia non impedisce attività artistiche, i giochi, lo sport, il teatro, la poesia… la vita, insomma! Ci auguriamo che l'alleanza con il gruppo che elabora i contenuti dell'Alzheimer Fest, sotto la guida originale e vivacissima di Michela Farina, possa continuare anche nei prossimi anni, perché il modello deve crescere e diffondersi sempre più.

La settimana scorsa si è tenuto il consueto appuntamento annuale che vede **l'alleanza tra ISRAA di Treviso e AIP**. La partecipazione è stata oltre le aspettative e l'attenzione molto forte, sia per le problematiche dell'oggi che caratterizzano la vita delle RSA, sia per quanto riguarda aspetti di futuro, che hanno delineato scenari, ai quali nessuno di noi ha pensato ma che di fatto caratterizzeranno i futuri decenni. Questa parte del convegno è stata strategicamente importante, considerando che oggi si dedica grandissima attenzione alla demografia e all'epidemiologia degli anni 50, ma nulla si sa di quanto avverrà intorno alle RSA e quindi di quali potranno essere concretamente le loro possibilità di sviluppo.

Silvia De Rizzo, direttrice di RSA in Veneto, **ha inviato alcune righe che rispecchiano molto bene lo spirito che ha accompagnato l'evento**: "Certo, i temi che sono stati affrontati non delineano un orizzonte sereno; ci interroghiamo sull'opportunità e meno di far partecipare un ospite ad una attività educativa, valutiamo con perizia la consistenza del pasto della singola persona, organizziamo il trattamento che deve effettuare questo mese la parrucchiera …permanente o bigodini? mentre di fronte a noi si apre un futuro di conflitti, povertà, svuotamento. Ma che dicotomia è questa? Troviamo un senso per conciliare questi aspetti, tutti realmente presenti? Questo mi sto chiedendo oggi, preparandomi alla giornata di domani, che non sarà semplice".

In questi giorni siamo nel pieno della **discussione per costruire il bilancio dello stato per il 2024**.

Comprendo le difficoltà di fronte alle quali si trovano i decisori governativi e non mi associo ai frequentatori del bar che hanno sempre una soluzione per tutti i problemi dell'umanità…

Appena le indicazioni di governo saranno definitive cercheremo di costruire qualche commento nella prospettiva del bisogno degli anziani. È in ogni modo certo che la legge 33 senza finanziamenti per il 2024 è completamente svuotata.

L'Istituto Superiore di Sanità ha rivolto alle società scientifiche un appello per ricevere indicazioni riguardante la bozza delle linee guida sulle demenze. Attorno a questo tema si svilupperanno, ci auguriamo, ampie discussioni. Le società scientifiche saranno certamente in grado di interpretare quanto l'esperienza sul campo rende evidente; le linee guida nazionali dovrebbero avere lo scopo preciso di identificare quanto vi è di acclarato in base alla ricerca

scientifica, ma allo stesso tempo di interpretare la sofferenza di malati e famiglie, cercando di standardizzare una serie di possibili risposte. In questa prospettiva, le linee guida non diventano strettoie poco utili, ma modalità perché chi cura trovi indicazioni alle quali ispirarsi, per raggiungere modalità di lavoro sempre più efficaci.

La nostra attenzione è appesa con angoscia e dolore alla **guerra tra israeliani e palestinesi**. Penso in particolare ai vecchi delle due partì, dominati dalla paura, dall'incertezza sul loro futuro, spesso nell'impossibilità di ricevere adeguati supporti per vivere. Per tutti la guerra è una bestia maligna, per i più fragili induce il timore per il futuro. Anche se in condizioni molto diverse, i vecchi palestinesi e israeliani condividono la stessa angoscia: chi li difenderà dalla guerra?

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie a **Mauro Colombo** che con la sua grande cultura clinica e metodologica ci offre sempre spunti importanti.

"Nella newsletter del 6 ottobre, Trabucchi ha richiamato l'attenzione su una meta-analisi pubblicata recentemente su *JAMA* [1], a proposito del **trattamento della ipertensione arteriosa allo scopo [anche] di prevenire la insorgenza di demenza**. Per le sue caratteristiche, questo lavoro a mio avviso merita ulteriori considerazioni, a partire dalle premesse. Innanzi tutto, la ipertensione arteriosa costituisce il fattore di rischio per demenza maggiormente prevalente, interessando oltre 1 miliardo di persone. L'ipertensione a mezza età è associata ad un incremento del 60% nel rischio di demenza da tutte le cause, e del 25% per la forma di Alzheimer, secondo la Commissione *Lancet* [versioni rispettivamente 2020 e 2017]. Una simile associazione risulta molto più incerta in età avanzata, dove la gamma dei risultati varia dalla condizione di rischio, all'effetto nullo o addirittura protettivo. L'argomento è "molto contestato" non solo in termini di segno/significato, ma anche – là dove si ripropone un effetto "ad U" – di valori pressori dove si situa il nadir della occorrenza di demenza. Per esempio, in una meta-analisi che ha raggruppato oltre 17.000 persone di età media 74,5 (± 7,3) anni, 3/5 donne, provenienti da 7 coorti europee e statunitensi, i valori di pressione arteriosa sistolica associati al minor rischio di demenza era di [*ben (ndr)*] 185 mmHg, anche se va precisato che tali valori scendevano tra 158 e 170 mmHg per gli ultra75enni [2]. Nel Chicago Health and Aging Project (CHAP), invece, sempre in una cornice di profilo di rischio ad U, i valori relativamente ottimali erano 140/76 mmHg. Lo studio arruolava oltre 2.000 persone di età media 73 (± 5,9) anni, 2/3 donne, seguiti per 18 anni, con una latenza media di poco superiore agli 8 anni per l'insorgenza di demenza. Va precisato che poco più della metà dei partecipanti era di origine afro-americana: etnia maggiormente soggetta a rischio di Alzheimer, così come il sesso femminile; ulteriori fattori di rischio erano costituiti dal mancato trattamento anti-ipertensivo, e dall'allele ε4 di APOE [3]. In generale, le indicazioni provenienti dagli studi di intervento suggeriscono di puntare a regimi pressori più bassi rispetto agli studi

osservazionali. Una meta-analisi di 20.000 persone riporta una riduzione del 13% nel rischio di demenza per i soggetti trattati di ambo i sessi: rispetto agli individui nella settima decade, il vantaggio sfuma già nella decade 70 – 80 anni, ed ancor più per gli ultra80enni [4].

Nella meta-analisi segnalata dal prof. Trabucchi [1], sono stati armonizzati i dati, a livello di singolo partecipante, di 17 studi longitudinali, con il dichiarato obiettivo di superare i limiti di generalizzabilità tipici degli esperimenti randomizzati controllati. Sono state coinvolte oltre 34.000 persone viventi a domicilio in paesi di vario reddito, di età compresa tra 60 e 110 anni [media 72,5 (± 7,5)], 58,4% donne, seguite in media per 4,3 (± 4,3) anni. In 14 studi, il rischio di demenza, dopo aggiustamento per età – anche elevata al quadrato -, sesso, scolarità, etnia, negli ipertesi non trattati è maggiore del 42% rispetto ai controlli sani, e del 26% rispetto agli ipertesi trattati. Questi ultimi presentano un rapporto di rischio [Hazard Ratio] di 1,13 rispetto ai controlli sani, ma l'intervallo di confidenza al 95% è compreso tra 0,99 e 1,28, così che la significatività statistica – sia pure per poco - non viene raggiunta [p = 0,07]. Viceversa, il rischio di sviluppare demenza nelle persone non trattate era presente sia a 70 che ad 80 anni, in sintonia con una meta-analisi di quasi 72.000 partecipanti, dove gli ultra65enni non trattati presentavano un 21% di eccesso di rischio [5].

I risultati si sono mantenuti, indipendentemente dai valori pressori di base, senza interazioni con età, sesso ed etnia, così come restringendo la analisi ai partecipanti seguiti per oltre 5 anni.

Pochi mesi prima, lo stesso *JAMA* aveva pubblicato [6] una analisi secondaria della ricerca "SPRINT" [Systolic Blood Pressure Intervention Trial], dove sono stati ripresi i dati di oltre 9.000 ultra50enni ad alto rischio cardiovascolare, seguiti per una mediana di 4,13 anni. Come illustrato anche nei grafici, il rischio di probabile demenza, e di deterioramento cognitivo lieve amnestico, è risultato minore per il gruppo di persone indirizzate al controllo pressorio più severo (pressione sistolica < 120 mmHg) rispetto a quelle che hanno ricevuto il trattamento standard, avente per bersaglio una pressione arteriosa (< 140 mmHg), con vantaggio più netto per le persone esposte a maggior rischio di demenza, a prezzo di eventi collaterali riportati come lievi e transitori. Ritengo opportuno segnalare – come da tabella – che quasi 3 partecipanti su 4, in entrambi i gruppi di trattamento, svolgevano attività fisica vigorosa per almeno 15 minuti al dì. §

