

Newsletter AIP - 6 dicembre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'inaugurazione della sede della Fondazione Maratona Alzheimer e la lettura di Laura Calzà
- Cura, scienza e speranza nella Malattia di Alzheimer
- Guido Gori e la sua collaborazione: "Ripensando a vecchiaia e depressione...".
- Il Forum della Non Autosufficienza a Bologna
- Un modello di formazione

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Lancet* e le diseguaglianze
- Lancet Neurology*: la salute del cervello è una priorità
- JAGS e il trattamento medico degli anziani non rappresentati
- JAMA Neurology*: l'intelligenza artificiale in neurologia

Amiche, amici,

Credevo di conoscere il mondo fino a quando ho visto recentemente una pubblicità: “Quantum AI è il super cervello che ti fa guadagnare 1500 euro in 5 ore, mentre cura la povertà” (Elon Musk). Una commistione tra tecnologie avanzate, interessi economici, pseudo attenzione sociale. Riusciremo a difendere il pensiero logico da questi attacchi?

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Ho partecipato la settimana scorsa all'inaugurazione della **nuova sede della Fondazione Maratona Alzheimer**, della quale abbiamo ripetutamente presentato il lavoro in questa newsletter. Allego la **presentazione tenuta dalla professoressa Laura Calzà**, presidente del comitato scientifico della Fondazione, che esprime con chiarezza il significato complessivo dell'impresa. Da parte mia aggiungo l'ammirazione per il lavoro che svolge e svolgerà la Fondazione, nell'impegno di apportare al mondo delle demenze un contributo di pensiero

originale, utile per aprire nuove strade di attenzione alla ricerca biologica e clinica e all'organizzazione delle risposte più adeguate sul piano terapeutico e assistenziale. Aggiungo la constatazione di quanto è importante che nelle aree interne del nostro paese possano insediarsi centri volti all'innovazione, rompendo così il loro isolamento. Le nuove tecnologie lo permettono con grandi vantaggi; l'ambiente sereno di Mercato Saraceno, dove è stata inaugurata la sede della Fondazione in un palazzo restaurato con grande cura, anche grazie all'apporto del FAI, contribuisce alla costruzione di un'atmosfera di studio e di importanti realizzazioni. Come ha detto nel suo intervento il Presidente Stefano Montalti all'inaugurazione della nuova sede, la Fondazione è un esempio di radicamento nel territorio, di sensibilità per il progresso scientifico in ambito biologico, clinico e tecnologico, di attenzione alla sofferenza dei nostri concittadini e delle loro famiglie e all'esigenza di adeguate risposte.

Aggiungo una battuta fatta da Romano Prodi, intervenuto all'inaugurazione in ricordo della moglie Flavia Franzoni, che aveva partecipato fin dall'inizio alla vita della Fondazione: "Recentemente ad un convegno in USA ho salutato un vecchio amico, psichiatra di Harvard, al quale ho parlato della mia stanchezza per i troppi impegni. Mi ha risposto senza esitazione: -Ogni spazio nell'agenda è un buco dove si infila il signor Alzheimer-. Penso non vi sia bisogno di commenti!"

A Taranto si è tenuto il convegno "**Cura, scienza e speranza nella malattia di Alzheimer**" organizzato dai colleghi Francesco Scapati e Gian Carlo Logroscino a nome dell'AIP, in collaborazione con il Vescovo e l'ASL. Una partecipazione viva di ogni categoria professionale, dai medici, agli infermieri, agli Oss, agli assistenti sociali, agli educatori; particolarmente significativa la presenza attenta di un gruppo degli studenti di medicina del 2° e 3° anno.

Allego lo schema non elaborato della mia presentazione su: "**Spiritualità e benessere dell'anziano**". Argomento che AIP ha seguito in questi anni e che vorremmo fosse approfondito da chi desidera impegnarsi su un tema di grande rilievo umano.

Guido Gori continua la sua collaborazione, gradita ai nostri lettori. Il precedente pezzo sulla "nonnità" è stato infatti molto apprezzato per la profondità e l'originalità delle osservazioni.

In questa newsletter alleghiamo il suo contributo su un modo profondo e diverso dal consueto, di leggere la **depressione nella vecchiaia**.

Si è svolto a Bologna il tradizionale Forum sulla Non Autosufficienza. Oltre mille partecipanti di ogni professionalità coinvolti nei servizi dedicati agli anziani fragili hanno preso parte ai moltissimi simposi, incentrati sia su temi vari sia sugli argomenti discussi nei libri pubblicati da Maggioli nell'ultimo anno. Ricordo il volume di Silvia De Rizzo: "I servizi

territoriali per le persone anziane in ambito montano”, quello di Stefano Boffelli, a nome della fondazione Maratona Alzheimer: “I caffè Alzheimer in Italia: Manuale operativo”, e quello di Marco Fumagalli del Villaggio Alzheimer di Monza: “Progettare, ristrutturare e riqualificare le RSA”. Inoltre, è stato distribuito il volume del sottoscritto: “Il ruolo dell’Oss nelle RSA. Responsabilità e centralità della figura degli Oss nell’assistenza agli anziani”. Nel complesso un evento vivace, ricco di esperienze di proposte, frequentato da tanti giovani. Di fatto è l’evento più importante dell’anno su questi temi, che riunisce gli attori dell’assistenza ai fragili attorno a proposte di miglioramento dei servizi. Come ho già detto, per questa impostazione di grande rilevanza sociale dobbiamo essere grati all’editore Maggioli e al dottor Francesco Sinibaldi, la mente culturale e operativa.

Ho chiesto al dottore **Ivan Scaratti**, direttore generale della Fondazione Germani di Cingia de’ Botti (Cremona) una descrizione del loro **impegno per la formazione continua degli operatori**. Infatti, durante una mia recente visita ero rimasto impressionato delle modalità di formazione continua organizzata dalla Fondazione a vari livelli

Ritengo che il testo accluso possa essere di utilità a molte RSA che si trovano in difficoltà per la mancanza di operatori. Siamo interessati a riportare nella newsletter eventuali altre esperienze oltre a quella esemplare di Cingia de Botti. Grazie al direttore Scaratti per il testo, ma ancor più congratulazioni e gratitudine per l’impianto del loro sistema formativo.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

L’angolo di **Mauro Colombo**, come sempre originale e importante anche sul piano pratico.

“**Il legame tra deterioramento cognitivo e disfunzioni locomotorie** sono noti da tempo nella letteratura geriatrica: basta per esempio sfogliare in *PubMed* gli scritti di Joe Verghese sull’argomento, che appaiono dal 2002 [1] #. Parallelamente, cresceva la consapevolezza dei rapporti fra declino cognitivo e cadute, anche nelle residenze per anziani. A loro volta, le cadute rappresentano la causa più frequente di infortunio tra gli anziani, il 27,5% dei quali – secondo una recente statistica dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie statunitensi – riportano una caduta, durante l’anno precedente [2]. Ciononostante, le linee guida statunitensi non raccomandano chiaramente una valutazione cognitiva nell’ambito della prevenzione e gestione delle cadute nelle persone anziane [3].

Un lavoro pubblicato il 30 settembre 2024 su *JAMA Network Open* da parte di Autori affiliati a diversi dipartimenti nel Massachusetts, quasi tutti a Boston, mira a verificare – su di una ampia base di dati – se una storia di caduta possa fungere da araldo di una successiva demenza [4].

Da un archivio di dati su quasi 2 milioni e mezzo di ultra66enni seguiti dal servizio Medicare, approcciati per un passaggio al pronto soccorso od un ricovero dovuto ad infortunio, metà dei

quali avevano subito una caduta, sono state estratte retrospettivamente informazioni relative all'anno successivo all'evento traumatico. I soggetti studiati avevano un'età media di $78,1 \pm 8,1$ anni, erano donne per 3/5, e mancavano inizialmente di una diagnosi demenza; non presentavano comorbosità nella metà dei casi, ed in una quota di poco superiore erano 'pre-fragili' – tramite una categorizzazione per Indice di Fragilità [secondo il modello dell'accumulo dei deficit] compreso fra 0,15 e 0,24 -; durante l'anno precedente all'evento traumatico, il 21,9% di loro era stato ricoverato in una struttura qualificata [riabilitativa], e quasi metà ospedalizzato. Le persone che erano cadute, rispetto a quelle che avevano subito un altro tipo di infortunio, tendevano ad essere più vecchie [di 3 anni], più spesso donne, ed erano state più frequentemente ricoverate in ospedale o strutture qualificate [riabilitative], entro l'anno prima dell'evento indice. Nei primi, la evenienza di traumi più gravi e di interventi chirurgici per frattura di femore era stata più frequente. Per quanto con occorrenze globalmente basse [2,5%: da mancato riconoscimento?], il delirium si era prodotto – al momento dell'evento traumatico – con frequenza circa doppia fra chi è caduto rispetto a coloro che erano andati incontro agli altri tipi di infortunio (3,1% contro 1,8%).

Durante l'anno successivo all'infortunio, una diagnosi di demenza degenerativa è stata emessa per il 10,6% di chi era caduto, e per il 6,1% di chi era andato incontro ad una altra forma di evento traumatico. Tali diagnosi venivano definite prevalentemente durante le prime 2 settimane dal trauma, con successivi aumenti graduali, come chiaramente illustrato in una figura. Il rapporto di rischio grezzo per diagnosi di demenza tra chi era caduto, rispetto alle altre forme di trauma, era 1,63 [con un intervallo di confidenza al 95 (95% CI) molto stretto: compreso fra 1,61 e 1,64]. Dopo correzione per caratteristiche demografiche, comorbosità \$ e caratteristiche del trauma, e dopo avere tenuto conto del rischio competitivo dovuto alla mortalità, tale rapporto scendeva a 1,21 [95 % CI = 1,20 - 1,21]. Tale rapporto era simile [1,27 (95% CI = 1,26 - 1,28)] anche nel sottogruppo di chi non era recentemente passato per una struttura qualificata [riabilitativa] §.

È possibile che i risultati derivino da mancate diagnosi di demenza, o di deterioramento cognitivo lieve. In ogni caso, i dati che sono emersi sostengono la proposta di partenza degli Autori: avviare una verifica sullo stato cognitivo per le persone anziane che vanno incontro a cadute che richiedono attenzione in pronto soccorso od in ospedale.

Inoltre, nel paragrafo della discussione appare una annotazione non recente ma stimolante, ad opera anche di Autori quali Edward R. Marcantonio e Sharon K. Inouye [5]: il riscontro in una alta percentuale di anziani anche cognitivamente sani di anomalie alzheimeriane nel liquor, prelevato subito prima di interventi chirurgici per frattura di femore. Riferendoci a rapporto A β 42/40, tau totale e tau fosforilata, valori sopra soglia sono stati rilevati nel 88,6% dei 70 soggetti con Clinical Dementia Rating [CDR] = 0 (indice di cognitività integra) e nel 98,8% degli 81 con CDR = 0,5 (classificati come 'deterioramento cognitivo lieve')".

per curiosità, sulla medesima rivista [*New England Journal of Medicine*] – e con gli stessi co-Autori – l'anno successivo lo stesso Joe Verghese avrebbe parlato di attività piacevoli come paravento rispetto al rischio di demenza [6]

\$ la fragilità non rientrava tra le covariate di aggiustamento, data la sua stretta collinearità con la comorbosità, misurata mediante l'Indice di Comorbosità di Charlson

§ anche in tutti questi casi, gli intervalli di confidenza sono risultati molto contenuti

[1] Verghese, J., Lipton, R. B., Hall, C. B., Kuslansky, G., Katz, M. J., & Buschke, H. (2002). Abnormality of gait as a predictor of non-Alzheimer's dementia. *The New England journal of medicine*, 347(22), 1761–1768. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020441>

[2] Moreland B, Kakara R, Henry A. Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged ≥65 Years - United States, 2012–2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:875–881. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6927a5>

[3] Montero-Odasso, M. M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., Close, J., Hogan, D. B., Hunter, S. W., Kenny, R. A., Lipsitz, L. A., Lord, S. R., Madden, K. M., Petrovic, M., Ryg, J., Speechley, M., Sultana, M., Tan, M. P., van der Velde, N., Verghese, J., Masud, T., ... Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2021). Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(12), e2138911. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911>

[4] Ordoobadi, A. J., Dhanani, H., Tulebaev, S. R., Salim, A., Cooper, Z., & Jarman, M. P. (2024). Risk of Dementia Diagnosis After Injurious Falls in Older Adults. *JAMA network open*, 7(9), e2436606. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36606>

[5] Oh, E. S., Blennow, K., Bigelow, G. E., Inouye, S. K., Marcantonio, E. R., Neufeld, K. J., Rosenberg, P. B., Troncoso, J. C., Wang, N. Y., Zetterberg, H., Sieber, F. E., & Lyketsos, C. G. (2018). Abnormal CSF amyloid- β 42 and tau levels in hip fracture patients without dementia. *PloS one*, 13(9), e0204695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204695>

[6] Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England journal of medicine*, 348(25), 2508–2516. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa022252>

Lancet del 21 novembre ha pubblicato un'analisi sistematica condotta in USA sulle **differenze di spettanza di vita causate dalle disparità**. Il dato è impressionante, come scritto nel titolo, vi sarebbero “Ten Americas”, ciascuna abitata da sottogruppi di individui con vari livelli di condizioni di svantaggio. La spettanza di vita dipende da dove uno vive, dalle condizioni economiche di quell’area, e dalla identità raziale e etnica. Gli autori commentano che un’analisi così dettagliata dovrebbe permettere interventi mirati, sia attraverso la pianificazione locale sia la programmazione nazionale di interventi prioritari. La metodologia dello studio dovrebbe esser utilizzata anche nel nostro paese, dove le differenze di spettanza di vita sono rilevanti, mentre sfortunatamente non si intravvedono interventi mirati per ridurne

l'estensione. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01495-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01495-8/fulltext)]

Lancet Neurology di dicembre termina con questa frase altamente esplicativa: “È necessario un impegno condiviso per essere sicuri che **alla salute del cervello venga data la giusta importanza** e non sia più confinata tra gli eventi collaterali”. L'editoriale passa in rassegna i diversi provvedimenti formalizzati in questi anni a vari livelli, da diverse agenzie. Però, nel complesso non si può affermare che si sia raggiunti risultati adeguati alle attese.

[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00448-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00448-4/fulltext)]

JAGS di dicembre commenta il position statement dell'American Geriatrics Society dedicato alle decisioni per i **trattamenti da adottare in persone anziane senza una rappresentanza**. La frequenza di condizioni di situazioni di solitudine e la sopravvivenza di anziani ammalati porterà a dover affrontare sempre più frequentemente casi nei quali i medici sono chiamati a prendere decisioni riguardo alle terapie e in particolare alle decisioni di fine vita di cittadini incapaci di esprimere un consenso informato, che non hanno espresso precedentemente le loro volontà e che non hanno nessuno in grado di decidere per loro.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19288>]

JAMA Neurology di novembre pubblica un punto di vista sull'**utilizzazione dell'intelligenza artificiale in neurologia**, per passare dalla diagnosi alla prognosi. La Food and Drug Administration nel 2024 ha autorizzato uno strumento di intelligenza artificiale-machine learning per la prognosi di demenza. Fino ad ora erano stati approvati solo strumenti per la diagnosi e quindi si tratta di notevole salto in avanti. Lo strumento analizza come soggetti “diagnosticati come MCI amnesico progrediscono a malattia di Alzheimer nel corso di 5 anni”.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2826604>]

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 13 dicembre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La morte di Eugenio Borgna: un grave lutto per la cultura clinica
- La messa di Natale per le persone con disturbo cognitivo
- Una importante sentenza della Corte Costituzionale
- Alzheimer Europe: EMA e lecanemab
- Alzheimer Europe: DEMOTIC e l'accoglienza
- NYT*: critiche alle assicurazioni sanitarie negli USA
- Silvano Corli: spunti sulla cura

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

*-Mauro Colombo continua la sua generosa collaborazione.
È sempre più chiaro, anche in base ad una serie di contatti tra i nostri lettori,
che senza il pezzo centrale di Mauro la newsletter perderebbe gran parte
della sua utilità pratica e del suo fascino intellettuale.*

Grazie, carissimo amico!

- JAMDA: come registrare l'agitazione con strumenti elettronici
- JAMA Int Med: resilienza psicologica e fragilità
- JAGS e la cura del delirium

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- XX Aging Brain (Napoli, 11-12 dicembre)

Amiche, amici,

Oggi è il giorno di Santa Lucia: almeno in alcune zone d'Italia, tra le quali Brescia, Verona, Trento, Mantova, Modena, la Santa porta doni ai bambini. Un po' di serenità in un mondo sempre più difficile e pieno di dolore!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Qualcuno ha giustamente criticato la mancanza di ordine nella sequenza dei pezzi in questa prima parte della newsletter. Non è infatti razionale, ma riproduce la sequenza delle notizie che giungono alla nostra osservazione, come avviene per chiunque di noi. Quindi, non una rassegna per studiosi, ma una proposta di notizie e dibattiti che possono interessare chi lavora e vive nel mondo della cura, attivando curiosità e capacità di elaborazione.

La morte del grande Eugenio Borgna ha colpito i molti che negli anni hanno appreso dal Maestro l'arte di capire (o anche solo di avvicinarsi) alla sofferenza. Non riusciremo mai, nemmeno lontanamente, a imitare la sua capacità di esplorare il mistero del cuore dell'uomo, esplorazione davvero possibile solo seguendo il verso di Holderlin, il grande poeta colpito dalla follia che insegna una strada: "Noi siamo un colloquio". Il verso è stata una stella guida per chi ritiene un dovere il colloquio nella cura delle persone affette da demenza. Borgna diceva "L'inferno è essere soli". Quante volte nell'AIP abbiamo sentito ripetere questa affermazione, che abbiamo cercato di trasformare in impegno per allontanare l'inferno dentro di noi e negli altri, in particolare quando ci avviciniamo alle persone affette da una demenza.

Potrebbero essere mille le citazioni di Borgna. Mi limito a quella che segue, pubblicata nel volumetto di Einaudi "La fragilità che è in noi", del 2014: "La fragilità, negli slogan mondani dominanti è immagine della debolezza inutile e antiquata, immatura e malata, inconsistente e destituita di senso; e invece nella fragilità si nascondono valori di sensibilità e di delicatezza, di gentilezza estenuata e di dignità, di intuizione dell'indicibile e dell'invisibile che sono nella vita e che consentono di immedesimarsi con più facilità e più passione negli stati d'animo e nelle emozioni, nei modi di essere esistenziali, degli altri da noi". Per noi che mettiamo la fragilità al centro del lavoro di cura è una grandissima lezione.

Ho incontrato Borgna nel corso dei convegni organizzati annualmente da AMA Novara; non era sempre facile, ma si intuiva il suo impegno dolente per capire la sofferenza dei malati. Personalmente ritengo di aver imparato molto dal Maestro.

Tra i tanti insegnamenti, il lavoro intellettuale e clinico di Borgna ha indicato come affrontare e accompagnare il dolore femminile. Un'apertura ai misteri dell'animo delle donne fragili che si affidano alle nostre cure.

“Carissimo, ci tengo particolarmente a farti sapere che ieri Monsignor Marconi Vescovo di Macerata ha celebrato per l’ottavo anno la **Liturgia natalizia della Città amica della persona con demenza.**

È stato un momento emozionante e partecipato. La Santa Messa ci restituisce ogni volta la concretezza di una comunità che nel tempo sta crescendo e prende consapevolezza dell’importanza che riveste.

Straordinario il coro, composto in grande parte da persone malate che da mesi si sono preparate; grazie alla competenza di chi le ha accompagnate ed al loro grande impegno, sono riuscite a cantare a memoria, ricordando tutte le parole. Anche il Vescovo si è sorpreso, emozionandosi, come è successo a tutti noi”.

Le righe precedenti sono testo di una mail ricevuta da Manuela Berardinelli, presidente di Alzheimer Uniti; ricordo personalmente con intensità il primo evento di qualche anno fa. Come AIP ci eravamo impegnati per “leggere” questa attività, oltre che sul piano religioso, anche su quello umano e del riconoscimento concreto che “L’Alzheimer non cancella la vita”, come avviene per l’esperienza spirituale.

Vorrei che alcune persone, che hanno le stesse possibilità di chi scrive, sperimentassero in incognito, un giorno qualsiasi, di chiamare un Cup o il medico di famiglia, per capire in che cosa consiste la “povertà sanitaria”: non saper difendersi da risposte evasive, burocratici rinvii. I dati diffusi segnalano che sono milioni le persone che si curano di meno e si ammalano di più o peggio, non si curano affatto, con le conseguenze immaginabili. Senza contare la discriminazione causata dalla impreparazione ad affrontare le prescrizioni che un call center o una voce registrata provocano in cittadini e pazienti meno provveduti. **La salute è un diritto umano e per la nostra Costituzione è un diritto ‘fondamentale’.** Questo aggettivo si trova solo all’art. 32. La sanità è da tempo argomento di confronto politico ma mai assunto come impegno che obbliga lo Stato a rendere esigibile il diritto fondamentale. **Ci ha pensato la Corte Costituzionale** con una sentenza sobria, chiara e non contestabile. La sentenza n. 195 depositata il 6 dicembre, proprio mentre si discute il Bilancio, a proposito del continuo richiamo alle scarse risorse che costringono a contenere la spesa pubblica, sollecita i legislatori ad evitare tagli lineari alla sanità. Ha richiamato, a proposito di autonomia differenziata, la necessità di garantire il coinvolgimento della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica per la parte dei contributi che devono essere versati dalle Regioni. Lo Stato potrebbe addirittura tagliare risorse tra quelle da traferire costituzionalmente, perché non rivestono il medesimo carattere, “le primarie esigenze della persona umana”. Importante la sollecitazione addirittura a trasferire alla sanità capitoli di spesa indistinte e procrastinabili, perché il diritto alla tutela della salute non può essere sacrificato, “fintanto che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impegni che non rivestono la medesima priorità”. Il richiamo della Corte è

importante per il contenuto, ma ancor più per aver posto la difesa della salute come obbligo prioritario a carico dello Stato.

Il bollettino di Alzheimer Europe di novembre riporta un editoriale dal titolo: “**Alzheimer Europe accoglie con favore il giudizio positivo dell’EMA sul lecanemab**”. È noto da tempo che le associazioni di familiari hanno fatto pressione sulle agenzie governative, a cominciare dagli USA, per l’approvazione degli anticorpi contro l’amiloide. Il commento è accompagnato dal riconoscimento dei limiti del lecanemab, che potrà giovare solo a una piccola parte delle persone affette da demenza, e indica che vi sono anche altri approcci efficaci alla malattia, sia rispetto alle future ricerche sia ad altri interventi di cura. È però molto significativo che nel dibattito si inserisca una voce così netta da parte di un’associazione di familiari; fa pensare a come la pressione della malattia induca a ridurre le critiche sui nuovi farmaci in nome della visione di un progresso che, seppur limitato, può essere la premessa per altri più importanti progressi.

Lo stesso bollettino di Alzheimer Europe riporta la notizia della **disponibilità online di DEMOTIC**, un cartoon creato in Italia ad opera di Filippo Bergamo, con la collaborazione di Rabih Chattat e di Andrea Fabbo, volto ad aiutare i cittadini a meglio comprendere la demenza. Lo strumento è aperto alla collaborazione di chi volesse contribuire ad arricchire i cartoon, con esperienze che possono giovare ad altre persone ammalate.

Il *New York Times* del 12 dicembre riporta un commento sull’aggressività espressa da parte di molti cittadini dopo **l’uccisione a New York di Brian Thompson**, il responsabile esecutivo di UnitedHealthcare. Le espressioni più frequenti erano di gioia per l’evento mortale da parte parenti o ammalati che affermano di aver avuto esperienze negative con le assicurazioni in alcuni dei momenti più difficili e tristi della loro vita. Un fatto che deve servire di ammonimento per chi vorrebbe, anche in Italia, **l’adozione di un sistema sanitario privatistico, fondato sulle assicurazioni**.

Silvano Corli, uno studioso vicino ad AIP che ha messo la sua cultura al servizio degli anziani (ora dirige l’RSA di Concesio) inizia una collaborazione con la nostra newsletter.

“Una ricerca condotta qualche anno fa attraverso l’analisi di 1500 video da Egidio Moja, psichiatra e Ordinario di Psicologia, ha rivelato che nel 70% dei casi, il medico interrompe il racconto del paziente su sintomi e malattia dopo soli 18 secondi.

Nella maggior parte dei casi 18 secondi costituiscono il tempo concesso al paziente per presentare il problema che lo assilla, elencare i sintomi, manifestare preoccupazioni e aspettative, condividere la propria rappresentazione della malattia...

Decisamente pochi anche se confidiamo che dopo l'interruzione vi siano altri momenti per consentire un'adeguata comprensione di quanto il paziente porta con sé in termini di fatiche e speranze.

Ma forse un adeguato ascolto non è solo una questione di tempo.

Ascoltare è difficile, richiede di assumere un punto di vista esterno fondato sulla capacità di decentramento che consente di passare dal monologo al dialogo, da un ascolto egocentrico, proprio dell'età infantile, ad un ascolto socializzato attraverso il riconoscimento dell'alterità.

Eugenio Borgna ci ha parlato di ascolto gentile e ci ha insegnato che le parole indispensabili alla cura si trovano solo se si è educati e abituati all'ascolto. Chiunque chiede un aiuto ci parla della sua malattia ma anche delle sue ansie, delle sue nostalgie, delle sue preoccupazioni, della sua solitudine e delle sue speranze infrante, che non sono sintomi di una malattia ma segni di una condizione umana che va conosciuta e accolta. Accanto ad un ascolto diagnostico, indubbiamente necessario, ci è chiesto un ascolto soggettivante, mosso dalla curiosità e dal desiderio, un ascolto che accoglie tutto ciò che l'altro desidera offrire per alimentare lo scambio nella relazione di cura e per ampliare la conoscenza non riducibile a sintomi e criteri nosografici.

C'è sempre un di più che preme per essere ascoltato e accolto. Oltre i 18 secondi, oltre le categorie già definite”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto contributo di **Mauro Colombo**:

“Nel primo ‘angolo’ di questo anno 2024, avevo parlato di un **modello predittivo di demenza** ed ictus ‘a punti’, che prendeva in considerazione 12 fattori di rischio per demenza ed ictus, modificabili e comuni, selezionati tra quelli più frequentemente e ripetutamente sostenuti dalle società professionali e dai gruppi di rappresentanza dei pazienti. Avevo sottolineato che questo indice – non a caso denominato ‘punteggio per la cura del cervello’ [Brain Care Score (BCS)] – è stato elaborato # non a scopo scientifico, per indagini epidemiologiche, ma per invitare i pazienti – coinvolgendo gli operatori di cure primarie - a prendersi cura di se stessi, superando stigmi e timori. Avevo comunque riferito i risultati di cospicue analisi di validazione [ancora una volta sui dati (basali e longitudinali) della biobanca del Regno Unito (UK Biobank)], che – oltre ad avvalorare la bontà dell’indice – hanno riportato una maggiore forza nella associazione tra i punteggi basali al BCS ed incidenza di demenza ed ictus per i partecipanti più giovani. Se quindi da una parte BCS ha il vantaggio di fornire a curante e paziente una informazione facilmente fruibile valida tanto per la demenza quanto per l’ictus, in una cornice di cure primarie, d’altra parte presenta l’esplicita limitazione della difficoltà ad attribuire un ruolo causale nel nesso tra esposizione ai fattori di rischio ed esiti [1].

Mentre BCS veniva raccomandato a curanti ed assistiti come strumento per facilitare l'obiettivo per avere cura del proprio cervello, altre indagini sottolineano l'incertezza sulla effettiva utilità clinica di vari algoritmi multifattoriali impiegati per la stima del rischio di demenza a livello del singolo individuo. Per questo, un gruppo di studiosi – afferenti ad Università finlandesi, inglesi, statunitensi e francesi – hanno esaminato tale capacità predittiva a distanza di 10 anni, per 4 strumenti di ampio uso [2]. Si tratta di:

- CAIDE [Cardiovascular Risk Factors, Aging, and Dementia]: disponibile anche come applicazione, prende in considerazione fascia d'età, sesso, istruzione, pressione sanguigna sistolica, indice di massa corporea (BMI) elevato, colesterolo totale e attività fisica
- CAIDE-APOE, che aggiunge ai componenti sopra indicati la apolipoproteina APOE
- BDSI [Brief Dementia Screening Indicator] le cui 7 voci sono riferite a fascia d'età, istruzione, BMI, sintomi depressivi, ictus, diabete e necessità di assistenza per l'uso di denaro o farmaci
- ANU-ADRI [Australian National University Alzheimer Disease Risk Index]: uno strumento auto-compilato che comprende 11 voci relative a fattori di rischio e 4 voci relative a fattori di protezione. Le prime 11 consistono in fascia d'età, sesso, basso livello di istruzione, BMI elevato, colesterolo totale, diabete, trauma cranico, sintomi depressivi, fumo, scarse reti sociali ed esposizione professionale ai pesticidi; le seconde 4 includono attività cognitivamente stimolanti, consumo di alcol, attività fisica e assunzione di pesce.

CAIDE è riferito alla situazione nella età di mezzo, mentre BDSI ed ANU-ADRI a quella in età più avanzate. La stima è stata condotta sui dati della biobanca del Regno Unito, con proiezione a 10 anni, e su quelli del British Whitehall II study [sui dipendenti di servizi amministrativi britannici], con osservazione a 20 anni; in entrambi i casi, le informazioni provenivano da cartelle cliniche elettroniche.

Come dichiarato testualmente nelle conclusioni ‘In questi studi di coorte, le valutazioni individualizzate del rischio di demenza utilizzando punteggi di previsione del rischio esistenti presentavano alti tassi di errore. Questi risultati suggeriscono che i punteggi avevano un valore limitato nel indirizzare le persone verso la prevenzione della demenza’. £

Ancora una volta, occorre approfondire le ricerche; anche la Fondazione Golgi Cenci è impegnata in questo sforzo: questo ‘angolo’ in prossimità della fine dell’anno è stato stimolato da una fruttuosa discussione intessuta in una tappa di tale percorso.

la costruzione di BCS è avvenuta secondo una linea ‘top down’ (dall’alto verso il basso): da parte di esperti, che hanno raggiunto un consenso mediante il ‘metodo Delphi’

£ lascio al lettore interessato la curiosità di leggere i risultati sull’articolo originale, liberamente accessibile in rete; qui mi limito ad alcune considerazioni riassuntive, segnalando che come stimatori sono state adoperate misure utili nella pratica, anche se non sempre riportate in letteratura:

-il tasso di rilevamento [‘detection rate’ (la percentuale di individui con un risultato positivo al test tra le persone che hanno sviluppato la malattia durante la osservazione), di cui il ‘tasso di fallimento’ è il complemento]

-il tasso di falsi positivi [‘false positive rate’ (la percentuale di persone con un risultato positivo al test tra coloro che non hanno sviluppato la malattia durante la osservazione)]

-il test di concordanza tramite la ‘statistica C’ relativa alla ‘area sotto la curva caratteristica di funzionamento del ricevitore’ [il test C indica la probabilità che un individuo affetto estratto a caso abbia un punteggio di rischio più alto di un individuo non affetto estratto a caso].

Brevi note sugli stimatori:

Definire una soglia appropriata per un risultato positivo del test (vale a dire, il punteggio al di sopra del quale un paziente viene assegnato al gruppo ad alto rischio, allo scopo di raccomandare un intervento) richiede di considerare i compromessi tra i tassi di rilevamento e di falsi positivi.

Un basso tasso di rilevamento implica che un gran numero di persone che svilupperanno la demenza sono male informate sul loro alto rischio. Un alto tasso di falsi positivi, a sua volta, significa che a molti individui che non svilupperanno la demenza viene detto di essere ad alto rischio, il che potrebbe comportare un disagio non necessario.

Sintesi sui risultati:

Su quasi mezzo milione di partecipanti alla UK Biobank di mezza età, se la soglia per un risultato positivo del test veniva calibrata per raggiungere un tasso di falsi positivi del 5%, tutti i 4 punteggi di rischio rilevavano dal 9% al 16% di demenza incidente, perdendo dall'84% al 91% di occorrenze (tasso di fallimento).

Se invece il test veniva calibrato per individuare almeno metà dei casi di demenza incidente, il rapporto fra veri e falsi positivi eccedeva il valore di 1 contro 66. Nelle stesse condizioni, il rapporto scendeva ad 1 su 43 affidandosi alla sola età anagrafica.

I valori di C sono stati compresi fra 0,59 (ANU-ADRI) e 0,73 (CAIDE + APOE); è risultato di 0,79 per la sola età. Secondo gli standard riportati in letteratura, valori $\leq 0,7$ sono considerati ‘poco informativi’, mentre quelli compresi tra 0,7 e 0,9 sono considerati ‘moderatamente informativi’.

Nella figura 2, la colonna di sinistra mostra per i 4 algoritmi profili di area sotto la curva caratteristica di funzionamento del ricevitore più o meno schiacciate sulla diagonale, con la relativa eccezione di CAIDE + APOE. La colonna di destra mostra le corrispondenti sagome di densità, dove le aree rosa – corrispondenti a valori di algoritmo per soggetti non dementi – e quelle azzurre – corrispondenti a valori di algoritmo per soggetti dementi – per la maggior parte delle superfici si sovrapponevano in aree marroncine”.

[1] Singh, S. D., Oreskovic, T., Carr, S., Papier, K., Conroy, M., Senff, J. R., Chemali, Z., Gutierrez-Martinez, L., Parodi, L., Mayerhofer, E., Marini, S., Nunley, C., Newhouse, A.,

Ouyang, A., Brouwers, H. B., Westover, B., Rivier, C., Falcone, G., Howard, V., Howard, G., ... Rosand, J. (2023). The predictive validity of a Brain Care Score for dementia and stroke: data from the UK Biobank cohort. *Frontiers in neurology*, 14, 1291020. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1291020>

[2] Kivimäki, M., Livingston, G., Singh-Manoux, A., Mars, N., Lindbohm, J. V., Pentti, J., Nyberg, S. T., Pirinen, M., Anderson, E. L., Hingorani, A. D., & Sipilä, P. N. (2023). Estimating Dementia Risk Using Multifactorial Prediction Models. *JAMA network open*, 6(6), e2318132. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.18132>

JAMDA di dicembre pubblica un interessante lavoro sull'**utilizzazione di strumenti elettronici per la registrazione dei comportamenti agitati** negli ospiti delle case di riposo affetti da demenza. Lo studio dimostra un aumento dei dati raccolti rispetto al Minimum Data Set e quindi delle possibilità di identificare le risposte più adeguate. I risultati sono importanti per ridurre il carico di lavoro nelle RSA, aumentando nel contempo la possibilità di interventi adeguati per una problematica particolarmente importante nell'ambito dell'assistenza all'ospite affetto da demenza. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00711-4/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00711-4/abstract)]

JAMA del 25 novembre pubblica uno studio nel quale si dimostra una **correlazione tra la resilienza psicologica** in una coorte di ultra sessantenni **e la comparsa di fragilità** utilizzando una specifica scala utilizzata in Cina. Gli autori sottolineano l'utilità della rilevazione della capacità di resilienza psicologica per prevedere la comparsa di fragilità e quindi per mettere in atto adeguati interventi. Il dato, al di là della sua specificità, conferma ancora una volta la correlazione tra aspetti psicologici e somatici nel corso dell'invecchiamento e come questi fenomeni devono esser attentamente valutati per programmare interventi di supporto.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2827022>]

JAGS di ottobre pubblica uno special article dedicato a **“Innovation in delirium care”**, una problematica di grande interesse perché è sempre aperta alla definizione delle migliori strategie di intervento. In particolare, l'articolo descrive come agire per ridurre l'inattenzione e stimolare l'arousal attraverso tecniche fisiche, come il movimento muscolare e un massaggio muscolare. Gli autori dichiarano di essere agli inizi della sperimentazione, ma che ritengono sia una strada aperta per reali possibilità di cura.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.19254>]

Si è svolto in questi giorni a Napoli il consueto convegno annuale di **Aging Brain**, che quest'anno ha raggiunto la XX edizione. Come nelle volte precedenti, ha avuto successo, sotto la direzione del presidente dell'AIP Campania Enzo Canonico. Ne riferiremo nella prossima newsletter.

Un caro saluto, con il consueto augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 20 dicembre 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Fabio Cembrani: ancora sulla sentenza della Corte

-Tiziano Vecchiato sulla cura

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo di Mauro Colombo

-JAMA e determinanti ambientali della salute

-The Lancet e una salute migliore per gli USA

-JAMDA e gli effetti negativi delle prescrizioni inappropriate negli anziani

-JAGS e l'effetto delle alterazioni visive sui ricoveri ripetuti in ospedale

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Il programma del Congresso regionale AIP sezione Sicilia

Buon Natale, Amiche e Amici che ci seguite attraverso questa newsletter.

Un buon Natale che vorrei dedicare, anche a nome di tutta l'AIP, sotto forma di ringraziamento a chi nell'anno ha dato tempo, impegno, cultura, atti concreti per migliorare la vita dei nostri concittadini anziani fragili. Mi rendo conto che è poca cosa di fronte alla generosità e alla professionalità di molti, ritengo però sia un gesto natalizio anche quello di accettare un augurio, sebbene non lo si ritenga proporzionato rispetto a quanto hanno fatto. Spero che l'appartenenza alla nostra grande comunità sia motivo sufficiente per condividere l'augurio, sentendoci uniti, pur tra fatiche, difficoltà e incomprensioni, dal comune impegno di cura.

Grazie quindi a tutti coloro che lavorano nei servizi (ospedali, assistenza domiciliare, le varie forme di assistenza nei territori, negli ospedali di comunità, nelle RSA): non nomino i vari gruppi professionali, sperando che si sentano compresi in questo augurio. Mi permetto, però, in particolare, un augurio a colleghi e colleghi che saranno in servizio nella notte di Natale, momento nel quale la nostalgia può indurre qualche sofferenza. Auguri quindi ai medici, agli infermieri, agli Oss che sono in servizio negli ospedali, nelle RSA, negli ospedali di comunità

durante la notte nella quale tutti ci sentiamo coinvolti da sentimenti positivi. Sono in grado di affermare “io non ti abbandonerò mai” rispetto alle persone che si affidano alle loro cure. Tra coloro che possono pronunciare questa frase vi sono i vecchi caregiver dei nostri concittadini anziani. In novembre Lancet Healthy Longevity scrive: “È tempo di alleviare il peso che loro sopportano e che ci occupiamo della manodopera “silenziosa e nascosta” costituita dai vecchi caregiver”. Tutti, sia quelli che assistono che gli assistiti, sia quelli che ricevono supporto nelle difficoltà, hanno diritto all’attenzione da parte delle collettività. Attenzione che in questo periodo si esprime in particolare con un grato Buon Natale!

*Ho ricevuto un augurio natalizio da Alzheimer Uniti Italia: lo riporto e lo faccio mio: “**La speranza ha due bellissimi figli: lo sdegno e il coraggio. Lo sdegno per la realtà delle cose, il coraggio per cambiarle**”. (Sant’Agostino).*

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Pubblichiamo un recente **contributo di Fabio Cembrani** attorno alla **sentenza della Corte Costituzionale** sulla assoluta preminenza del Servizio Sanitario Nazionale rispetto al finanziamento di altri servizi pubblici.

“La Corte costituzionale ammonisce il legislatore ... a non tagliare la sanità pubblica’.

La *querelle* politica tra chi ha ripetutamente annunciato l’incremento del fondo sanitario nazionale e chi lo ha smentito relativizzandolo in quota percentuale rispetto al prodotto interno lordo (PIL) è stata, in queste settimane, particolarmente dura e violenta. Con la calcolatrice alla mano digitata sul suo smartphone da Giorgia Meloni nello studio della trasmissione ‘Porta a Porta’ di Bruno Vespa, il suo siparietto ha avuto un epilogo triste, davvero imbarazzante. Nessuno di noi ha così capito come e se aumenterà la spesa sanitaria *pro capite* della nostra ‘povera Patria’. Come direbbe Franco Battiato, sempre più intrappolata nella c.d. ‘sindrome italiana’ di cui ha parlato il CENSIS nella sua ultima analisi sulla situazione socio-economica del Paese. L’impoverimento demografico, l’invecchiamento della popolazione, la perdita del potere d’acquisto, la povertà (assoluta e relativa), la solitudine e la scarsa tenuta del nostro sistema di *welfare* ne sono le coordinate dominanti che smentiscono la narrazione politica di chi dice che la colpa dei disservizi è della sinistra che ha a lungo governato l’Italia e che tutti i nostri indicatori economici sono in netta ripresa. Un dato per tutti: nell’ultimo anno il 62,1% degli italiani è stato costretto a rinviare un *check-up* medico, gli accertamenti diagnostici o le visite specialistiche perché la lista di attesa negli ambulatori del Servizio sanitario nazionale era troppo lunga e perché il loro costo nelle strutture sanitarie private era troppo elevato. Parallelamente, al 53,8% degli italiani intervistati è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le cure ed il 78,5% degli stessi ha dichiarato di non poter più contare sulla sanità pubblica in caso di bisogno.

Se così è, c’è davvero da stare poco tranquilli sul futuro che ci attende.

È in questo scenario che si deve collocare la sentenza n. 195/2024 depositata in questi giorni dalla Corte costituzionale nell'incidente di costituzionalità sollevato dalla Regione Campagna avente ad oggetto l'art. 1, commi 527 e 557, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 ('Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026') in quella parte in cui, per esigenze di contenimento della spesa pubblica, si era previsto che le Regioni a statuto ordinario dovessero assicurare un contributo alla finanza pubblica pari a 350 milioni di euro/anno: contributo che, andando a gravare sull'esercizio finanziario delle Regioni, impediva alle stesse di onorare ai loro compiti nei vari ambiti di competenza; in primis, la tutela nel campo della salute (art. 32 Cost.) che è stata la vittima sacrificale dei tanti tagli lineari registrati a partire dal 2012 con il Governo dell'austerità presieduto da Mario Monti. Con un *trend* in negativo che non è stato riequilibrato dai Governi italiani che si sono poi succeduti visto che le recentissime analisi sulla spesa sanitaria pro capite effettuate dal GIMBE ci collocano, nel 2024, al 16° posto in Europa.

In un contesto di perdurante scarsità di risorse sicuramente aggravato anche dai vincoli euro unitari ciò che interroga le nostre coscienze è capire fin dove può spingersi la politica dell'austerità e se sia costituzionalmente corretto insistere con la strategia dei tagli lineari che ha il pregio di scontentare tutti senza però deludere nessuno. Anche se, a ben osservare, questo strutturato modo di far politica ha l'inconveniente di non interessare tutti i settori della vita pubblica se è vero che il sostegno a Kiev ed il potenziamento del nostro armamento militare (che salirà ad oltre 32 miliardi di Euro nel 2025) ne sono esenti.

A questo interrogativo ha dato una prima risposta la sentenza della Corte costituzionale di questi giorni che ha ammonito il legislatore a ridurre prioritariamente le 'spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket*'. L'imprescindibilità e la fondamentalità di questa tutela non possono essere, dunque, messe in discussione con la conseguenza che se per ragioni di bilancio occorre ridurre la spesa pubblica i tagli non potranno più essere effettuati in maniera lineare anche perché il piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) approvato dal Governo ha previsto specifici interventi economici aggiuntivi che riguardano proprio la salute (Missione 5 e 6). Cosicché sarebbe davvero poco serio ed una contraddizione in termini programmare di investire sulla salute da una parte e pretendere di tagliarla dall'altra con l'obiettivo di ridurre la spesa pubblica per rispettare i vincoli euro comunitari. Dunque, se i tagli bisognerà farli essi non potranno riguardare, scrivono i supremi Giudici, le 'risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria – già, peraltro, in grave sofferenza per l'effetto, come si è visto, delle precedenti stagioni di ardui tagli lineari – dovendo quindi agire su altri versanti che non rivestono il medesimo carattere': il diritto alla salute, infatti, 'coinvolgendo primarie esigenze della persona umana', non può essere sacrificato 'fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità'. Se occorre tagliare la spesa lo si faccia -dunque- senza utilizzare la mannaia dei tagli lineari ma

intervenendo su quei settori della spesa pubblica che sono di secondaria importanza rispetto al diritto costituzionale di cui parla l'art. 32 Cost.: la tutela della salute nell'interesse del singolo e dell'intera collettività.

L'importanza di questa decisione penso sia di tutta evidenza per chi fa politica dentro o fuori dalla maggioranza. Lo è per il legislatore nazionale che sarà da qui in avanti chiamato a procedere ai tagli non più al buio e con effetto lineare ma con il senso e le priorità garantite dalla nostra Carta costituzionale; lo è per le Regioni a statuto ordinario che devono naturalmente adempiere ai loro mandati istituzionali contando sulle risorse economiche che non dovranno più essere versate all'erario dello Stato; lo è anche per le provincie autonome a statuto speciale, come quella di Trento, le quali, se messe nelle condizioni di dover tagliare la spesa, dovranno farlo intervenendo prioritariamente sulle spese indistinte senza più comprimere quelle destinate a garantire il diritto alla salute. E lo è anche per chi di noi crede ancora che la difesa degli interessi delle persone più fragili e vulnerabili non sia un *optional* ma la vera forza propulsiva della democrazia”.

In allegato è possibile leggere il contributo che **Tiziano Vecchiato** ha pubblicato recentemente dal titolo molto incisivo: “**Curati con cura. Le prestazioni non sono soluzioni**”. È un testo di grande respiro per il quale ringrazio in modo del tutto particolare il nostro amico e collega Vecchiato; il suo testo deve rappresentare un fondamento per la nostra opera di cura.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Come di consueto, **il nostro generoso, colto e intelligente collega Mauro Colombo** ci ha inviato il contributo che segue:

“Parlare di disastri in prossimità delle festività natalizie può suonare sconveniente: faccio conto sulla benevolenza dei lettori affezionati all'*angolo*, dato che punto invece a sottolineare l'importanza della facoltà – prevalentemente cognitiva, e coltivabile – che va sotto il nome di ‘empatia’ #.

Precisamente, mi rifaccio ad un articolo pubblicato il 2 dicembre 2024 su *JAMA Network Open*, da parte di Autori affiliati ad università di Pechino, Harvard e Kanagawa [in Giappone] \$, dedicato a tracciare le traiettorie cognitive di persone anziane, lungo una decade dopo l'esposizione al terremoto con tsunami occorso nel 2011 ad Iwanuma, municipalità costale del Giappone [1].

Iwanuma è uno dei siti del ‘Japanese Gerontological Evaluation Study (JAGES)’, indagine nazionale sull'invecchiamento in salute, per il quale sono disponibili informazioni sui cittadini ultra65enni negli anni 2010, 2013, 2016, 2019 e 2022.

In 1988 partecipanti di età media $72,4 \pm 5,4$ anni, di ambo i sessi, cognitivamente integri all'inizio della osservazione, mediante raffinate analisi statistiche @ sono state individuate 3 distinte traiettorie cognitive £: a) individui che inizialmente presentavano alti livelli di disabilità cognitiva e che hanno sperimentato un deterioramento crescente nel tempo (13,9%) / b) individui che hanno iniziato con bassi livelli di disabilità cognitiva ma hanno subito un declino accelerato della funzione cognitiva nel tempo (27,2%) / c) inizio con bassi livelli di disabilità cognitiva e successiva stabilità per tutto il periodo di osservazione (58,9%). Rispetto ai partecipanti delle traiettorie b) e c), quelli appartenenti alla traiettoria presentavano una condizione di relativo svantaggio socio-economico: erano tendenzialmente più vecchi, di sesso femminile, meno istruiti, facoltosi e coniugati.

Danneggiamenti alla abitazione, tracolli economici, interruzioni nelle cure, ed in generale una più grave concomitanza di eventi avversi collegati al disastro sono risultati associati alle due traiettorie cognitive più sfavorevoli [a) e b)]. Ma la correzione statistica per la sintomatologia depressiva comparsa dopo l'evento avverso annullava tale associazione.

La motivazione per uno studio del genere parte dalla constatazione che la letteratura ha relativamente trascurato l'argomento. Per quanto una alta prevalenza di demenza e di deterioramento cognitivo dopo un disastro naturale in persone anziane sia stata già documentata, la maggior parte delle ricerche precedenti non aveva preso in considerazione le condizioni precedenti al disastro, o le avevano raccolte retrospettivamente, esponendosi così a possibili difetti di rievocazione. Comunque, nessuno studio aveva provato a delineare traiettorie cognitive £. Un merito del presente lavoro – uno di quelli provvisto della osservazione più lunga – consiste proprio nell'avere evidenziato simili sfumature nelle conseguenze dei disastri, sfumature il cui valore si può apprezzare meglio contestualizzando [1] in confronto ad altre ricerche sul declino cognitivo. Per esempio, una progressione di livello clinico - definita come il rilievo in 2 valutazioni consecutive di un punteggio uguale o superiore a 0,5 nella Global Deterioration Scale – è occorsa nel 20,9% di anziani viventi in comunità, osservati per 10 anni, contro il 26,4 dei corrispettivi di Iwanuma, seguiti per 11 anni, ma mediamente di circa un lustro più giovani [2].

Una peculiarità di [1] consiste nell'avere individuato un sottogruppo di anziani che – pur partendo da bassi livelli di disabilità cognitiva – peggiorava ad un ritmo più veloce di coloro che invece partivano da più alti livelli di disabilità cognitiva. Una traiettoria del genere si realizza raramente in modo spontaneo, a sottolineare il potenziale ruolo nefasto di eventi avversi esterni §.

Quanto al ruolo giocato dalla sintomatologia depressiva, in letteratura questa ha affiancato il declino cognitivo nei trasferimenti in massa e nelle sventure finanziarie legate ai disastri naturali.

questa premura mi viene sollecitata ulteriormente dall'epiteto di 'terrorista' che una radio-ascoltatrice ha assegnato il 12 dicembre alla trasmissione 'Tutta la città ne parla' – condotta da Pietro Del Soldà su RADIO RAI 3 -, colpevole di avere deplorato il declino lungodatante

della empatia, a partire dalla vicenda della bambina 11enne, unica persona su 44 salvata da ‘tassisti del mare’ [definizione coniata nel 2017 da Luigi Di Maio (allora vicepresidente della camera)], dopo oltre 24 ore in balia delle onde, aggrappata ad un salvagente ‘di fortuna’

§ la scienza fa cooperare studiosi operativi in nazioni non propriamente amiche

@ queste metodiche – che vanno sempre più diffondendosi in vari e diversi ambiti di ricerca – {analisi della crescita della classe latente [latent class growth analysis (LCGA)]} mirano ad identificare, all’interno di campioni ampi, sottopopolazioni omogenee costituite da gruppi o classi significativi di individui

£ il decorso delle traiettorie è nettamente disegnato nelle figure contenute nei supplementi all’articolo

§ l’Italia – sia pure non da sola - è notoriamente esposta in maniera grave a simili sventure; l’articolo – verso la conclusione della discussione – invoca attenzione anche sulle ricadute cognitive a distanza, che si sommano ai danni e problemi della emergenza; viene ricordato ancora una volta l’inadeguatezza del motto secondo cui ‘una misura vale per tutte le taglie”.

[1] Hu, H., Li, B., Hikichi, H., Kawachi, I., & Li, X. (2024). Long-Term Trajectories of Cognitive Disability Among Older Adults Following a Major Disaster. *JAMA network open*, 7(12), e2448277. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.48277>

[2] Mimmack, K. J., Gagliardi, G. P., Marshall, G. A., Vannini, P., & Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative (2023). Measurement of Dimensions of Self-awareness of Memory Function and Their Association With Clinical Progression in Cognitively Normal Older Adults. *JAMA network open*, 6(4), e239964. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.9964>

JAMA del 10 dicembre pubblica un punto di vista nel quale si invitano i medici ad imparare, in particolare nel nostro tempo di rapidi cambiamenti ambientali, a come inserire nel loro rapporto con i pazienti anche **consigli importanti sulle modalità per affrontare le problematiche ambientali**, sollecitando una specifica attenzione su aspetti riguardanti la salute, in passato scarsamente valutati. In generali i medici sono poco preparati su queste tematiche, un gap dovrebbe essere colmato nei luoghi dove avviene la formazione dei professionisti. Va inoltre considerato che i danni alla salute indotti da problematiche ambientali colpiscono primariamente le classi sociali più svantaggiate; questo fatto indica l’esigenza di una nuova sensibilità da parte degli operatori sanitari per i temi più delicati che insieme colpiscono le popolazioni durante l’invecchiamento. Avendo sempre presente come linea guida di ogni decisione le interazioni sempre più forti che avvengono nel mondo della salute tra dinamiche di origine diversa, che sviluppano azioni rilevanti sulla salute.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2824422>]

The Lancet del 7 dicembre indica in un editoriale una sorta di *road map* per migliorare la salute dei cittadini americani, con particolare attenzione ai **provvedimenti che verranno presi dalla nuova amministrazione Trump**. Questa, scrive l'editoriale “ha la possibilità di far aumentare nei prossimi 4 anni la spettanza di vita di tutti gli americani oppure osservare una crescita del numero delle morti precoci e di ingiustificati aumenti dei costi per i servizi sanitari. La salute di una nazione riflette le scelte delle amministrazioni”. Una predica che ci fa bene, in particolare per l’attenzione stretta dedicata alle correlazioni tra salute dei cittadini e provvedimenti di salute pubblica decisi dalle autorità politiche.

[[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02664-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02664-3/fulltext)]

JAMDA di dicembre pubblica un lavoro su un tema che potrebbe sembrare ovvio, ma che diventa particolarmente convincente quando supportato dall’epidemiologia, cioè il rapporto tra le **prescrizioni potenzialmente inappropriate nelle persone anziane e il rischio di mortalità**. La meta-analisi ha riguardato 44 studi che coinvolgono oltre 2 milioni di anziani; i risultati indicano un OR di 1.28 per l’associazione tra trattamenti potenzialmente inappropriati e mortalità. Inoltre, l’associazione con gli antipsicotici è particolarmente elevata (OR 2.19), così come per gli anticolinergici (OR 1.52). Inoltre, la meta-analisi ha confermato un’associazione più forte negli individui di 70 anni e oltre. Il dato è interessante, però ogni osservazione della correlazione tra farmaci e danni alla salute dovrebbe dimostrare anche la correlazione con i vantaggi derivanti dal trattamento con i farmaci, in modo da costruire modelli di terapia efficaci e sicuri. Certamente l’intelligenza artificiale ci farà compiere enormi passi avanti in questo ambito. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00816-8/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00816-8/abstract)]

JAGS di dicembre pubblica uno studio epidemiologico sul **rapporto tra alterazioni visive e ospedalizzazioni ripetute**. Il dato, ottenuto in 3000 persone osservate nel tempo, indica che la probabilità di ospedalizzazione ricorrente aumenta del 7.2% nelle persone anziane (età media 81 anni), contro il 4.1% nei normovedenti della stessa età. In particolare, l’alterazione della visione da vicino è significativamente associata con ospedalizzazioni ricorrenti (RR 2.04). Ovviamente lo studio dovrà affrontare anche una seconda fase, cioè indagare se il miglioramento della visione è in grado nel mondo reale di ridurre il numero delle ospedalizzazioni. Nel complesso, si tratta di osservazioni interessanti, che contribuiscono a capire le motivazioni dei ricoveri ospedalieri degli anziani. Ogni intervento preventivo potrebbe avere grande importanza per ridurre l’eccesso di ricoveri, dinamiche dal peso sempre più rilevanti per la corretta funzionalità delle strutture ospedaliere.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.19308>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Allego il programma del **Congresso regionale AIP sezione Sicilia** che si terrà a Messina il prossimo 31 gennaio. Sottolineo l'importanza dell'argomento trattato e la vivacità della sezione; la Sicilia ha sempre avuto una particolare attenzione per i problemi psicogeriatrici e il presidente Basile continua questo nobile percorso.

Un rinnovato augurio, con viva stima,

Marco Trabucchi

Past President AIP