

Newsletter AIP - 4 ottobre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Daniela Leotta: L'Alzheimer è donna
- Andrea Crucitti: L'umanità delle cure
- Babette Dijk: A margine dell'Alzheimer Fest di Bologna
- Alessandra Marrè e... "ci siamo noi"

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La Summer School AIP
- Il Convegno della Sezione Regionale AIP della Lombardia

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

I lettori avranno notato l'aumento dei testi inviati da chi segue la nostra newsletter. Ritengo sia una scelta per rendere la nostra newsletter sempre più vicina alla realtà multiforme dell'AIP.

Daniela Leotta, collega neurologa di Torino **ha scritto la recensione che riporto, di grande significato umano e clinico.**

“In occasione della giornata mondiale dell'Alzheimer abbiamo presentato a Torino il libro ‘L'Alzheimer è donna: viaggio attraverso una malattia al femminile’ a cura del Dottor Fausto Fantò, amico di AIP, geriatra torinese, già Direttore della Geriatria dell'Ospedale S. Luigi. Il volume, rivolto prevalentemente a familiari e caregivers, nasce dalla raccolta degli atti di un convegno svoltosi nel 2022 come momento di riflessione interdisciplinare su una patologia che oggi colpisce per due terzi il sesso femminile e il cui carico assistenziale è per oltre il 76% sostenuto da donne. Dunque una malattia doppiamente ‘al femminile’.

Nonostante questi dati, le differenze di sesso, inteso come nostra realtà biologica, e genere, costrutto più ampio in cui ci riconosciamo come persone nel corso della vita, sono ancora poco tenute in considerazione nello studio della malattia, anche a fronte della necessità di garantire una medicina sempre più personalizzata e mirata alle esigenze del singolo paziente.

Il fatto che le donne abbiano un rischio maggiore di sviluppare la malattia è stato spesso attribuito soprattutto alla loro maggiore longevità essendo l'età il più importante fattore di rischio attualmente riconosciuto; attualmente le donne vivono più a lungo degli uomini (in media 5,4 anni in più) ma questo non basterebbe a spiegare la prevalenza di Alzheimer nel sesso femminile, inoltre, purtroppo, vivere più a lungo non significa stare più a lungo in buona salute.

Numerosi studi dimostrano che la prevalenza di Alzheimer nelle donne vede coinvolti anche meccanismi biologici e socio-culturali legati al sesso e al genere, nell'ambito di una patologia multifattoriale in cui fattori individuali quali la genetica, l'ambiente, lo stile di vita, il livello culturale e altri aspetti quali depressione, insonnia, aterosclerosi, la presenza di APOE-e4 possono giocare un ruolo rilevante.

In riferimento ai fattori psico-sociali il livello culturale gioca sicuramente una parte importante nei fattori protettivi contro la neurodegenerazione e il miglioramento dell'accesso all'istruzione delle donne di oggi rispetto al passato potrebbe avere dei vantaggi rilevanti. Per quanto riguarda la depressione le donne hanno due volte il rischio di ammalarsi rispetto agli uomini, differenza che compare fin dalla pubertà e si incrementa durante il periodo della menopausa.

Negli ultimi vent'anni sono state pubblicate numerose meta-analisi per comprendere se la depressione rappresenti un fattore predisponente per lo sviluppo di una patologia neurodegenerativa oppure se i sintomi depressivi siano essi stessi parte dell'espressione dell'atrofia cerebrale già in atto o se rappresentino un prodromo della demenza, come accade frequentemente nella malattia di Parkinson, un'altra patologia neurodegenerativa ad elevata prevalenza nell'anziano. Secondo alcuni studi la depressione, quando si presenti in tarda età, sarebbe un sintomo di esordio o di accompagnamento della malattia di Alzheimer, mentre se il disturbo depressivo è presente già nel periodo della media età rappresenterebbe un fattore di rischio per lo sviluppo di AD, fino a circa il 70% come riportato da alcune metanalisi. Viene pertanto affermato che la depressione che compare in giovinezza o nella mezza età potrebbe contribuire a modulare il rischio di demenza più tardi nella vita, mentre la depressione che nasce in età avanzata sarebbe più frequentemente una precoce manifestazione di un sottostante processo neurodegenerativo.

Fattori predittivi della depressione postmenopausale sarebbero l'anamnesi positiva per precedenti episodi depressivi in età fertile, in particolare una depressione post partum, e la presenza di sintomi menopausali maggiori, in particolare vampate, sudorazioni notturne, insomnia. Associati ai sintomi della menopausa, ed in particolare allo stato depressivo cui si può accompagnare, vengono descritti disturbi del sonno quali scarsa durata e cattiva qualità

del sonno. Diversi studi riferiscono che questo tipo di disturbi del sonno, più frequenti appunto nel sesso femminile, sarebbe associato ad un incremento dell'accumulo di placche amiloidi a livello cerebrale e ad un più elevato rischio di sviluppare malattia di Alzheimer.

Esistono poi fattori psico-sociali legati a differenze di genere e al rischio di sviluppare malattie o sintomi nell'ambito dei cosiddetti ‘caregiver’ informali, cioè non retribuiti, quelle persone che si dedicano in modo continuativo all’assistenza e alla cura di un familiare affetto da demenza.

Anche in Italia i caregiver informali sono soprattutto donne, (fino a circa il 75% del totale). Di solito sono donne di età superiore ai 45 anni, mogli per due terzi, un terzo figlie o nuore, spesso a loro volta con famiglia, o che svolgevano un lavoro fuori casa che nella maggioranza dei casi devono abbandonare e che frequentemente ospitano il malato in casa. L’impatto del carico assistenziale su di loro è notevole, sia in termini di salute fisica e psicologica che di modificazioni della vita lavorativa. Non è un caso se depressione e ansia sono tra i disturbi più diffusi tra le caregiver informali di tutto il mondo. Sono inoltre le donne che rappresentano anche la maggioranza delle persone addette all’assistenza, sia nelle strutture socio-sanitarie e residenziali che nei servizi dedicati alle cure domiciliari.

L’assistenza domiciliare delle persone affette da demenza è spesso affidata alle cosiddette ‘badanti’, spesso non ‘formate’, spesso con barriere di lingua e di cultura, senza una preparazione e un’istruzione adeguata a svolgere un ruolo così complesso e che non raramente si trovano ad affrontare situazioni e dinamiche familiari difficili da gestire e talora persino da comprendere.

In conclusione al problema malattia di Alzheimer, al problema depressione e anche alla condizione femminile ci sono ancora molte risposte da dare e molto spazio da dedicare per poter intervenire sia sul piano scientifico che culturale e sociale.

‘In questo mondo dove nulla è fermo, solo la cultura e l’affinamento delle doti di umanità di ciascuno permettono di capire la direzione nella quale incamminarsi per essere di aiuto alle persone che soffrono’, cioè attraverso ‘le due strade da percorrere perché la vita degli ammalati e delle loro famiglie possa trovare punti d’appoggio di valore: la competenza e la tenerezza’”.

Andrea Crucitti, geriatra serio e impegnato **ha inviato alcuni commenti significativi**.

“Per due giorni, improvvisamente, i giornali hanno divulgato con insistenza la notizia sulle immagini choc da Napoli ove due anziani erano stati legati alle sponde del letto presso il reparto di Neurologia dell’Ospedale San Paolo, lo stesso che anni fa si era reso responsabile di un altro episodio di malasanità (per il caso di una paziente ricoperta da centinaia di formiche durante il ricovero nel reparto di Medicina generale).

All'esito della notizia, molte testate hanno ampiamente e insistentemente commentato come tale scempio fosse un ennesimo caso di maltrattamento in un contesto disagiato, oltre che una diretta conseguenza dell'attuale gestione politica e della sempre più accentuata differenza tra la sanità del nord e la sanità del sud.

Da parte delle autorità sanitarie locali sono subito arrivate, ovviamente, risposte di cautela, assicurando l'immediata apertura di un'inchiesta interna per far luce sull'episodio. E in pochi giorni è stata formulata la risposta della commissione ispettiva che, in quanto negativa su possibili abusi, non ha avuto la stessa risonanza mediatica delle notizie che avrebbe dovuto smentire: 'Nessun comportamento censurabile, la procedura è avvenuta nel rispetto della normativa....Il contenimento dei due pazienti, affetti da gravissime patologie cerebrovascolari, assolutamente non collaboranti e con controindicazioni al trattamento con sedativi, risulta essere stato effettuato in linea con quanto previsto in una raccomandazione del ministero della Salute del 2011In altre parole, si sarebbe trattato di un atto sanitario per salvaguardare l'integrità stessa dei pazienti. Per uno dei due mancava l'annotazione della procedura in cartella clinica, ma per entrambi era stata fatta una comunicazione ai familiari. Nessuna traccia poi di lesioni riconducibili a un contenimento prolungato'.

Con questo documento l'Asl ha chiuso gli approfondimenti disposti per l'indagine avviata successivamente all'accertamento dei primi casi.

Nessun giornalista si è preoccupato di accettare perché quei pazienti siano stati legati, nessuno si è posto il problema se questa misura (seppur brutta a vedersi e difficile da accettare) fosse stata messa in atto per evitare che i pazienti cadessero dal letto o rischiassero di interrompere trattamenti vitali, come spesso può verificarsi in pazienti anziani con demenza. Nessuno ha chiesto se i parenti fossero stati consenzienti alla procedura di contenzione (magari per impossibilità dei parenti stessi di prestare assistenza continuativa al malato).

Nessuno si è posto il problema di accettare se tali pratiche siano diffuse anche in altre realtà, e, soprattutto, nessuno ha interpellato un geriatra per capire quale sia la pratica più giusta da seguire in questi casi.

Eppure tale evento avrebbe potuto sollevare tanti spunti di riflessione.

Sarebbe stata una buona occasione per parlare degli anziani, di geriatria, di discutere di buone pratiche, di risorse sanitarie e di come gli ospedali siano in difficoltà per carenze di personale o per una inadeguata distribuzione dello stesso. Sarebbe stata una buona occasione per soffermarsi a riflettere sulla solitudine dell'anziano che può esistere (e a volte magari si accentua) anche durante un ricovero ospedaliero; di come possa essere importante garantire all'interno delle strutture ospedaliere la presenza di un caregiver o comunque l'assistenza continuativa ai pazienti con delirium o a rischio di delirium, eventualmente anche in deroga agli usuali orari di visita dei reparti.

Ma di tutto questo non ho trovato traccia, evidentemente perché tali aspetti sono meno interessanti e fanno meno notizia rispetto a notizie di presunti errori o crimini compiuti dai sanitari.

Così, prima ci si indigna per le scene di violenza verso il personale sanitario ma poi, di contro, si alimentano atteggiamenti che favoriscono un clima di sfiducia. Ben venga l'interessamento delle testate giornalistiche, ma per cambiare le cose in senso costruttivo, per crescere, per capire e approfondire.

Io, infine, avrei voluto chiedere: ‘Voi che vi indignate per queste immagini passereste tutta la vostra giornata a stringere la mano a un anziano in difficoltà e a confortarlo per tutto il tempo necessario?’ Se la risposta fosse sì, ma anche se la risposta fosse no, impegniamoci nel diffondere buone pratiche, nel migliorare la sanità ma, soprattutto, i rapporti interpersonali che sono alla base dei veri cambiamenti sociali.

E non solo all’Ospedale di Napoli...”

Babette Dijk ha inviato alcuni **pensieri molto incisivi a margine dell’Alzheimer Fest** che si è tenuta **lo scorso week end a Bologna**.

“Che bello l’articolo su Francesca Rigotti! Ho avuto occasione di invitarla qualche anno fa a Genova in occasione di un convegno regionale geriatrico e ricordo ancora l’entusiasmo che aveva suscitato nel pubblico spesso sonnacchioso che abita i convegni. Spero di poterla incontrare domani all’alla Fest di Bologna, ma temo che i nostri interventi si sovrappongano: avrei voluto parlarle della Biennale intitolata ‘Stranieri ovunque’ e del bellissimo padiglione inglese dedicato proprio all’acqua e al suo ruolo nel lavare via la memoria e i ricordi. Domani spero di aver tempo di riflettere anche sul fatto che quando si parla di ‘stranieri ovunque’ non si parla solo di persone

migranti o sradicate dal loro luogo di origine, ma si può forse parlare anche di persone che vivono con la demenza; non sono forse eternamente straniere (foreigners) ovunque? Ovviamente non era questo l’intento dei curatori della biennale (peccato!), ma mi ha fatto riflettere.

Alessandra Marrè ci ha inviato **un testo pieno di umanità**: Il Signor E. e la sua cagnolina Lea.

“Il Signor E., 73 anni, giunge alla nostra osservazione nel dicembre 2022, proveniente dalla Medicina dell’Ospedale; prima viveva solo in un paese in provincia di Cremona, celibe, non altri familiari; un cane (Lea) già da molti anni. Era assistito dal SAD; frequentava un Centro Diurno fino a circa due mesi prima (si è autodimesso). Ex elettrauto, in pensione dall’età di 52 anni. Già riconosciuta invalidità civile 100% + indennità di accompagnamento, già nominato AdS (un avvocato). Fuma 15-20 sigarette al giorno. Alimentazione talora in eccesso, peso riferito stabile (?). Deambula in autonomia senza ausili; utilizzava i mezzi pubblici fino a circa

20 giorni prima del ricovero per recarsi a Brescia o a Piacenza a pranzo nelle osterie, dove invitava delle signore (le ‘badanti’). È affetto da molti anni da ‘depressione maggiore’ con un pregresso ricovero in SPDC; recentemente si è autosospeso tutta la terapia, si è verificato un malore mentre si trovava in un’osteria, è stato chiamato il Servizio Emergenza Urgenza (112); il team ha attribuito ad una crisi ipertensiva la sintomatologia e l’ha fatto ricoverare. Nella sua storia vi sono anche emiplegia sinistra in esiti di ictus ischemico (2020), ipertensione arteriosa, encefalopatia vascolare, disturbo della deambulazione con cadute, pregressa infezione da Sars Cov 2 (2021).

All’ingresso E. ha un deficit cognitivo lieve (MMSE 22.2/30), una dipendenza severa nelle ADL (Barthel Index 29/100), un rischio di caduta elevato (Tinetti 11/28).

I primi mesi in RSA il Signor E. ripete spesso quanto sente la mancanza della cagnolina Lea, manifesta più volte l’intenzione di rientrare a casa, ma funzionalmente non sembrano esserci le condizioni. L’Avvocato amministratore di sostegno, dopo un iniziale interessamento ai suoi desideri (ma non è mai venuta a trovarlo), in seguito a problemi personali, risulta molto difficilmente contattabile. Il Sig. E, a febbraio 2024, scrive un biglietto con un elenco di desiderata; al primo posto c’è la volontà di riabbracciare la sua cagnolina Lea; scrive che non vuole più andare a casa ‘perché ho più persone che mi vogliono bene qui che fuori’. Chiede di avere le sigarette, un po’ di soldi per prendere il caffè e per comprare qualche regalo alle operatrici del nucleo che si stanno occupando di lui, gli hanno portato anche vestiti e scarpe perché non ne ha.

Seguono numerosi e infruttuosi tentativi di indurre l’AdS a soddisfare i bisogni esplicitati da E. (e, in generale, ad occuparsene), fino ad una segnalazione formale al giudice per inadempienza. Nel frattempo veniamo a sapere che la cagnolina, che viene accudita da una persona a pagamento, si è ammalata di tumore, ad uno stadio avanzato.

Riusciamo ad organizzare una riunione on line con l’AdS, ribadisco più volte l’urgenza di portare la cagnolina a E., l’avvocato ci rassicura. La mattina di sabato 21 settembre, l’AdS si reca in struttura con la cagnolina, E. è felicissimo, anche se capisce che è malata. Ci sono delle foto che parlano da sole.

Quella sera stessa Lea si addormenta per sempre.

Lei ha aspettato. Ha aspettato di salutare E., il suo compagno della vita.

Ma lui non è più solo. Ci siamo noi”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo invia un altro dei suoi contributi settimanali. Ho incontrato recentemente un collega, che riveste un ruolo importante, il quale mi ha detto: “Anche se la newsletter fosse solo il pezzo di Colombo, sarebbe sempre una cosa straordinaria”. Ne sono convintissimo anch’io!

“Nell’angolo estivo dedicato al nuovo rapporto 2024 della Commissione Lancet sulla demenza, avevo segnalato autorevoli voci critiche: secondo Avan ed Hachinski ‘non dobbiamo indulgere nella compiacenza che uno sguardo limitato all’epidemiologia dell’orizzonte occidentale più prossimo sembra suggerire, vista la ‘tendenza sfavorevole dell’andamento dei fattori di rischio’ [1]. Il caso in controtendenza del Giappone è emblematico: in quel paese – pur per molti versi avanzatissimo - sia la incidenza che la prevalenza della demenza sono in crescita. Un articolo pubblicato nel 2021 da Autori nordamericani segnalava come già dalla decade scorsa ‘sebbene l’aspettativa di vita media sia aumentata negli Stati Uniti, lo stesso è accaduto per il numero di anni persi per disabilità, e i progressi storici che abbiamo fatto nell’aspettativa di vita negli ultimi decenni stanno iniziando a erodersi o addirittura a invertirsi in alcuni gruppi’ [2]. Molti sforzi sono perciò stati profusi, in termini di ricerca e di salute pubblica, per mitigare i fattori di rischio per le malattie croniche, contribuendo fortemente ai programmi di prevenzione e trattamento.

Parallelamente, è progredita la concettualizzazione di modelli gerontologici e geriatrici seminali emersi per caratterizzare gli antecedenti, i processi e i risultati che favoriscono la capacità delle persone di invecchiare bene di fronte alle avversità accumulate nell’età adulta. Ha preso sostanza il concetto di **‘resilienza’**: un insieme di **capacità, caratteristiche, risorse e processi correlati allo sviluppo e al mantenimento di un sano adattamento**. A fronte delle perdite che si vanno accumulando con l’avanzare dell’età, alcuni anziani rimangono resilienti attraverso l’intera gamma di condizioni socio-economiche e di salute.

Ma chi sono questi individui e quali determinanti sociali della salute e quali fattori a livello individuale li aiutano a raggiungere questa resilienza, e come ciò avviene? Le risposte a queste domande potrebbero fornire informazioni utili in ottica traslazionale per istruire politiche che trasferiscano tali fattori protettivi ai soggetti meno resilienti. Nella consapevolezza che nessun fattore singolo esercita un’influenza predominante sulla resilienza, gli Autori nordamericani invocano ulteriori studi per valutare l’interazione tra gli aspetti biologici, psicologici e sociali dell’invecchiamento (processi bio-psico-sociali) nella concettualizzazione su come le persone invecchiano bene.

In questa prospettiva si pone una ricerca condotta dalla Fondazione Golgi Cenci, nell’ambito della quinta valutazione della coorte studiata nella indagine ‘InveCe.Ab’ [Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrosso]. Si tratta di uno studio longitudinale di popolazione, che prevedeva di includere tutte le persone di età compresa tra i 70 e i 74 anni residenti in Abbiategrosso alla data di avvio (1° novembre 2009), disponibili a effettuare valutazioni multidimensionali periodiche che comprendevano: un prelievo di sangue, una visita geriatrica, una valutazione neuropsicologica e un questionario sociale sullo stile di vita [3]. Al basale sono stati reclutati 1321 partecipanti, e il tasso di adesione si è mantenuto elevato nel corso delle rivalutazioni effettuate a distanza di 2, 4 e 8 anni. Tra il febbraio 2022 ed il gennaio 2023 è stata condotta la quinta rivalutazione multidimensionale su 501 partecipanti di età compresa tra gli 83 e gli 87 anni, selezionando 404 grandi-anziani senza diagnosi di demenza. **L’indagine è stata compiuta anche grazie al sostegno paritario da parte della Fondazione Serpero.**

Una caratteristica particolare della ricerca – appena pubblicata sul *Journal of Gerontology* [4], ed in procinto di venire presentata su ‘I Luoghi della Cura online’ – consiste nell’aver affrontato congiuntamente 3 aspetti della resilienza che nella letteratura gerontologica sono stati sinora presi in considerazione separatamente:

la resilienza psicologica, il cui concetto è nato nell’ambito della psicologia dello sviluppo, e si riferisce alla capacità di adattarsi positivamente agli eventi stressanti e alle avversità della vita, mantenendo una buona salute mentale

la resilienza cognitiva, che rimanda al concetto di riserva cognitiva, definita da Yaakov Stern come la capacità del cervello di conservare buone prestazioni cognitive nonostante l’accumularsi dei cambiamenti fisiologici dovuti all’età e alla presenza di patologie neurodegenerative

la resilienza fisica, il cui costrutto, recentemente emerso in ambito biomedico, si riferisce alla capacità di recuperare o di ottimizzare la funzione a fronte di perdite apportate dall’avanzare dell’età o da malattie; la forma specifica di riserva cui rimanda è prossima alla ‘capacità intrinseca’, e va invece distinta dalla ‘robustezza’, intesa come capacità di non deviare, o di discostarsi quanto meno possibile, da una condizione di partenza

Questo approccio multidimensionale (psicologico, cognitivo, fisico) ci ha permesso di studiare, secondo una prospettiva nuova e integrata, in un campione di grandi anziani derivato da uno studio di popolazione, il contributo specifico e indipendente di ciascun fattore, nel predire quello che abbiamo definito ‘fenotipo resiliente’. Con questo termine abbiamo indicato il mantenimento in età molto avanzata (sopra gli 80 anni), di salute cognitiva, mentale e di autonomia funzionale, nonostante l’accumulo di elementi stressanti psicosociali e fisici accumulati nel corso dell’invecchiamento e considerando anche l’esposizione al COVID-19 come ulteriore fattore stressante. I 3 punti chiave per studiare la resilienza sono rappresentati dai ‘fattori predisponenti’ – di varia natura -, l’accumulo di eventi stressanti e di malattie, e la risposta positiva di adattamento, identificata nel mantenimento in età molto avanzata (83-87 anni) di un buon funzionamento cognitivo, affettivo e funzionale. Tale risposta si concretizza nel ‘fenotipo resiliente’, definito formalmente dalla combinazione di:

preservazione della autonomia nelle attività di base della vita quotidiana

profilo cognitivo nella norma sulla base di una valutazione neuropsicologica completa, in assenza di depressione clinicamente rilevante.

Per rispondere alla domanda ‘Qual è la struttura sottostante ai principali fattori fisici, cognitivi e psicologici collegati alla resilienza durante l’invecchiamento?’ 20 variabili considerate collegate alla resilienza sono state raggruppate tramite analisi fattoriale in 6 fattori esplicativi così composti:

Fattore 1, denominato ‘riserva cognitiva’, comprendente scolarità, occupazione, condizione socio-economica in infanzia e intelligenza ‘fluida’

Fattore 2, denominato ‘riserva affettiva’, che raggruppa le capacità di adattamento alle avversità, la dimensione di fiducia dell’attaccamento, il tratto di personalità ‘estroversione’

Fattore 3, definito ‘attaccamento insicuro’, che comprende le dimensioni collegate ad un attaccamento insicuro-preoccupato (bisogno di approvazione, secondarietà delle relazioni, preoccupazione nelle relazioni).

Fattore 4, composto da misure che riflettono lo ‘stile di vita attuale’, quali l’attività fisica e ricreativa nel tempo libero, i contatti sociali, l’aderenza alla dieta mediterranea e la velocità nel cammino

Fattore 5, definito ‘riserva fisica’, che include la forza di prensione della mano e la circonferenza addominale

Fattore 6: composto solo dalla dimensione di disagio nell’intimità dell’attaccamento, quindi definito ‘attaccamento evitante’

Considerata la natura dei rispettivi componenti, tali fattori ci sono parsi plausibili e sintonici con la letteratura gerontologica, nonostante la loro struttura non fosse mai stata studiata prima d’ora contemporaneamente e direttamente nello stesso campione di grandi anziani.

Per rispondere alla domanda ‘I fattori ricavati predicono in modo indipendente un buon adattamento al processo di invecchiamento (da noi definito fenotipo resiliente), a parità di esposizione agli stressors fisici e psico-sociali?’, è stata effettuata una regressione logistica. Ne è emerso che i fattori che predicono in modo indipendente il fenotipo resiliente, a parità di eventi stressanti, in questi ultraottantenni, sono la riserva cognitiva, lo stile di vita attuale e la riserva affettiva.

Questi risultati dimostrano che anche dopo gli 80 anni restano influenti non solo i fattori più prevedibili come lo stile di vita attuale [peraltro non scontato], ma anche quelli che caratterizzano la prima parte della vita, come scolarità e condizione sociale dell’infanzia. Un altro risultato non scontato è l’importanza della ‘riserva affettiva’ che comprende alcune modalità di relazionarsi con sé stessi e con gli altri e la capacità di far fronte agli avvenimenti stressanti, a parità di questi ultimi.

Da sottolineare che questi ultraottantenni sono resilienti non perché risparmiati dagli eventi stressanti ma perché più ‘dotati’ di riserva cognitiva e affettiva, e capaci di mantenere anche a questa età uno stile di vita attivo, nonostante gli eventi stressanti”.

[1] Avan, A., & Hachinski, V. (2024). Increasing risks of dementia and brain health concerns. *The Lancet. Public health*, 9(7), e414–e415. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00123-3)

[2] Kim, E. S., Tkatch, R., Martin, D., MacLeod, S., Sandy, L., & Yeh, C. (2021). Resilient Aging: Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. *Gerontology & geriatric medicine*, 7, 23337214211002951. <https://doi.org/10.1177/23337214211002951>

- [3] Guaita, A., Colombo, M., Vaccaro, R., Fossi, S., Vitali, S. F., Forloni, G., Polito, L., Davin, A., Ferretti, V. V., & Villani, S. (2013). Brain aging and dementia during the transition from late adulthood to old age: design and methodology of the "Invece.Ab" population-based study. *BMC geriatrics*, 13, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-98>
- [4] Rolandi, E., Rossi, M., Colombo, M., Pettinato, L., Del Signore, F., Aglieri, V., Bottini, G., & Guaita, A. (2024). Lifestyle, Cognitive, and Psychological Factors Associated With a Resilience Phenotype in Aging: A Multidimensional Approach on a Population-Based Sample of Oldest-Old (80+). *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 79(10), gbae132. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae132>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

La **Summer School AIP** che si è tenuta a Firenze la settimana scorsa è andata molto, con viva soddisfazione delle giovani colleghi e colleghi che vi hanno partecipato. È forse la principale azione formativa della nostra Associazione. Grazie a De Leo che l'ha voluta con grande determinazione.

Allego il programma del **Convegno della Sezione Regionale AIP della Lombardia** con un caloroso invito alla partecipazione.

Un caro saluto, assieme all'augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 11 ottobre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Recensione di “La presenza pura”
- Recensione del libro “Scartati” e il convegno di Erickson
- Il convegno al Senato sulla demenza frontotemporale
- Un corso per le suore che si dedicano alle consorelle anziane fragili
- Una sentenza: la casa deve essere riconosciuta come luogo di cura
- Il ricordo di Sammy Basso
- La nomina di un cardinale di 99 anni

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Int Med: deprescribing nelle nursing home
- JAGS: deprescribing e la riduzione dei ricoveri ripetuti in ospedale
- JAMDA: i medici nelle case di riposo
- Journal of Clinical Nursing: la solitudine nelle case di riposo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La presentazione a Osimo del libro “Il ruolo degli Oss nelle RSA”

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

In un recente articolo, pubblicato dal *Corriere della Sera* del 7 ottobre, **Giuseppe De Rita** ha sottolineato come vi sia una enorme **diffusione di argomenti** da commentare e come, di conseguenza, sia **difficile costruire una cultura collettiva, una coscienza comune, una reale coesione sociale**. Queste considerazioni hanno richiamato l'attenzione sulla realtà dell'invecchiamento delle popolazioni e dei singoli individui; nel nostro mondo si accavallano

continue indicazioni, risultati di ricerche scientifiche, osservazioni empiriche. È difficile estrarre da questa mole di messaggi una linea evolutiva, che potrebbe essere discussa anche nella nostra newsletter. Mi piacerebbe che le persone che si sentono di appartenere all'AIP, e quindi ai suoi compiti, volessero contribuire a dare alcuni orientamenti a colleghi e colleghi in questo scenario complesso, al fine di delineare assieme alcune linee per il futuro.

Di seguito potete leggere la **recensione scritta da Franca Grisoni** del bellissimo **libro di Christian Bobin**. Franca, come alcuni ricorderanno, ha curato per AIP alcuni anni fa un'importante raccolta di poesie intitolata: "Alzheimer d'Amore". E' quindi la persona più titolata per invitarci alla lettura delle splendide righe del grande autore francese.

“Il morbo di Alzheimer toglie ciò che l’educazione ha immesso in una persona e fa risalire in superficie il cuore’. Così scrive Christian Bobin in ‘**La presenza pura**’, tradotto dal francese da Guido Dotti, pubblicato da Anima Mundi, l’Editrice che sta traducendo e ripubblicando l’intera sua opera. Essere di fronte ad una persona malata di Alzheimer per il grande scrittore francese, significa essere alla presenza del suo cuore. ‘La presenza pura’ del titolo, infatti, si riferisce all’identità essenziale che emerge dal morbo di Alzheimer in cui il padre e altre persone ricoverate nella ‘casa di estrema degenza’ sono naufragate. Il figlio condivide questa ‘presenza’ con loro e con le cose che gli si svelano dalla finestra di una sala da dove sente il vento e i rami discutere ‘di cose eterne’, proprio lì, nel luogo dove le cose sono nuove e subito dimenticate. Poesia autentica, quella di Christian Bobin, che non ha bisogno di essere scandita dal ritmo dei versi o dalle rime per dire poeticamente l’amore e l’orrore, la luce e le tenebre che si sperimentano nel luogo dove le persone ricoverate stanno sedute per ore ad aspettare ‘la morte e l’ora di pranzo’. Non hanno più una camera tutta per sé ed hanno perduto sia la propria solitudine che la possibilità di comunicare. Bobin riconosce loro una nobiltà regale: ‘La loro stanchezza e la vicinanza della morte fanno di loro re senza cortigiani’. È con profondo rispetto che li indica come ‘Cristi seduti in poltrona di fronte al muro’. Vorrebbe ‘scrivere su tutti o meglio su ciascuno, con cautela, lentamente’, per farci condividere la gioia, il dolore, le sorprese sperimentate tramite persone che ‘legandosi a noi ci fanno un regalo inestimabile’.

Christian Bobin, uno dei più importanti scrittori della letteratura francese contemporanea (1951 – 2022), ha pubblicato più di sessanta opere tradotte in numerose lingue ed ha ricevuto vari premi letterari tra cui il ‘Prix de l’Academie Française 2016’ per l’intera sua opera. Nella sua riflessione poetica sul Santo di Assisi, in ‘Francesco e l’infinitamente piccolo’ (San Paolo), Bobin afferma che Dio ama come un folle i suoi figli, da sempre e per sempre: ‘Ti amavo. Ti amo. Ti amerò’, che li conta uno per uno e li vivifica con il soffio del suo amore. In ‘Beata solitudo’ (Qiqajon), al monaco che gli chiede di parlare di Dio, Bobin si dice convinto ‘che non siamo mai, mai, mai abbandonati. Mai’. Ma per dire quanto è tragica la condizione delle persone colpite dal morbo d’Alzheimer, scrive: ‘Ho sognato che Dio aveva il morbo d’Alzheimer, che non ricordava più il nome né il volto dei suoi figli, che aveva scordato persino la loro esistenza’. Quindi?

Tocca a noi, finché ci resta ‘una stagione, un giorno, un’ora: donare, ancora’. Donare un gesto, stringere una loro mano nelle nostre, ascoltare le ‘cose oscure’ che dicono, prenderci cura di loro, quando ‘curare significa anche osservare, parlare: riconoscere con lo sguardo e con la parola l’intatta sovranità di coloro che hanno perduto tutto’.

Un altro libro che desidero presentare a chi ci segue è: “**Scartati. Alla ricerca del rispetto nelle pratiche di cura**”, di **Fabio Folgheraiter**, Erickson. Mi è stato donato al 5° Congresso Internazionale “Anziani. Dignità, relazioni, cure”, che si è svolto a Trento, organizzato da Erickson, il 4-5 ottobre in presenza di alcune centinaia di operatori. Un libro di poche pagine, di grande intensità. Dalla 4° di copertina: “Ogni operatore dell’umano si realizza quando è attento a non svalutare l’esistenza dell’Altro al pur nobile scopo di tutelarla. Oltre al paradigma liberista, che vorrebbe celebrare l’anzianità solo quando è giovanile, e quello welfarista, che pratica sì il rispetto, ma come dovere professionale, l’approccio relazionale esprime un rispetto integro, che sempre presuppone una effettiva parità umana, pur tra interlocutori ciascuno depositario di un’umanità in apparenza tanto diversa”. Mi congratulo con il professor Folgheraiter per questo contributo di grande valore ideale, che molto utile anche come ispirazione di fondo del nostro lavoro clinico.

Riporto in allegato le **diapositive presentate dal Prof. Giancarlo Logroscino al convegno organizzato al Senato dall’ Associazione Italiana Malattia Frontotemporale**. L’incontro, nel quale è stato presentato un documento interdisciplinare per la sensibilizzazione e il riconoscimento della demenza frontotemporale, ha messo in luce una serie di problemi, tra i quali la mancanza di conoscenze precise sull’epidemiologia della malattia. Le diapositive di Logroscino permettono la precisa revisione dei dati di letteratura e di quelli originali raccolti in Italia a Brescia e nel Salento. L’epidemiologia e il supporto che dà alla diagnosi è un approccio di grande importanza quando si affrontano ambiti di studio innovativi.

In questi giorni ho iniziato a Brescia un incontro in tre tappe, ciascuna di due ore e mezza, dedicato alle **suore che assistono le consorelle anziane affette da malattie e ospiti nelle cosiddette infermerie delle varie congregazioni**. La situazione complessiva non è equiparabile a quella delle RSA laiche, anche perché le Regioni non riconoscono queste strutture e quindi non vengono adeguatamente sostenute da finanziamenti. L’occasione per l’organizzazione del corso è stata fornita dalla pubblicazione da parte delle edizioni Paoline del volume: “Daranno ancora frutti. Religiose, religiosi e anzianità” al quale hanno contribuito diversi Autori di varia origine culturale. Alla fine del corso mi ripropongo di commentare nella newsletter il risultato di questi incontri rivolti ad un pubblico che ha dedicato la propria vita al servizio, che potenzialmente può giovare di informazioni operative sul piano assistenziale semplici e concrete.

Mi è sembrato degna di attenzione la sentenza della Corte di giustizia tributaria di primo grado di Forlì. Il contenzioso riguarda il **pagamento dell'IMU per una casa non più abitata** a causa del trasferimento della famiglia in un alloggio di altra città, dove era possibile organizzare al meglio **l'assistenza di una signora anziana da parte del marito**. Il giudice ha scritto nella sentenza a favore della famiglia: “Non c’è differenza sostanziale tra il ricovero permanente in un istituto e il ricovero in un’abitazione privata con assistenza costante”. A mio giudizio una sentenza di grande rilievo per chi si impegna a valorizzare il ruolo della casa nell’assistenza gli anziani fragili. E un ringraziamento al Giudice per il coraggio e la cultura dimostrata nel redigere la sentenza.

È morto domenica scorsa **Sammy Basso**, giovane uomo affetto da progeria di Hutchinson-Gilford, che **ha dedicato la sua vita a sensibilizzare la comunità sulla rara malattia di cui era affetto**. L’avevo incontrato in alcune occasioni nel Veneto, apprezzandone la determinazione a difendere le persone affette da malattie rare, in particolare dedicandosi a valorizzare la ricerca scientifica per sconfiggere patologie come quella dalla quale era affetto. Nel 2007 era entrato nel primo studio per testare il farmaco sperimentale Lonafarnib. Nel 2019 ha accettato di subire un delicato intervento chirurgico per la sostituzione della valvola aortica, al fine di dimostrare che la sua malattia non impedisce di cercare di vivere il più a lungo possibile. È stato per tutti un esempio che la vita è più forte della malattia, anche la più grave. In questa prospettiva si è laureato due volte, in scienze naturali e in biologia molecolare, per dimostrare la sua fiducia nel progresso scientifico. L’atteggiamento di Sammy è stato sempre vitale: hanno dichiarato in molti che era difficile trovare uno “più vivo di lui”. Per questo motivo gli dobbiamo molto: perché amava la vita (sempre sereno e festoso) e soprattutto credeva che la ricerca potesse migliorare la sua vita e quella delle molte persone affette da malattie inguaribili.

Il Papa ha nominato **cardinale un nunzio di 99 anni**, l’arcivescovo Angelo Acerbi. Un segno concreto di rispetto per le potenzialità di ogni persona, anche in età molto avanzata, che assume particolare significato in tempi di sfiducia sul possibile ruolo sociale delle persone molto anziane (vedi le vicende della presidenza USA). Grazie, Papa Francesco, per questa ennesima dimostrazione di sensibilità nella difesa della dignità degli anziani.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto “angolo” di **Mauro Colombo**, sempre attento a discutere quanto può essere direttamente o indirettamente utile nel nostro impegno di lavoro.

“Saranno state le suggestioni delle puntate di ‘Linea Blu’ che in questo scampolo di estate ci mostrano rifiuti di plastica che insozzano i nostri bellissimi mari, sarà stato l’eco della pubblicazione del gruppo guidato da Giuseppe Paolisso sulle **microplastiche nelle nostre arterie** [1], ma quando ho scorto l’articolo berlinese-brasiliano sulle microplastiche nel bulbo olfattorio [2], pubblicato sul numero del 16 settembre di *JAMA Network Open*, ho subito cambiato idea sul pezzo per lo ‘angolo’ [anche a prezzo di accorciarlo (e magari qualche lettore se ne sentirà sollevato ...)].

La barriera emato-encefalica non sigilla il cervello: le microplastiche ingerite sono in grado di superarla nei topi, dove esercitano effetti neurotossici, mentre minuscole particelle di carbone inalate possono accumularsi nei cervelli umani selettivamente in regioni deputate – anche – alla memoria, quali ippocampo e talamo, ma soprattutto nel bulbo olfattorio [3].

Vista la pervasività delle microplastiche nell’aria, ed il loro ritrovamento nella mucosa olfattoria umana, l’ipotesi che le microplastiche più minute possano arrivare al bulbo olfattorio per via inalatoria ne è derivata facilmente.

Adottando tecniche all’avanguardia, un gruppo interdisciplinare [patologi, biologi, tecnici, chimici, esperti di materiali] operativo prevalentemente a San Paolo del Brasile, ha effettivamente riscontrato alla autopsia la presenza di microplastiche nei bulbi olfattori in 8 cervelli su 15. I cervelli studiati erano appartenuti a 12 uomini e 3 donne, di età compresa fra 33 e 100 anni, con mediana di 69,5.

La realtà di tali rinvenimenti era garantita dal mancato riscontro di particelle contaminanti nelle procedure di controllo. I materiali trovati erano per 3/4 particelle, e per 1/4 fibre; il polimero più comune era il polipropilene [la cui scoperta valse il premio Nobel nel 1963 al mio connazionale Giulio Natta!]. Altre sostanze rinvenute erano nylon/poliammide, polietilene e polietilene vinil-acetato: tutti prodotti presenti in imballaggi, vestiario ed accessori domestici, così da far immaginare che gli ambienti domestici costituiscano le sorgenti principali degli inquinanti ambientali.

È verosimile che la penetrazione delle microplastiche avvenga – come nel caso delle particelle carboniose – attraverso la lamina cribrosa dell’osso etmoidale, che matura (ossificandosi) tra gli 1 ed i 2 anni di età: fase critica di suscettibilità dell’encefalo. Dai fori della lamina – di diametro massimo di 1 mm – può fuoriuscire una piccola quantità di liquido cerebrospinale, tramite i vasi linfatici, prossimi al tessuto linfoide nasale, che circondano gli assoni dei neuroni olfattori che dalla mucosa nasale proiettano ai bulbi olfattori. Attraverso questo percorso, le microplastiche possono veicolare un particolato nocivo, quale il PM2.5, che studi epidemiologici hanno già associato a gravi e diversi esiti neurologici e psichiatrici avversi, tra cui la demenza [#]. Inoltre, le disfunzioni olfattive costituiscono un biomarcatore precoce del morbo di Parkinson.

Per chiudere, alcune considerazioni che legano l’anatomia [£] con la neuro-infettivologia, la fisiopatologia gerontologica e la farmacologia clinica:

-una particolare meningoencefalite amebica può svilupparsi proprio grazie a specifiche caratteristiche delle vie nasali

-la superficie totale delle perforazioni della lamina cribrosa si riduce con l'età: dai 5,61 – 7,91 mm² prima dei 50 anni, ai 3,79 – 3,99 mm² successivamente. La diminuzione di tale area, provocando compressione e disfunzione dei nervi nasali, potrebbe dare origine al calo delle capacità olfattive delle persone anziane

-le vie nasali, tramite i propri vasi linfatici, possono rappresentare una via di somministrazione comoda e sicura per farmaci destinati all'encefalo, così come una via di raccolta del liquor cerebrospinale.”

[#] vedi anche l'angolo estivo dedicato alle conseguenze neurologiche sfavorevoli nei soccorritori dell'attentato alle Torri Gemelle di Manhattan, in relazione ai dispositivi di protezione per le vie aeree

[£] anatomia “scienza morta”? a parte i riferimenti indiretti [neuroimmagini, citologia, ecc.], 2 voci bibliografiche su 46 di [2] provengono da riviste espressamente di ambito anatomico [per i più curiosi, sono la numero 34 e la 35]

[1] Marfella, R., Prattichizzo, F., Sardu, C., Fulgenzi, G., Graciotti, L., Spadoni, T., D'Onofrio, N., Scisciola, L., La Grotta, R., Frigé, C., Pellegrini, V., Municinò, M., Siniscalchi, M., Spinetti, F., Vigliotti, G., Vecchione, C., Carrizzo, A., Accarino, G., Squillante, A., Spaziano, G., ... Paolisso, G. (2024). Microplastics and Nanoplastics in Atheromas and Cardiovascular Events. *The New England journal of medicine*, 390(10), 900–910. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2309822>

[2] Amato-Lourenço, L. F., Dantas, K. C., Júnior, G. R., Paes, V. R., Ando, R. A., de Oliveira Freitas, R., da Costa, O. M. M. M., Rabelo, R. S., Soares Bispo, K. C., Carvalho-Oliveira, R., & Mauad, T. (2024). Microplastics in the Olfactory Bulb of the Human Brain. *JAMA network open*, 7(9), e2440018. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.40018>

[3] Vanbrabant, K., Van Dam, D., Bongaerts, E., Vermeiren, Y., Bové, H., Hellings, N., Ameloot, M., Plusquin, M., De Deyn, P. P., & Nawrot, T. S. (2024). Accumulation of Ambient Black Carbon Particles Within Key Memory-Related Brain Regions. *JAMA network open*, 7(4), e245678. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.5678-MA>

JAMA Int. Med. di settembre pubblica uno studio di coorte di grande interesse, nel quale **si dimostra che la riduzione**, compiuta con attenzione alle condizioni cliniche generali, **dei farmaci antiipertensivi prescritti nelle RSA della California rallenta il declino delle funzioni cognitive**, in particolare nei residenti affetti da demenza. Il confronto è avvenuto con gli ospiti nei quali non era stato modificato il regime dei farmaci antiipertensivi. Gli autori dichiarano che i dati dovranno essere confermati, anche se in letteratura sono presenti dati simili ottenuti in soggetti residenti a casa. L'articolo richiama l'attenzione sull'opportunità di attuare il deprescribing nelle realtà istituzionali; infatti, per compiere la riduzione dei farmaci

realmente efficace occorre una valutazione complessiva, che non sempre è nei programmi dei curanti che operano nelle RSA. L'articolo sollecita anche un'attenzione al rapporto in generale tra ipertensione e funzioni cognitive. Infatti, gli studi pongono vari interrogativi, in particolare sulla tempistica dei trattamenti e la loro eventuale sospensione alle varie età.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2823919>]

JAGS di settembre pubblica una metaanalisi nella quale si dimostra che un intervento mirato di **deprescribing**, attuato in soggetti anziani ospedalizzati, **riduce il rischio di ricoveri ripetuti entro tempi brevi**. Anche se i dati sono di non grande rilevanza sul piano statistico, resta confermato che negli oltre 10.000 pazienti studiati le riammissioni sono ridotte entro 3 mesi (HR 0.84). I dati indicano l'importanza di dare grande attenzione nei pazienti anziani all'overprescribing, sempre però con prudenza e senza voler raggiungere gli obietti prefissati in tempi troppo brevi. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19166>]

Una lettera di ricerca di JAMDA del 2021 riassume alcune caratteristiche che dovrebbero avere i medici che lavorano nelle case di riposo. Il commento degli autori riguarda l'importanza che possano **aumentare nei prossimi anni i medici che hanno come loro principale occupazione quella nelle nursing homes**. Il problema è di grande rilievo anche nel nostro paese, dove vigono regole diverse nelle varie Regioni. Regole che sono sempre più discutibili di fronte all'incremento veloce dei problemi clinici che affliggono gli ospiti. Fino a qualche decennio orsono, quando le residenze per anziani erano prevalentemente dei pensionati di vecchi non gravemente compromessi, il ricorso a medici di famiglia era razionale, anche per non interrompere i rapporti che si erano instaurati negli anni. Oggi le analisi confermano al contrario quanto siano compromesse le condizioni di salute degli ospiti, con la presenza preponderante di persone affette da demenza, condizione che spesso si soprappone a polipatologia. Sono cittadini che hanno bisogno di interventi frequenti, ma soprattutto di una sorveglianza clinica continua, in grado di prevenire eventi che aggravano la salute degli ospiti e la loro qualità della vita. Per raggiungere l'obiettivo che ogni RSA disponga di un medico dedicato devono essere superati una serie di ostacoli normativi, ma soprattutto si devono convincere i gestori del ruolo centrale che hanno medici colti e stabili rispetto al benessere degli ospiti. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30882-3/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30882-3/abstract)]

Un articolo pubblicato ad agosto 2023 dal *Journal of Clinical Nursing* riporta una metaanalisi qualitativa condotta su 13 studi riguardante **la solitudine dagli ospiti nelle case di riposo**. I dati mostrano una rilevante diffusione della solitudine nelle residenze; gli autori però non raggiungono conclusioni realistiche sulle cause profonde di una condizione che provoca grande sofferenza. Altri studi quantitativi indicano che la solitudine è la compagna difficile del 40% degli ospiti; però, è impossibile, sostengono gli studi, disporre di una narrativa soggettiva da parte degli stessi residenti. Alcuni dati, per esempio, indicano che la condizione di fragilità

aumenta la condizione di solitudine (una storia di cadute aumenterebbe 1.35 volte la solitudine). A contrario un'importante azione protettiva sarebbe esercita da un rapporto sereno e costruttivo con il personale, in particolare con gli operatori sociosanitari.

[<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16842>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego il programma dell'incontro di **presentazione del volume: “Il ruolo degli OSS nelle RSA” che si terrà a Osimo sabato 26 ottobre**. È un esempio delle numerose presentazioni del volume edito da Maggioli che si sono tenute negli ultimi tempi in varie RSA. Le amministrazioni in alcuni casi hanno distribuito il testo del volume agli Oss impiegati nelle loro residenze come testimonianza di gratitudine e di fiducia. Ritengo sia una modalità efficace per dare valore al lavoro importantissimo degli operatori sociosanitari nelle difficili realtà che oggi tutte le RSA devono affrontare.

Un saluto e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 18 ottobre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ricordo della Signora Gabriella Salvini
- Il 50° del National Institute on Aging
- In difesa degli ammalati di demenza
- Apriamo la discussione sull'infermiere prescrittore e l'assistente infermiere
- A Cremona una teaching nursing home
- Il testamento di Sammy Basso

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto "angolo" di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- 15 novembre, Padova, 7° Convegno Nazionale sulla solitudine dell'anziano

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Onore alla signora di 91 anni morta per salvare il figlio settantaduenne caduto in un pozzo. Potrebbe essere la migliore testimone della nostra battaglia contro l'ageismo!

Un ricordo particolare a **Gabriella Salvini**, cara amica e donna di grande valore. Per prima nel 1993 intuì l'importanza di costruire un'associazione tra le famiglie delle persone affette dalla malattia di Alzheimer, allo scopo di dare loro la forza per difendere gli interessi degli ammalati e delle loro famiglie. In questi anni abbiamo sempre trovato la Signora Salvini al posto giusto, attenta, intelligente e generosa nell'esercitare il proprio nobilissimo ruolo. Aperta alla collaborazione, per molti anni come presidente AIP ho condiviso con lei impegno e speranze. La ricordo con nostalgia e affetto.

50 anni del National Institute on Aging. *JAMA Int Med* del 5 agosto ha dedicato tre viewpoint all'evento. L'affermazione contenuta nel titolo è: "Perché abbiamo bisogno del NIA. 50 anni di innovazione"; la domanda iniziale del testo riassume il significato della specificità dell'attenzione alle problematiche delle persone anziane: "La gran parte dei grandi istituti che fanno parte dell'NIH, come il National Cancer Institute o del National Heart, Lung and Blood Institute è coinvolta negli studi sulle persone anziane. Allora perché abbiamo bisogno di un aging institute se gli altri hanno già tra i loro compiti le malattie legate all'invecchiamento?". I lettori ritroveranno in queste parole un riferimento al tema, ampiamente discusso negli anni scorsi, dell'importanza di dedicare agli anziani progetti specifici di ricerca e clinica.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2821727>]

Riprendo un testo di **Manuela Berardinelli**, presidente di Alzheimer Uniti Italia, **impegnata da molti anni nella difesa degli interessi degli ammalati**.

“La demenza non cancella la vita” è il sottotitolo del libro del Prof. Marco Trabucchi ‘Aiutami a ricordare’ ed è realtà, ma una realtà parziale che vale solo per alcune persone e non per tutti.

Questo perché nel nostro Paese nella presa in cura, fa la differenza il luogo in cui si vive.

Per alcune persone (troppe) la Demenza cancella la vita o la rende un dramma quotidiano.

Non è possibile in un Italia unificata nel 1861 che ci siano tante e diverse condizioni e situazioni nel sistema della presa in cura della persona fragile.

Da regione a regione la differenza è abissale, sia in termini di approccio che di servizi conseguenti.

Sappiamo che per molto tempo nei riguardi della persona affetta da demenza è prevalso un modello bio-medico che ha considerato la malattia in termini diagnostici-descrittivi.

Questa concezione classica però comporta il mancato riconoscimento dell'esperienza vissuta dalla persona stessa e dai familiari, il modo individuale cioè con cui si affronta la vita di tutti i giorni e le difficoltà correlate con la progressione della malattia.

Ciascuno ha un suo vissuto con la storia, le relazioni, gli affetti, le attitudini che vanno ad incidere sul percorso della malattia e non si può non tenerne conto.

Negli ultimi anni fortunatamente l'ottica è stata spostata su come vivere bene con la demenza (ritorna il concetto La demenza non cancella la vita) e mantenere il benessere della persona malata e delle famiglie.

Dalla focalizzazione sulla patologia si passa alla considerazione sulla persona e la sua qualità di vita.

Ma ciò non avviene per tutti.

Continuamente ricevo richieste disperate di familiari a cui è stato detto che non si può fare nulla per il proprio caro a cui è stata diagnosticata la demenza.

Quasi sempre vivono in zone dove non ci sono servizi e a volte è capitato, laddove c'era un familiare che viveva in altra regione d'Italia 'servita', che si dovesse cambiare residenza, per garantire la presa in cura.

Ciò è veramente inaudito.

Nel nostro Paese i servizi sono a macchia di leopardo e presentano diverse 'sfumature': eccellenti, discreti, mediocri.

La soluzione è semplice ed è quella per cui come Alzheimer Uniti Italia ci stiamo battendo, contestualizzare i sistemi di successo che abbiamo in diverse Regioni, uniformando la presa in cura perché sia tale in ogni posto d'Italia.

Un modello organizzativo unico, che ha, nella formazione e nella competenza i suoi elementi fondanti, un sistema multidisciplinare in rete, con un'unica cabina di regia, dove la famiglia e le Associazioni partecipano attivamente alla cura e alle scelte che ne conseguono.

Non c'è nulla da inventare,abbiamo tanti modelli eccellenti nel nostro Paese, è sufficiente, come ho già detto, replicarli in ogni luogo, in questo modo tra l'altro, si evitano, tanto per fare degli esempi, tutti i ricoveri impropri, l'utilizzo di farmaci non adeguati, con conseguente risparmio notevole di spesa.

Solo così, in un Paese dove non fa la differenza nei servizi il posto dove si vive, potremmo affermare a pieno titolo che la demenza non cancella la vita, non c'è più tempo, il benessere del singolo riguarda la collettività. Ognuno di noi deve assumersi la responsabilità di impegnarsi affinché la qualità della vita della persona malata sia una condizione per tutti a prescindere dal luogo dove ha la residenza".

Ricordo, a proposito del testo di Berardinelli, l'intervento di vari gruppi di interesse al G7 di Ancona con un documento: "**Promuovere la collaborazione globale per la demenza, la salute del cervello e l'invecchiamento sano**".

Molti dei nostri lettori sono operatori della sanità con vari ruoli e competenze. Mi permetto di chiedere a chi lo volesse di inviare per la pubblicazione un contributo, sotto forma di commento, ai **recenti provvedimenti riguardanti l'istituzione sia dell'infermiere prescrittore sia dell'assistente infermiere**. I due provvedimenti del governo stanno suscitando un grande attenzione; ritengo quindi particolarmente necessaria una nostra partecipazione al dibattito, tenendo presente soprattutto che ambedue i provvedimenti sono di interesse particolare anche per i servizi territoriale dedicati agli anziani (assistenza domiciliare, RSA, centri diurni).

Allego l'articolo comparso su *La Provincia* di Cremona, riguardante la **nomina a professore associato in Geriatria del nostro giovane collega Alessandro Morandi**. Sottolineo l'importanza e l'innovatività di questo evento: un medico che è dipendente da una RSA (Cremona Solidale) diviene professore universitario. Si apre a mio giudizio un percorso importante per tutte le residenze per anziani in Italia. Per la prima volta si crea un'alleanza stabile e formalizzata tra una università (quella di Brescia) e una RSA. Grazie a Morandi e grazie in particolare ad Alessandra Marengoni, Prof. Ordinario dell'Università degli Studi di Brescia.

Allego infine il **testamento spirituale di Sammy Basso**, il giovane affetto da progeria, morto recentemente suscitando un ampio e unanime cordoglio: Ne abbiamo ammirato **l'impegno personale per la ricerca di risposte adeguate alle malattie collegate con l'invecchiamento**. La lettura del testo porta a pensare al valore della vita al servizio di idee alte.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Ringrazio **Mauro Colombo** per questo importante contributo che mette un punto fermo sulla **problematica del rapporto tra udito e cognitività**. Il nostro collega dedica particolare attenzione alla metodologia per affrontare correttamente problemi complessi.

“Tornare sui propri passi con nuovi dati e nuove argomentazioni è parte essenziale della mentalità scientifica. A mio avviso, questo approccio caratterizza un recente articolo di *JAMA*, che riprende la questione del rapporto fra udito e cognitività, nella prospettiva dell'invecchiamento [1]. Pur sempre, la Commissione Lancet sulla demenza assegna alla compromissione dell'udito nella età di mezzo – almeno in parte rimediabile - il primato nella frazione attribuibile di demenza (8%). D'altra parte, l'epidemiologia della ipoacusia parla di numeri impressionanti: la proiezione per il 2050 stima 150 milioni di persone coinvolte, su tutto il pianeta, e già da ora metà delle persone nella settima decade risultano deboli di udito.

7 Autori/Autrici tutti affiliati ad università od ospedali francesi hanno sottolineato in [1] aspetti critici di studi – già oggetto di ‘angoli’ precedenti - sull'associazione tra perdita di udito e declino cognitivo:

-essersi basati su giudizi auto-riferiti sull'udito [scarsamente correlati al dato fisiologico obiettivo]

-avere indagato un solo aspetto della cognitività, che pure è una facoltà multidimensionale

-avere esplorato campioni di dimensioni modeste, oppure limitati a frazioni specifiche, come per esempio gli ultra70enni, o con deterioramento cognitivo lieve pre-esistente.

Anche nei lavori che hanno esaminato le possibilità di prevenire il declino cognitivo mediante la protesi acustica sono state individuate debolezze:

- l'impiego di codici amministrativi per individuare i casi di demenza
- la mancanza di valutazioni quantitative del deficit uditivo
- il ricorso a campioni di piccole dimensioni
- risultati contrastanti sulla efficacia preventiva della protesizzazione.

Per ovviare a tutte queste debolezze, gli Autori di [1] hanno studiato un campione di 62 072 partecipanti alla coorte ‘CONSTANCES’ §, composta da adulti di età compresa fra 45 e 69 anni [media $57,4 \pm 7$ anni], di ambo i sessi, reclutati presso 21 centri di prevenzione, iscritti alla agenzia di assicurazione sanitaria – che copre lo 85% dei cittadini francesi - rappresentativi della collettività nazionale.

La capacità uditiva era stata rilevata mediante audiometria su 4 frequenze, mentre la cognitività era stata indagata con una batteria di test neuropsicologici, presi in considerazione sia separati - in riferimento al dominio cognitivo di pertinenza -, che raggruppati in un indicatore composito, tenendo conto delle possibili influenze dell’udito sulla praticabilità dei test.

Come prevedibile, i partecipanti con deficit di udito [lieve nel 38% dei casi, inabilitante nel 10% (sul totale del campione)] erano prevalentemente maschi, più anziani, maggiormente deprivati sia a livello sociale che individuale [in termini di precarietà nelle condizioni di vita], meno istruiti, di complessione fisica più pesante, maggiormente comorbidi ed esposti ad ambienti lavorativi professionali.

In sintesi, la gravità del deficit uditivo è risultata associata - gradualmente e per ogni fascia di età - alla cognitività sia globale che per singolo dominio [con la sola eccezione del Trail Making Test A (che valuta la capacità di spostare la attenzione)], come chiaramente visibile in una figura. Rispetto ai partecipanti con perdita uditiva disabilitante che non ricorrevano a protesizzazione, solo quelli che, oltre ad utilizzare le protesi acustiche, erano contemporaneamente anche depressi, andavano incontro a minori rischi [- 38%] di deterioramento cognitivo @, £.

In discussione, viene riportato come il risultato di CONSTANCE ricalchi quello di uno studio simile danese su ultra50enni, rispetto al quale però viene rimarcata una differenza sostanziale, relativamente all’uso delle protesi acustiche [2]. In tale studio scandinavo di popolazione, l’effetto favorevole delle protesi acustiche riguardo al deterioramento cognitivo deriva da un doppio confronto. Per entrambi i raffronti indiretti, il paragone viene effettuato rispetto a chi mantiene un udito valido: l’aumento di rischio di sviluppare un deterioramento cognitivo in chi usava protesi acustiche – rispetto a chi udiva normalmente – era minore dell’aumento di rischio in chi non le utilizzava, sempre rispetto ai normo-udenti.

Ma in CONSTANCE il confronto è diretto, all’interno delle persone invalidate dalla compromissione uditiva, fra chi adopera protesi acustiche e chi no: ed in questo paragone [ritenuto più appropriato dagli Autori], le uniche persone ad avvantaggiarsi della correzione

protesica nei riguardi della cognitività sono quelle in cui è compresente una vulnerabilità affettiva, in termini di depressione \$. Anche in uno studio randomizzato controllato statunitense su 997 anziani ipoacusici cognitivamente integri, di età compresa fra 70 ed 84 anni, la protesizzazione acustica ha dimezzato il rischio di deterioramento cognitivo a distanza di 3 anni solo nei soggetti più a rischio [più vecchi, più esposti a fattori di rischio cardiovascolare, dotati di minori capacità cognitive alla rilevazione basale, e che andavano già incontro ad un più veloce declino cognitivo] [3].

Vengono ipotizzati / ribaditi vari e diversi meccanismi che possono contribuire al legame fra deficit uditivo e cognitivo: isolamento sociale, allocazione di risorse cognitive, depravazione sensoriale, condivisione di processi neurodegenerativi; la ipoacusia rappresenta inoltre un fattore di rischio per il volume nel lobo temporale, e per la perdita a livello di ippocampo e di corteccia entorinale.

Le conclusioni che gli Autori tirano da CONSTANCE sono due:

-non sono disponibili prove a sufficienza per sostenere lo screening uditivo nella popolazione adulta

-la prescrizione di protesi acustiche dovrebbe basarsi mirando ai benefici – accertati – sulla qualità di vita e l’isolamento sociale, senza puntare alla prevenzione cognitiva

§ acronimo per ‘Cohorte des consultants des Centres d’examens de santé’

@ definito come appartenenza al 25% percentile inferiore della distribuzione nel punteggio cognitivo globale

£ per chi si interessa di metodologia, i risultati – ottenuti mediante analisi logistica multi variabile – sono rimasti sostanzialmente invariati dopo aggiustamento per molte covariate di diversa natura; sono state condotte inoltre analisi di sensibilità per saggiare la robustezza dei risultati, ed è stato adoperato in 3 modi il ‘punteggio di propensione’

\$ definita come un punteggio > 19 alla versione francese validata del classico ‘CES-D’ [Center for Epidemiologic Studies Depression Scale]

Collateralmente, segnalo che su oltre 200 80enni con demenza di ambi i sessi, la dotazione di protesi visive e / o acustiche ha migliorato la qualità di vita degli interessati solo a 18 settimane [obiettivo secondario] ma non a 36 settimane [obiettivo primario]. Va detto che la conduzione dello studio è stata sovvertita dalla pandemia Covid-19 [4]. Peraltro, l’editoriale di commento sottolinea l’importanza di avere scelto la qualità di vita come bersaglio della pur travagliata indagine [5]

Quando, anni fa, ci occupammo dei rapporti tra consapevolezza riguardo al proprio udito e traiettorie di invecchiamento – nell’ambito dello studio longitudinale ‘InveCeAb’ [‘Invecchiamento Cerebrale ad Abbiatagrasso’] [6], notammo – inaspettatamente - che le persone più consapevoli della propria ipoacusia andavano incontro al percorso peggiore quanto a funzionalità nei gesti quotidiani strumentali e cognitività generale [ma non nei singoli

domini specifici], e – sia pure meno nettamente – nel tono dell’umore [7]. Come ricaduta clinica venne dato il suggerimento di usare cautela nell’affrontare la questione dell’udito con gli assistiti anziani, in modo non solo da indirizzarli, ove opportuno, a valutazioni audiometriche, protesizzazioni e riabilitazione, ma anche di fornire loro una panoramica preventiva più ampia, estesa ai contatti sociali ed ad un riguardo alla loro salute in generale”.

[1] Grenier, B., Berr, C., Goldberg, M., Jouven, X., Zins, M., Empana, J. P., & Lisan, Q. (2024). Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognition. *JAMA network open*, 7(10), e2436723. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36723>

[2] Cantuaria, M. L., Pedersen, E. R., Waldorff, F. B., Wermuth, L., Pedersen, K. M., Poulsen, A. H., Raaschou-Nielsen, O., Sørensen, M., & Schmidt, J. H. (2024). Hearing Loss, Hearing Aid Use, and Risk of Dementia in Older Adults. *JAMA otolaryngology - head & neck surgery*, 150(2), 157–164. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.3509>

[3] Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman, D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., Sanchez, V., ... ACHIEVE Collaborative Research Group (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* (London, England), 402(10404), 786–797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)

[4] Leroi, I., Armitage, C. J., Camacho, E. M., Charalambous, A. P., Connelly, J. P., Constantinidou, F., David, R., Dawes, P., Elliott, R. A., Hann, M., Holden, A., Hooper, E., Kennelly, S. P., Kontogianni, E., Lawlor, B. A., Longobardi, J., Paterson, L., Politis, A. M., Reeves, D., Schwimmer, C., ... SENSE-Cog Study Team (2024). Hearing and vision rehabilitation for people with dementia in five European countries (SENSE-Cog): a randomised controlled trial. *The lancet. Healthy longevity*, 100625. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.07.008>

[5] Powell, D. S., & Reed, N. S. (2024). Sensory loss rehabilitation among people with dementia: a low-risk strategy to enhance quality of life. *The lancet. Healthy longevity*, 100640. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100640>

[6] Guaita, A., Colombo, M., Vaccaro, R., Fossi, S., Vitali, S. F., Forloni, G., Polito, L., Davin, A., Ferretti, V. V., & Villani, S. (2013). Brain aging and dementia during the transition from late adulthood to old age: design and methodology of the "InveCe.Ab" population-based study. *BMC geriatrics*, 13, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-98>

[7] Vaccaro, R., Zaccaria, D., Colombo, M., Abbondanza, S., & Guaita, A. (2019). Adverse effect of self-reported hearing disability in elderly Italians: Results from the InveCe.Ab study. *Maturitas*, 121, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.009>

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Il giorno **15 novembre**, come da tradizione, si terrà **a Padova** il 7° Convegno Nazionale sulla Solitudine. La qualità degli interventi è una garanzia che sarà un'occasione importante per fare il punto sulla problematica.

Programma della **Settima Edizione del Convegno sulla Solitudine** (15 Novembre 2024)

Sala degli Anziani, Palazzo Moroni, Padova

Pianificare interventi concreti per la solitudine

Saluto del Sindaco di Padova, Sergio Giordani

Chair: Elena Cognito, Fabio Sambataro

Marco Trabucchi: Le solitudini dell'assistenza sanitaria attuale: il nodo dell'assistenza domiciliare

Erika Borella: Solitudine e qualità di vita dell'anziano

Angelo Bianchetti: Le solitudini dalle malattie: il paziente in ospedale

Carlo Serrati: Le solitudini da malattie: il paziente post-ictale

Annachiara Corti: Lotta alla solitudine: interventi in atto e opportunità future

Leo Nahon: La solitudine del paziente anziano in terapia

Martina Mvralja: La solitudine in diversi setting abitativi: un'analisi qualitativa

Diego De Leo: Lotta alla solitudine: alcune raccomandazioni.

Discussione Generale e Conclusioni

Un cordiale saluto ed un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 25 ottobre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il dibattito sui nuovi ruoli infermieristici
- Pietas e ricerca: alcune annotazioni di Stefano Govoni
- L'ISTAT e i nuovi dati sulla contrazione delle nascite nel 2023
- “La vita dentro la professione”
- La riforma dell'accesso alla facoltà di Medicina
- Fabio Cembrani e il segreto professionale

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- JAMA Network Open*: cadute e diagnosi di demenza
- The Menopause Society*: sintomi della menopausa e alterazioni cognitive
- JAMDA*: i dilemmi dell'eutanasia
- JAGS*: i più comuni sintomi delle demenze per gli operatori dell'assistenza primaria

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il programma del prossimo Congresso AIP della regione Liguria
- Le diapositive presentate a Mantova nel corso del Convegno della Sezione Regionale AIP della Lombardia

Amiche, amici,

Un cordiale saluto a chi ci segue. Ci rendiamo conto che il nostro difficile mondo può essere un fattore distraente rispetto ai compiti di assistere curare le persone anziane fragili; però, proprio in questi momenti di incertezza grave e dolorosa dobbiamo concentrarci sul qui e ora della cura, perché le crisi non devono ridurre il nostro impegno e la nostra generosità. Non si

tratta di una predica buonista, ma la lettura realistica della realtà. E ringrazio colleghi e colleghi che ci seguono su questa strada.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Un infermiere ha inviato il testo che riporto; lo ritengo un testo equilibrato, che potrebbe essere condiviso, almeno in buona parte, e che vorrei portare all'attenzione di chi ci segue per aprire un dibattito tra le varie componenti della nostra Associazione.

“La questione prescrittiva infermieristica e l’assistente infermiere si stanno trasformando non in un dibattito ma in uno scontro piuttosto deludente dentro e tra le professioni. Ritengo che entrambe le questioni debbano essere affrontate senza posizioni ‘ideologiche’ ma pensando al bene del paziente e del sistema. Entrambe hanno punto di forza perché siano sostenute e punti di debolezza che lasciano aperti molti punti. Indubbiamente nessun operatore dovrebbe schierarsi a priori nelle liste dei ‘pro’ o dei ‘contro’ ma ho la sensazione che a tutti manchino le coordinate, i confini o dicendola professionalmente ‘gli ambiti di competenza’.

Il mio personale pensiero:

Sulla Al ritengo che possa essere un punto di svolta per la professione infermieristica perché la vera forza della mia professione sarebbe quello di valutare gli esiti e ridefinire gli obiettivi assistenziali e permettere ai medici la ridefinizione di quelli clinici-terapeutici. Una figura intermedia che possa, sotto la supervisione degli infermieri, dare la possibilità di esercitare davvero la nostra professione dovrebbe essere vissuta come una conquista e non come lo spaurocchio di chissà cosa. Spaurocchio che pervade anche la classe medica, se le parole del Presidente di FNMCO, sono rappresentative.

La prescrizione infermieristica informalmente già esiste: quante volte i medici con i quali collaborano si limitano a firmare richieste di attivazione di PT per presidi compilati dal sottoscritto? Posso dire sempre? Perché accade? Perché c'è fiducia, perché riconosco loro la autorevolezza sulla diagnosi e loro mi riconoscono la autorevolezza sulla valutazione assistenziale. Non c'è tra noi alcuna ‘gara’, c'è il riconoscimento reciproco delle sfere di competenza ma c'è anche, da parte loro, la consapevolezza che ci sono ambiti che diventano mere esecuzioni burocratiche che poco c'entrano con la diagnosi e la cura. Penso che la maturità professionale di entrambe le categorie sia la vera ambizione, il riconoscimento reciproco delle capacità professionali.

Vedete cari amici medici io non ho alcuna ambizione prescrittiva ma vorrei rendere più agile il mio e vostro lavoro ed allora avere infermieri più preparati non significa costruire mini-medici ma solo maxi-infermieri. Penso che l'Associazione Italiana di Psicogeratria proprio per la sua trasversalità professionale è tra le poche (insieme a quella di Cure Palliative) a poter davvero aiutare il legislatore e gli Ordini Professionali a intraprendere il giusto viaggio.

Piero Caramello”.

Allego le **diapositive di grande interesse presentate dal professor Stefano Govoni** in occasione di un incontro a Pavia, organizzato dall’Associazione Amici del San Matteo. L’incontro era centrato sul tema dell’**assistenza alle persone affette da demenza nel Pronto Soccorso degli ospedali**. Sono realtà dove la ricerca di modalità assistenziali adeguate alle difficoltà dell’ammalato non possono essere disgiunte dalla pietas nei riguardi della sua sofferenza, in particolare in situazioni quando aumenta il livello di sofferenza psichica e somatica.

I dati Istat sull’ulteriore **riduzione delle nascite nel 2023** hanno suscitato grandi preoccupazioni. Dal 2008 al 2023 si è verificata una riduzione di 196.769 nascite in Italia. Sono numeri che fanno pensare chi come noi è interessato ad un futuro equilibrato delle dinamiche delle età, con particolare attenzione al finanziamento delle pensioni e all’organizzazione dell’assistenza. Come abbiamo discusso nella newsletter della settimana scorsa, la spettanza di vita alla nascita ha ripreso a crescere; la divaricazione della forbice tra giovani e vecchi continuerà quindi ancora ad aumentare. Ad aggravare la prospettiva nell’ottica dell’organizzazione sociale è un altro dato critico: nel 2023 il 42.4% delle nascite è avvenuto fuori del matrimonio. Quale sarà l’impatto di questa tendenza sulla collocazione degli anziani nelle comunità? La crisi della famiglia tradizionale potrà essere sostituita da nuove forme di convivenza, in grado di mantenere un’adeguata attenzione verso la vita ed i bisogni degli anziani? Infine, un altro dato che fa preoccupare: le nascite da donne straniere sono diminuite da 82216 nel 2022 a 80942 nel 2023; sono il 21.3% del totale. Evidentemente, anche l’illusione di tamponare l’egoismo italiano con la generosità straniera sta sfaldandosi. Servono quindi politiche molto serie e coraggiose in ambito migratorio, abitativo e lavorativo: qualcuno vede forse del coraggio nella realtà di oggi? Con il miliardo speso per le carceri in Albania si sarebbe potuto almeno iniziare. Un ultimo dato preoccupante: la desertificazione sarà molto più grave nel Sud del nostro paese rispetto a quanto avverrà al Nord.

Mercoledì scorso si è tenuto a Cremona il **ricordo del nostro carissimo amico e collega Daniele Villani**. Mi permetto solo di ricordare il titolo della cerimonia: “**La vita dentro la professione**”, perché mi ha fatto molto pensare come, ne sono certo, è accaduto per i partecipanti. Quanti possono realmente affermare che la loro vita è “dentro” la loro professione? Quando qualche formatore superficiale invita i giovani a tenere separate le vicende personali da quelle professionali, non trasmette un messaggio corretto, ma incrementa una dualità non umana, che danneggia sia la vita che la professione.

La proposta di riforma dell'accesso al corso di laurea in medicina non sembra convincente. Le informazioni fino ad ora disponibili non sono sufficienti per dare un giudizio motivato sul disegno di legge delega presentato dal governo. Da vecchio professore sono, però, molto perplesso sul fatto che dopo sei mesi dall'immatricolazione vi sia la possibilità di giudicare le capacità dei giovani candidati a proseguire il corso di studi. Quali saranno gli esami caratterizzanti il primo semestre che convinceranno l'eventuale commissione? Biologia, anatomia, psicologia? Ritengo una mancanza di rispetto per le incertezze del giovane indurlo a decidere solo sulla base di pochi mesi di corsi, molto propedeutici. E poi su quali basi verrà giudicato? Quale omogeneità si spera di ottenere tra i molti atenei coinvolti rispetto ai giudizi? Quanti saranno ammessi? I numeri finali saranno realmente diversi da quelli dell'esecrato numero programmato oggi in vigore?

Fabio Cembrani ha contribuito con il pezzo che segue al **dibattito sul segreto medico**, tema di cui si parla molto in questi giorni. Sono, come sempre, posizioni equilibrate, che saranno molto utili a chi vuole farsi un 'idea attorno ad un argomento delicatissimo, che le vicende recenti hanno esacerbato.

"La pretestuosità è davvero una brutta qualità umana. Quando poi chi è pretestuoso ricopre un ruolo politico, non importa di quale ordine esso sia, ciò che viene minacciato è il vivere comunitario e la stessa democrazia che, come ha osservato Norberto Bobbio, è in buona sostanza il solo metodo che garantisce di prendere decisioni collettive. La pretestuosità, così, è il peggior nemico della democrazia ed essa sembra essere oggi diventata una buona ragione per rinnovare quotidianamente lo scontro politico e l'adagio del 'me contro te'; contro i Giudici del Tribunale di Roma, contro la Magistratura politicizzata a sinistra, contro la Corte di giustizia europea e, adesso, anche contro i medici che, per ciò che ha pubblicamente detto Eugenia Roccella nel suo ruolo di Ministro delle Pari Opportunità e della Famiglia, sarebbero tenuti a denunciare all'Autorità giudiziaria chi si reca all'estero per la pratica della maternità surrogata (gestazione per altri o GPA), pratica da sempre vietata in Italia e da poco diventata un reato universale.

A questa scomposta e sconveniente per non dire ridicola presa di posizione del Ministro ha subito replicato il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (FNOMCeo), Filippo Anelli, sottolineando, altrettanto scompostamente, che il medico, essendo tenuto al dovere di curare chi ne ha bisogno, è esentato dal presentare questa denuncia anche perché, se ciò facesse, violerebbe il dovere non solo giuridico ma anche deontologico di rispettare il segreto professionale.

Due posizioni agli antipodi, entrambe forzate e scomposte, soprattutto non coerenti con il dettato normativo, che creano imbarazzo e confusione. Lo dico con amarezza prendendo le distanze da entrambe. Perché se è vero che ciò che ha pubblicamente detto Eugenia Roccella è una colpevole e strumentale meschinità anche la replica di Filippo Anelli non è sicuramente esente da critiche per tutta una serie di ragioni sulle quali si discute da anni. La

prima obiezione è che non è vero che il medico sia esentato dal dovere di collaborare con l'Autorità giudiziaria come prevede l'art. 365 della legge penale: chi, nell'esercizio di una professione sanitaria presta la sua assistenza o opera in situazioni che possono configurare l'ipotesi di un delitto perseguitabile d'ufficio, è tenuto a segnalare il fatto all'Autorità giudiziaria nel rispetto di una tempistica prestabilita (entro 48 ore o se vi è pericolo di ritardo immediatamente). Né il medico può appellarsi, in queste non rare circostanze, al rispetto del segreto professionale proprie perché vi è una giusta causa di carattere imperativo per la rivelazione dello stesso. Dunque, se il medico presta la sua attività o la sua opera in una situazione che può configurare l'ipotesi di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio (ed indipendentemente dalla querela di parte) esiste l'obbligo di segnalazione all'Autorità giudiziaria, obbligo che se, ove non rispettato, è sanzionato dalla legge penale con una sanzione amministrativa. Con una sola eccezione: che questa doverosità viene meno nel caso in cui la segnalazione possa esporre la persona assistita a procedimento penale. Questa è la sola esimente speciale che consente al medico di sottrarsi al dovere generale di collaborare con l'amministrazione della giustizia. E questo è ciò che sarebbe stato opportuno ribattere ad Eugenia Roccella ammonendola di non mistificare, per una becera strumentalità ideologica, la nostra delicatissima mission professionale. Ricordandole quanto già accaduto nel recente passato quando ai medici era stato chiesto di segnalare all'Autorità giudiziaria gli immigrati clandestini i quali, per non cadere in questa trappola, hanno rinunciato alle cure rendendosi responsabili della diffusione nelle loro comunità di importanti patologie infettive. E rammentando che lo scontro in sé è sempre indicatore di quella debolezza politica che, purtroppo, ci circonda”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il consueto “angolo” di **Mauro Colombo**. Premetto un'osservazione. In una recente riunione di geriatri qualcuno ha obiettato che la frequenza settimanale della newsletter è eccessiva, perché è difficile trovare il tempo per leggerla, in particolare riguardo agli angoli di Mauro, intensi di idee e di informazioni. Poi insieme abbiamo deciso di proseguire la frequenza settimanale, anche se per noi più faticosa. Grazie, carissimo Mauro, anche per questo ennesimo gesto di generosità culturale.

“Le proiezioni sulla prevalenza dell’ictus, col suo carico di conseguenze variamente invalidanti, indicano un aumento. Da 1 persona su 3 a 3 su 5 colpite da ictus presentano una qualche forma di deficit cognitivo conseguente, compreso lo sviluppo di demenza in un caso su 3, nel volgere di 5 anni. Ma quale fosse esattamente la situazione cognitiva precedente all’evento neurologico acuto, in casistiche prevalentemente ospedaliere, è poco conosciuto, mentre le ricerche sulle modificazioni cognitive portate dall’ictus in campioni di comunità hanno portato a risultati contrastanti, verosimilmente a motivo della eterogeneità metodologica tra gli studi.

Una ricerca recentemente pubblicata su *JAMA Network Open* [1] ha puntato ad ovviare a tali incongruenze, sfruttando 14 casistiche provenienti da tutto il mondo [USA, Australia, Congo, Taiwan, Germania, Brasile, Francia Spagna, Italia £, Svezia], sommando ad oltre 20 000 persone di ambo i sessi, prevalentemente bianche, di età media 72.9 (8.0) anni all'inizio di una osservazione di durata compresa fra 3 e 17 anni: media 7.51 (4.2). All'interno del consorzio "COSMIC" [Cohort Studies of Memory in an International Consortium] £ sono state armonizzate valutazioni neuropsicologiche relative a 4 domini [memoria, linguaggio, velocità di processazione e funzioni esecutive], condotte mediante i test adottati più comunemente, e poi raggruppate in un indicatore globale unico standardizzato §.

1041 (5,0%) partecipanti hanno subito un primo ictus incidente, verificatosi in media (DS) di 4,55 (3,7) anni dopo l'ingresso nello studio a un'età media (DS) di 79,5 (7,5) anni. L'ictus incidente è stato associato a un declino acuto in tutte le misure cognitive, nonché a un declino accelerato post-ictus nella cognizione globale, nel linguaggio, nella velocità di elaborazione e nelle funzioni esecutive [non nella memoria]. La traiettoria cognitiva pre-ictus dei sopravvissuti all'ictus non differiva in modo significativo da quella di coloro che non avevano avuto un ictus incidente. Non vi erano effetti moderatori di fattori demografici o di rischio vascolare sul cambiamento nella traiettoria cognitiva dopo l'ictus, fatta eccezione per l'età. I grafici che corredano il testo sono efficacemente illustrativi.

A seguito dell'evento neurologico acuto, si verificava un calo pari ad 1/4 di deviazione standard nella cognitività globale, e di entità simile nelle misure dei singoli domini. Se le entità dei singoli cali possono sembrare modeste, va detto che la combinazione di effetto a breve e lungo termine comporta, dopo 1 anno, ad una perdita di cognitività, in chi ha subito un accidente cerebrovascolare, equivalente a 6 anni di invecchiamento cognitivo di chi non è andato incontro ad ictus. Anche il calo cognitivo di questi ultimi è rilevante, nel giudizio degli Autori.

Tra coloro che sopravvivevano all'ictus, gli ultra72enni – rispetto ai corrispettivi più giovani – subivano una perdita cognitiva acuta meno marcata, ma partivano da livelli più bassi ed andavano incontro ad un declino più rapido, sia prima che dopo l'evento cerebrovascolare. Allo stesso esito andavano incontro, tra chi era rimasto libero da ictus, i soggetti con diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, ipercolesterolemia, o che erano fumatori o portatori di APOE4. Questo ultimo risultato, atteso, conferma il ruolo avverso dei fattori di rischio cardiovascolari. L'andamento cognitivo degli ultra72enni post-ictali era invece relativamente inaspettato: al di là di un eventuale "effetto pavimento" per i test neuropsicologici impiegati #, una possibile spiegazione consiste nella possibilità che le persone più anziane abbiano accumulato una maggiore quota di patologia neurodegenerativa e/o vascolare [clinicamente silente].

L'editoriale di accompagnamento [2], oltre a lodare l'impianto generale dello studio, si sofferma su 2 passaggi:

1. la scarsa attenzione che la ricerca ha dedicato negli ultimi decenni agli effetti cognitivi dell'ictus, almeno in confronto alle sue ricadute funzionali: gli esiti cognitivi, più “granulari”, possono costituire la frontiera dei prossimi studi

2. anche l'assenza di un effetto misurato sulla memoria è interessante. Da un lato, la spiegazione potrebbe essere neuroanatomica, secondo cui l'archi- e la paleo-corteccia potrebbero essere meno influenzate dall'occlusione dei grandi vasi rispetto alle strutture neocorticali. Dall'altro, la valutazione della memoria potrebbe essere insufficientemente granulare”.

[1] Lo, J. W., Crawford, J. D., Lipnicki, D. M., Lipton, R. B., Katz, M. J., Preux, P. M., Guerchet, M., d'Orsi, E., Quialheiro, A., Rech, C. R., Ritchie, K., Skoog, I., Najar, J., Sterner, T. R., Rolandi, E., Davin, A., Rossi, M., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., Röhr, S., ... Sachdev, P. S. (2024). Trajectory of Cognitive Decline Before and After Stroke in 14 Population Cohorts. *JAMA network open*, 7(10), e2437133. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.37133>

[2] Sadigh, Y., & Volovici, V. (2024). Understanding Cognitive Decline After Stroke in the Acute Setting. *JAMA network open*, 7(10), e2437145. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.37145>

[3] Guaita, A., Colombo, M., Vaccaro, R., Fossi, S., Vitali, S. F., Forloni, G., Polito, L., Davin, A., Ferretti, V. V., & Villani, S. (2013). Brain aging and dementia during the transition from late adulthood to old age: design and methodology of the “InveCeAb” population-based study. *BMC geriatrics*, 13, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-98>

£ con dichiarato orgoglio, indico i nomi dei 3 ricercatori della Fondazione Golgi Cenci che – anche in quanto membri del consorzio COSMIC – rientrano tra gli Autori della pubblicazione: Elena Rolandi [neuropsicologa], Annalisa Davin [neurobiologa] e Michele Rossi [biostatistico]; la Fondazione ha contribuito alla collaborazione COSMIC attraverso lo studio longitudinale di popolazione “InveCeAb” [Invecchiamento Cerebrale ad Abbiategrasso], nelle sue serie successive [3]

§ per lo studio è stato adottato come disegno la “regressione di discontinuità” [metodica statistica introdotta nel 1960 in ambito psicologico, poi proliferata nel mondo dell'economia, e quindi approdata alla epidemiologia, per cercare relazioni di causalità quando non è possibile allestire trials randomizzati controllati]. “La discontinuità di regressione è uno strumento potente che imita un disegno di studio temporale quasi sperimentale, dove ogni paziente agisce anche come controfattuale di se stesso. È particolarmente indicata in studi con popolazioni ampie e dati di alta qualità.” {derivato da [2]}

viene chiamata in causa anche la possibilità che la stima delle traiettorie sia stata viziata da DIF [“differential item functioning” (funzionamento differenziale degli item)], che può occorrere quando sottogruppi della popolazione oggetto di studio rispondano differentemente ad insiemi di voci.

JAMA Network Open del 30 settembre riporta i dati di uno **studio condotto su 2.5 milioni di anziani**, di età media di 78.1, anni **che hanno subito un trauma**. La diagnosi di Alzheimer e di altre demenze è stata più frequente dopo una caduta rispetto ad altre tipologie di incidente. Infatti, il 10.6% degli anziani ha ricevuto una diagnosi nel primo anno dopo la caduta. Il dato indica l'opportunità di sottoporre ad uno screening cognitivo le persone che sono cadute. Sarebbe però importante definire il nesso causale tra i due eventi: chi è fragile per un disturbo cognitivo è più esposto al rischio di caduta o la caduta slatentizza un processo degenerativo che viene accelerato dallo stress provocato dall'evento?

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2824208>]

The Menopause Society di agosto ha pubblicato uno studio sulla **possibile associazione tra gravi sintomi menopausali (MRS total score superiore a 14) e MCI (OR: 1.74)**. Al contrario, un basso BMI, l'attività sessuale, l'esercizio fisico, la terapia ormonale e un alto livello educativo riducono il rischio di comparsa di MCI. Il dato deve essere spiegato; indica un'intricata relazione tra fattori ormonali, legati allo stile di vita e sociodemografici che va chiarita, al fine di proporre interventi preventivi mirati ed efficaci.

[https://journals.lww.com/menopausejournal/abstract/9900/severe_menopausal_symptoms_linked_to_cognitive.365.aspx]

JAMDA di ottobre propone una seria e approfondita valutazione della **reazione dei medici di fronte alla richiesta di eutanasia nei pazienti affetti da demenza in fase avanzata**. Sono state raccolte le posizioni di 290 medici. Gli autori sono olandesi e propongono la prospettiva di quel paese, dove le leggi sull'eutanasia sono state approvate già da vari anni. Gli stessi autori concludono mettendo in luce la complessità e i dilemmi etici che accompagnano le direttive anticipate riguardanti le persone con demenza avanzata e invitano alla prudenza e alla necessità di una analisi del processo decisionali in casi di vita reale.

[[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00722-9/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00722-9/fulltext)]

JAGS di ottobre presenta un testo rivolto agli **operatori coinvolti nella cura delle persone affette da demenza**, con particolare attenzione alla patologia neuropsichiatrica. Gli autori ritengono che non sempre gli addetti all'assistenza siano adeguatamente formati, in particolare per quanto riguarda i BPSD. Spesso, infatti, la diagnosi è difficile ed espone a particolari incertezze nella gestione della vita di ogni giorno e delle eventuali terapie. Il lavoro presenta una tabella molto utile con la definizione dei sintomi e un'altra con la loro prevalenza nelle varie fasi delle più frequenti sindromi dementigene.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.19211>]

Allego il programma del **Congresso AIP della regione Liguria**. Mi auguro che, nonostante i ritardi nella comunicazione, numerose colleghi e colleghi possano intervenire.

Di seguito trovate il link per scaricare le diapositive presentate dai vari autori nel corso del **Convegno della sezione regionale AIP della Lombardia**. È stato un evento di alto livello clinico e scientifico, per il quale ringrazio il presidente Renzo Rozzini e gli amici di Mantova che hanno curato l'evento con grande impegno e generosità.

[<https://drive.google.com/drive/folders/1vBvupDREMZaQgj2WC3MS4memQzS9WERC>]

Un saluto e un augurio,

Marco Trabucchi

Past President AIP