[1] Lennon, M. J., Lam, B. C. P., Lipnicki, D. M., Crawford, J. D., Peters, R., Schutte, A. E., Brodaty, H., Thalamuthu, A., Rydberg-Sterner, T., Najar, J., Skoog, I., Riedel-Heller, S. G., Röhr, S., Pabst, A., Lobo, A., De-la-Cámara, C., Lobo, E., Bello, T., Gureje, O., Ojagbemi, A., ... Sachdev, P. S. S. (2023). Use of Antihypertensives, Blood Pressure, and Estimated Risk of Dementia in Late Life: An Individual Participant Data Meta-Analysis. JAMA network open, 6(9), e2333353. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.33353

[2] van Dalen, J. W., Brayne, C., Crane, P. K., Fratiglioni, L., Larson, E. B., Lobo, A., Lobo, E., Marcum, Z. A., Moll van Charante, E. P., Qiu, C., Riedel-Heller, S. G., Röhr, S., Rydén, L., Skoog, I., van Gool, W. A., & Richard, E. (2022). Association of Systolic Blood Pressure With Dementia

Risk and the Role of Age, U-Shaped Associations, and Mortality. JAMA internal medicine, 182(2), 142–152. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.7009

[3] Rajan, K. B., Barnes, L. L., Wilson, R. S., Weuve, J., McAninch, E. A., & Evans, D. A. (2018). Blood pressure and risk of incident Alzheimer's disease dementia by antihypertensive medications and APOE ε4 allele. Annals of neurology, 83(5), 935–944. https://doi.org/10.1002/ana.25228

[4] Peters, R., Xu, Y., Fitzgerald, O., Aung, H. L., Beckett, N., Bulpitt, C., Chalmers, J., Forette, F., Gong, J., Harris, K., Humburg, P., Matthews, F. E., Staessen, J. A., Thijs, L., Tzourio, C., Warwick, J., Woodward, M., Anderson, C. S., & Dementia rIsk REduCTion (DIRECT) collaboration (2022). Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis. European heart journal, 43(48), 4980–4990. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac584

[5] Ou, Y. N., Tan, C. C., Shen, X. N., Xu, W., Hou, X. H., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J. T. (2020). Blood Pressure and Risks of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 209 Prospective Studies. Hypertension (Dallas, Tex.: 1979), 76(1), 217–225. https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14993

[6] Ghazi, L., Shen, J., Ying, J., Derington, C. G., Cohen, J. B., Marcum, Z. A., Herrick, J. S., King, J. B., Cheung, A. K., Williamson, J. D., Pajewski, N. M., Bryan, N., Supiano, M., Sonnen, J., Weintraub, W. S., Greene, T. H., & Bress, A. P. (2023). Identifying Patients for Intensive Blood Pressure Treatment Based on Cognitive Benefit: A Secondary Analysis of the SPRINT Randomized Clinical Trial. JAMA network open, 6(5), e2314443. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.14443

 # con malcelato orgoglio, segnalo che tra gli autori del lavoro – inserito nella Cooperazione "COSMIC" [Cohort Studies of Memory in an International Consortium] – figurano 3 membri della Fondazione Golgi Cenci, di Abbiategrasso

§ mi permetto una doppia autocitazione: un "angolo" in una newsletter di gennaio, dedicato alle proprietà neuro-protettive/tossiche di diversi farmaci ipotensivi con differente azione sui recettori di tipo 2 e 4 per la angiotensina II; il paragrafo dedicato alla pressione arteriosa nell'articolo "Una letteratura gerontologica e geriatrica sempre più raffinata", pubblicato sul numero 3-2023 de "I Luoghi della Cura online".

***Lancet* celebra i suoi 200 anni**. Il titolo dell'editoriale del 7 ottobre: "Una missione senza tempo per indurre cambiamenti sociali positivi attraverso la ricerca medica". In questa nostra rubrica spesso attingiamo agli editoriali e agli articoli di *Lancet*. Sono sempre argomenti di grande interesse, utiliper una pratica medica inserita nella realtà. Kumsal Bayazit, editore della rivista, conclude augurandosi che i progressi dei due secoli scorsi siano una garanzia per il prossimo futuro. Ci associamo all'augurio, ringraziando per il contributo di *Lancet* al nostro lavoro (non dimentichiamo, in particolare, la continua attenzione data dalla rivista alle

demenze). [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02039-1/fulltext]

JAMA Neurology del 16 ottobre **indica l'esigenza di una nuova nomenclatura per le demenze**. Riportiamo dall'introduzione dell'articolo: "L'uso inconsistente di termini come malattia di Alzheimer e demenza ha compromesso il progresso clinico, la ricerca, lo sviluppo di terapie. Inoltre, lo stigma associato alle demenze ha ulteriormente contribuito ad un linguaggio inconsistente e impreciso. Il risultato è la mancanza di chiarezza che induce confusione con i pazienti e il pubblico in generale, e presenta incertezze comunicative anche tra i ricercatori. Per questo motivo, The Advisory Council on Research, Care and Services of the National Plan to Address Alzheimer's Disease ha autorizzato un comitato a predisporre raccomandazioni per un miglioramento". Attendiamo con attenzione gli sviluppi del lavoro della commissione, consci che potremmo giovarsi di maggiore precisone e chiarezza della nomenclatura. [https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2810313]

JAMDA del 16 ottobre presenta uno **studio di importanza prospettica nel quale si valutano le capacità delle persone fragili di avere accesso ai servizi digitali**. Il lavoro dimostra l'esigenza che la persona fragile sia supportata nell'utilizzazione dei servizi digitali; in questa prospettiva si ritiene indispensabile che l'accesso sia sempre preceduto da un'adeguata formazione, anche per identificare l'eventuale inadeguatezza al loro utilizzo da parte del singolo anziano. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610(23)00793-4/fulltext]

Health and Social Care ha pubblicato l'anno scorso un articolo che ritengo opportuno segnalare perché il titolo descrive in maniera realistica **l'atteggiamento degli operatori delle residenze per anziani durante il Covid-19**, atteggiamento che però caratterizza anche adesso, dopo la fine della crisi, il vissuto di molti addetti all'assistenza: soddisfatti sul piano professionale ma, allo stesso tempo, stanchi e impauriti. Lo studio, realizzato in Spagna, conclude: "La soddisfazione professionale ha compensato l'esperienza di sovraccarico di lavoro, il contatto con l'estrema sofferenza, la stanchezza, la paura del contagio, lo stress provocato dalla mancanza di risorse umane e delle protezione davanti al virus": Credo che queste indicazioni siano di valore in generale per la vita delle RSA anche in Italia; è assolutamente necessario accompagnare i dovuti provvedimenti organizzativi con la creazione di un'atmosfera che valorizzi il sacrificio e la generosità personale. Spero che l'indicazione dell'articolo sia seguita con determinazione da ogni responsabili di servizi per gli anziani fragili. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13422]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Si è riferito nel paragrafo iniziale dell'**Alzheimer Fest e del convegno delle RSA "Comunità di destino"**: i fatti hanno confermato l'opportunità che AIP crei ponti con iniziative di prospettiva ampia, alle quali **l'Associazione apporta un contributo tecnico e clinico che arricchisce le diverse iniziative**.

Riportiamo l'annuncio della "**6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano**" di Padova e il programma del "**Aging Brain**" di Napoli. Due eventi di grande interesse clinico, scientifico e umano.

Nel periodo che ci separa dalla fine dell'anno **si terranno i congressi regionali** della Toscana, delle Marche, della Liguria, del Triveneto; testimoniano la grande vitalità dell'AIP!

Un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Newsletter AIP - 27 ottobre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Continua la campagna contro le RSA. La migliore smentita sono gli esempi

- Le preoccupanti notizie sul nostro SSN

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- I do care

- Solitudine e malattia di Parkinson

- Problematiche psichiatriche prima e dopo la diagnosi di demenza

- Una nuova ipotesi per la cura dell'Alzheimer

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Padova e la solitudine

- Napoli e l'invecchiamento del cervello

- I prossimi congressi regionali AIP: Trento e Fermo

Amiche, amici,

Nei giorni scorsi si sono verificati alcuni malfunzionamenti nella piattaforma che gestisce l'invio della newsletter. Ci scusiamo per questi eventi, in particolare con quella porzione di colleghe e colleghi che ha ricevuto la comunicazione che riportiamo: "Sei stato disiscritto dalla nostra newsletter. Il nostro sistema di mailing list è ora configurato per non inviarti più alcun messaggio senza l'intervento dell'amministratore". Ora però tutto è stato superato.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Continua la campagna contro le RSA. È una vicenda che non meriterebbe grande attenzione se non diffondesse **in ambienti non informati sfiducia verso le strutture di cura dove vige il rispetto per l'ospite, la sua dignità e l'attenzione per il benessere fisco e psicologico**. Non si capisce bene quale sia lo scopo di queste affermazioni, che sono prodotte da

un'informazione errata, ma talvolta anche da preconcetti interessati. Recentemente ho letto la dichiarazione di una personalità secondo la quale "i fragili, coloro che vivono presso la propria abitazione in equilibrio precario, sospesi tra il poter restare a casa, con un piccolo aiuto, e il dover precipitare in ospedale, in RSA, in un hospice". Non si capisce cosa voglia dire il "precipitare"; quando un servizio è indispensabile per il benessere della persona anziana rappresenta un punto di appoggio irrinunciabile, al quale ci si avvicina con fiducia. Quale "piccolo aiuto" per gli anziani gravemente compromessi è in grado di permettere la permanenza a casa? È davvero una vicenda di onesta intellettuale.

Penso però che non dobbiamo dare eccesiva importanza a queste fastidiose prese di posizione; noi contiamo sulla ricchezza delle iniziative e delle attività che caratterizzano il mondo dell'assistenza all'anziano, dalle RSA, al cohousing, all'assistenza domiciliare... a proposito, qualcuno ha notizia di come verranno impiegati i 2.7 miliardi che il PMRR dedica a questo settore dell'assistenza? Qualcuno ha notizie se le varie commissioni ministeriali si stiano occupando delle peculiarità dell'assistenza alle persone affette da demenza? È infatti chiaro a tutti che le esigenze di questi anziani sono del tutto specifiche sul piano clinico, dell'assistenza, psicologico. Se non è adeguatamente formato, come può un operatore domiciliare di qualsiasi livello agire con efficacia di fronte a bisogni in continua evoluzione, che impongono risposte intelligenti sul piano organizzativo e del rapporto con il malato e la sua famiglia?

In questi giorni ho partecipato ad **un incontro a Piacenza organizzato dalla RSA Madonna della Bomba**. La partecipazione è stata molto ampia (e già questa è una testimonianza che la comunità vuol bene alla sua residenza per anziani e le è grata); ma in particolare mi ha positivamente sorpreso il fatto che **nell'uditorio vi erano famigliari di ospiti scomparsi della struttura, quasi a testimoniare un legame ideale che non si cancella**. Nella stessa riunione ho ascoltato una prolusione del professor Lucci sulla biografia di Perusini. Una difesa del genio italiano di fronte alla potenza tedesca e un ricordo commosso di uno scienziato morto in guerra per difendere l'Italia.

Tra le visite significative che ho compiuto in questi giorni ricordo il **reparto Alzheimer della RSA Asilo di San Giovanni di Luserna**. Un'esperienza molto incisiva; **i 12 ospiti del nucleo vivono in libertà**, come in un appartamento, guidati da due Oss senza divisa, affaccendati nelle cose normali che riempiono la vita. In particolare, la preparazione del cibo viene fatta nel nucleo, così come il lavaggio della biancheria, in un'atmosfera di "confusione gestita e piacevole"; i farmaci sono ridotti al minimo, nessuna contenzione, un'aria serena, dove ogni ospite ha un proprio compito in libertà. Ho indotto i responsabili della struttura a formalizzare la loro esperienza, in modo da contribuire alla discussione sempre viva di come rendere la vita delle persone affette da demenza il più serena possibile.

Continuano le **notizie preoccupanti sul nostro servizio sanitario**. Sono **migliaia i medici che abbandonano prima del pensionamento**, perché si sentono maltrattati e poco valutati per il loro impegno. Lo scenario di preoccupazione è aggravato dal fatto che quest'anno molti posti delle **specializzazioni non sono stati coperti dalle domande. Davvero una crisi vocazionale, che ha riflessi** pesantissimi sulla qualità complessiva delle cure. Un fatto ha richiamato l'attenzione sulla responsabilità della burocrazia e degli organi amministrativi nella crisi che stiamo vivendo: a Bari il direttore dell'Unità Operativa di Pronto soccorso del Policlinico è stato multato perché nel corso della pandemia ha "lavorato troppo". Solo il ricorso a Mattarella ha fatto rientrare questa accusa ridicola. Però, fintanto che all'interno della macchina burocratica nessuno interviene per evitare questi atti di grave ingiustizia il lavoro medico sarà ritenuto sempre più ingrato. Ma… cosa importa all'impiegato che riempie le carte, ma soprattutto cosa importa al direttore generale? Per lui conta l'appoggio delle autorità regionali, non il benessere lavorativo dei propri dipendenti. E così, fino a che non vi saranno cambiamenti radicali…

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il consueto contributo di **Mauro Colombo**. Questa volta è particolarmente originale, perché **ha voluto riprodurre integralmente un editoriale che descrive il legame che si crea tra il medico e la persona che a lui si affida**.

"Un pomeriggio, dopo una mattinata fattiva presso la Fondazione Golgi Cenci, ero contento per avere archiviato una manciata di articoli tra i quali scegliere l'argomento di prossimi 'angoli' nella newsletter AIP. Ma dopo cena mi imbatto in una 'opinione' di *JAMA Neurology*, e la trasmetto subito al prof. Trabucchi, ed al giro dei colleghi/amici più stretti in Fondazione ed all'Istituto geriatrico 'Camillo Golgi' (affacciati nel medesimo cortile, ad Abbiategrasso). Con la consueta – ma per me sempre stupefacente – prontezza, Marco Trabucchi mi suggerisce di centrare il prossimo 'angolo' appunto su questo resoconto: concordiamo una traduzione appena un poco 'condita' (all'antefatto ed al testo seguirà un post-scritto).

Il testo [tradotto (il più letteralmente possibile – per me)] #:

Me ne importa

Mi impegno con dedizione per prestare attenzione ai miei pazienti, cercando di essere gentile ed educato, anche nelle mie giornate più difficili. Come capita a tutti, ci sono giornate buone ed altre grame. Bado a mantenere un equilibrio nei confronti della mia famiglia, badando a non rimanere troppo coinvolto, pure puntando a fare del mio meglio nella professione. Tuttavia oggi, negli ultimi minuti di una consulenza ordinaria, il marito di una paziente con demenza di Alzheimer ha detto che [di lei e di lui (ndr)] non importa a nessuno. Ha detto che pure lui cerca di rimanere un po' distante, ma poi finisce per rimanere coinvolto.

Mi ha sorpreso per un momento, prima di continuare dicendo che tutte le mattine si sveglia e non vede più la propria moglie; vede una bambina con lo sguardo perso, la mera ombra della

persona che lei era, quella che lui ha amato, quella che aveva allevato i loro figli. Lui si alza, le parla, ma è a mala pena udito. Qualche volta non viene neppure identificato, perché lei lo confonde con qualcun altro. Quando la nutre, lei disprezza i cibi che una volta gradiva. Quando lui scherza, lei non ride più. Lui condivide tutto ciò con gli altri, ma sembra che non interessi a nessuno. Quando lei fa qualcosa di sbagliato, lui la guida; quando lei fa qualcosa di giusto, lui le fa i complimenti, ma lei non ne sembra interessata. Lui ne racconta ai suoi familiari, ma loro rispondono che è la malattia, non c'è niente da fare. Gli sembra che non interessi neppure a loro. Ne parla ai medici, e loro dicono che non ci sono vie di guarigione. Lui ritiene che neppure loro siano interessati. I giorni passano, e non si alleggeriscono; diventano sempre più pesanti. Molto di più. Cerca di disimpegnarsi, ma è coinvolto. Lui sostiene che lei ha dato così tanto di sé stessa alla famiglia; ne era il cuore e l'anima. Oggi, la famiglia non la vede, non la sente, non le è partecipe. Ogni notte, prima di andare a dormire, lui le dà un bacio e le chiede se preferisce tenere la luce del bagno accesa. Lo ha fatto per 45 anni, anche quando sapeva già la risposta, glielo ha chiesto ogni notte. Stanotte, al momento di coricarsi, che lui lasci la luce accesa o spenta, poco importa. Qualche volta lui vive momenti di gioia quando lei ricorda qualcosa, o parla di cose che erano soliti fare, come se lei fosse ancora il suo amore. Lo confessa, gli basta così poco per portargli gioia. Altri giorni, dice, si arrende alla disperazione. Cerca di disimpegnarsi, ma è coinvolto. L'altro giorno, qualcuno gli ha detto che lei mancherà presto. Ha trascorso due lunghi minuti cercando di capire se sarebbe stato un bene od un male. Poi hanno continuato, dicendo che Dio sa ciò che fa. Lui dice di avere pensato a Dio, ma pensa che non interessi neppure a Dio.

Allorché il vecchio brav'uomo con la barba bianca ebbe finito di aprire il suo cuore, ebbi la consapevolezza di quanto sia rilevante per un medico stare di fronte al paziente. La disperazione di pazienti e familiari per una medicina insufficiente. Confortare può non essere sufficiente. Dall'altezza del santuario del camice bianco e dietro il marmo del tavolo che ci separa, fui soltanto capace di ricordare la frase di Ippocrate 'Guarisci quando possibile; allevia quando necessario; consola sempre'. Allora lo interruppi: me ne importa.

Lui pianse, io piansi.

Ancora una volta, mi è stato ricordato che trattiamo persone, non malattie.

Lo confesso, qualche volta cerco di non curarmene

Ma me ne importa.

Post – scritto

Appena spedita questa lettera, stesa da un internista brasiliano, mi sono subito arrivate parecchie reazioni da medici e psicologi a cui la avevo inoltrata (vedi antefatto): i più si riconoscevano nei sentimenti empatici del professionista; una collega 'di lungo corso' ha portato in contrasto comportamenti ineffabili di commissioni di invalidità civile, incapaci di riconoscere il potenziale devastante (per paziente, familiari e per il prossimo: anche rispetto agli incidenti stradali, oggi purtroppo sotto attenzione ...) delle demenze ad esordio precoce,

che si presentano diversamente dai canoni – magari con un punteggio al Mini Mental State Examination nella norma – ed evolvono 'galoppando'; commissioni che finiscono per 'concedere' una invalidità *in limine mortis* ...

Franklin GL. I Do Care. *JAMA Neurol*. Published online October 16, 2023. doi:10.1001/jamaneurol.2023.3629

'C'è tanto di noi in questo racconto': la collega Silvia Vitali mi ha inviato questo commento, tanto breve quanto incisivo, che dice tutto del nostro stile di lavoro".

JAMA Neurology del 2 ottobre pubblica un lavoro di grande importanza, condotto su dati epidemiologici di larga portata, nel quale **si dimostra che la solitudine è associata con il rischio di malattia di Parkinson**, indipendentemente dalla depressione, e da altri fattori di rischio, compresi quelli genetici. Il dato contribuisce ad allargare l'evidenza del fatto che la solitudine sia un importante determinante psicosociale della salute. L'area è ancora aperta molti studi, in particolare per comprendere le tappe della comparsa di malattia, e delle realistiche possibilità di prevenzione in particolare attraverso la costruzione di connessioni sociali significative. [https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2809774]

JAMA Network Open del 17 ottobre presenta **uno studio di popolazione su 800.000 partecipanti per definire la sequenza di comorbidità psichiatriche a differenti tempi della diagnosi di demenza**. Dimostra che vi è un significativo aumento del rischio di malattia psichiatrica prima e dopo la diagnosi; il dato indica la necessita di una specifica attenzione per i disturbi della sfera psichica. È però ancora necessario chiarire con precisione la sequenza degli eventi, per suggerire la possibilità di interventi di cura mirati. [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2810767]

Lancet Neurology di novembre pubblica **un'analisi approfondita sulla possibilità di identificare una cura dell'Alzheimer stimolando il gene TREM2 con anticorpi agonisti**. I dati condotti su animali di laboratorio e sui biomarker hanno confermato il razionale di questo approccio, in particolare nelle fasi inziali della malattia. È l'apertura di una nuova prospettiva, che potrebbe rivelarsi una realistica risposta alle problematiche terapeutiche dell'Alzheimer. [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(23)00247-8/fulltext]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Riportiamo di seguito il programma definitivo della **6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano** che si terrà a Padova il 15 novembre.

Alleghiamo anche il programma dell'**Aging Brain** (Napoli, 13-14 dicembre).

Di seguito i programmi dei **due prossimi congressi regionali AIP**, quello della **Sezione Triveneto** (Trento, 8 novembre) e della **Sezione Marche** (Fermo, 9 novembre).

Con sempre viva amicizia e l'augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi