Newsletter AIP - 3 novembre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Padovani presidente SIN

- Il Programma Nazionale Esiti

- Il contributo di Giovanna Baraldi

- "Eventuali sacrifici li chiederò altrove..."

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il pezzo sempre utilissimo di Mauro Colombo

- Francesca Corradini (a cura di), "La vita (e la morte) nelle strutture per anziani durante la pandemia. Una ricerca qualitativa in Emilia Romagna"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La solitudine (Padova, 15 novembre)

- Aging Brain (Napoli, 13-14 dicembre)

- I congressi regionali AIP di Trento (8 novembre), Fermo (9 novembre) e Pistoia (17 novembre)

- Notizie sulla Sezione Laziale

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Il professor **Alessandro Padovani è il nuovo presidente della Società Italiana di Neurologia**. Padovani, il più grande esperto italiano di demenze, è vicino all'AIP fino dalla fondazione della nostra Associazione. Riporto una frase delle sue dichiarazioni al momento di assumere la carica: "Per la Sin le profonde trasformazioni in atto nel nostro paese, in particolare legate all'invecchiamento della popolazione, alle migrazioni e al cambiamento climatico, causano un forte impatto sulla neurologia e già da tempo hanno cresciuto l'incidenza e la prevalenza delle patologie neurologiche, nonché il peso sociale che queste provocano, imponendo un'attenzione alle popolazioni migranti". Sono parole di apertura alla

realtà, che arricchiscono le ben note competenze cliniche e scientifiche di Alessandro Padovani. Dichiarazioni che sono profondamente inverate anche nella cultura dell'AIP.

Sono stati pubblicati in questi giorni **i risultati del Programma nazionale Esiti 2023**, strumento di grande importanza per aumentare l'efficacia del sistema sanitario. I dati nel complesso indicano un'evoluzione positiva dei nostri servizi, anche se vi sono ancora aree cliniche e geografiche che mostrano ritardi. In particolare, la variabilità tra le regioni pone gravi interrogativi sulla futura organizzazione della nostra sanità. Il lavoro compiuto da Agenas, di grande qualità, può essere studiato sul sito dell'Agenzia da chiunque voglia appartare miglioramenti al lavoro dei servizi sanitari. Ricordo con particolare gratitudine lo studioso Carlo Perucci, che è stato culturalmente il fondatore del Programma Pazionale Esiti. Come AIP avevamo collaborato con lui nella costruzione dell'anagrafe nazionale delle fragilità, un progetto, nato dopo l'ondata di calore del 2003, che dava ai comuni il compito di predisporre elenchi di anziani fragili, non già assistiti da servizi specifici, verso i quali indirizzare interventi mirati in caso di calamità naturali o altro.

Di seguito il **secondo contributo della dottoressa Giovanna Baraldi**, che descrive la difficile condizione lavorativa di un medico. Questi testi ci offrono molti momenti di riflessione.

"Paolo è un chirurgo di 58 anni. Appena specializzato in chirurgia generale, la sua passione, vinse il concorso in un ospedale di medie dimensioni, dove si fece una grande esperienza interventistica. Dopo tre anni vinse il concorso presso l'ospedale, hub di primo livello, della sua città capoluogo. Quando si è sposato e hanno avuto due bambini, uno dietro l'altro, dura perché sua moglie, giustamente, non voleva rinunciare al lavoro. I loro genitori erano anziani, distanti e non potevano aiutarli. Ma loro due hanno sempre pensato che la qualità della vita dipendesse dalla qualità del lavoro e hanno fatto sacrifici. Ci sono stati momenti anche molto difficili, quando lei aveva avuto un sospetto di tumore, ma quella motivazione li ha sempre sostenuti. I primi anni sono volati: impegnativi, entusiasmanti, belli nei rapporti umani con i pazienti e con i colleghi; si faceva anche un po' di ricerca lavorando la domenica pur di andare a un congresso. E poi aggiornamento, le nuove tecniche endoscopiche, tante sfide. Il primario era 'rigoroso ma attento al reparto e anche alla nostra vita'. Con i colleghi si andava a giocare a calcetto o a cena in pizzeria e il giorno dopo si lavorava meglio, era più semplice nei momenti di tensione. L'ospedale, nel tempo, è molto cambiato: cambiata completamente la chirurgia, sempre più laparoscopica, strutture periferiche chiuse, competizione col privato, pressione medico legale. Difficile avere le sale operatorie, difficile avere anestesisti, blocco delle assunzioni; non più ricambio nei turni con colleghi giovani, freschi, con energie per fronteggiare la 'fatica' come i turni di notte in pronto. Medici sempre più anziani, la maggioranza, chiamati a lavorare come neoassunti ma con responsabilità da veterani per sopperire alla carenza di organico. Ma la cosa più brutta è la frustrazione della professione sempre sotto attacco: 'considerati come speculatori sulla salute' che ha creato la frattura con

i cittadini. L'argomento con la Direzione era unicamente 'aumentare la produzione ma spendere meno'; e dal nuovo primario, 'come un manager che risponde al consiglio di amministrazione', trattati da irresponsabili. Sistemi gestionali mutuati dal mondo statunitense 'ma senza la meritocrazia, il dinamismo e la competitività che appartiene a quel mondo'. È logico che stiamo attenti alle risorse. Lo avevano capito: prescrivere cose giuste, utili, necessarie. Aveva fatto i corsi di management con tanta speranza, ma 'aria fritta': non cambiava chi gestiva l'ospedale senza alcun interesse per le competenze, l'opinione professionale ed il 'mood' dei professionisti. Gli pareva assurdo che i dirigenti come lui avessero bisogno del Sindacato, però ci aveva provato. Non c'erano stati risultati, neppure sul reclutamento dei medici che ha prodotto un'estinzione sia in ospedale che sul territorio, ben visibile già a fine anni '90, nel disinteresse anche delle Università. E che brutto dire che i 'medici vogliono più soldi' senza dire che il compenso è legato al riconoscimento delle competenze e del merito. 'Quando ho compiuto 56 anni, durante il Covid, ho sentito la stanchezza: le notti, sempre emergenze, tensione, incomprensione e il disagio di fronte al disorientamento della popolazione che pensa che noi abbiamo la colpa di tutto'. Si è sentito persino in imbarazzo a parlarne con il primario e con il direttore sanitario. Così è incominciata la crisi, persino a litigare in casa, a non essere più equilibrato in reparto, intollerante. Spiazzato anche dai colleghi che vanno via. 'Io non ho mai pensato che sarei andato via dal mio ospedale. Quello che veramente mi piace è fare il medico. Il medico e basta che cerca di capire i pazienti. Provo un enorme gusto ad esercitare come chirurgo, soprattutto in sala operatoria, cercando di non cadere nella tentazione di fare il tecnico superspecialista che si occupa solo di una patologia. A me piace il servizio pubblico che garantisce tutto a tutti'. In televisione hanno detto che in questi mesi 15.000 medici sono andati via dal servizio pubblico e anche molti infermieri; che hanno aumentato i posti in specialità ma non si iscrive nessuno. 'Il lavoro in sanità ha una componente tecnica ma anche una emotiva, e l'esperienza si deve trasmettere sul campo tra le diverse generazioni di professionisti'. Siamo tutti laureati, siamo tutti cresciuti nel servizio pubblico, anche quelli che lavorano nel privato. 'Perché lavorare nel privato deve essere meglio? Fare il chirurgo è uguale dappertutto. Pubblico e privato accreditato devono avere le stesse regole'. I medici inglesi hanno fatto sciopero e bloccato tutto per mesi per avere più soldi e lavoro meno pesante. Qui da noi è sempre più difficile. 'Cosa aspettano a fare qualcosa? La Regione. Il Ministero. Quelli che devono decidere'."

Riporto la **frase pronunciata recentemente da Eugenio Giani**, presidente della regione Toscana, durante un convegno sulle RSA: "Ho fatto un accordo con gli enti gestori per una definizione fissa delle risorse. Eventuali sacrifici li chiederò altrove...". La Toscana ha aumentato da 54 a 59.2 euro la quota regionale giornaliera; ma, al di là di questo importante fatto concreto, è opportuno richiamare l'attenzione sulla frase che testimonia un'attenzione precisa e intelligente al settore delle RSA ("eventuali sacrifici li chiederò altrove...").

Ha ragione il Presidente Giani; un finanziamento mirato indica che le RSA sono ritenute mondi vitali, che meritano rispetto e considerazione nella vita di una comunità. Nei giorni scorsi ho

presentato il mio libro “Aiutami a ricordare” nell’RSA dell’ISRAA di Treviso; sono rimasto impressionato perché tra i numerosi presenti vi erano ospiti della struttura, parenti, abitanti del quartiere, operatori di altri servizi. Un segnale di vivacità e soprattutto una testimonianza forte di legame con la vita esterna e le sue dinamiche. Ho notato che nell’atrio esterno delle RSA sostava un gruppo di adolescenti, intenti a parlare tra di loro; mi hanno detto che era l’unico luogo (rifugio) del quartiere dove potersi incontrare. Le RSA dovranno occuparsi anche dei giovani, in una comunità priva di punti di riferimento? Mentre loro continuano, con fatica e determinazione, ad essere “mondi vitali”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo ritorna sul tema del rapporto tra alterazioni cognitive e compromissione dell’udito. È un argomento già trattato in questa rubrica, ma che è sempre di grande attualità.

“A volte, tornare su un argomento può essere necessario: lo faccio visto il dibattito tenuto tra *JAMA* e gruppo *Lancet* (nelle sue declinazioni), a proposito dei rapporti fra udito (perso/corretto con protesi) e cognitività. Così – pur consapevole di avere già toccato l’argomento nello ‘angolo’ 2 volte nel 2022, ed a settembre 2023 – segnalo un ‘punto di vista’ pubblicato ad ottobre da *JAMA ORL*, il cui titolo (tradotto) è già di per sé indicativo: ‘mandare messaggi chiari ed efficaci sulla perdita di udito e l’aumento nel rischio di demenza’ [1].

L’articolo e l’editoriale di *Lancet* – che erano stati riassunti e commentati nel recente ‘angolo’ di settembre, a cui rimando [2,3] - vengono ripresi dai 2 Autori newyorkesi da un altro punto di vista, partendo da 2 vicende biografiche cariche di pathos, relative a 2 loro colleghi ipoacusici: uno/a sentiva la demenza come una spada di Damocle incombente; un’altra aveva programmato di dimettersi, per divertirsi un po’ prima di diventare demente. Una indagine condotta dalla associazione americana per la perdita di udito ha denunciato la demenza come il rischio percepito più acutamente tra i propri iscritti.

Dopo che le due commissioni *Lancet* 2017 e 2020 la hanno individuata come il più importante fattore di rischio modificabile per la demenza, la perdita di udito ha sollevato un gran clamore sui mezzi di comunicazione e tra il pubblico. Ne è derivato il malinteso per la confusione tra ‘fattore di rischio’ (termine corretto in ‘epidemiologichese’) e causalità capace di predizione a livello individuale [#].

Vengono poi brevemente citate le 4 vie attraverso cui la difficoltà nell’udito si può collegare alla demenza: ritiro sociale, impegno di risorse cognitive (‘carico cognitivo’), condivisione di una causa comune, interferenza con la neuropatologia. In ogni caso, il trattamento della ipoacusia può migliorare le capacità di comunicazione, la qualità di vita e le prestazioni cognitive. I due editorialisti sottolineano come lo studio ACHIEVE [2] abbia prodotto – mediante protesizzazione acustica - un notevole rallentamento nel declino cognitivo solo nelle persone ad alto rischio di demenza. A questo punto, viene posta la domanda se il previsto prolungamento per altri 3 anni della osservazione porterà un beneficio cognitivo

nell'intero gruppo sperimentale [quindi anche negli ipoacusici non a rischio di demenza (dovuto a caratteristiche generali)], rispetto alla controparte di controllo. La risposta è orientata al negativo. Esplicitamente, le protesi acustiche non vengono equiparate ad un 'balsamo universale' verso la demenza. Viene dato conto che la protesizzazione si è dimostrata utile in diverse forme di demenza [4 (£)]; però i due editorialisti sostengono che l'effetto della protesizzazione, facilitando la comunicazione, consista nell'alleviare i sintomi della demenza riducendone le difficoltà cognitive che scaturiscono dalla neuropatologia. Ciò non significa però 'prevenire' la demenza, in senso stretto.

Ma il problema consiste nello 'ageismo', per il fortissimo stigma che accomuna demenza e difficoltà di udito: se la prima terrorizza, la seconda viene sottaciuta, con l'effetto – nefasto – di non cercare o ritardare rimedi. Per contrasto, i membri della 'vibrante' comunità delle persone sorde non chiedono un udito migliore, ed adottano il linguaggio dei segni.

Il 'punto di vista' si chiude con considerazioni di politica della scienza, dedicate al ruolo dei giornali scientifici: depositi dei risultati della ricerca, occasioni per la loro condivisione, piattaforme per la discussione ed il dibattito, e perciò fonte di informazioni che vengono diffuse al pubblico generale tramite i mezzi di comunicazione.

Proprio avvertendo l'opportunità di estendere questa responsabilità anche ad un 'angolo' nella newsletter della nostra Associazione, ho trovato la giustificazione/motivazione per tornare per la quarta volta in meno di 2 anni sul medesimo argomento, convinto che i lettori [affezionati (!)] comprenderanno".

[1] Blustein, J., Weinstein, B. E., & Chodosh, J. (2023). Messaging Clearly and Effectively About Hearing Loss and Increased Dementia Risk. *JAMA otolaryngology*, head & neck surgery, 149(10), 862–863. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.2561

[2] 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

[3] Livingston, G., & Costafreda, S. G. (2023). Interventions to prevent dementia should target those at high risk. *Lancet* (London, England), 402(10404), 750–751. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01472-1

[4] Jiang, F., Mishra, S. R., Shrestha, N., Ozaki, A., Virani, S. S., Bright, T., Kuper, H., Zhou, C., & Zhu, D. (2023). Association between hearing aid use and all-cause and cause-specific dementia: an analysis of the UK Biobank cohort. *The Lancet. Public health*, 8(5), e329–e338. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00048-8

occorre tenere in considerazione la differenza concettuale tra capacità di “spiegare” [a livello di popolazione] e viceversa di “predire” [a livello del singolo]: per esempio, un rapporto di rischio pari a 200 [elevatissimo, nel confronto tra spicchi di una popolazione] si riduce ad una capacità predittiva non superiore al 56 % a livello del singolo individuo [Sourial, N., Bergman, H., Karunananthan, S., Wolfson, C., Payette, H., Gutierrez-Robledo, L. M., Béland, F., Fletcher, J. D., & Guralnik, J. (2013). Implementing frailty into clinical practice: a cautionary tale. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 68(12), 1505–1511. https://doi.org/10.1093/gerona/glt053].

£ … oltre che nella demenza in generale (per tutte le cause combinate): così che gli ipoacusici protesizzati sono esposti al medesimo rischio di demenza delle persone in generale, secondo i dati della biobanca del Regno Unito. Vedi anche il commento, sempre su *The Lancet Public Health*: Livingston, G., & Costafreda, S. (2023). Preventing dementia through correcting hearing: huge progress but more to do. *The Lancet. Public health*, 8(5), e319–e320. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00058-0

Iniziamo la **presentazione di alcuni libri che ci vengono sottoposti perché di particolate interesse nell’ambito delle nostre problematiche**.

Francesca Corradini (a cura di), “La vita (e la morte) nelle strutture per anziani durante la pandemia. Una ricerca qualitativa in Emilia Romagna”, Erickson.

“La ricerca che il libro presenta, nata dalla collaborazione tra il Centro di Ricerca Relational Social Work dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e il sindacato Federazione Nazionale Pensionati CISL Emilia-Romagna, ha preso l’avvio nel primo periodo dell’emergenza sanitaria, quando si è imposta la necessità di interrogarsi sulle conseguenze sociali di quanto stava accadendo nelle residenze per anziani. Quali effetti aveva sugli ospiti l’interruzione dei contatti con l’esterno? E come hanno fatto gli operatori a non smarrire il senso relazionale del lavoro di cura? A queste e ad altre domande le autrici rispondono esponendo il disegno e la metodologia della ricerca e i dati ricavati dalle interviste a residenti, operatori e familiari; i risultati sono poi commentati dal sindacato, che illustra il proprio ruolo di sostegno e riflette, alla luce delle drammatiche esperienze recenti, sui possibili sviluppi dei servizi assistenziali”.

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Alleghiamo il programma definitivo della **6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano** (Padova, 15 novembre), e il programma dell’**Aging Brain** (Napoli, 13-14 dicembre).

Di seguito, accludiamo i programmi dei **tre prossimi congressi regionali AIP**: quello della **Sezione Triveneto** (Trento, 8 novembre), della **Sezione Marche** (Fermo, 9 novembre) e della **Sezione Toscana** (Pistoia, 17 novembre).

L'Asl Roma 2 ha ricevuto un importante riconoscimento al Forum Sistema Salute Firenze 2023, nel premio AI Best in Healthcare: nello specifico, il progetto "Diagnosi precoce dei disturbi cognitivi in età geriatrica, supportata da algoritmi di intelligenza artificiale in un Pdta integrato e multidisciplinare" si è classificato al primo posto. Complimenti all'Azienda Sanitaria Locale, al Dott. Giovanni Capobianco, direttore della Uoc Geriatrica dell'ospedale Sant'Eugenio, membro del Consiglio di AIP Lazio e a tutta l'equipe che lo circonda!

Con un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Newsletter AIP - 10 novembre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La crisi del sistema sanitario

- Il caso di Giovanna Baraldi

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il congresso regionale AIP Sezione Triveneto

- Il congresso regionale AIP Sezione Marche

- Solitudine e ageismo: le tappe di forte impegno AIP

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

La protezione della salute nel nostro paese è affidata in questo momento a mani precarie. Domina l'incertezza, continuano a verificarsi cambiamenti nell'impostazione di leggi e provvedimenti, non si capisce bene come saranno investiti gli enormi finanziamenti del PNRR. Noi ci sentiamo completamente impotenti; le forme di protesta adottate dalle varie rappresentanze non sembrano destinate ad avere successo. Ovviamente, anche i provvedimenti a favore degli anziani non si sono realizzati, provocando molta delusione in chi aveva fatto affidamento, in particolare, sulla legge 33. Si pensi, per esempio, ai piani per l'assistenza domiciliare, che, come ha recentemente dichiarato la Corte dei Conti, sono in gravissimo ritardo.

Questa atmosfera generale non deve inficiare i nostri atteggiamenti professionali; continuiamo, come sempre abbiamo fatto, anche nei tempi bui della pandemia, a considerare la cura delle fragilità degli anziani come un obbligo, ma anche come un privilegio che dobbiamo onorare a prescindere dallo scenario. Qualcuno potrebbe ritenere che questo è un atteggiamento fuori dalla realtà; ritengo però l'obbligo della cura debba prevalere su ogni altra considerazione.

Riporto di seguito il **terzo contributo di Giovanna Baraldi** che, con realismo e competenza, descrive alcune storie che ben rappresentano la realtà nella quale si trovano a vivere molti cittadini.

“Gaia è farmacista e lavora nell’unica farmacia del paese. Conosce tutti per nome e, soprattutto le persone anziane, la considerano come una di famiglia: chiedono consigli su ogni cosa, farmaci, posologie, ma anche su visite, prenotazioni, Cup. Lei è sempre sorridente e aiuta a trovare soluzioni nei servizi sanitari del territorio. Suo padre ha 69 anni, è cardiopatico e diabetico insulinodipendente, un soggetto fragile cha ha bisogno di particolare attenzione ma sta bene ed è ben compensato. In marzo si sono accorti che aveva una piccolissima ulcera nel dito di un piede e il medico curante l’ha mandato subito da una podologa esperta per fare medicazioni a giorni alterni. Dopo qualche settimana, la situazione si è aggravata e ha dovuto andare al Pronto Soccorso dell’ospedale vicino dove lo hanno ricoverato in geriatria in attesa di fare l’angiografia ed essere visto dalla chirurgia vascolare dell’ospedale provinciale che avviene dopo una settimana. Qui gli hanno detto che l’intervento è urgente ma non ci sono posti letto, lo inseriscono in lista di attesa e dimesso con antidolorifici. Gaia riferisce tutto al loro medico curante che il sabato seguente manda un’infermiera domiciliare a medicarlo. Durante questa medicazione si scopre un’altra ulcera; il dolore non gli dà tregua e non risponde ai farmaci. Dopo alcuni giorni, Gaia chiama il reparto dell’ospedale provinciale: ‘non abbiamo il posto letto, dategli gli antidolorifici, se avete urgenza venite in pronto’. Passano altri giorni. Le medicazioni mostrano un peggioramento. Gaia è agitatissima a vedere tanta sofferenza. A suo padre piace tanto camminare e gli fa così bene per il cuore e la pressione. Sono passate tre settimane. Perché non lo chiamano? È la settimana di Pasqua, il dolore non si calma, e anche il medico curante è assente e lei non sa con chi parlare. Stanotte non ha dormito. ‘Devo trovare una soluzione, un ospedale dove gli salvino le dita’. Cerca su Internet: piede diabetico. Si vergogna perché quando in farmacia le dicono che hanno letto qualcosa su Internet, lei li chiama da parte e gli dice che non ha senso, che la medicina non si fa su Internet. Piede diabetico: centro privato accreditato. Si ricorda che la sorella del suo titolare è un medico in pensione che si fa sempre in quattro per tutti. Chiamano: centro di terzo livello tra i pochi nel nord Italia, visita lo stesso pomeriggio, 150 euro, se necessario ricovero in accreditamento col servizio sanitario nazionale. Il chirurgo lo vede e dice che è da operare con urgenza ma non hanno posti letto. Lo prendono in carico con indicazioni precise su cosa fare, ma ancora bisogna tornare a casa ad aspettare. A casa sua madre è ingestibile. Gaia non può far vedere che non sa più aiutarli. È Pasqua e lunedì di Pasqua. Gaia spera ancora che lo chiami l’ospedale provinciale. Anche suo fratello le ha detto ‘ma perché lo hai portato nel privato? Per una cosa così grave’. Settimana successiva intervento, salvano fino avampiede, inizia la procedura per invalidità, il tutore, una tregua di alcuni mesi. A settembre la ferita ricomincia. ‘Forse c’è bisogno di un nuovo intervento ma almeno è seguito’. Sono passati quattro mesi e l’ospedale provinciale non ha mai chiamato. ‘Adesso li chiamo e gli dico che è una vergogna’. Se lo avessero chiamato i primi di aprile si sarebbe salvato il piede. Forse lo sanno che è stato operato e non lo chiamano più. Ma da chi

lo sanno? Adesso li chiamo e gli dico che è una vergogna. Poi non lo fa, il lavoro, l'inserimento scolastico della bambina, la mamma che ha bisogno di supporto. Ma nell'ospedale privato lo stanno seguendo bene. 'Perché non ci hanno detto subito che potevamo andare li, non è mica un ospedale separato, anzi è accreditato, vuol dire che è al servizio pubblico ma gestito da privati'. Perché non si mettono tutti insieme e se uno ha bisogno lo indirizzano all'ospedale che ha il posto prima? Gaia non si dà pace, pensa che ha sbagliato, non doveva aspettare, doveva chiamare subito. Ma perché uno è da solo a gestire un paziente così grave? perché non hanno detto andate lì. Perché ho dovuto cercare su Internet. Se fossimo arrivati prima, forse si poteva evitare l'amputazione, forse. Poteva certo soffrire meno. Tutti potevamo soffrire meno".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito **il contributo di Mauro Colombo**, come sempre di grande interesse, attorno ad un argomento largamente dibattuto negli ultimi anni.

"**Il diabete di secondo tipo**, la cui prevalenza è in crescita negli ultra65enni, **costituisce un fattore di rischio per la demenza**, come riportato anche dalla commissione *Lancet* 2020. A partire dalla sua approvazione avvenuta nel 1995, la dimetilbiguanide metformina, dal 2006, è diventata il farmaco di prima linea per tale forma di diabete, grazie anche alla capacità di ridurne le complicanze, e la mortalità da tutte le cause. La metformina diminuisce anche il rischio di demenza, attraverso meccanismi collegati sia al controllo del metabolismo glucidico, che per altri percorsi, come la capacità di mimare situazioni di digiuno, o di abbassare la pressione arteriosa. Il ruolo cerebroprotettore della metformina è però ancora oggetto di discussione. Una meta-analisi di 3 studi riporta una 'probabilità positiva' (Odds Ratio) pari a 0,55 – quindi, con effetto protettivo – (con intervallo di confidenza al 95% = 0,38 – 0,78) sulla prevalenza di demenza in diabetici trattati con metformina, mentre una meta-analisi su 6 studi riferisce – nella medesima categoria di pazienti - una 'probabilità positiva' (Odds Ratio) pari a 0,76 – quindi, con effetto protettivo – (con intervallo di confidenza al 95% = 0,39 – 0,88) sulla incidenza di demenza. Ma la metformina non sarebbe in grado di migliorare il Mini Mental State Examination, secondo la stessa pubblicazione [1], che in sintesi conclude affermando che: la metformina dovrebbe essere usata come farmaco di prima istanza nei pazienti diabetici a rischio di demenza, ma non dovrebbe venire adoperata dai soggetti non diabetici allo scopo di prevenire la demenza occorre prestare attenzione al rischio di carenza di vitamina B12, che la metformina stessa può indurre la letteratura circa il rapporto fra metformina e demenza spazia dalla mancanza di giovamento, al vantaggio dovuto solamente al controllo glicemico – indipendentemente dall'antidiabetico adoperato – al beneficio specifico – paragonato ad altri ipoglicemizzanti. Il quadro è ulteriormente complicato dall'impiego crescente della metformina, contemporaneamente al parallelo calo nella incidenza età - specifica della demenza. ulteriori fattori di confondimento sono costituiti da durata e severità del diabete, e da confronti tra utilizzatori e non-utilizzatori di metformina esposti a rischio di 'vizio da tempo immortale' (una distorsione nel protocollo di studio che

modifica la associazione tra esposizione ed esito, che si verifica quando uno studio di coorte è disegnato in modo che il periodo di osservazione comprende un periodo durante il quale i partecipanti del braccio esposto non possono andare incontro all'esito oggetto di studio, e vengono perciò definiti 'immortali').

Per ovviare a tutti i problemi metodologici sopra esposti*, JAMA Network Open* del 25 ottobre ha pubblicato una indagine finalizzata a investigare la associazione tra la cessazione dell'assunzione di metformina non dovuta ad insufficienza renale e l'incidenza di demenza [2]. Gli Autori [affiliati ad università statunitensi (quasi tutte in California)] hanno sfruttato i dati della organizzazione sanitaria 'Kaiser Permanente Northern California', relativi ad una coorte di 12.200 individui di entrambi i sessi, nati prima del 1955, con anamnesi negativa per nefropatia, che avevano cessato l'assunzione di metformina per motivi vari, nessuno grave. Al confronto con oltre 29.000 coetanei correnti utilizzatori della biguanide, il precedente gruppo di diabetici presentava un rapporto di rischio del 121% (con intervallo di confidenza al 95% = 1,12 – 1,3) di sviluppare demenza, nel corso dei quasi 9 anni di osservazione. Una analisi di mediazione causale [#] ha suggerito che tale associazione era largamente indipendente dalle modificazioni nei tassi in emoglobina glicata o dal ricorso alla insulinoterapia. La cessazione della metformina comportava una accelerazione di quasi 1 anno nella diagnosi di demenza, a livello di confronto fra gruppi (non più/correnti utilizzatori).

I risultati dello studio confermano da vicino quelli di studi interessati nelle meta-analisi sopra riportate [1], ma con maggiore garanzia metodologica, grazie ad un protocollo di studio che emula una analisi secondo 'intenzione di trattare'. In un clima culturale che sta considerando con crescente attenzione il recupero ai fini del trattamento delle persone con demenza di farmaci originati per scopi differenti (vedi linee – guida), i risultati ottenuti possono aiutare nella gestione dei pazienti diabetici, in particolare ponendo attenzione a minimizzare gli effetti avversi della metformina sul tubo digerente (per esempio, ricorrendo a formulazioni a lento rilascio, od assumendo la biguanide a cena). Se tali raccomandazioni valgono soprattutto per i pazienti diabetici a maggior rischio di andare incontro a demenza (portatori di APOE ε4, o con anamnesi familiare positiva), occorre cautela nel traslare sul singolo assistito risultati ottenuti, in termini di distribuzioni, su popolazioni ampie".

[1] Campbell, J. M., Stephenson, M. D., de Courten, B., Chapman, I., Bellman, S. M., & Aromataris, E. (2018). Metformin Use Associated with Reduced Risk of Dementia in Patients with Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 65(4), 1225–1236. https://doi.org/10.3233/JAD-180263

[2] Zimmerman, S. C., Ferguson, E. L., Choudhary, V., Ranatunga, D. K., Oni-Orisan, A., Hayes-Larson, E., Duarte Folle, A., Mayeda, E. R., Whitmer, R. A., Gilsanz, P., Power, M. C., Schaefer, C., Glymour, M. M., & Ackley, S. F. (2023). Metformin Cessation and Dementia Incidence. *JAMA Network Open*, 6(10), e2339723. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.39723

Questa particolare (utilissima) indagine statistica sta raccogliendo una attenzione crescente in letteratura: cercando “Causal mediation analysis” in *PubMed*, al momento si trovano 188 risultati a partire dal 2008, di cui 46 nel 2023.

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Si è svolto in questi giorni il **congresso regionale AIP Sezione Triveneto** a Trento. Un evento molto partecipato, con presenze qualificate da tutte le diverse aree geografiche. La sede dell’evento è stata la nascente Scuola di Medicina e Chirurgia della provincia di Trento; un segnale di attenzione da parte della nuova realtà per i problemi degli anziani. D’altra parte, la provincia autonoma di Trento ha costruito in questi anni una rete di servizi domiciliari e residenziali di alto livello, sia sul piano quantitativo che qualitativo; è quindi una provincia dove si viene a imparare.

In questi stessi giorni si è tenuto a Fermo anche il **congresso regionale AIP Sezione Marche**, caratterizzato da una buona presenza e da relazioni di alto livello, che hanno suscitato ampia discussione. Sottolineo la lettura introduttiva del nostro Presidente, dedicata alla diffusione dell’ageismo nelle società moderne. Dalle considerazioni dei partecipanti al congresso è derivato un impegno preciso per la nostra Associazione di dedicare particolare attenzione allo studio del fenomeno, ageismo, che si va diffondendo in modo veloce, creando gravi danni alla popolazione anziana e alla coesione delle nostre comunità.

Nella prossima settimana si svolgerà a Padova la **6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano** (vedi programma allegato). Nella cultura dell’AIP si delinea una forte attenzione per problemi quali l’ageismo e la solitudine, condizioni con rilevanti effetti negativi sulla vita degli anziani, creando gravi ostacoli anche alle possibilità della medicina di esercitare compiutamente la propria funzione e cura. Si intravvede progressivamente una modalità di affrontare sul piano clinico la salute dell’anziano rispettando la complessità delle possibili determinanti di salute. Su questo piano la psicogeriatria può dare un forte contributo teorico e pratico a tutta la medicina. Però, questo insieme di informazioni per rappresentare un vero progresso deve essere al centro di studi e sperimentazioni. Ci auguriamo, forse senza prudenza, che l’AIP possa rappresentare uno stimolo credibile su questo percorso verso un futuro di cure davvero efficaci., tenendo conto delle straordinarie dinamiche che la modernità ci pone davanti.

Un particolare augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Newsletter AIP - 16 novembre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I ritardi nella realizzazione di adeguati servizi di assistenza domiciliare

- Fabio Cembrani: la vicenda di Indi Gregory

- Il libro: Caramore: "L'età grande"

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto importante contributo di Mauro Colombo: gli interventi sulla fragilità

- *JAGS* e il deprescribing

- *JAMA Neurology*: Sonno a onde lente e demenza

- *JAMA Internal Medicine*: l'anziano nel pronto soccorso ospedaliero

- *JAMA Neurology*: Apoe e anticorpi contro l'amiloide

- *AMA Journal of Ethics*: "Health and Loneliness"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Padova e la solitudine

- L'Aging Brain

Amiche, amici,

questa newsletter esce di giovedì, invece che di venerdì, per evitare problemi organizzativi legati allo sciopero. In questo momento di particolari difficoltà a livello internazionale e nazionale ribadiamo il nostro impegno per un lavoro serio e colto a favore delle persone anziane fragili.

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Abbiamo da tempo dedicato attenzione nella newsletter all'**organizzazione dell'assistenza domiciliare, in particolare per quanto riguarda la condizione delle persone affette da demenza**. La disponibilità di 2 miliardi e 700 milioni di finanziamento avrebbe potuto rendere possibile la progettazione e la realizzazione di interventi di grande qualità, in grado di mettere in moto questo settore, ancora negletto tra i servizi assistenziali, indispensabili per

un'organizzazione razionale dell'assistenza agli anziani fragili. In quest'ottica abbiamo visto con grande preoccupazione quanto pubblicato dalla Corte dei Conti: "Un ulteriore target, correlato alla misura -Casa come primo luogo di cura-, prevedeva la presa in carico di 292.000 nuovi pazienti over 65 in assistenza domiciliare entro il secondo semestre 2023, mentre il dato consolidato all'interno del flusso SIAD, alla data del 15 maggio 2023, ha attestato il raggiungimento di un numero di pazienti molto inferiore, pari a 193.891 (ossia il 66% del target)". Ovviamente questa comunicazione della Corte dei Conti preoccupa quelli tra noi che speravano in una effettiva rivoluzione in senso qualitativo e quantitativo da realizzarsi con i finanziamenti del PNRR. Ma oltre al dato numerico, preoccupa molto la mancanza di indicazioni credibili sull'organizzazione del servizio, che dovrebbe aver cambiato profondamente la propria natura, passando dall'offerta di supporti generici, distribuiti senza una particolare attenzione ai bisogni, alla progettazione di interventi adatti al singolo individuo assistito. Si deve ulteriormente ricordare che queste criticità si accompagnano anche alla mancata realizzazione dei COT.

L'incertezza di questi giorni, un'incertezza molto preoccupante, riguarda il trattamento pensionistico dei medici; se si realizzasse quanto contenuto nella finanziaria si rischia un esodo di moltissimi sanitari, con grave danno per il nostro sistema sanitario.

Allego un pezzo di **Fabio Cembrani**, sempre molto attento all'evoluzione della cultura clinica e della sensibilità sociale sui temi di frontiera del nostro impegno di cura. È un contributo di altissimo livello, per il quale ringrazio il nostro amico e collega; lascia un segno tra i nostri ragionamenti per prestare cure sempre più ispirate al bene della persona.

Il libro: **Gabriella Caramore, "L'età grande"**, Garzanti, pag. 135, 14 euro.

Un volumetto di agile lettura e di grande profondità. Claudio Magris, sul *Corriere della Sera* del 3 novembre, scrive: "Gabriella Caramore sa bene che i mutamenti del mondo nel tempo storico possono essere sconvolgenti come quelli del proprio corpo e venir vissuti con angoscia e solitudine, forse mai come oggi, in cui soprattutto i vecchi possono avere l'ansiosa impressione di essere stranieri nel mondo. Ma nel suo sentimento del tempo non c'è nostalgia del passato. La sua fede religiosa si nutre di speranza che non cede alle continue e devastanti smentite, e che Peguy considerava la virtù più grande, perché è così difficile vedere come vanno le cose e sperare che potranno andare altrimenti". Il libro offre un'utilissima serie di spunti per chi guarda alla vecchiaia con attenzione e sente il dovere di aiutare i concittadini a renderla meno pesante.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo, che ringrazio ancora una volta per la sua costanza e generosità intellettuale, teme che le considerazioni che seguono siano troppo critiche. Invece le ritengo doverose, per evitare di ripetere affermazioni non sempre fondate.

"*Lancet Healthy Longevity*, sul numero del 4 novembre, ha pubblicato un articolo a mio giudizio meritorio, dove vengono scandagliate le esperienze di **interventi sulla fragilità**, verificandone la efficacia, attraverso il sistema delle 'revisioni ad ombrello' condotte su precedenti revisioni sistematiche [1].

Un primo passaggio essenziale distingue la natura della fragilità in due fasce di età: per le persone di età compresa tra i 64 e gli 85 anni, la fragilità è principalmente collegata alla multimorbosità, mentre nelle età più avanzate lo è con le difficoltà funzionali. Questo 'slittamento' dalla malattia alla funzionalità ed ai disturbi - documentato da una indagine su quasi 1 milione e mezzo di Catalani, seguiti per 7 anni, pubblicata su una rivista anch'essa appartenente al gruppo *Lancet* – comporta importanti implicazioni in termini di esiti 'pesanti' quali bisogni assistenziali, istituzionalizzazione e mortalità [2].

Un pregio particolare della 'rassegna ad ombrello' – caratterizzato da una strategia di ricerca 'robusta' - sta nella ampia tabella [#] che sintetizza tutte le 29 revisioni sistematiche passate in rassegna (di cui 14 meta-analisi), riassumendone i contesti, le descrizioni e le categorie degli interventi esaminati, i criteri di inclusione e la ampiezza dei campioni, gli effetti misurati ed i relativi risultati.

Gli esiti obbligano alla prudenza, al di là delle difficoltà che la forte eterogeneità – anche terminologica - tra gli studi, e la sovrapposizione tra le componenti di interventi magari chiamati in modo differente, hanno comportato ai revisori. In estrema sintesi, gli interventi – accomunati dal fatto di essere basati sulla valutazione geriatrica multidimensionale (variamente denominata) hanno fornito i seguenti risultati:

- prove di mancato beneficio per interventi effettuati in ambito ospedaliero (quello più studiato) su: qualità della vita collegata alla salute, e sulle riammissioni ai dipartimenti di emergenza;

- prove di mancato beneficio per interventi effettuati a livello di comunità su: tassi di utilizzazione dei servizi sanitari, accesso ai dipartimenti di emergenza, istituzionalizzazione, mortalità;

- prove (le migliori) di efficacia per interventi effettuati in ambito ospedaliero su istituzionalizzazione e sopravvivenza con mantenimento al domicilio;

- qualche prova di beneficio per interventi effettuati a livello di comunità sui ricoveri ospedalieri

qualche prova di beneficio per interventi effettuati a livello combinato nella transizione fra ospedale e territorio sulla qualità della vita collegata alla salute;

- prove di efficacia di cure multiprofessionali organizzate al domicilio su: qualità della vita collegata alla salute, salute mentale, capacità di autogestione, ricoveri ospedalieri [3].

L'articolo [1] apre (e chiude) la discussione ribadendo la necessità di approfondire la conoscenza sulla vulnerabilità delle persone anziane relativamente più giovani [4].

Nota: scorrendo la tabella # si può derivare che, nei confronti di argomenti di diretto interesse psicogeriatrico quali il declino cognitivo (e la depressione), mancano prove di efficacia, o – al più – non si può giungere a conclusioni 'definitive'."

[1] Arakelyan, S., Mikula-Noble, N., Ho, L., Lone, N., Anand, A., Lyall, M. J., Mercer, S. W., & Guthrie, B. (2023). Effectiveness of holistic assessment-based interventions for adults with multiple long-term conditions and frailty: an umbrella review of systematic reviews. *The lancet. Healthy longevity*, 4(11), e629–e644. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00190-3

[2] Carrasco-Ribelles, L. A., Roso-Llorach, A., Cabrera-Bean, M., Costa-Garrido, A., Zabaleta-Del-Olmo, E., Toran-Monserrat, P., Orfila Pernas, F., & Violán, C. (2022). Dynamics of multimorbidity and frailty, and their contribution to mortality, nursing home and home care need: A primary care cohort of 1 456 052 ageing people. *EClinicalMedicine*, 52, 101610. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101610

[3] John, J. R., Jani, H., Peters, K., Agho, K., & Tannous, W. K. (2020). The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6886. https://doi.org/10.3390/ijerph17186886

[4] Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* (London, England), 380(9836), 37–43. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2

JAGS di novembre pubblica un importante contributo sull'annoso **problema del deprescibing**. È tema spesso invocato come doveroso atteggiamento di cura verso l'anziano, spesso sovraccaricato di terapie a causa del sovrapporsi di interventi prescrittivi non coordinati fra loro. Il lavoro invita chi fosse interessato ad impostare modelli di riduzione del numero dei farmaci ad un'attenta analisi delle condizioni della persona interessata nel suo ambiente sociale ed ecologico. Dietro la retorica di affermazioni "buoniste" deve esserci sempre un serio impegno di analisi della realtà.
[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18667]

JAMA Neurology di ottobre presenta uno studio di coorte sull'**associazione tra la perdita di sonno a onde lente e l'incidenza di demenza**. Il dato, ottenuto in uno studio prospettico di

coorte, suggerisce l'opportunità di analizzare se la riduzione del sonno a onde lenta sia un potenziale fattore di rischio, sul quale agire anche nella prospettiva di prevenire la demenza. [https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2810957]

JAMA Internal Medicine di novembre pubblica un'indagine che andrebbe riprodotta a caratteri cubitali sulla **porta di ingresso di ogni pronto soccorso ospedaliero**. Quante volte in sedi diverse si è sostenuto che le modalità prevalenti di accoglienza delle persone non più giovani nei pronto soccorso ospedalieri arrecano gravi danni alla salute, oltre a generare ansia e preoccupazioni sui cittadini che vi afferiscono e sui loro caregiver. Nel lavoro queste intuizioni trovano una dimostrazione fondata su dati oggettivi: la permanenza notturna di un anziano fragile induce un rilevante aumento del rischio di mortalità intraospedaliera e di eventi avversi; inoltre, si prolunga la durata della degenza. Sono dati convincenti, che dovrebbero indurre i programmatori a predisporre le condizioni perché il trattamento degli anziani nei PS sia rispettoso delle loro fragilità, prevedendo radicali cambiamenti operativi rispetto all'attuale grave trascuratezza nei riguardi della durata e della qualità assistenziale che caratterizza il transitar di un anziano nei pronti soccorso. [https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2811179]

JAMA Neurology di novembre pubblica un editoriale nel quale commenta **il ruolo del genotipo APOE nell'era degli anticorpi monoclonali contro la beta amiloide**. Sebbene non diano indicazioni specifiche, gli autori suggeriscono che nell'analizzare l'efficacia degli anticorpi monoclonali è necessario tenere in conto dell'interazione dell'APOE con l'età, il genere, la razza, i fattori socioeconomici. Un richiamo importante, anche se la complessità biologica è una constatazione ovvia, che richiederebbe ancora molti studi per poterla utilizzare come approccio specifico ai problemi terapeutici. Però il richiamare l'attenzione su approcci meno semplicistici rappresenta già un importante punto di partenza. [https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2811631]

AMA Journal of Ethics di novembre dedica oltre 50 pagine a "**Health and Loneliness**". Sono diversi articoli, tutti di grande interesse; la curatrice Erika Strickler presenta i testi con questa considerazione: "La solitudine sembra essere comunemente e universalmente sentita come un problema, ma infrequentemente riconosciuta esplicitamente e discussa". [https://journalofethics.ama-assn.org/home]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Il 15 novembre si è svolta con successo a Padova la **6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano** organizzata dall'**AIP**. La solitudine è una dei più rilevanti

problematiche del nostro tempo, per tutte le età, ma in particolare per gli anziani. La nostra Associazione, su stimolo del presidente De Leo, dedica da tempo attenzione specifica alla problematica. Il convegno è di fatto anche un invito ai soci AIP per organizzare interventi sul territorio, al fine di convincere l'opinione che la solitudine dei cittadini non deve essere trascurata dalle comunità, dimenticando che è motivo di sofferenza psicologica, ma soprattutto grave fattore di rischio per la salute dell'anziano.

Le attività pubbliche di **AIP** si concluderanno il 13-14 dicembre a Napoli con l'**Aging Brain**, del quale accludiamo il programma.

I mesi verso la fine dell'anno sono popolati da **numerose iniziative in ambito psicogeriatrico**; queste presenze significative denotano la forte attenzione delle comunità in generale e degli ambiti sanitari per le nostre problematiche. La nostra attenzione non deve mai ridursi, soprattutto pensando alle persone anziane fragili che traggono vantaggio dal nostro impegno.

Un cordiale augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 24 novembre 2023

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I medici palestinesi e i loro pazienti

- Le affermazioni di Bertolaso sulle RSA

- La nuda proprietà: un aspetto delicato

- 13 novembre: la giornata della gentilezza

- Un nuovo caso presentato da Giovanna Baraldi

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto, importante contributo di Mauro Colombo

- *JAGS* e i dipartimenti di emergenza

- *JAMA Neurology* sul Brexpiprazolo

- *JAMA Internal Medicine* e l'esigenza di ricovero in casa di riposo

- *JAMDA* sulle cadute in casa di riposo

- *JAMA Neurology* sull'associazione tra solitudine e malattia di Parkinson

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il Congresso Regionale AIP della Sezione Toscana e l'attenzione all'intelligenza artificiale

- Presentazione del volume sull'Alzheimer "Le parole che non ti aspetti" (Bologna, 1 dicembre)

- Aging Brain (Napoli, 13-14 dicembre)

- Congresso Regionale AIP della Sezione Ligure (Genova, 30 novembre)

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

In un mondo in crisi da tutti i punti di vista sono stato particolarmente colpito dall'atteggiamento di **generosità dei medici di un ospedale della striscia di Gaza**, che,

invitati ad allontanarsi per evitare conseguenze alla loro salute, **si sono rifiutati di abbandonare i malati**. Un insegnamento forte per tutti gli operatori sanitari; può sembrare un'affermazione retorica, ma molto chiara: la vita delle persone che curiamo deve valere più della nostra.

L'assessore alla sanità della Regione Lombardia Guido Bertolaso ha recentemente dichiarato: **"Andiamo verso l'assistenza domiciliare; dunque le RSA sono destinate alla chiusura"**. Quando le patologie sono numerose, le famiglie monoparentali, le età sempre più avanzate, un livello di povertà culturale e materiale che non consente la gestione di situazioni cliniche complesse (e nemmeno la tecnologia, di cui tanto si parla), in assenza di personale qualificato, come curare a casa? Penso che l'evoluzione demografica, dell'organizzazione sociale futura e l'evoluzione dei costumi farà aumentare e non diminuire la richiesta di aiuto fuori dalla casa. Mi dispiace che l'assessore Bertolaso abbia preso questa posizione (anche se dice di riferirsi ad una prospettiva di 20 anni); sarebbe stata opportuna un'analisi senza conclusioni drastiche e così infondate. Infatti, da una persona del suo livello culturale e sensibilità umana mi sarei aspettato un'analisi più documentata e una conclusione più realistica. Forse l'assessore non si è reso conto dell'effetto distruttivo delle sue dichiarazioni nei riguardi di oltre 60.000 famiglie e di altrettanti operatori che in Lombardia esercitano con competenza, generosità e dignità il dovere di rendere meno dolorosa la vita delle persone anziane fragili.

Mi permetto di richiamare l'attenzione di chi lavora nel territorio a favore delle persone anziane sul fatto che **negli ultimi tempi sono nettamente aumentate le vendite delle case in nuda proprietà**. La motivazione in molti casi è la **necessità di denaro per una vita più serena da parte di anziani** pensionati, spesso single e soli. La tematica impone però grande attenzione, in particolare per evitare che queste operazioni possano danneggiare la parte più debole, cioè l'anziano, il quale rischia di dover accettare, sotto la pressione del bisogno, condizioni contrattuali non favorevoli. Gli operatori sanitari e dell'assistenza devono avere gli occhi aperti anche su queste vicende; chi altri nelle nostre comunità se ne farebbe carico per difendere i più fragili? Qualcuno potrebbe dissentire rispetto a questo ennesimo impegno allargato che dovremmo assumerci. È invece doveroso, nella certezza che la salute è determinata per una parte rilevante anche da fattori psicosociali.

Il 13 novembre è stata celebrata la **giornata della gentilezza**.

Una delle molte ricorrenze che richiamano l'attenzione su specifici problemi delle persone meno fortunate è stata dedicata alla gentilezza. Ma perché dobbiamo essere gentili? È davvero un aspetto irrinunciabile del nostro comportamento quando ci prendiamo cura di persone fragili?

La gentilezza permette di superare le barriere, i silenzi, i rifiuti. Quante volte nel rapporto con chi soffre ci si trova davanti ad un rifiuto, una barriera innalzata da chi ritiene che la cura sia inefficace, inutile, quasi un'interferenza nel mondo privato di chi prova dolore. Solo un tratto gentile, una vicinanza paziente, il tono della voce sereno e dolce riescono a superare i rifiuti, le lontananze, riescono a rendere possibile un atto di cura utile a chi lo riceve. La gentilezza diviene progressivamente più importante con il complicarsi dei gesti clinici, ad esempio quando la presenza della tecnologia diviene sempre più pressante e incisiva. Chi soffre può averne fiducia, se opportunamente presentata, ma solo una mediazione gentile è in grado di superare le barriere. Si pensi alle persone meno istruite, ai poveri, a chi dispone di una ridotta funzione cognitiva; sono le persone che hanno ancor più bisogno di capire, con i limitati strumenti interpretativi a disposizione, che l'atto di cura nelle sue varie espressioni è amico, vicino. In particolare, che non è un sopruso di chi ha potere verso chi è fragile e dipendente.

La gentilezza non è mai noiosa, ripetitiva, pesante, ma sempre leggera, senza perdere di serietà e credibilità; è un'arte, quindi, a disposizione di tutti quelli che vogliono essere efficaci nell'aiutare la persona fragile; si pensi, in particolare, al medico di famiglia, che è per lunghi tempi vicino al suo paziente, ma deve conservare la capacità di gentilezza senza essere fastidioso, sempre lieve, anche quando le condizioni indurrebbero ad un insistenza che confina con la pressione indebita.

La gentilezza ha alcuni luoghi nel mondo delle cure dove fa fatica ad abitare, ma è ancora più importante, utile e gradita. Si pensi al pronto soccorso degli ospedali, dove oggi sembrerebbe quasi impossibile conservare la serenità e, sconfiggendo la fatica, essere gentili. Eppure, in ambienti che troppo spesso assomigliano a gironi infermali, è indispensabile conservare un tratto gentile, ancora più benefico perché così difforme dall'atmosfera dell'ambiente. Non vorrei però che questo atteggiamento fosse interpretato come un invito all'acquiescenza di fronte alle gravissime mancanze organizzative di questo servizio. Anzi, chi combatte con maggior determinazione contro l'inaccettabile condizione dove la nostra sanità ci fa lavorare è anche chi meglio capisce il vissuto di chi è assistito, particolarmente fatico e doloroso. Comprende, quindi, ancor di più l'importanza di un gesto che infrange l'atmosfera negativa di quell'ambiente di cura.

Si pensi all'ospedale come altro luogo dove la gentilezza deve abitare, nonostante tutto. Spesso la fatica dei turni, le disfunzioni organizzative, la stessa difficoltà di rapporto con gli ammalati, le possibili tensioni all'interno dell'equipe di cura possono indurre a comportamenti meno gentili, talvolta bruschi, meno pazienti. Vi sono alcuni momenti del ricovero nei quali la gentilezza diventa fondamentale; in particolare, con riguardo alle dimissioni delle persone anziane che diventano un momento delicatissimo, perché il malato non è più in grado di vivere nella sua abitazione e mancano nel nostro sistema alternative possibili (mancano, infatti, per l'ignavia dei nostri governati a tutti i livelli, gli ospedali di comunità e i posti nelle residenze per anziani). Per i famigliari sono momenti di grandissima difficoltà, perché vedono buio nel loro futuro e quindi possono reagire in modo spiacevole. In queste circostanze il medico, e gli altri operatori coinvolti, devono conservare il massimo di

serenità, condizione che permette di essere gentili anche quando l'atmosfera non favorirebbe questo stile. Però se l'operatore ha la sensibilità per comprendere la tragedia vissuta dal famigliare, che non vede una via di uscita nelle cure da prestare al proprio caro, allora trattiene anche atteggiamenti negativi per essere gentile, di una gentilezza non falsa e superficiale, ma dettata dal capire nel profondo la situazione dell'altro.

Un altro luogo della gentilezza nei rapporti di cura è rappresentato dalle residenze per anziani (RSA, centri servizi, ecc.); sono ambiti dove la convivenza richiede la gentilezza come mezzo per sopravvivere. Bisogna affermare senza incertezze che non vi sono alternative. Nelle RSA dove la gentilezza non domina nelle reciproche relazioni la vita è impossibile. Fortunatamente nella grande maggioranza dei casi, l'atmosfera gentile si incontra fin dall'ingresso; poi progressivamente si comprende che domina un'interazione virtuosa ospite-operatore, che porta alla serenità dell'ospite e alla sensazione per l'operatore dell'importanza e della nobiltà del proprio lavoro.

Riporto il **quarto contributo di Giovanna Baraldi**, con il ringraziamento più sincero per queste testimonianze vive di realtà nelle quali molti si riconoscono. Sarei davvero soddisfatto se qualche lettore volesse inviare dei commenti.

"Gianni è un medico di medicina generale in pensione da alcuni mesi e ha esercitato per 40 anni in una piccola città. Quando è andato in pensione pensava che sarebbe stato bello godersi i nipoti, il giardino, e i viaggi finalmente. Invece il Covid, tutte quelle famiglie con cronici e fragili che non sapevano come fare, alla fine non ha ancora smesso di lavorare. Fa attività in libera professione necessariamente, ma non gli piace farsi pagare. Sua moglie dice che lui non è capace. Ma, finché può, andrà soprattutto a domicilio perché adesso non ne ha 1800 da seguire. La mattina presto quando incomincia il suo giro e arriva nelle case dove i familiari lo aspettano sulla porta, sorridono. Allora pensa a quando da bambino suo zio Piero, medico di famiglia (si diceva perché era davvero così) lo portava con sé a fare le visite. Per questo aveva scelto di fare medicina, e quando entravano in casa le persone si 'alzavano in piedi'. Dalla parte di sua madre erano tutti medici e c'era un altro zio che faceva il medico di medicina generale che viveva nella grande città e andava tutti i giorni in ospedale a vedere i suoi pazienti. Gianni lo aveva incontrato tante volte quando da studente frequentava la Clinica Medica Universitaria. Lo zio andava a mettersi il camice dal direttore sanitario suo amico. 'Vai sempre a vedere i tuoi pazienti ricoverati, altrimenti perdi dei pezzi, non conosci più né loro né la malattia, non sai riconoscere la gravità e li ricoveri tutti'. E poi gli diceva del confronto con gli ospedalieri, le specializzazioni che stavano nascendo e con esse le 'tecnologie'. Allo zio, si chiamava Nino, piacevano gli ospedalieri, 'se la tirano e fanno bene', mica come noi che per guadagnare la domenica e non fare qualche notte, abbiamo perso la credibilità, siamo diventati di 'base'. Loro lavorano tutti insieme e così crescono, imparano, sono in competizione, 'si fanno le scarpe', ma gli fa bene e fa bene alla medicina. Gianni aveva capito che il confronto è il modo per migliorare, per aggiornarsi, per crescere, anche per 'cambiare'. I corsi di formazione e l'ECM, va bene ma lavorare insieme ai colleghi, in equipe, è

il massimo, anche con gli infermieri che sono preparati, capaci e più bravi di noi nell' assistenza. Discutere i casi e trovare le soluzioni in ambulatorio, al domicilio, sul territorio. Il territorio come se fosse un ospedale, un grande dipartimento senza muri, con gli specialisti che vengono anche dall'ospedale, con le tecnologie di base con cui puoi fare subito l'esame che adesso 'volendo ti arriva tutto persino sul cellulare'. Risposte puntuali, veloci, tempestive. Questo gli mancava, la chiamava, 'la solitudine del medico del territorio'. Perché se lo zio Piero era solo perché negli anni 50 e 60 in paese c'era solo lui, dopo no, non era più cosi, eravamo una decina e siamo stati anche fino a 12. Ma sempre soli, ognuno a 'casa' propria. Per questo quando quasi trent' anni fa avevano incominciato a parlare di territorio, di medicina di gruppo, e poi di associazionismo, di unità di continuità assistenziale, aveva dato subito la disponibilità. 'La gestione sul territorio della persona affetta da malattie croniche invalidanti o terminali passa attraverso un articolato processo di gestione multidisciplinare ed interdisciplinare che deve essere guidato da un responsabile che possa garantire la miglior assistenza possibile e cioè coordinare tutti gli operatori e le prestazioni che servono'. Così iniziava il suo articolo del 1996. Casa della salute, casa della comunità, ospedali di comunità, cure intermedie, come volete, non importa come si chiama, importante è 'riprogettare tutto il processo e le competenze correlate sia quelle tecniche professionali, territoriali e ospedaliere, comprese quelle organizzative, informatiche, digitali'. Sua moglie: 'sei impazzito, perdi la libertà, sei a casa tua, con la tua dignità, che bisogno hai? Sei a casa tua fra i tuoi bei mobili cosa ti salta in mente? non avrai più orari, cosa vai a cercare?'. Ma era così che si doveva fare per organizzare il territorio, un diverso modo di rapportarsi tra le diverse professionalità coinvolte nella gestione globale delle persone a salvaguardia delle 'rispettive autonomie professionali', un diverso approccio alla conoscenza e gestione dei problemi. 'Dobbiamo essere dipendenti come tutti gli altri professionisti', a salvaguardia delle competenze, del senso di responsabilità, e proprio della autonomia. Dopo l'articolo, le discussioni sindacali, il convegno di Roma, lui si era fermato. Si sentiva diverso, isolato, un po' ridicolo. Neanche dopo il Covid, dopo tutto il male che si era detto della medicina generale. Nemmeno durante il Covid abbiamo capito quando in ospedale avevano condiviso la paura mentre noi, da soli avevamo paura. Perdere qualcosa. Guadagnare qualcosa, autorevolezza, competenze, risultati. Io avevo avuto paura di perdere l'autonomia, ma la solitudine non è autonomia. Cosi stamattina era lì da solo davanti a Gino, anni 85 Alzheimer e ho bisogno di un geriatra da un mese che lo veda; alla Luciana 97 che è caduta e deve fare una lastra; a Bianca 93 che ha avuto un'infezione renale e 'non riusciamo più ad alzarla'; tutti hanno bisogno di un infermiere, un fisioterapista, un OSS. 'E sarò costretto a mandare qualcuno in Pronto'. 'Dottore non me lo ricoveri, cosa vuol che sia se bisogna pagare, ma ci trovi qualcuno che venga a darci una mano'. Perché vogliono stare a casa. A vivere. A morire. E io mi vergogno".

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il pezzo di **Mauro Colombo**, come sempre originale e di grande rilevanza pratica.

“*JAMA Neurology* a novembre 2023 ha pubblicato un articolo [1] ed un editoriale [2] relativi ad uno studio ‘pionieristico’, che getta luce sul **ruolo potenziale degli oligomeri tau e della glia nella perdita di sinapsi che caratterizza la malattia (e poi la demenza) di Alzheimer**. Gli Autori sono affiliati alla Università di Harvard, all’ospedale generale di Boston – nel Massachusetts – ed all’Istituto di ricerca sulla demenza nel dipartimento di neurologia dello University College di Londra.

Gli oligomeri tau sono varianti solubili della proteina tau, che si auto-assemblano spontaneamente, prima della formazione di fibrille e di grovigli neurofibrillari. Simili fibrille sono neurotossiche in modelli animali, dove possono avviare la neurodegenerazione, scompaginando la struttura delle sinapsi, e contribuiscono al deficit cognitivo nella malattia di Alzheimer. Terapie mirate a ridurre contro tali oligomeri possono alleviare deficit di memoria nei topi.

Membri dello stesso gruppo di lavoro, da 10 anni, avevano dimostrato che gli oligomeri tau si accumulano in modo anormale nelle sinapsi dei cervelli di persone con demenza, e non in quelli di individui ‘resilienti’. Codesti ultimi organi – a differenza dei precedenti – a parità di carico in placche Aβ ed in grovigli neurofibrillari, presentano una preservazione delle sinapsi e minori segnali di infiammazione a carico della microglia e degli astrociti.

L’accumulo di oligomeri tau nelle sinapsi induce una risposta aberrante da parte della glia, che – fagocitando tali sinapsi mal funzionanti – innesca un circolo vizioso, con liberazione di tau tossica. È importante segnalare che:

1) a questa internalizzazione di sinapsi cariche di oligomeri tau partecipa non solo la microglia – già oggetto di maggiore attenzione da parte dei neuropatologi – ma anche la astroglia

2) tale internalizzazione avviene in assenza di palese deposizione di grovigli neurofibrillari

3) la scarsa fagocitazione di sinapsi da parte di microglia ed astrociti nei cervelli ‘resilienti’ può essere associata alla preservazione della cognitività di questi casi

Per arrivare ai loro risultati, gli Autori hanno esaminato lo strato II della corteccia visiva primaria: uno strato che integra diversi livelli di informazione visiva appartenente ad una area corticale che viene interessata precocemente dall’accumulo di Aβ amiloide, ma rimane libera da placche tau sino agli ultimi stadi della classificazione di Braak (V-VI). Sono stati studiati 40 cervelli di persone molto anziane di ambo i sessi: 19 avevano una demenza precoce a stadi Braak III-IV, 13 cervelli ‘resilienti’ – a pari stadio Braak – e 8 cervelli ‘sani’ di controllo (a stadi Braak I-II). 5 dei cervelli provenienti da persone con demenza, e 3 dei soggetti ‘resilienti’ rispondevano ai criteri della ‘taupatia primitiva età correlata’ [‘PART’ (primary age-related tauopathy)]. E proprio in tali 8 cervelli, le densità sinaptiche presentano le stesse riduzioni rilevate nei cervelli carichi di placche Aβ, suggerendo una condivisione di meccanismi responsabili dell’impoverimento sinaptico nella malattia di Alzheimer e nella PART, non collegata ad Aβ.

Questi progressi sono stati resi possibili dall'avanzamento delle metodiche di indagine morfologiche, in particolare l'abbinamento di microscopio ad espansione e confocale. Grazie a tale tecnologia, è stato possibile ottenere una risoluzione ottica capace di studiare le singole sinapsi, gli oligomeri tau, i fini processi delle cellule gliali, e le relazioni tra oligomeri tau ed astrociti e microglia.

Tali risultati costituiscono la più verosimile base anatomica per la profonde divergenze tra i fenotipi clinici corrispondenti a cervelli di soggetti con demenza rispetto ai resilienti, a pari carico di placche Aβ e di grovigli neurofibrillari. L'editoriale di riferimento [2] richiama esplicitamente – 4 volte nel solo testo – la 'vulnerabilità neuronale selettiva' – citata anche nella voce bibliografica 66 dell'articolo originale - [#], in un periodo in cui la maggior parte della attenzione è dedicata alle forme oligomeriche della amiloide.

L'editoriale prosegue proponendo quesiti, che possono costituire oggetto di ricerca per studi futuri, come:

- qual è il punto di partenza nel circolo vizioso tra disfunzione gliale ed accumulo di oligomeri tau?

- i cervelli resilienti – dove non si produce disfunzione gliale – producono meno oligomeri tau, oppure li eliminano con maggiore efficienza?

In ogni caso, l'editoriale chiude sottolineando come questi risultati abbiano 'il potenziale di ridefinire la comprensione della patogenesi della malattia di Alzheimer, ed offrono nuove strade per interventi terapeutici non associati alla rimozione della Aβ'."

[1] Taddei, R. N., Perbet, R., Mate de Gerando, A., Wiedmer, A. E., Sanchez-Mico, M., Connors Stewart, T., Gaona, A., Melloni, A., Amaral, A. C., Duff, K., Frosch, M. P., & Gómez-Isla, T. (2023). Tau Oligomer-Containing Synapse Elimination by Microglia and Astrocytes in Alzheimer Disease. *JAMA neurology*, 80(11), 1209–1221. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.3530

[2] Grinberg L. T. (2023). Synaptic Oligomers and Glial Cells in Alzheimer Disease. *JAMA neurology*, 80(11), 1136–1137. https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.3539

[#] proprio ai fattori di rischio/protezione verso questo concetto fondamentale è dedicata una ricerca, finanziata dal PNRR, guidata dall'Istituto Superiore di Sanità, per il quale la Fondazione Golgi Cenci è il principale collaboratore.

JAGS di agosto riporta un editoriale di commento ad un articolo pubblicato dalla rivista riguardante gli **accessi ai dipartimenti di emergenza da parte di persone affette da demenza**. È argomento sul quale ci siamo ripetutamente soffermati in questi commenti. Ma come è possibile ridurre le visite? È necessario identificare i soggetti a rischio, individuando quelli che in precedenza hanno avuto interventi simili, le persone affette da comorbidità, da un alto numero di trattamenti farmacologici e da alcune caratteristiche cliniche. Il 62% delle

persone considerate ha avuto almeno un ricovero nell'anno precedente; secondo un commento degli autori questi valori dimostrano una ridotta qualità delle cure sia sul piano specifico per le demenze sia sul piano dell'assistenza in generale. È stato infatti dimostrato che ogni eventuale riduzione degli accessi è strettamente correlata con il miglioramento delle cure. https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18610

Jama Neurology di novembre pubblica uno studio randomizzato per valutare **l'efficacia del Brexpiprazolo nel trattamento dell'agitazione in corso di demenza di Alzheimer**. I pazienti trattati con 2 o 3 mg. per 12 settimane hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo dell'agitazione rilevata con la Cohen-Mansfield Agitation Inventory. Il trattamento è stato ben tollerato nelle 12 settimane di osservazione. Sulla base di questi dati, che hanno un favorevole rapporto rischio-beneficio, Brexpiprazolo è stato approvato negli USA per il trattamento dell'agitazione associata a demenza di Alzheimer, condizione frequente che compromette il benessere, la qualità della vita e della sicurezza degli ammalati. https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2811629

Jama Internal Medicine di novembre pubblica dati significativi sulla **condizione degli anziani nel periodo precedente e successivo al ricovero in una casa di riposo** (nursing home), caratterizzata da grave disabilità, e dall'esigenza di forti supporti (più di 27 ore di servizio alla settimana), spesso forniti da caregiver non pagati. Il dato viene così commentato dagli autori: "Lo studio può aiutare i medici a capire quando il supporto a domicilio raggiunge un livello di rottura". I dati sono comparabili a quelli rilevati in Italia tra le persone candidate alle RSA, che si trovano in condizioni di salute e di supporti disponibili che rendono impossibile la permanenza a casa. Gli autori commentano che i dati sulla quantità di assistenza necessaria a domicilio è un indicatore importante rispetto alla possibilità di "aging in place with dignity". Un'indicazione precisa, importante anche per le discussioni che in questo momento affliggono il nostro paese senza disporre di dati oggettivi come punti di riferimento per le decisioni (vedi la critica alle affermazioni sopra riportate dell'assessore Bertolaso della Regione Lombardia). https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2811180

JAMDA ha pubblicato una revisione della letteratura (18 studi prospettici) sull'**incidenza e i fattori di rischio di cadute nelle RSA**. È una lettura particolarmente utile per chi volesse impostare programmi preventivi all'interno delle proprie strutture, rilevando ogni possibile fattore di rischio, da quelli clinici a quelli legati all'equilibrio e alla mobilità, all'uso dei farmaci, a fattori che riguardano l'ambiente. L'argomento cadute è da molti anni al centro di attenzione e discussioni; il fatto, però, che il tasso di incidenti non si sia ancora drasticamente ridotto, come sarebbe auspicabile, indica l'importanza di continuare gli studi e

le sperimentazioni. Un dovere che non può, per nessuna ragione, essere trascurato. https://www.jamda.com/article/S1525-8610(23)00549-2/fulltext

JAMA Neurology di ottobre presenta un ampio studio di coorte sull'**associazione tra solitudine e rischio di malattia di Parkinson** incidente, in modo indipendente dalla depressione e di altri rilevanti fattori di rischio. Lo studio apporta un contributo di rilievo alle ricerche che negli ultimi anni hanno analizzato il ruolo della solitudine come fattore di rischio di patologie somatiche. Ovviamente sono necessari ancora approfondimenti, ad esempio sul cambiamento della solitudine da fattore di rischio a possibile sequela della malattia. Lo studio invita a mettere a punto interventi psicosociali per ridurre le dinamiche di solitudine nelle comunità, con la possibilità concreta di ridurne gli effetti negativi sulla salute, considerando anche altre patologie come la demenza. Su questi argomenti si è tenuto a Padova il 15 novembre il consueto incontro annuale di AIP organizzato da De Leo per analizzare queste tematiche; è stato un evento di successo e di grande interesse sia culturale che pratico. https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2809774

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Il **Congresso Regionale AIP della Sezione Toscana**, tenutosi la scorsa settimana, ha affrontato, tra l'altro, i problemi posti dall'intelligenza artificiale nella cura delle fragilità. La tematica è molto viva, aperta a continue sorprese. In questi giorni, ad esempio, è stato sostituito dal suo ruolo Sam Altman, amministratore delegato di OpenAI, creatore di ChatGpt, persona centrale nelle dinamiche per il futuro dell'intelligenza artificiale. Sarebbe accusato di essere troppo ottimista sul futuro delle macchine intelligenti: "Arriva l'era dell'abbondanza per tutti", ha ripetutamente dichiarato. In questa dialettica si trova contrapposto a Ilya Sutskeever, secondo il quale la super intelligenza si comporterà con noi come noi ci comportiamo con gli animali domestici: "Gli vogliamo bene, ma se vogliamo fare qualche cosa mica gli chiediamo il permesso". Poi Altman è stato richiamato dalla sua azienda. Lo scenario è sempre più complicato, con il rischio che l'Italia resti esclusa dai grandi giochi e sia costretta ad accettare quello che pochi decidono per il resto del mondo.

Il 1° dicembre verrà presentato a Bologna il volume edito dal Mulino: "**Le parole che non ti aspetti. Il lento svanire della mente: l e demenze tra dimensione biologica, clinica, sociale e spirituale**". È un'iniziativa della **Fondazione Maratona Alzheimer**, in collaborazione con **AIP**. In allegato l'indice del volume.

Accludo il programma dell'**Aging Brain** che si terrà a Napoli il 13-14 dicembre. Ricordo a tutti l'importanza di un incontro che permette di costruire assieme la sintesi di un anno rispetto ai

problemi scientifici e clinici delle persone anziane fragili. In particolare per AIP è, quindi, un evento di grande rilievo.

Allego il programma del **Congresso Regionale AIP della Sezione Ligure**, che si terrà a Genova il 30 novembre. Mi permetto di far notare che è l'ottavo congresso regionale della nostra Associazione per il 2023; poche altre società scientifiche hanno una simile diffusione nel territorio!

Con i migliori auguri di buono lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP