

Newsletter AIP – 29 aprile 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

il *New York Times* del 24 aprile ha pubblicato un articolo con la presentazione critica del lavoro della psicologa di Yale Becca Levy che ha esplorato su vari piani **l'effetto dell'“ageismo” sulla salute**. È un termine oggi largamente utilizzato, coniato 50 anni or sono da Robert Butler, fondatore del National Institute on Aging, per descrivere il complesso dei pregiudizi e delle discriminazioni contro gli anziani. L'articolo (accessibile al link: https://www.nytimes.com/2022/04/23/health/ageism-levy-elderly.html?campaign_id=2&emc=edit_th_20220424&instance_id=59343&nl=todaysheadlines®_id=66945815&segment_id=90121&user_id=bf55db151c13566969c624c25d15958e) indica le conseguenze che l'ageismo, diffuso nella comunità e talvolta accettato dagli stessi interessati, ha provocato sulla salute degli anziani. L'analisi accurata contribuisce al superamento dell'interpretazione generica del termine, come avviene solitamente, per presentare dati precisi riguardo agli effetti, in modo da dare ai pregiudizi contro gli anziani un peso non solo psicologico, ma profondamente inverato nella vita delle persone. Come si può vedere dai numerosi articoli citati nel pezzo del *NYT*, una posizione positiva sul proprio processo di invecchiamento protegge l'anziano da una serie di malattie; è di particolare interesse, ad esempio, la protezione che una visione positiva ha rispetto alla comparsa di demenza, anche nelle persone portatrici di geni ad alto rischio. Infatti, tra i soggetti con APOE 4, quelli con atteggiamento positivo rispetto al proprio invecchiamento erano per il 49.85% a minore rischio di sviluppare demenza rispetto a coloro che invece hanno una visione negativa. In generale, molti altri studi epidemiologici, condotti nel periodo della pandemia, hanno dimostrato come le disuguaglianze siano pesanti fattori di rischio per una buona salute; l'ageismo di per sé è un fattore che crea profonde disuguaglianze tra i cittadini, che talvolta si aggiunge a quelle provocate dalle oggettive condizioni di vita (povertà, ignoranza, ecc.). Sempre sullo stesso numero del *NYT* è stato pubblicato **un articolo sui rischi indotti dalla solitudine sulla salute a tutte le età della vita** (https://www.nytimes.com/2022/04/20/nyregion/loneliness-epidemic.html?campaign_id=2&emc=edit_th_20220424&instance_id=59343&nl=todaysheadlines®i_id). È una revisione seria della problematica che ha interessato ed interessa in modo particolare l'AIP. Sul tema confermo che **si terrà anche quest'anno a Padova, il 15 novembre, la giornata nazionale sulla solitudine dell'anziano**, l'ormai tradizionale convegno che sarà dedicato in modo particolare alla discussione dei possibili modelli di intervento per ridurre la solitudine, sia a livello individuale che delle comunità. Sottolineo come l'ageismo sia frequentemente causa di solitudine, perché diffonde l'idea profondamente errata che la persona anziana sia sostanzialmente incapace di rapporti e quindi di difficile inserimento in una comunità. È chiaro che combattere l'ageismo ha conseguenze su diversi piani; quindi anche l'impegno contro la solitudine delle persone anziane deve avere come premessa la diffusione di una cultura che valorizzi chi ha una storia personale più lunga. A questo proposito i ripetuti interventi compiuti in queste settimane da Papa Francesco a favore delle persone anziane hanno grandissima importanza, perché diffondono l'idea che ogni persona, a qualsiasi età, è titolare del diritto di cittadinanza, condizione che gli garantisce un valore assoluto, che prescinde da qualsiasi altra valutazione.

L'insieme delle osservazioni soprariportate confermano come sia importante dedicare attenzione ai vari aspetti della vita dell'anziano, perché tra loro profondamente interconnessi. Ad esempio, quindi, organizzare incontri con le scuole per insegnare ai giovani una visione positiva dell'esperienza che vivono nelle famiglie a contatto con i loro nonni è doveroso, perché nell'ambito stesso della famiglia si diffonda l'idea che gli anziani sono in grado di svolgere compiti assolutamente simili a quelli degli altri componenti della famiglia. Da qui nasce un modello di convivenza che rifiuta ogni pregiudizio, atteggiamento che è fondamento, come sopra indicato, anche per la costruzione di comunità che combattono la solitudine. È importante diffondere, prima di tutto tra i giovani, il concetto che le idee positive sulla vita degli altri non sono solo un obbligo sul piano morale, ma anche un mezzo per garantire a tutti una condizione di buona salute. I giovani devono essere soprattutto educati ad una visione della vita come realtà complessa, per cui ciascuno si deve assumere responsabilità generali per costruire per tutti una "vita buona" nelle comunità.

In questi giorni ho assistito a Treviso alla firma di un protocollo tra le varie realtà sociali per l'attuazione di un progetto di Comunità Amica delle Demenze. Oltre al Comune, hanno partecipato, tra gli altri, il provveditore agli studi, il direttore generale dell'ASL, il responsabile dei commercianti, un rappresentante del vescovo, il prefetto in rappresentanza di tutte le forze di polizia, il coordinatore dei gruppi di volontariato della città. In allegato, riportiamo le diapositive presentate per introdurre l'evento della firma del protocollo dalla dottoressa Silvia Vettor, coordinatrice del progetto di Treviso. Dalla loro lettura si comprende lo spirito e la motivazione di fondo dell'iniziativa. In Italia in questi anni si sono sviluppate numerose esperienze di Comunità Amica delle Demenze, dopo l'esperienza prototipale di Abbiategrasso, che ha costituito un esempio importante. AIP è a disposizione con informazioni e modelli di chi volesse intraprendere la realizzazione del progetto anche nelle proprie comunità locali.

Lancet del 5 marzo ha pubblicato una corposa revisione attorno al tema depressione dal titolo: "Time for United Action on Depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission". Sono 65 pagine che richiedono un'attenta lettura, fonte molto interessante di dati, informazioni e commenti che possono essere utili per chi voglia approfondire una tematica di grande attualità umana ed epidemiologica.

Lancet del 25 aprile presenta un breve contributo dal titolo che fa pensare: "Rispondere alla crisi umanitaria indotta dalla guerra in Ucraina con la lezione appresa dal Covid-19".

"È tempo di sospendere la guida dell'automobile?" Uno studio presentato su JAGS di aprile dimostra come la preparazione strutturata a prendere questa decisione rivolta agli anziani abbia un effetto positivo, diminuendo la possibilità di conflitto all'interno della famiglia e rendendo più facile e meno stressante il passaggio dalla guida dell'automobile all'utilizzazione di altri mezzi di trasporto. **JAMA Internal Medicine del 25 aprile riporta uno studio molto approfondito sulla comparsa di sintomi di disordine post traumatico tra i famigliari di pazienti ricoverati in terapia intensiva a causa del Covid-19.** I dati sono importanti e indicano l'esigenza di dedicare attenzione nel tempo da parte del sistema sanitario e delle comunità in generale alle famiglie che hanno vissuto queste condizioni di grande dolore.

Il disturbo soggettivo di memoria, secondo un articolo di *JAMA Network Open* del 15 aprile, è un segnale importante di disturbo cognitivo, in modo particolare nei soggetti con alterazioni della struttura encefalica, quali iperintensità della sostanza bianca.

Riporto il consueto "Angolo di Mauro", che con i suoi pezzi sempre molto precisi offre la possibilità ai nostri lettori di approfondire alcune delle problematiche discusse nei diversi momenti di studio predisposti da AIP. I suoi contributi contribuiscono in maniera magistrale alla polifonia degli interessi

e delle attenzioni della nostra Associazione, polifonia che si cerca di esprimere in questa newsletter. Di ciò siamo profondamente grati al nostro colto e generoso collega.

“L’interessantissima videopresentazione tenuta da Alessandro Padovani nel seminario AIP del 20 aprile ha portato l’attenzione sui biomarcatori utili alla diagnosi ed alla gestione clinica della demenza. L’argomento è sempre più presente in letteratura: in ambito gerontologico, tra le altre, è stata appena pubblicata la indagine epidemiologica prospettiva suburbana cinese dove i livelli plasmatici di A β 1-42 [misurata mediante kit commerciali in immunoassorbimento (ELISA)] comportavano incrementi quantitativamente molto modesti (OR = 1.043, 95% CI: 1.005–1.083), ma statisticamente significativi (P = 0.026) nell’occorrenza di cali nel punteggio Mini Mental State Examination \geq 5 punti in 2 anni [veniva eseguita anche una ampia batteria neuropsicologica]. Tale evento si è verificato nel 5,2% di 1.144 soggetti all’inizio cognitivamente integri, di età media = 55.10 \pm 9.63 anni, compresa tra 40 ed 85 anni, di cui 2/5 erano maschi, e 3/5 avevano una istruzione di livello almeno superiore [1].

Differente la popolazione di riferimento [soggetti con sintomi di deterioramento neurocognitivo lieve o di demenza iniziale, afferenti a 2 studi (“IDEAS” e “PARIS”)] e l’impegno tecnologico [spettrometria di massa per le analisi ematiche] per l’indagine apparsa su JAMA, dove è stato sviluppato un algoritmo che associa strettamente la presenza di amiloidosi cerebrale [rilevata mediante tomografia ad emissione di positroni] con il rapporto A β 42:40, abbinato ad apoE ed età [2]. Ma Lancet Healthy Longevity propone un ampliamento dell’orizzonte a biomarcatori non specifici per la malattia di Alzheimer. L’attenzione viene rivolta a 2 marcatori comuni alle più frequenti cause di demenza: i “neuro filamenti leggeri” (Nfl) testimoniano la perdita neuro-assonale, mentre la proteina acida glio-fibrillare (GFAP) viene prodotta e rilasciata dagli astrociti attivati; entrambe le sostanze sono misurabili sul sangue mediante strumentazione apposita. Mentre per Nfl sono disponibili dati confortanti, al momento della pubblicazione dell’articolo in questione – e relativo editoriale [3,4] – non esisteva nessuno studio che avesse impiegato GFAP come biomarcatore ematico di demenza adoperato con valore prognostico in individui cognitivamente normali. Sono state esaminate perciò 300 persone di 61 \pm 9 anni, 2/5 donne, afferenti ad un ambulatorio per la memoria, prevalentemente per preoccupazioni di natura psicologica o di sonno scadente, cognitivamente integre, seguite per anni, anche mediante testistica neuropsicologica. Analizzate individualmente, dopo gli opportuni aggiustamenti statistici, sia GFAP che Nfl ai loro livelli iniziali prevedevano con elevata significatività statistica la comparsa di demenza, esprimendo rapporti di tasso di rischio rispettivamente = 3,6 e 1,8. Considerando GFAP e Nfl contemporaneamente nel modello statistico, solo la prima rimane significativa [rapporto tra i tassi di rischio = 3,3]; aggiungendo anche il rapporto plasmatico A β 42:40, anch’esso presenta capacità predittiva [rapporti di tasso di rischio rispettivamente = 2,6 per GFAP e 2,1 per A β 42:40 (Nfl rimane escluso)]; inoltre, più elevati livelli di GFAP basale predicavano perdite più severe in memoria, attenzione e funzioni esecutive. Viceversa, ai prelievi seriat, le concentrazioni dei soli Nfl crescevano nel tempo maggiormente in chi ha sviluppato demenza rispetto a chi ha mantenuto la integrità cognitiva. Il differente modo con cui GFAP e Nfl esprimono la suscettibilità ad A β e Tau ricalca quanto osservato nella malattia di Alzheimer familiare e nella Corea di Huntington.

La visione quindi si amplia, ma l’orizzonte si estenderà ancor più quando entreranno in campo anche la microglia [cui è stato fatto riferimento in un recente “angolo” dedicato alla “TREM”] – tenendo conto della sua stessa interazione con l’avanzare dell’età – e, magari, anche visioni alternative al modello dominante basato sulla sequenza amiloide – tau.”

[1] Wang J, Gao L, Liu J, Dang L, Wei S, Hu N, Gao Y, Peng W, Shang S, Huo K, Wang J, Qu Q. The Association of Plasma Amyloid- β and Cognitive Decline in Cognitively Unimpaired Population. *Clin Interv Aging*. 2022;17:555-565 <https://doi.org/10.2147/CIA.S357994>

[2] Hu, Y., Kirmess, K. M., Meyer, M. R., Rabinovici, G. D., Gatsonis, C., Siegel, B. A., Whitmer, R. A., Apgar, C., Hanna, L., Kanekiyo, M., Kaplow, J., Koyama, A., Verbel, D., Holubasch, M. S., Knapik, S. S., Connor, J., Contois, J. H., Jackson, E. N., Harpstrite, S. E., Bateman, R. J., ... West, T. (2022). Assessment of a Plasma Amyloid Probability Score to Estimate Amyloid Positron Emission Tomography Findings Among Adults With Cognitive Impairment. *JAMA network open*, 5(4), e228392. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.8392>

[3] Verberk, Inge M W et al. Serum markers glial fibrillary acidic protein and neurofilament light for prognosis and monitoring in cognitively normal older people: a prospective memory clinic-based cohort study. *The Lancet Healthy Longevity*, Volume 2, Issue 2, e87 - e95. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30061-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30061-1)

[4] Zetterberg, Henrik, Bendin, Barbara B. Neurodegenerative dementias: screening for major threats to healthy longevity with blood biomarkers. The Lancet Healthy Longevity, Volume 2, Issue 2, e58 - e59. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00009-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00009-X)

Concludiamo con il consueto invito al nostro **22° Congresso Nazionale** “Dopo la pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età” (Firenze, 23-25 maggio), il cui programma è pubblicato sul sito AIP. Non è mai troppo tardi per dedicare un po' di tempo alla ripresa delle attività in vivo, al fine di ricostruire legami e consuetudini. L'iscrizione è possibile collegandosi alla piattaforma online <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml> .

Ricordo anche che, subito dopo il Congresso nazionale, si svolgerà a Torino, dal 26 al 28 maggio, il **4° Congresso nazionale dei Giovani AIP**, attività fondamentale per la crescita della nostra Associazione su idee originali e innovative. Sul sito AIP www.psicogeriatría.it è possibile consultare il programma.

Ricordiamo inoltre l'iscrizione all'AIP. Con particolare soddisfazione abbiamo notato che vi sono molte nuove adesioni; però non vorremmo perdere... gli amici di vecchia data!

Segnalo infine che **mercoledì 4 maggio** si terrà il prossimo **webinar AIP**; la prof.ssa Morbelli tratterà di **“DaT SPECT, FDG ed Amyloid PET: uso clinico ed aspetti pratici”**. L'iscrizione, come sempre, è gratuita, ma necessaria, e possibile accedendo all'apposito link pubblicato nella locandina in allegato.

Con viva amicizia, buon lavoro, ognuno nelle diverse realtà dove impegna intelletto e volontà a favore degli anziani fragili.

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDI 4 MAGGIO 18:30 – 19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

**DaT SPECT, FDG ed Amyloid PET:
uso clinico ed aspetti pratici**
Silvia Daniela Morbelli – Genova

Conduce la discussione: *Luigi Ferrannini*

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 2 maggio 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Grazia al contributo incondizionato di



Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com

TREVISO CITTA'AMICA DELLA PERSONA CON DEMENTIA

È una comunità che sa includere le persone con declino cognitivo per conoscerle, accoglierle e sostenerle



ogni individuo ha il potere di fare del mondo un posto migliore ***S. Bambarén, scrittore***



Fa in modo che ogni membro della comunità crei con gli altri un impegno volto a collocare le persone affette da demenza in un'atmosfera di particolare attenzione verso le sue fragilità e consapevole tolleranza verso le sue capacità.

1200000 IN ITALIA

3

**MILIONI DI FAMILIARI
COIVOLTI**

**50% ACCUSA
PEGGIORAMENTO
DI SALUTE**

**50% ACCUSA
PEGGIORAMENTO
DEL PROPRIO
LAVORO**

**3 VOLTRE PIÙ
ALTO IL RISCHIO
DI DEPRESSIONE**

1

MILIONE DI BADANTI



cosa vuol dire?



PLASMARE LA COMUNITÀ
IN BASE ALLE ASPETTATIVE
DELLE PERSONE
CON DEMENZA

AIUTARE LE PERSONE
CON DEMENZA A IMPEGNARSI
NELLA VITA SOCIALE

MANTENERE
L'INDIPENDENZA
TROVANDO SOLUZIONI
IN BASE ALLA PROPRIA
COMUNITÀ

VALORIZZARE
LE PERSONE
CON DEMENZA
E RICONOSCERE
IL LORO CONTRIBUTO

ASSICURARE DIAGNOSI
TEMPESTIVA E CURA
PERSONALIZZATA
E INTEGRATA

RENDERE LA FARMACIA UN SEGRETO
ACCOGLIENTE E IL PIÙ POSSIBILE
A MISURA DELLE PERSONE
CON DEMENZA

ADATTARE NEGOZI E SERVIZI
AI BISOGNI DELLE PERSONE
CON DEMENZA

ASSICURARSI CHE
LE ATTIVITÀ SOCIALI
INCLUDANO LE PERSONE
CON DEMENZA

FACILITARE GLI SPOSTAMENTI
NELLA CITTÀ





LE CITTÀ AMICHE NEL MONDO

spot, trasmissioni televisive, formazione on line,
scontistiche, raccolta fondi, races,..

in Australia 10800 rappresentanti delle FDO
formati.

in Cina trasmissione televisiva seguita da oltre
700000 persone

GIAPPONE
REGNO UNITO
CANADA
AUSTRALIA
IRLANDA
SCOZIA
OLANDA
SRI LANKA
BELGIO
MINNESOTA
KENYA
CINA

IN ITALIA

42

COMUNI O FRAZIONI

MACERATA

NOVARA

PERUGIA

ABBIATEGRASSO

...

BELLUNO

ARZIGNANO

VR BGO TRENTO

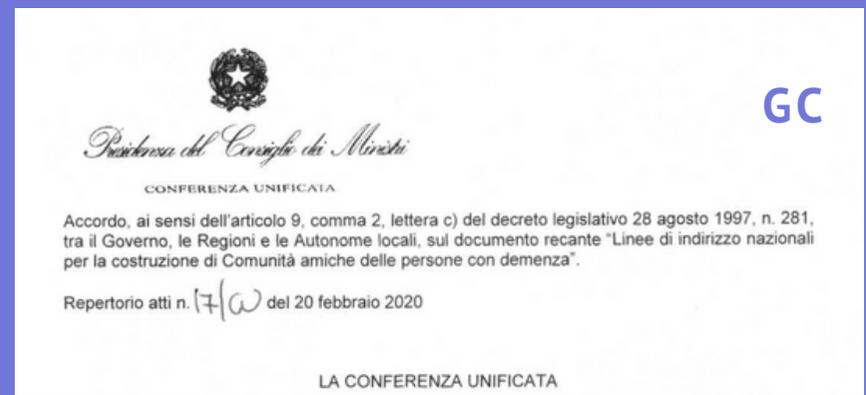


*fai quello che puoi,
con quello che hai, nel
posto in cui sei*

T.Roosevelt



**UFFICI BANCARI
UFFICI POSTALI
ESERCIZI
COMMERCIALI
BUS
FARMACIE
ULSS-PS
RISTORANTI, BAR
FORZE DELL'ORDINE**





BELGIO

OLANDA

 corriere ⋮

Olanda

Nascono nei supermercati le casse «lente» per far parlare gli anziani soli

L'idea del progetto, voluto dal governo, è quella di «aiutare le persone a stabilire un contatto reale con i cassieri. Un piccolo gesto, ma molto prezioso»

CORRIERE DELLA SERA

☰ **la Repubblica** 🌐

Napoli ▾

Pazienti affetti da demenza, vigili si formano per aiutarli

Pazienti affetti da demenza, vigili si formano per aiutarli

NAPOLI

LONDRA



Dementia-friendly emergency services guide

A practical guide for police, fire and ambulance services to supporting people affected by dementia





1st Responder - Alzheimer's & Dementia Training "Stopped In Traffic"



MINNESOTA
UK

Process



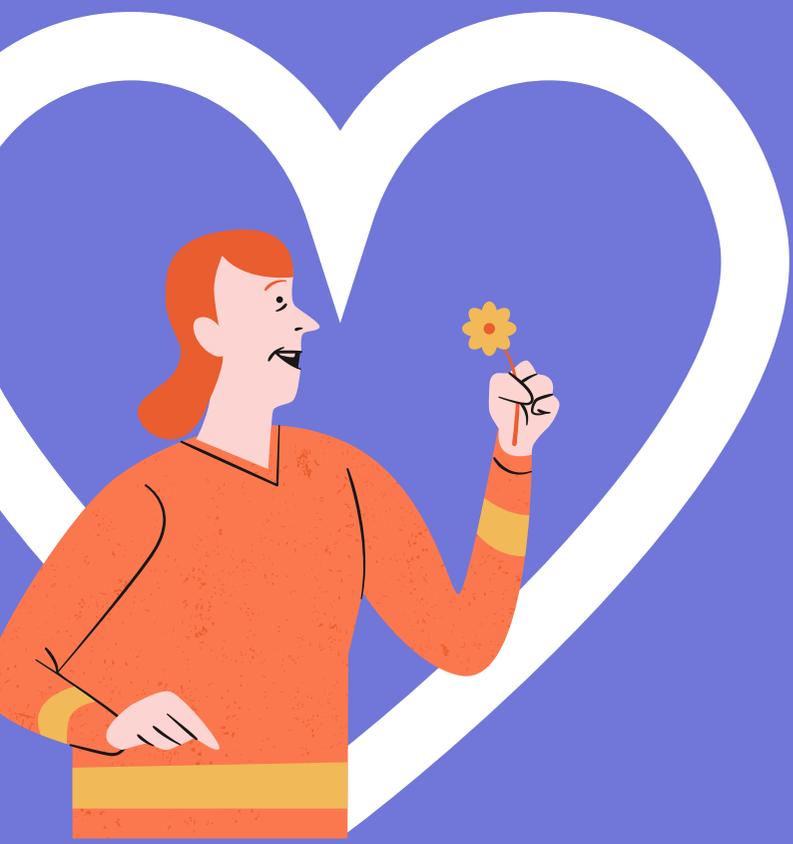
**Customer support,
information provision
and signposting**

Key actions

- 
 Produce accessible versions of timetables, both online and offline.
- Highlight and where possible, announce bus stops along routes and inside buses. This extra support can act as a reminder for passengers with a wide range of disabilities.
- Dementia is classed as a disability within the Equality Act 2010, under which bus organisations have a legal duty to their passengers.

Non si presta mai attenzione a ciò che è stato fatto,
si vede soltanto ciò che resta da fare

Marie Curie



RETE ALZHEIMER



REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MANCÀ TREVIGIANA

5 caffè alzheimer /on line



**percorsi individuali con specialisti
a casa "sapid" 120 famiglie/anno**

laboratori cognitivi



**percorsi stim cog digitale,
app, smartband**

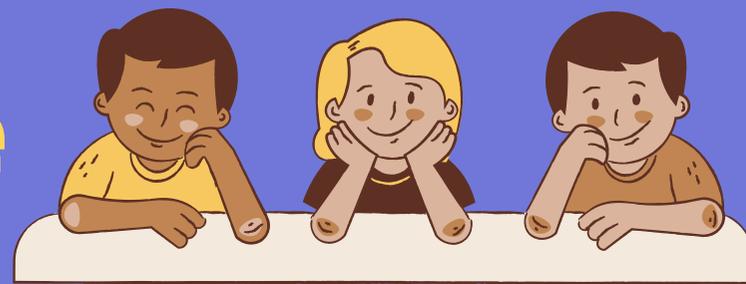


fatti un tagliando!



centri sollievo

scuole e biblioteche



RISULTATI

5% ACCESSI IN RSA IN 3 ANNI

NESSUN PEGGIORAMENTO DEL
DISTRESS FAMILIARE IN TEMPO
COVID



 **frontiers**
in Aging Neuroscience

BRIEF RESEARCH REPORT
published: 20 April 2021
doi: 10.3389/fnagi.2021.652833



Caring for People With Dementia Under COVID-19 Restrictions: A Pilot Study on Family Caregivers

Elena Carbone^{1*}, Rocco Palumbo², Alberto Di Domenico², Silvia Vettor², Giorgio Pavan² and Erika Borella^{1*}

¹ Department of General Psychology, University of Padova, Padova, Italy, ² Department of Psychological, Health and Territorial Sciences, G. d'Annunzio University of Chieti-Pescara, Chieti, Italy, ³ Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani, Treviso, Italy

*un obiettivo
è un sogno
con un punto
di arrivo*

Duke
Ellington





**LIEVE E'
L'OPRAR SE
CONDIVISO**

OMERO

Newsletter AIP – 22 aprile 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

tra un mese, il 23 maggio, inizia a Firenze il nostro 22° Congresso nazionale. Tutto è pronto sul piano scientifico (avete ricevuto due giorni fa il programma definitivo); restano alcuni particolari organizzativi. Inoltre, **è ancora aperta la possibilità di iscriversi** (tutti i dettagli al link: <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml>), in modo da poterci incontrare dal vivo, come non facciamo da molto tempo. Ricordo in particolare il **Corso pregressuale per psicologi clinici e neuropsicologi** “La valutazione cognitiva in Telemedicina: scenari attuali e futuri”, che si terrà il 23 maggio dalle ore 9.00 alle ore 17.00. A proposito della partecipazione, assicuro che il Palazzo dei Congressi di Firenze adotta procedure molto rigide per la sicurezza infettiva, per cui la partecipazione al nostro evento potrà avvenire in condizioni di serenità. Una serenità che ci viene soprattutto dall’incontro diretto e lo scambio tra le nostre sensibilità scientifiche e umane, anche se purtroppo il quadro generale è ancora molto preoccupante e l’angoscia crescente per la sorte di popolazioni aggredite e massacrate senza alcun motivo. Come sarà possibile uscirne? Resta una domanda ancora senza risposta.

Una notizia che fa piacere. Secondo le banche dati più accreditate, **i lavori scientifici sul Covid-19 prodotti in Italia sono stati fino ad ora circa 8000**; il dato ci pone in quarta posizione dopo Stati Uniti, Cina e Regno Unito. Ancora una volta, mettiamo in gioco una straordinaria capacità di resilienza, anche se ci sentiamo scarsamente supportati dalle strutture pubbliche; in queste circostanze il nostro Paese riesce a mettere insieme energie intellettuali e strumenti economici per primeggiare. Quando, però, sarebbe necessario un maggior impegno stabile, condizione nella quale le strutture organizzate giocano un ruolo primario, allora mostriamo forti limiti. Ma guai a lamentarsi; peraltro, anche se il sistema pubblico funzionasse meglio, penso sarebbe molto difficile risalire in graduatoria prima dei tre Paesi più forti di noi.

JAGS di marzo pubblica un lavoro con relativo editoriale sulla **somministrazione di benzodiazepine e antipsicotici nei dipartimenti di emergenza, in risposta a comportamenti dell’anziano pericolosi per sé e per gli altri**. Il lavoro si limita a leggere la realtà e ad evidenziare la pericolosità conseguente a questa prassi, senza dare indicazioni su comportamenti alternativi. A questo proposito l’editoriale si conclude così: “Non dobbiamo attendere prove definitive di trattamenti efficaci, questa notte un vostro genitore potrebbe essere contenuto chimicamente senza una reale necessità. Ognuna di queste somministrazioni è una di troppo!”.

Lo stesso numero di *JAGS* presenta un commentario su **“Promoting healthy aging in older women: a call to action”**. La sollecitazione è davvero importante, perché richiama la nostra attenzione sull’invecchiamento differenziale nei due sessi, realtà che non viene normalmente riconosciuta quando si discute di invecchiamento in salute.

JAGS ha pubblicato anche quest’anno l’**elenco dei dieci lavori più consultati tra quelli del 2021**: è sempre una finestra che permette di capire l’interesse degli operatori sanitari per le specifiche

problematiche in ambito geriatrico. Sei sono dedicati al Covid-19, dei quali quattro all'epidemia nelle residenze per anziani, 2 alle cadute, dei quali uno alla supplementazione con vitamina d, uno sull'utilità della musica nelle demenze, uno sulla revisione farmacologica per evitare inutili ricoveri ospedalieri. È una classificazione che indica quali sono ritenute le problematiche più delicate; sottolineo in particolare l'attenzione alla realtà delle Case di riposo.

JAMDA di aprile pubblica [un articolo che analizza il vissuto dei medici che lavorano nelle Case di riposo](#); ritengono di prestare un'assistenza ai residenti di qualità più elevata rispetto agli altri medici. Però gli autori sostengono che è necessaria una definizione più precisa delle competenze per lavorare nelle strutture per anziani e che il sistema Medicare dovrebbe modificare le modalità di pagamento, per incentivare un maggior numero di professionisti a specializzarsi nelle cure da prestare nelle Case di riposo. I problemi sollevati assomigliano molto a quelli italiani... sono evidentemente uguali in tutto il mondo; da noi le diverse scelte compiute dalle regioni in questi anni, rispetto alle competenze dei medici coinvolti nelle cure, hanno rallentato la creazione di gruppi di sanitari esperti negli aspetti specifici dell'assistenza e orgogliosi della propria professione. Sarebbe davvero un progresso importante se nel prossimo futuro, anche approfittando delle innovazioni indotte dal PNRR, nel nostro Paese si potesse formare una scuola e una tradizione di professionisti coinvolti nelle RSA, in grado di promuovere il valore del loro impegno e allo stesso tempo di promuovere un costante rinnovamento delle modalità di cura. È ben chiaro che la guida delle residenze per anziani deve essere condivisa tra aspetti strategico-gestionali e aspetti clinico-assistenziali; però, nel rispetto delle specifiche competenze, dove vi è un medico colto, aperto all'innovazione, capace di lavorare in équipe, l'atmosfera complessiva della RSA ne riceve un grande vantaggio.

JAMA dell'8 aprile ritorna ancora una volta con [un editoriale sui rischi per la salute negli Stati Uniti, stressando le condizioni che ne possono causare una cattiva qualità](#). Ancora una volta la letteratura clinica si sofferma su queste denunce, anche se sembra in difficoltà nel proporre soluzioni. Non basta affermare, come fa l'editoriale in questione, che "È solo attraverso la valutazione delle cause, come il razzismo, la segregazione, la povertà, abitazioni inadeguate, e un largo numero di ulteriori cause che noi possiamo disegnare interventi che plausibilmente hanno la potenzialità per migliorare la salute e restringere le differenze di salute". E poi? A noi spetta, come operatori, un supplemento di attenzione quando incontriamo persone svantaggiate, per cercare di ridurre, almeno di poco, la sofferenza. E le comunità cosa stanno progettando e realizzando?

"In Piemonte non possiamo curare a casa le nostre figlie disabili": è l'angosciato appello dei genitori recentemente pubblicato da un quotidiano. Ricorda una problematica aperta, che riguarda anche le persone anziane fragili, e che è stata al centro del dibattito al momento della costruzione del PNRR. Questo prevede un finanziamento rilevante per il territorio, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare. A questo proposito allego [una sintesi della proposta per l'istituzione di un Sistema Nazionale Assistenza Anziani, predisposta dal Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza](#). Il testo del professor Cristiano Gori, coordinatore del Patto, permette di rispondere con cognizione di causa all'interrogativo se vi è davvero bisogno del sistema nazionale di assistenza ai nostri concittadini più fragili. Ricordo che il Patto, al quale partecipa con impegno anche AIP, è stato definito "la comunità italiana della nonautosufficienza" per sottolineare come riassume in sé tutte le istanze per costruire un'organizzazione davvero efficace al fine di permettere una "vita buona" agli anziani fragili.

Silvia Vettor continua la gradita e originale collaborazione con la newsletter. Riporto la [descrizione della vita di un signore di età avanzata, che in questi mesi ha attraversato i servizi sanitari della città di Treviso](#). Chi scrive è un generale, abituato a rilevare i particolari; quelli da lui descritti ci

dicono di un sistema di altissima qualità, che dovrebbe essere imitato in tutte le regioni del nostro Paese. Ricordo, a questo proposito, che AIP organizza a Napoli il prossimo 14-16 dicembre un convegno di studio per presentare alcuni modelli facilmente replicabili di assistenza all'anziano fragile, in particolare dove questi servizi sono qualitativamente meno adeguati alle esigenze dei cittadini. "Carissimo Professore, condivido le sagaci parole di un mio utente, un colto generale ultra90enne, oggi in prevalenza dedito al prendersi cura della moglie, malata di Alzheimer. Reduce da un ricovero in Ospedale di Comunità, comunica ciò che per lui sembra 'contare davvero' nella relazione con i servizi sanitari. Le sue parole mi riportano ad uno scritto di Scott Wallace, esponente del Value Healthcare Model, che invita a considerare le variabili di 'Capability, Comfort e Calm' come determinanti imprescindibili della qualità dei servizi sanitari (<https://www.modernhealthcare.com/article/20190112/NEWS/190109916/commentary-lose-star-ratings-instead-measure-what-matters-to-patients>)":

"Prelevato a domicilio dall'ambulanza, sono stato consegnato ad un Pronto Soccorso ben organizzato e funzionante, in cui mi hanno rivoltato, pesato, radiologizzato e inviato al reparto Malattie Infettive dove sono stato curato per 3 giorni, poi trasferito all'Ospedale di Comunità, per guarire dall'immane polmonite covidiana. Sono rimasto colpito dagli arredi nuovi ed ergonomici, letti modernissimi, ma l'aspetto più appagante è stata la disponibilità di personale sanitario di provenienza estera: un giovane dottore tunisino, una dottoressa della Costa d'Avorio... tutti bardati da testa a piedi, irriconoscibili se non per una scritta frontale con il loro nome, da cui si poteva risalire alle provenienze. Ma l'aspetto più rilevante è stata la dedizione alla cura dei pazienti, una buona metà affetti da demenza, non presenti a se stessi, con qualcuno che urlava e minacciava le infermiere che, con infinita pazienza, cercavano di calmare, dare da mangiare, curare l'igiene personale. Mai che abbia colto in loro un cenno di irritazione o insofferenza. Anche la varietà e la consistenza del cibo l'ho trovata soddisfacente... "ottimo abbondante", per usare un'espressione militare. Alla dimissione, sono stato ricompagnato dalla solita ben attrezzata ambulanza e riportato al secondo piano del mio immobile privo di ascensore, da personale professionalmente preparato, disponibile, gentile. Ciliatina sulla torta, sono stato informato che il mio soggiorno premio in Ospedale è costato a Pantalone circa 5000,00 euro (nota in calce alla lettera di dimissione) che, moltiplicato per tutti i ricoverati da inizio pandemia, danno una cifra da far tremare i polsi. Altro che malasanità. Tutto il personale sanitario sul campo, dal primo medico all'ultimo collaboratore, merita incondizionato apprezzamento e riconoscenza, anche da parte di coloro che non si ammalano. Intanto sto tornando lentamente alla normalità, natura non facit saltus...

La mattina dopo il ricovero mia moglie mi ha cercato per tutta casa, sempre sotto costante marcatura di mia figlia, sulla quale è piombato l'intero carico della gestione, privata dell'aiuto delle badanti, per ovvi motivi di sicurezza. Non nego che questa ricerca mi ha acceso un sentimento di rivalsa su tutte le invocazioni alla mamma, che giovani novantenni invocano durante la notte, sempre e solo "Mammaaaa!!". Mai che abbia sentito invocare un padre, anche piccolo a piacere.

Ho comunque notato che mia moglie ha superato lo smarrimento iniziale e mi ha chiesto al telefono "Gianni, come stai?" innescando subito dopo una delle sue filastrocche alfanumeriche canterine che conclude regolarmente con "Amen". Grazie al servizio domiciliare Alzheimer, alle cure farmacologiche e ai consigli ricevuti, mia moglie è più serena, non ci si arrabbia più per l'invadenza dei protagonisti TV che osano presentarsi in casa senza invito. Animata da moto perpetuo, tocca tutto, estirpa piantine, rompe introvabili porcellane di capodimonte.

Domani verranno a casa a farle il tampone e se tutto risponderà alle aspettative, tornerò a gestire il mio piccolo harem di badanti che annovera un'ucraina e ben tre musulmane di origine kosovara. Anche queste scritte sono conseguenze della pandemia, che mi ha visto intento a scrivere e leggere per vincere l'isolamento forzato, effetto della convivenza con persone silenti, spesso impegnate a guardare il soffitto. Colpa della Scuola di Atene, in cui si invitavano gli allievi a guardare il Cielo senza perdere di vista la Terra e a guardare la Terra senza perdere di vista il Cielo".

Nelle parole del Generale Gianni, frizzanti come il suo temperamento, è racchiuso un virtuoso esempio di Rete in cui servizi a sfondo principalmente sanitario si fondono e si connettono a servizi socio-assistenziali a domicilio, in una staffetta ragionata, senza ridondanze, che tiene sempre in

considerazione la diade di fragilità malato e caregiver, che ha dimostrato un'incredibile forza. Tra gli "atleti" di questa staffetta della cura mi preme ricordare le tre badanti e la figlia, capaci di essere fluide nel dosare la loro presenza, senza il cui prezioso contributo non sarebbe stato pensabile il ritorno alla normalità.

Infine, il tradizionale **contributo di Mauro Colombo**:

"Nelle newsletter AIP vengono stigmatizzate le raccomandazioni generiche che non diano luogo ad indicazioni operative praticabili concretamente. È il caso – nella newsletter di venerdì 15 aprile – dell'invito a raccogliere la anamnesi sociale [su JAGS] e l'"imperativo per i medici [ad] avere le conoscenze e le capacità per rilevare e determinare l'uso appropriato dell'intelligenza artificiale" [da JAMA]. Un contro-esempio virtuoso, legato alla intelligenza artificiale, è riportato proprio su JAMA Cardiology, dove si tratta di un algoritmo per la volumetria ventricolare sinistra, che è risultato più efficace ed efficiente della osservazione umana nel distinguere e valutare la cardiomiopatia ipertrofica e la amiloidosi cardiaca [1 (articolo liberamente accessibile in rete)].

In ambito psicogeriatrico, una medesima urgenza verso la concretezza è stata avvertita da Autori inglesi rispetto ad interventi psicosociali a favore delle persone con demenza lieve, basati su prove solide [2 (articolo liberamente accessibile in rete)]. 480 persone con Mini Mental State Examination $\geq 18/30$, viventi in comunità, sono state assegnate casualmente – in rapporto 1:1 – ad una serie di sessioni di gruppo e individuali, oppure alla assistenza usuale, in 13 sedi sparse per tutta l'Inghilterra. Le sessioni collettive prevedevano gruppi di 8–12 persone, con cadenza settimanale per 12 settimane consecutive, affrontando – in modo strutturato – argomenti che promuovevano la connessione con la comunità ed attività significative per i partecipanti, compresa la possibilità di metterle in pratica. La natura ed il contenuto delle 4 sessioni individuali era informata da bisogni, interessi ed aspirazioni espressi dagli stessi partecipanti: per esempio, metodi per leggere ricette, tenere un diario, partecipare a un gruppo della comunità, impegnarsi in attività fisiche e preparare risorse da portare a una prossima sessione di gruppo. L'obiettivo principale di tale studio pragmatico consisteva nella qualità di vita correlata alla salute dei pazienti, misurata con la "Dementia Related Quality of Life measure" (DEMQOL), auto-compilata; si affiancavano 8 misure di obiettivi secondari – relativi ad autonomia, resilienza ed autogestione, rilevati anch'essi al tempo basale ed 8 e talvolta anche 12 mesi dopo, ed una analisi di costo/efficacia. I miglioramenti alla DEMQOL – omogenei per tipologia di demenza – non hanno raggiunto l'entità che definisce un effetto clinicamente significativo, sul quale era stata calcolata la dimensione del campione. Neppure il rapporto costo/efficacia è risultato favorevole. Eppure, nonostante codesti risultati avversi, non si può parlare di una esperienza del tutto negativa. E ciò non solo perché è stato colto un pur modesto miglioramento in termini di benessere psicologico, stimato mediante la Diener's Flourishing Scale. Né possiamo invocare come unica motivazione dell'insuccesso un "effetto soffitto" dovuto alle caratteristiche del campione, caratterizzato da un discreto livello sia cognitivo [MMSE di fatto oltre 24/30 medi] che di livello basale in qualità di vita – peraltro in linea con qualche raffronto precedente. Intanto, viene confermata la sicurezza e la fattibilità dell'intervento, mirato alle potenzialità residue individuali, piuttosto che ai deficit dei destinatari, la cui partecipazione regolare testimonia una "fidelizzazione". Semmai, visto che gli interventi non farmacologici sono avvalorati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come "imperativo globale" – nonostante la scarsità di prove a favore della loro efficacia ed efficienza – secondo gli Autori occorrerà per il futuro porre maggiore attenzione agli aspetti metodologici. La DEMQOL potrebbe essere poco sensibile a cogliere lievi, ma pur importanti miglioramenti; delle altre 8 misure adottate per gli obiettivi secondari, nessuna è specifica per la demenza, in mancanza di strumenti più idonei. Secondo l'editorialista, occorre ampliare lo sguardo, per includere anche altri obiettivi: i disturbi di comportamento, che segnano anche le fasi più precoci della demenza, ed un maggiore interessamento dei familiari, coinvolti nello studio originale come elementi di supporto e consulenza. Che si possa imparare anche da un apparente insuccesso lo testimonia il titolo stesso dell'editoriale di commento, che, tradotto, recita "guardare la foresta ma perdere di vista alberi importanti" [3(articolo liberamente accessibile in rete)]."

[1] Duffy, G., Cheng, P. P., Yuan, N., He, B., Kwan, A. C., Shun-Shin, M. J., Alexander, K. M., Ebinger, J., Lungren, M. P., Rader, F., Liang, D. H., Schnittger, I., Ashley, E. A., Zou, J. Y., Patel, J., Witteles, R., Cheng, S., & Ouyang, D. (2022). High-Throughput Precision Phenotyping of Left Ventricular Hypertrophy With Cardiovascular Deep Learning. *JAMA cardiology*, 7(4), 386–395. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.6059>

[2] Gail A Mountain, Cindy L Cooper, Jessica Wright, Stephen J Walters, Ellen Lee, Claire Craig, Katherine Berry, Kirsty Sprange, Tracey Young, Esme Moniz-Cook, Tom Dening, Amanda Loban, Emily Turton, Jules Beresford-Dent, Benjamin D Thomas, Benjamin J Thompson, Emma L Young. The Journeying through Dementia psychosocial intervention versus usual care study: a single-blind, parallel group, phase 3 trial. *Lancet Healthy Longev* 2022; 3: e276–85. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00059-9](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00059-9)

[3] Helen C. Kales. Seeing the forest but missing some important trees. *Lancet Healthy Longev* 2022; 3: e225-6. [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(22\)00077-0/fulltext#:~:text=DOI%3Ahttps%3A//doi.org/10.1016/S2666%2D7568\(22\)00077%2D0](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(22)00077-0/fulltext#:~:text=DOI%3Ahttps%3A//doi.org/10.1016/S2666%2D7568(22)00077%2D0)

Mercoledì 20 aprile si è tenuto il webinar del Prof. Padovani su “Biomarcatori e demenza: non solo diagnosi”. Ricordo che le videoregistrazioni degli eventi sono disponibili nella sezione dedicata del sito AIP per gli iscritti alla nostra Associazione. Il **4 maggio**, alle 18.30, la Prof.ssa Morbelli terrà il **webinar AIP** dal titolo: **“DAT, SPET, FDG, Amyloid PET. Uso clinico e aspetti pratici”**.

Allego una **breve intervista di Avvenire** a commento dei recenti numerosi e articolati interventi (molto forti!) a favore degli anziani da parte di Francesco.

Infine, ricordo che è sempre attivo il numero verde della nostra **Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell’anziano**, che offre il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. In allegato la locandina.

A tutti un cordiale pensiero e il consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrica

ABBIAMO BISOGNO DEL SISTEMA NAZIONALE ASSISTENZA ANZIANI?

Cristiano Gori

21 aprile 2022

Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza ha presentato le proprie proposte per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti prevista nel PNRR. Il Patto raggruppa gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nella non autosufficienza, una cinquantina circa¹, che rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi. La riforma è stata inserita nel PNRR a seguito dell'”iniziativa di lobbismo buono” (cfr. Ministro Orlando²) messa in atto dalle realtà del Patto³.

Ci troviamo ora all'inizio del cammino della riforma, i cui primi atti sono la presentazione del Disegno di Legge Delega da parte del Governo e la successiva discussione in Parlamento. L'obiettivo è quello di **definirne l'impianto - cioè il suo disegno d'insieme - nel modo più coerente possibile**, mentre la declinazione operativa avverrà nelle fasi successive.

Di seguito vengono presentati i punti chiave delle proposte del Patto, mirate all'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), rimandando al testo per la loro illustrazione completa⁴. Esse sono il frutto del lavoro ampiamente partecipato svoltosi tra le organizzazioni aderenti, che hanno trovato un accordo con più facilità di quanto la loro numerosità non facesse immaginare. Un simile esito conferma un'impressione diffusa da tempo tra gli esperti, non solo quelli del Patto: l'esistenza di un significativo grado di consenso tra gli addetti ai lavori in merito alla direzione da imboccare per il cambiamento. Le proposte, dunque, **non sono particolarmente innovative rispetto al dibattito tecnico** degli ultimi anni (in alcuni casi decenni) su come riformare il settore, dato che riflettono le posizioni condivise dai più. **Sono fortemente innovative, invece, rispetto alla realtà del welfare italiano** perché ne comporterebbero una revisione profonda e un deciso passo in avanti.

¹<https://www.pattononautosufficienza.it/chi-siamo/>

²<http://www.vita.it/it/article/2021/11/12/orlando-la-coprogettazione-sara-il-metodo-del-ministero-del-welfare/161007/>

³<https://www.lavoce.info/archives/74027/anziani-non-autosufficienti-dal-pnrr-una-risposta-alla-societa/>

⁴<https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2022/02/Patto-Proposte-introduzione-SNA-testo-definitivo-COMPLETO-01.03.2022.pdf>

1 Il Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA)

L'assistenza pubblica agli anziani non autosufficienti è oggi suddivisa in tre filiere istituzionali tra loro ben poco coordinate: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps. Il Patto propone di collocarle complessivamente all'interno del nuovo Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA). **Lo SNA, dunque, è composto dall'insieme di tutti gli interventi a titolarità pubblica dedicati all'assistenza degli anziani non autosufficienti.**

Lo SNA si basa **sul governo condiviso e sulla realizzazione congiunta delle misure rivolte agli anziani non autosufficienti, con il mantenimento delle attuali titolarità istituzionali** (siano esse statali, regionali o comunali). **Ogni snodo dello SNA è disegnato in modo da promuovere la massima unitarietà possibile** tra interventi che conservano centri di responsabilità separati. È così per l'accesso, la valutazione delle condizioni dell'anziano, la progettazione e l'erogazione delle risposte, l'organizzazione dei servizi, la programmazione e il monitoraggio degli interventi.

I principali benefici che derivano dalla realizzazione di un sistema simile sono quelli di:

-offrire risposte unitarie e appropriate. E' il vantaggio più evidente. Oggi, da una parte, anziani e famiglie sono disorientati dallo spezzettamento delle misure pubbliche, con una babele di regole e procedure da seguire. Dall'altra, la frammentazione esistente limita in maniera strutturale la possibilità di fornire interventi consoni alle esigenze della popolazione interessata. Introdurre lo SNA, al contrario, apporterebbe notevoli miglioramenti in termini di organicità e appropriatezza delle risposte, così come di semplificazione dell'accesso e del percorso nella rete del welfare;

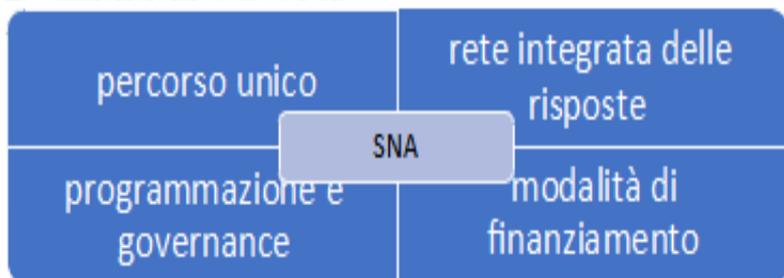
-promuovere l'approccio specifico della non autosufficienza. Si creano le condizioni per rimediare al diffuso ricorso dei servizi a modelli d'intervento solo parzialmente adatti alle condizioni degli anziani. Riconoscere la non autosufficienza come un'area autonoma del welfare significa, infatti, superare l'obiettivo di integrare misure di diversa provenienza, sanitaria e sociale, le loro logiche e le loro culture. Vuol dire, invece, costruire un nuovo contesto che promuova il perseguimento di un obiettivo differente, che oltrepassa il precedente: l'utilizzo dell'approccio peculiare della non autosufficienza, indipendentemente dalla provenienza e dall'appartenenza istituzionale delle prestazioni coinvolte;

-rendere la non autosufficienza riconoscibile dalle istituzioni e dalla politica. Come si possono chiedere migliori risposte per la non autosufficienza se non si riesce a rappresentare con chiarezza il settore ai governi e ai politici? Se si vuole che lo promuovano, occorre metterli in condizione di riconoscerlo: la frammentazione attuale, però, impedisce di farlo. Istituire lo SNA, invece, significa accreditare la non autosufficienza come uno specifico ambito del welfare, che, in quanto tale, ha un oggetto identificabile, chiari obiettivi e confini definiti (al pari di pensioni, sanità, povertà ecc.).

Dunque, dar vita allo SNA significa **coniugare ambizione e realismo**. L'ambizione risiede nell'edificare, finalmente, un sistema unitario e integrato per la non autosufficienza. La portata di un simile cambiamento - paragonato alla situazione attuale - non può certo essere sottovalutata. Il realismo consiste nello scartare le ipotesi di complessa ingegneria istituzionale tese a trasferire le attuali competenze di sociale, sanità e Inps a un unico – nuovo – settore delle politiche pubbliche appositamente costituito; quest'opzione non pare realisticamente praticabile e puntarvi significherebbe rinunciare ai miglioramenti effettivamente raggiungibili.

Impiegare un approccio sistemico comporta di affrontare ogni dimensione chiave del comparto: il percorso di anziani e familiari, la rete delle risposte fornite, l'assetto di programmazione e governance e il finanziamento. Di conseguenza la proposta è suddivisa in queste parti, riprese di seguito.

Le dimensioni dello SNA



2 Il Percorso unico

La tabella all'inizio della pagina successiva sintetizza i tre passaggi in cui – nel nuovo scenario - si articola il percorso di anziani e familiari nella rete del welfare. Cominciamo dal primo. La riforma intende rimuovere ogni ostacolo che possa ritardare o impedire l'accesso allo SNA. Pertanto, **il Punto Unico di Accesso (PUA) - collocato presso la Casa della Comunità - è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione deputato a fornire informazioni, orientamento e supporto amministrativo alla popolazione interessata**. Anziani e famiglie possono rivolgersi direttamente all'équipe responsabile della Valutazione Nazionale di Base (VNB, cfr. oltre) o arrivarvi attraverso il PUA, che li accompagna e facilita così il loro contatto iniziale con lo SNA.

La presenza dei PUA non rappresenta una novità perché questi servizi sono già previsti da diversi atti legislativi e programmatori statali, così come dalle normative di ogni Regione. Tuttavia, la loro capacità di svolgere le funzioni menzionate risulta deficitaria in gran parte del Paese. La sfida, dunque, è quella di modificare questo dato di fatto, sfruttando l'occasione offerta dalla collocazione presso le nuove Case della Comunità.

I passi del percorso

| | |
|--|---|
| | |
| <i>1. Punto Unico di Accesso (PUA)</i> | -Fornisce informazione, orientamento e supporto amministrativo |
| <i>2. Valutazione Nazionale di Base (VNB)</i> | -Valuta l'anziano tramite uno strumento adeguato -Stabilisce l'accesso allo SNA -Definisce le prestazioni nazionali da ricevere |
| <i>3. Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)</i> | (previa trasmissione della VNB) -Definisce gli interventi locali da ricevere -Attiva il Progetto assistenziale integrato (PAI) |

L'innovazione dello SNA si concentra, invece, nella **riforma della pletera di valutazioni delle condizioni dell'anziano oggi esistenti**, fattore cruciale per diverse ragioni. Primo, le valutazioni determinano la possibilità di ricevere i diversi interventi e costituiscono la base per progettarli. Secondo, l'eccessivo numero di momenti valutativi (5-6, tra statali e locali) e la loro mancanza di collegamento rendono il percorso di anziani e famiglie assai complicato e faticoso, producono duplicazioni e ostacolano la progettazione di risposte integrate. Terzo, l'attuale utilizzo di strumenti inadatti, in particolare nelle valutazioni legate alle prestazioni statali, impedisce di esaminare in maniera multidimensionale e oggettiva le condizioni degli anziani. Vediamo ora cosa cambia.

Lo SNA si fonda sull'unitarietà dell'accesso: dunque, **la possibilità di accedere all'insieme degli interventi viene stabilita tramite una sola valutazione, la Valutazione Nazionale di Base (VNB), di responsabilità dello Stato**. La VNB ingloba le diverse valutazioni oggi esistenti per ricevere le prestazioni nazionali (accompagnamento, legge 104/92, invalidità civile). A differenza di queste, però, esamina le condizioni degli anziani secondo un approccio multidimensionale, con un apposito strumento standardizzato di nuova generazione. La VNB stabilisce, innanzitutto, se gli anziani possono o meno accedere allo SNA. Definisce poi quali spettano alle persone ammesse tra gli interventi di titolarità statale (principalmente: prestazione universale di base/indennità di accompagnamento, agevolazioni fiscali, congedi e permessi di lavoro per i caregiver).

Lo SNA comporta per anziani e famiglie un percorso unico e semplice nell'intera rete del welfare. Svoltata la VNB, pertanto, gli anziani ammessi allo SNA vengono indirizzati alla **successiva valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale, di titolarità di Asl e Comuni**; ne fa parte personale di entrambi. L'UVM definisce gli interventi a responsabilità

regionale e comunale dei quali gli anziani possono usufruire. L'UVM, inoltre, attiva la procedura per l'elaborazione del Progetto assistenziale integrato (PAI), indicandone i criteri fondamentali.

La presenza di UVM condivise tra sociale e sanitario quale fulcro del sistema locale è contemplata in gran parte delle normative regionali: tuttavia, se in alcuni territori le Unità sono ben funzionanti, in altri sono da rafforzare. In entrambi i casi, la novità è che le UVM potranno beneficiare della dettagliata valutazione effettuata con la VNB, integrandola come ritenuto necessario per i propri specifici compiti.

Quali sono allora i miglioramenti rispetto all'assetto vigente? Alcuni riguardano le modalità per ricevere i diversi interventi:

- tutela e trasparenza dei diritti**: un'unica valutazione – effettuata con uno strumento oggettivo e multidimensionale - determina l'accesso all'intero sistema;
- semplificazione del percorso**: si passa dalle 5-6 valutazioni attuali a 2 soltanto;
- continuità del percorso**: le 2 valutazioni previste sono collegate tra loro.

Altri si riferiscono alla definizione delle risposte, a livello sia del singolo utente che delle politiche:

- rafforzamento della progettazione**: disporre della VNB consente alle UVM di potersi focalizzare sulla progettazione degli interventi, la loro attività fondamentale;
- rafforzamento della programmazione**: dalla VNB scaturiscono profili degli utenti comparabili tra le Regioni, passaggio decisivo per la governance dello SNA (cfr. oltre).

Negli scorsi anni, il dibattito sugli strumenti di valutazione si è concentrato sull'eventualità che le Regioni abbandonassero quelli già in uso nei loro territori per abbracciarne uno nazionale unico. Tale ipotesi ha sempre suscitato diffuse opposizioni, dato che gli strumenti regionali sono utilizzati da tempo e risultano ben inseriti nel funzionamento delle rispettive reti di welfare. Lo SNA ribalta la prospettiva: **il cambiamento, infatti, si basa sulla revisione degli strumenti nazionali** e sulla previsione di mettere il bagaglio conoscitivo che ne consegue a disposizione delle UVM territoriali. **Alle Regioni, invece, si chiede di realizzare ciò che la gran parte delle loro normative già prevede**: predisporre UVM ben funzionanti, realmente integrate tra sociale e sanità.

Secondo alcuni, non sarebbe sufficiente neppure passare da 5-6 a 2 momenti valutativi perché bisognerebbe prevederne uno solo. Ciò, tuttavia, comporterebbe di abolire le attuali UVM territoriali per dar vita a unità di valutazione completamente nuove, responsabili dell'allocazione di tutti gli interventi dello SNA. Se si assume una prospettiva di cambiamento realistica e rispettosa dei sistemi di welfare locali, percorrere una strada del genere appare chiaramente sconsigliabile: lo stesso vale se si mettono a fuoco i notevoli benefici dell'innovativo assetto proposto.

3.a La rete integrata delle risposte: l'architettura

Veniamo adesso agli interventi offerti dal Sistema Nazionale Assistenza Anziani. La loro definizione non può che poggiare su due capisaldi: la tutela pubblica della non autosufficienza, imperniata sulla garanzia di un insieme di diritti, e l'unitarietà delle risposte. **Lo SNA, dunque, si fonda sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali** rivolti a questa fascia di popolazione, un aspetto ripreso più avanti. Lo SNA, inoltre, supera la separazione tra sociale e sanità: **comprende quindi i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP), che vengono definiti ed erogati contestualmente.**

La riforma deve indicare l'insieme degli interventi a titolarità pubblica destinati agli anziani non autosufficienti in Italia. Le loro condizioni sono assai sfaccettate per gravità e tipologia e si modificano nel tempo: per affrontarle, di conseguenza, **non bisogna puntare su singole misure bensì costruire una filiera di risposte**, cioè un ventaglio di sostegni differenziati e complementari tra loro, che si snodano attraverso i diversi setting assistenziali (domiciliare, semiresidenziale e residenziale). Anche se tutte le unità di offerta devono essere sviluppate adeguatamente, la priorità viene attribuita alle prestazioni fornite a casa degli anziani, soluzione da preferire ogniqualvolta sia possibile. Sotto sono elencati gli interventi compresi nella filiera dello SNA.

La filiera dello SNA

- Interventi domiciliari
- Soluzioni abitative di servizio
- Servizio semiresidenziali
- Servizi residenziali
- Prestazione universale per la non autosufficienza
- (ulteriori) Interventi per le assistenti familiari
- Interventi a sostegno dei caregiver familiari
- Interventi per gli adulti con disabilità che invecchiano

Questo elenco va letto tenendo a mente che l'architettura dello SNA è rispettosa dell'autonomia degli Enti Locali e dell'eterogeneità dei modelli territoriali di welfare. **Lo Stato, di conseguenza, per ognuno degli interventi previsti indica solo pochi elementi qualificanti**, che rappresentano – per l'appunto - i livelli essenziali. Infatti, **qui non si tratta di “rifare” l'intero welfare per la non autosufficienza, bensì di rafforzarne gli elementi più deboli e integrarne le diverse parti.** In sintesi: con i livelli essenziali lo Stato stabilisce i punti chiave del sistema e ogni territorio compie i passi, più o meno ampi, necessari per adeguarsi, senza chiedere inutili cambiamenti alle realtà che, in tutto o in parte, già li rispettano.

3.b La rete integrata delle risposte: gli interventi

In questa fase iniziale del percorso di riforma non è richiesto di definire il “quanto” degli interventi (ampiezza dell’utenza e del personale dedicato, risorse stanziare e così via), aspetto che sarà oggetto di provvedimenti successivi, mentre si deve delinearne il “cosa”, cioè il contenuto e le caratteristiche. È evidente, comunque, l’esigenza di incrementare i fondi pubblici per il settore (cfr. oltre). D’altra parte, **sarebbe un errore fatale non accompagnare l’auspicabile aumento della spesa dedicata con la necessaria innovazione delle risposte fornite**: significherebbe riprodurre gli errori del passato su scala maggiore. Più finanziamenti, dunque, non sono un valore in sé bensì dipende da come vengono utilizzati.

Viene ora illustrata la filiera del Sistema Nazionale Assistenza Anziani. La sua presentazione affronta tre temi, tra loro complementari: gli interventi oggi prevalenti, gli interventi innovativi e i differenti soggetti che beneficiano dello SNA. Limiti di spazio impediscono di toccare qui tutte le misure comprese nello SNA; pertanto, per quelle non considerate si rimanda alla proposta.

Le indicazioni presentate seguono i medesimi criteri. Da una parte, come anticipato, quelli elencati rappresentano i pochi elementi qualificanti che lo Stato dovrebbe stabilire, e garantire, attraverso i livelli essenziali, nel rispetto dell’autonomia degli Enti Locali. Dall’altra, tali indicazioni costituiscono **le condizioni da soddisfare affinché sia possibile – per i soggetti impegnati nell’assistenza degli anziani nei territori - utilizzare l’approccio necessario alla non autosufficienza**. È quello del *care* multidimensionale, che prevede risposte progettate a partire da uno sguardo complessivo sulla situazione dell’anziano, sui suoi molteplici fattori di fragilità, sul suo contesto di vita e di relazioni. Non a caso si tratta di punti ampiamente condivisi tra gli addetti ai lavori.

Gli interventi prevalenti

Pur con rilevanti eccezioni, in Italia non esiste un servizio domiciliare progettato per gli anziani non autosufficienti. Il più diffuso, l’Assistenza domiciliare integrata (Adi) delle Asl (ricevuta dal 6,2% dei 65+ ma per periodi assai brevi), offre perlopiù interventi infermieristico/medici, intesi come singole prestazioni rivolte a specifiche e circoscritte esigenze sanitarie. L’Adi segue la logica clinico-ospedaliera (*cure*), cioè quella di erogare prestazioni per rispondere a singole patologie. L’altro servizio, il Sad (servizio di assistenza domiciliare) dei Comuni, è residuale (1,3% dei 65+) ed è guidato dalla logica del disagio socio-economico. Nella maggior parte dei casi, la sola non autosufficienza non basta per poter ricevere il Sad: è utilizzato, invece, per rispondere a situazioni in cui a questa condizione si accompagnano anche la mancanza o la debolezza delle reti familiari e/o risorse economiche limitate. Nessuno dei due, dunque, utilizza l’approccio proprio della non autosufficienza, appunto quello del *care* multidimensionale.

La nuova domiciliarità

Lo SNA prevede una nuova domiciliarità disegnata specificamente per gli anziani non autosufficienti, i cui principi cardine sono:

-assicurare l'unitarietà delle risposte grazie ai seguenti dispositivi: i) interventi forniti insieme da Sad e Adi; ii) elaborazione di un progetto assistenziale integrato (Pai) utilizzando lo strumento del budget di salute, che ricompono le risorse di diversa provenienza - formale e informale - per predisporre risposte integrate sul caso; iii) il case manager come punto di riferimento costante nel tempo per l'utente, i caregiver e l'insieme dei soggetti coinvolti nell'erogazione degli interventi;

-offrire un appropriato mix di prestazioni. L'approccio del care multidimensionale implica che gli anziani ricevano il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede: i) servizi medico-infermieristico-riabilitativi, ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola, iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti. Attualmente, invece, risultano particolarmente limitati l'aiuto nelle attività quotidiane e il supporto a familiari e badanti;

-fornire assistenza per il tempo necessario, con una durata definita secondo i bisogni e un'adeguata intensità degli interventi (numero visite per utente). Adesso, al contrario, anche se la non autosufficienza porta con sé necessità complesse e sovente dura anni, la domiciliarità viene erogata perlopiù per periodi limitati (2-3 mesi) e con un'intensità decisamente bassa.

Una riforma degna di questo nome non può rinunciare a **utilizzare meglio le tante risorse destinate all'indennità di accompagnamento**, che assorbe circa la metà della spesa pubblica del settore ed è ricevuta dall'11,5% dei 65+. Ovviamente si parte dalla conferma dell'approccio universalista, alla luce del quale la misura viene assicurata esclusivamente sulla base dei bisogni assistenziali degli anziani, indipendentemente dalle loro condizioni economiche: non potrebbe essere altrimenti, del resto, in una riforma fondata sulla garanzia dei diritti delle persone interessate. Altri tratti dell'indennità, tuttavia, la rendono inadeguata a rispondere alle esigenze degli anziani, in particolare di quelli in situazioni più gravi. Innanzitutto, gli imprecisi strumenti di valutazione del bisogno di assistenza impiegati per assegnarla non permettono di comprendere appieno le condizioni dei richiedenti. Inoltre, la previsione di un importo uguale per tutti (529 Euro mensili) impedisce di aiutare maggiormente chi sta peggio. Infine, si tratta di un trasferimento monetario a cui non è legato alcun tipo di supporto professionale da parte di operatori qualificati.

La prestazione universale per la non autosufficienza

L'indennità di accompagnamento viene tramutata nella prestazione universale per la non autosufficienza, ispirata ai seguenti criteri:

-universalismo nell'accesso: la possibilità di riceverla continua a dipendere esclusivamente dal bisogno di assistenza, indipendentemente dai mezzi economici. Il fabbisogno assistenziale viene ora misurato in modo consono attraverso il nuovo strumento valutativo - multidimensionale

La prestazione universale per la non autosufficienza (continua)

e standardizzato - impiegato per la Valutazione Nazionale di Base;

-equità nell'importo: l'ammontare viene graduato in base al livello di fabbisogno assistenziale, affinché chi ha maggiori bisogni possa ricevere cifre più elevate;

-appropriatezza delle risposte: i beneficiari possono scegliere tra due opzioni: a) un contributo economico senza vincoli d'uso, come oggi; b) la fruizione di servizi alla persona (svolti sia in forma organizzata da prestatori di servizi di cura, sia in forma individuale da assistenti familiari regolarmente assunte). Per premiare l'appropriatezza della scelta, l'opzione b) comporta una maggiorazione dell'importo.

Seppure – come anticipato - la priorità sia quella di sostenere la permanenza dell'anziano a domicilio, i dati sulle condizioni soprattutto dei grandi anziani (80+) indicano che, in determinate circostanze, questa non è un'opzione possibile e neppure consigliabile. **Dunque, lo SNA punta anche a qualificare le strutture residenziali** (i cui posti letto coprono 1,9% dei 65+), affinché possano essere luoghi accoglienti nei quali gli ospiti godono della miglior qualità di vita possibile e non “contenitori” dove collocarli nell'ultimo periodo di vita. Nonostante la notevole eterogeneità tra le residenze presenti nel territorio italiano precluda qualunque generalizzazione, emergono con chiarezza le più diffuse criticità di fondo a cui dovrà guardare la riforma nazionale. Le sfide consistono nell'ammodernare le strutture, nel garantire il personale necessario e nel prevedere rette eque. Sono questi, dunque, quei pochi ma decisivi aspetti della residenzialità su cui lo Stato deve intervenire.

La nuova residenzialità

Lo SNA prevede una nuova residenzialità, incentrata sui seguenti principi fondamentali:

-garantire la qualità degli ambienti di vita, grazie a strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la privacy. Si rimanda qui all'ampia tematica riguardante la progettazione delle strutture e dei loro spazi;

-assicurare l'intensità assistenziale necessaria, attraverso una dotazione di personale adeguata alle esigenze degli anziani residenti. I dati disponibili, invece, dimostrano come l'insufficiente numero di operatori sia un problema piuttosto comune nelle strutture residenziali italiane. Peraltro, i trattamenti contrattuali attualmente applicati risultano perlopiù inadeguati e rendono questo settore ben poco attrattivo per i lavoratori. È anche necessario che la composizione delle professionalità operanti nelle strutture sia adatta ai diversi profili degli anziani. Il punto è quello di assicurare le competenze richieste da una popolazione residente sempre più problematica, vuoi per la compromissione funzionale, vuoi (in particolare) per l'elevato numero di ospiti con demenza;

-definire rette eque e sostenibili: l'entità delle rette può precludere ad alcuni di entrare in struttura mentre per altri può diventare fonte d'impoverimento. Il tema è approfondito nel par 5, dedicato al finanziamento.

Gli interventi innovativi

Sinora sono state considerate le più diffuse risposte già a regime nella rete del welfare. Tuttavia, una riforma serve non solo a migliorare gli interventi consolidati, ma anche a riconoscere le buone pratiche innovative esistenti a livello locale e a inserirle - a pieno titolo - nel sistema delle politiche. Questo è il caso delle **molteplici misure abitative di supporto alle esigenze degli anziani sparse nei territori. La riforma le riunisce in un'unica macro-categoria, le Soluzioni abitative di servizio, che diventano parte integrante dello SNA.** Le Soluzioni abitative di servizio sono rappresentate da civili abitazioni – individuali, in coabitazione, condominiali o collettive – che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità della vita agli anziani. Possono essere integrate da servizi accessori di sostegno alla socialità e alla vita quotidiana, da ausili tecnologici e da tecnologie assistive.

I differenti soggetti che beneficiano dello SNA

Le persone toccate dagli interventi per la non autosufficienza sono tante e diverse. **Lo SNA, di conseguenza, è costruito a partire dal riconoscimento delle loro differenti e specifiche condizioni, iniziando da quelle dei caregiver familiari.** La VNB e la UVM prendono in considerazione la loro situazione e i loro bisogni: le informazioni così raccolte contribuiscono alla definizione del PAI. Sono anche previste forme di sostegno (supporto psicologico, servizi di sollievo, educazione alla cura e così via), al fianco di opportune tutele previdenziali e di misure per la conciliazione tra i tempi di cura, di vita e di lavoro. L'attenzione ai caregiver, però, oltre a tradursi in interventi mirati deve permeare l'intero disegno delle politiche. Questo è il caso dello SNA: basti pensare alle caratteristiche della nuova domiciliarità (durata adeguata e opportuno mix di prestazioni) o della riforma dell'indennità di accompagnamento (importo superiore per maggiori bisogni e incentivazione dell'opzione servizi), e così via.

Inoltre, lo SNA volge lo sguardo anche ai caregiver “professionali” che spesso affiancano o sostituiscono quelli familiari, **le assistenti familiari (“badanti”), affinché non restino più isolate e ai margini del welfare pubblico.** La versione maggiorata della prestazione universale è una potente leva per incentivare il ricorso alle assistenti familiari regolari; per le famiglie che non la ricevevano, è prevista un'agevolazione fiscale con il medesimo fine. Viene definito un profilo professionale nazionale, che specifica le competenze richieste a queste figure e il relativo iter formativo, omogeneo su tutto il territorio italiano. Vengono individuati anche strumenti e modalità per facilitare l'incontro tra la domanda e l'offerta del lavoro privato di cura

Lo SNA, infine, riconosce la specifica situazione degli adulti con disabilità che entrano nell'età anziana. Le diverse risposte disponibili, pertanto, vengono opportunamente modificate al fine di tener conto delle loro condizioni, di garantire la continuità dei percorsi assistenziali in atto e di assicurare la tutela dei diritti acquisiti in precedenza.

4 La programmazione e la governance

Lo SNA, dunque, supera la frammentazione attuale per fornire risposte unitarie ai singoli anziani. La possibilità di realizzarla **a livello del caso**, però, dipende dal fatto che l'integrazione si verifichi contemporaneamente anche **a livello delle politiche (integrazione istituzionale)** e **a quello dell'organizzazione dei servizi (gestionale)**. Questi sono i tre ambiti abituali dell'integrazione, che tutte le ricerche mostrano essere imprescindibili l'uno dall'altro. Lo SNA li compone in un disegno d'insieme, dando vita all'assetto organico delineato all'inizio del testo.

Partiamo dall'integrazione istituzionale. Oggi gli interventi afferenti alle diverse filiere della non autosufficienza – politiche sociali, politiche sanitarie e prestazioni Inps – vengono programmati perlopiù separatamente. Lo SNA, invece, vuole governarli congiuntamente, riunendo in capo a organismi unitari di governance le competenze delle diverse amministrazioni coinvolte. **Vengono istituite, pertanto, tre Reti per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti: Nazionale, Regionali e Territoriali (Ambito/Distretto)**. Le Reti comprendono rappresentanti delle diverse filiere istituzionali dello SNA (sanità, sociale, Inps).

Tutte le Reti elaborano un proprio Piano Integrato per la Non Autosufficienza: Nazionale, Regionale o Territoriale. Per quanto concerne le competenze dell'ambito istituzionale coinvolto, ogni Piano definisce in modo contestuale e coordinato l'insieme degli interventi per la non autosufficienza; ciascuno ha durata triennale e prevede aggiornamenti annuali. Il coordinamento riguarda anche i diversi livelli di governo, che raccordano tra loro i rispettivi Piani. Ciascuna Rete promuove la partecipazione attiva della comunità (associazioni, organizzazioni, sindacati) all'elaborazione dei Piani. Il Piano nazionale costituisce una novità mentre in una minoranza di Regioni e di contesti locali – i più avanzati – si realizzano piani simili a quelli regionali e territoriali qui delineati. Ora bisogna far sì che il nuovo impianto programmatico, nelle sue diverse parti e nelle loro connessioni, diventi patrimonio di tutto il Paese.

La nuova programmazione proposta reca **una forte discontinuità rispetto a quella in uso sinora** e richiede di lasciarsi alle spalle le notevoli differenze vigenti nelle procedure e nelle culture dei settori coinvolti. Dunque, è naturale aspettarsi che per renderla pienamente efficace ci vogliano tempo e impegno, e che si debbano superare parecchi ostacoli. La stessa considerazione, d'altra parte, vale per molte delle innovazioni qui suggerite. Qualunque cambiamento sostanziale è impegnativo da tradurre in pratica: da questo non si sfugge.

Passiamo ora all'integrazione gestionale. Per perseguirla viene prevista la piena e strutturale integrazione tra Distretto Sanitario e Ambito Sociale. A tal fine è necessaria, innanzitutto, la perfetta coincidenza delle rispettive perimetrazioni geografiche, oggi assente in diverse Regioni.

Bisogna, inoltre, mettere sia gli Ambiti sia i Distretti in condizione di operare efficacemente laddove ciò non avviene, predisponendo la dotazione di personale, gli strumenti operativi e la configurazione giuridica necessari. Oltre che sulla programmazione integrata già menzionata, la strutturale integrazione tra Distretto e Ambito si fonda su governo congiunto, coordinamento operativo e budget unitario in materia di non autosufficienza. Realtà di questo genere sono oggi presenti in poche aree del Paese: concretizzarle ovunque rappresenta un obiettivo antico, che la logica dello SNA rende ineludibile.

L'impianto di programmazione e governance

| | |
|------------------------------------|---|
| | |
| <i>Integrazione istituzionale</i> | -Rete Nazionale / Piano Nazionale Integrato -Rete Regionale / Piano Regionale Integrato -Rete Territoriale / Piano Territoriale Integrato |
| <i>Integrazione gestionale</i> | -Piena e strutturale integrazione tra Ambito e Distretto |
| <i>Integrazione delle risposte</i> | -Interventi integrati (cfr. paragrafo precedente) |

La definizione del nuovo assetto di programmazione e governance, però, non si esaurisce qui. Affinché operi efficacemente, infatti, dev'essere possibile verificare la coerenza tra i bisogni della popolazione coinvolta e le risposte fornite. La mancanza di informazioni comparabili sul profilo degli anziani assistiti nelle diverse Regioni ha sinora precluso quest'operazione, ma adesso si disporrà dei dati provenienti dalla Valutazione Nazionale di Base (VNB).

Si prevede che lo Stato proceda, in accordo con le Autonomie Locali, all'individuazione di una tassonomia condivisa degli interventi appropriati per i diversi profili di anziani assistiti. **La Griglia Fabbisogni Risposte è lo strumento che associa a ogni profilo l'insieme delle risposte appropriate.** Nei vari territori **si metteranno a confronto**, per i diversi profili di anziani valutati attraverso la VNB, **gli interventi previsti con il complesso di quelli effettivamente erogati.** Si potranno quindi identificare le aree di miglioramento nella qualificazione delle risposte delle Regioni e degli Ambiti/Distretti – per i diversi target di utenza – e stabilire azioni mirate allo scopo.

In sintesi, la programmazione dello SNA poggia **sull'intersezione di due assi: un impianto integrato a ogni livello (istituzionale, gestionale, sul caso) e uno strumento conoscitivo che verifica la corrispondenza tra bisogni e risposte (la Griglia).** L'uno non può esistere senza l'altro. Da una parte, in assenza della Griglia non sarebbe fattibile impiantare un sistema di programmazione che parta dai bisogni degli anziani e non dall'offerta delle risposte disponibili. Dall'altra, si potranno modificare gli interventi per renderli più coerenti con la Griglia solo se questi saranno governati unitariamente, come implica l'impianto integrato.

5 Le modalità di finanziamento

Per completare il mosaico dello SNA manca un ultimo tassello, quello del finanziamento. In sede d'impostazione iniziale della riforma, non è necessario indicare cifre puntuali ma la logica da seguire dev'essere chiara. Uno dei cambiamenti è già stato illustrato: viene **ricomposta l'attuale frammentazione delle fonti di finanziamento**. Pertanto, la definizione, la programmazione e la gestione delle diverse risorse economiche destinate agli interventi inclusi nello SNA avvengono in modo contestuale e unitario, nell'ambito del nuovo assetto di programmazione e governance.

L'altra novità riguarda l'incremento delle risorse e - ancor prima - la motivazione che lo sostiene. Nella nostra proposta, come anticipato, la tutela della non autosufficienza viene riconosciuta come una responsabilità pubblica imperniata sulla garanzia di un insieme di diritti. **Lo SNA, dunque, si basa sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali – sociali (LEP) e sanitari (LEA) – rivolti agli anziani non autosufficienti**, definiti ed erogati in forma congiunta. Attenzione, però. La definizione dei livelli essenziali non può limitarsi a essere puramente nominale ma dev'essere sostanziale, cioè conforme alle esigenze di anziani e famiglie. Ciò significa rispondere ai criteri di adeguatezza, appropriatezza e continuità delle risposte a cui si ispirano le finalità dello SNA. L'approccio delineato è in linea con i risultati del vivace dibattito internazionale - stimolato negli ultimi tre decenni dall'invecchiamento della popolazione - su come finanziare l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Tutti gli esperti, infatti, hanno condiviso la necessità di un primario e significativo impegno pubblico.

L'indicazione di principio sulla tutela pubblica dovrà poi essere tradotta nella pratica. I vari studi condotti indicano che l'odierno insieme delle risorse pubbliche (sanitarie, sociali, Inps) destinate alla non autosufficienza in Italia non assicura l'adeguatezza delle risposte assistenziali rispetto al fabbisogno delle persone interessate. In altre parole, con i fondi attuali è impensabile realizzare un sistema consono di livelli essenziali (LEA e LEP); oltretutto, l'aumento della popolazione anziana, già in atto da tempo, proseguirà anche per il futuro. Si prevede, dunque, **un incremento della spesa pubblica dedicata**, che dovrà indirizzarsi soprattutto verso i servizi alla persona (domiciliari, semiresidenziali, residenziali), oggi particolarmente sotto-finanziati.

Lo SNA, inoltre, è supportato da **un secondo pilastro integrativo, necessario per finanziare le prestazioni non coperte dai livelli essenziali**. Lo strumento individuato sono i Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza, di natura collettiva e ancorati alla contrattazione, così da trarre il massimo vantaggio da una solidarietà diffusa e condivisa tra categorie e generazioni diverse. Nel Secondo pilastro rientrano anche forme di copertura per i lavoratori (autonomi e altri) non compresi nella suddetta contrattazione, nonché contributi specifici per i soggetti momentaneamente al di fuori dal mercato del lavoro. I Fondi adottano logiche mutualistiche senza fini di lucro e si basano sul principio

della non discriminazione nei confronti di particolari gruppi, soggetti o condizioni di salute. I Fondi, infine, permettono agli iscritti di accantonare risparmi: al manifestarsi della non autosufficienza potranno essere riscossi sotto forma di trasferimenti monetari o di servizi alla persona, erogati da operatori specializzati.

Anche nel miglior scenario possibile, infatti, il pubblico non potrà mai coprire integralmente le spese per la non autosufficienza. Si vuole, dunque, **dotare le famiglie di risorse proprie che contribuiscano ad affrontare l'insorgere di questa condizione** attraverso il dispositivo più equo ed efficiente possibile, il secondo pilastro qui proposto. Ben più costose risultano, invece, le assicurazioni individuali (il terzo pilastro). Il secondo pilastro non è alternativo al primo pilastro, di natura pubblica, che rappresenta il principale obiettivo della riforma. Pertanto, non si prevedono risorse pubbliche aggiuntive da destinare ad agevolazioni fiscali dedicate, ritenendo ora necessario concentrare tutti i fondi pubblici nella realizzazione di adeguati livelli essenziali. Il secondo pilastro prevede, altresì, la riorganizzazione degli incentivi fiscali esistenti, al fine di valorizzare l'esito della contrattazione tra le parti ed evitare di gravare sul costo del lavoro.

Terminare qui sarebbe un errore. Infatti, una riforma che voglia effettivamente essere di sistema non può trascurare un'ulteriore fonte di finanziamento dell'assistenza: il contributo al costo dei servizi degli utenti e dei loro familiari. Si tratta – come noto – di un argomento assai rilevante in una prospettiva di equità. L'attenzione si concentra sulle strutture residenziali, per l'ammontare delle rette richieste agli ospiti e perché – in varie realtà italiane – queste non sono opportunamente calibrate rispetto alle loro disponibilità economiche. Si prevede, dunque, **una revisione complessiva della materia della partecipazione alla spesa degli utenti e delle famiglie, con particolare riferimento alla residenzialità**. S'intende così definire rette eque e sostenibili per gli anziani e – allo stesso tempo - stabilire la corretta entità del contributo richiesto ai familiari, al fine da evitarne l'impoverimento.

La logica del finanziamento

| | |
|---------------------------------|--|
| | |
| <i>Livelli essenziali</i> | -Finanziamento pubblico dei livelli essenziali (LEP e LEA) -Incremento delle risorse pubbliche dedicate (servizi) |
| <i>Interventi complementari</i> | -Secondo pilastro integrativo |
| <i>Contributo degli utenti</i> | -Revisione delle rette nelle strutture residenziali |

6 Conclusioni. La critica dell'ambizione

Scrivere questo testo oltre un mese dopo la presentazione della proposta consente di dar conto delle prime reazioni ricevute. Benché siano state in netta prevalenza positive, è più fruttuoso analizzare le critiche. Alcuni hanno espresso il loro disaccordo su singoli aspetti tecnici, fornendo spunti utili per rafforzare il documento. Il suo disegno ha avuto poche reazioni negative perché – come anticipato – rispecchia i principali risultati del dibattito in atto da tempo. La critica principale è stata di altra natura: **la proposta sarebbe troppo ambiziosa e, dunque, non realizzabile nel nostro Paese.** Tale obiezione viene ulteriormente motivata affermando che metterla in pratica richiederebbe troppo tempo e/o che si potrebbe concretizzarla solo nelle Regioni più avanzate.

Lo SNA è ambizioso per una semplice ragione: vuole costruire politiche di assistenza agli anziani adeguate all'Italia del futuro. Qui è bene essere chiari. **Si ritiene che l'invecchiamento della popolazione e le diffuse criticità degli interventi pubblici siano affrontabili con qualcosa di meno di una riforma ambiziosa?** Al Patto pare di no. Detto questo, è indubbio che l'attuazione dello SNA sarebbe complessa e disseminata di ostacoli; alcuni aspetti andrebbero a regime con maggiore velocità mentre altri richiederebbero più tempo; inoltre, il percorso risulterebbe più difficile nelle Regioni con sistemi di welfare più deboli. Quelli elencati sono tutti tratti fisiologici di una riforma veramente strutturale. Riconoscere che impiantare lo SNA risulterebbe particolarmente impegnativo non è, però, un motivo per rinunciarvi; al contrario, questa sfida dovrebbe stimolare tutti i soggetti interessati a sostenerla congiuntamente al meglio una volta che, auspicabilmente, il Sistema Nazionale Assistenza Anziani venisse introdotto.

na, l'amore – come si dice – e discendente: non ritorna sulla vita che sta dietro le spalle con la stessa forza con la quale si riversa sulla vita che ci sta ancora davanti. La gratuità dell'amore appare anche in questo: i genitori lo sanno da sempre, i vecchi lo imparano presto. Nonostante ciò, la rivelazione apre una strada per una diversa restituzione dell'amore: è la via dell'onorare chi ci ha preceduto. La via dell'onorare le persone che ci hanno preceduto comincia da qui: onorare gli anziani. Questo amore speciale che si apre la strada nella forma dell'onore – cioè, tenerezza e rispetto allo stesso tempo – destinato all'età anziana è sigillato dal comandamento di Dio. «Onora il padre e la madre» è un impegno solenne, il primo della "seconda tavola" dei dieci comandamenti. Non si tratta soltanto del proprio padre e della propria madre. Si tratta della generazione e delle generazioni che precedono, il cui congedo può anche essere lento e prolungato, creando un tempo e uno spazio di convivenza di lunga durata con le altre età della vita. In altre parole, si

Onore è una buona parola per inquadrare questo ambito di restituzione dell'amore che riguarda l'età anziana. Cioè, noi abbiamo ricevuto l'amore dei genitori, dei nonni e adesso noi restituiamo questo amore a loro, agli anziani, ai nonni. Noi oggi abbiamo riscoperto il termine "dignità", per indicare il valore del rispetto e della cura della vita di chiunque. Dignità, qui, equivale sostanzialmente all'onore: onorare padre e madre, onorare gli anziani è riconoscere la dignità che hanno.

Pensiamo bene a questa bella declinazione dell'amore che è l'onore. La cura stessa del malato, il sostegno di chi non è autosufficiente, la garanzia del sostentamento, possono mancare di onore. L'onore viene a mancare quando l'eccesso di confidenza, invece di declinarsi come delicatezza e affetto, tenerezza e rispetto, si trasforma in ruvidezza e prevaricazione. Quando la debolezza è rimproverata, e addirittura punita, come fosse una colpa. Quando lo smarrimento e la confusione diventano un varco per l'irrisione e

tra le pareu uomescucne, nelle case di cura, come anche negli uffici o negli spazi aperti della città. Incoraggiare nei giovani, anche indirettamente, un atteggiamento di sufficienza – e persino di disprezzo – nei confronti dell'età anziana, delle sue debolezze e della sua precarietà, produce cose orribili. Apre la strada a eccessi inimmaginabili. I ragazzi che danno fuoco alla coperta di un "barbone" – lo abbiamo visto –, perché lo vedono come uno scarto umano, sono la punta di un iceberg, cioè del disprezzo per una vita che, lontana dalle attrazioni e dalle pulsioni della giovinezza, appare già come una vita di scarto. Tante volte pensiamo che i vecchi sono lo scarto o li mettiamo noi allo scarto; si disprezzano i vecchi e si scartano dalla vita, mettendoli da parte.

Questo disprezzo, che disonora l'anziano, in realtà disonora tutti noi. Se io disonoro l'anziano disonoro me stesso. Il brano del Libro del Siracide, ascoltato all'inizio, è giustamente duro nei confronti di questo disonore, che grida vendetta al cospetto di Dio. Esiste un passo, nella storia di

guaruo. Il vecchio Noe, eroe dei diluvio e ancora gran lavoratore, giace scomposto dopo aver bevuto qualche bicchiere di troppo. È già anziano, ma ha bevuto troppo. I figli, per non farlo svegliare nell'imbarazzo, lo coprono delicatamente, con lo sguardo abbassato, con grande rispetto. Questo testo è molto bello e dice tutto dell'onore dovuto all'anziano; coprire le debolezze dell'anziano, per non farlo vergognare, è un testo che ci aiuta tanto.

Nonostante tutte le provvidenze materiali che le società più ricche e organizzate mettono a disposizione della vecchiaia – delle quali possiamo certamente essere orgogliosi –, la lotta per la restituzione di

Marco Trabucchi presidente della Associazione italiana di psicogeriatra



LO PSICOGERIATRA

Trabucchi: non dimenticare mai che sono persone

PAOLO VIANA

Il Papa, nella sua catechesi, affronta il tema della fragilità dell'anziano dal punto di vista della società contemporanea e usa parole dure: «I vecchi danno fastidio». Ne parliamo con Marco Trabucchi, presidente dell'associazione italiana di psicogeriatra.

Fino a che punto un anziano può superare la sensazione di avvillimento che provoca quest'atteggiamento degli altri?

La risposta non è omogenea. C'è chi si chiude nella sua corteccia e non è colpito da questi comportamenti e dall'allontanamento che ne consegue, ma molti se non oltre la metà della popolazione anziana vive completamente in relazione con gli altri e quando questa relazione si guasta, nel modo descritto, e si trasforma in qualcosa di negativo si genera una sofferenza grave che non si rimargina, ma tende al contrario ad autoriprodursi. Lasciati soli e offesi faticano a scrollare le spalle ed entrano in un loop negativo che li porta anche a ridurre la speranza di vita. Non dimentichiamo che essere circondati dagli affetti allunga la vita ed essere abbandonati la accorcia, anche e proprio in termini biologici.

Un altro tema è quello della restituzione dell'amore attraverso il rispetto, la capacità di onora-

re chi ci ha preceduto. I giovani spesso ritengono che un anziano non capisca i comportamenti di cui è oggetto. È davvero così?

Il Papa torna spesso su questa necessità di avvicinare giovani e anziani come momento di amore e sull'amore come fondamento delle relazioni e varrebbe anche per i laici questo fondamento – ma non è solo una necessità morale. L'anziano, anche se affetto da demenza, ha una sensibilità particolare e se non mi avvicino a lui con amore e pratico solo interventi di tipo tecnico lo coglie perfettamente. Figuriamoci se non coglie altri comportamenti... Il demente riceve una carezza e capisce che è una carezza; di questo si nutre e si giova. L'amore non è solo un atto psicologico ma entra profondamente nella vita di chi lo riceve.

Al contrario, il Papa rileva che molti giovani sono contagiati dalla cultura dello scarto. Come agisce a livello psicologico?

È una conseguenza dell'educazione. È difficile

«Mantenere le relazioni per loro è fondamentale. Offrire dignità a un nonno vuol dire migliorargli la vita. Un concetto che dovrebbe essere insegnato anche in famiglia»

che un ragazzo da solo si formi un'idea se non è comunicata dai genitori e dagli educatori. Quindi i danni nascono a quel livello. Bisogna insegnare la cultura della vita: spieghiamo ai ragazzi che il barbone ha comportamenti diversi dai nostri ma è uno come noi e perciò va rispettato a priori. Idem per il malato. Che è prima di tutto una persona. La stessa persona che potresti essere tu, domani.

Ritiene che oggi nel mondo delle Rsa prevalga questa cultura della vita e dell'amore per il prossimo?

Guardi, io formo gli operatori di quelle strutture e dico sempre a loro che se un operatore non ha chiaro che un anziano malato è uno come noi, non deve fare quel lavoro. Alla lunga non lo si regge. Se invece si ha chiaro che con il proprio lavoro si offre dignità alla persona anziana o malata e si aumenta o si migliora la sua vita, tutto cambia. Ma questi atteggiamenti li riscontriamo anche nelle famiglie, dove l'amore appare, a torto, più "scontato". Anche qui bisogna bandire i discorsi retorici sul "caro nonnino" ed essere precisi e chiari: lui è come me, ha esigenze diverse che vanno rispettate, perché è più fragile, ma resta una persona esattamente come me. Questo va insegnato ai nipoti, non le favole.

© RIPRODUZIONE RISERWATA

ne sappia carne, che to si che no favore, no E se non c viarli in un re, andarli bini a trov; stra civiltà to le porte mentican; sa person; nos Aires, Andavo sp cordo una na signor; "Ne ho qu; potini". È i la famiglia vengono s scito dalla aveva sen detto una l sei mesi n sto è scart; i vecchi so favore: è u il primo g l'unico ch padre e la sulla terra' di onorare zione, che do: "Avrai l stodire i v sta, custoc no la pres senza delle ro io sonc noi: grazie sono vivo. soli. E que non è una di chirurgi una questi sformare l guardo all more per l inclusivo c ta, non è Piuttosto derà splen eredita le pienza del da di aprir ra e propri l'energia r

Nel discorso, continua sulla Vecchi riflessione e la madre ta. (Lettur



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

Newsletter AIP – 15 aprile 2022



Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

continua la nostra sofferenza, per le incertezze sulla pandemia e per la visione terribile degli eventi in Ucraina. Quanti sono gli anziani che non guardano più la televisione, perché incapaci di gestire la sofferenza e il dolore!

Desidero inviare a tutti un augurio pasquale attraverso la colomba della pace che ci è stata trasmessa da Alzheimer Uniti Roma. Deve essere chiaro che noi, carichi del peso della cura di tante persone fragili, non possiamo permetterci cedimenti! Non perché siamo super donne o super uomini, ma semplicemente perché tanti nostri concittadini vivono perché noi li accompagniamo. In sintonia con questa visione, riporto alcune righe ricevute da Laura: “Che emozione... quest'anno alla tredicesima stazione della via Crucis saranno due donne: una ucraina e una russa a portare la Croce. Ma sa cosa scalda il cuore? Sapere che sono due infermiere. Speriamo possano essere un piccolissimo segnale di pace e di voglia di ‘prendersi cura’ di questo nostro mondo disastroso. Chi meglio di noi può comprendere la bellezza dell'aiutare nella sofferenza a portare la croce e cercare di dar sollievo a chi sta soffrendo. Solo chi fa i nostri mestieri può sapere come si è felici quando si può donare sollievo anche solo con piccolissimi gesti di cura”. Un fortissimo augurio, quindi a colleghe e colleghi che, anche in questi giorni pasquali, sono impegnati nei territori, nelle RSA, negli ospedali. Con molti abbiamo percorso in questi mesi strade insieme: a tutti giunga l'augurio corale dell'AIP.

Aggiungo a queste considerazioni anche quella collegata al dovere di continuare a studiare e a sperimentare per elaborare futuri possibili per noi e per le nostre comunità. Solo la formazione ci dà la forza di capire il senso di quello che facciamo, spesso con grande fatica e sacrificio. Una collega

ci ha scritto: “Come giovane medico che ha lavorato per due anni in un reparto Covid a media intensità di cura, vorrei condividere una riflessione: ripetutamente nel corso di questa pandemia ho provato la forte emozione di sentirmi parte di ‘qualcosa di grande’, di una comunità (quella del personale sanitario) che nonostante tutti i suoi difetti e le grandi difficoltà di tutti i giorni, è complessivamente ricca di umanità, di passione e di vita... credo che questo abbia aiutato molti ad affrontare i momenti più difficili e forse è quello che in parte è mancato nell'ambito della medicina generale a causa del relativo maggiore ‘isolamento’ dei medici in questo contesto”.

Ho l'impressione, forse dettata dall'emozione, che in questi momenti difficili le professioni sanitarie sono in grado, più di altri, di suggerire indicazioni importanti per andare avanti in tempi di fatica e di dolore.

JAGS di gennaio presenta **un lavoro sull'effetto della pandemia sulla solitudine, la tristezza e la disconnessione sociale**. I dati suggeriscono l'importanza delle condizioni di vita di base per tamponare i gravi effetti del Covid-19. Lo studio esamina criticamente l'efficacia degli strumenti telematici come i contatti a distanza con i medici e le visite via video. “I pazienti riferiscono del loro desiderio di parlare personalmente con un medico della loro solitudine e i medici devono accondiscendere con serenità, chiedendo ai pazienti del loro disagio”.

Ancora su JAGS (21 marzo) sono pubblicati dei **dati sulle curve di mortalità di gruppi di anziani suddivisi in base a condizioni di fragilità e di multipatologia**. È stato dimostrato in un campione di mezzo milione di persone anziane l'effetto indipendente delle due condizioni sulla mortalità. Il lavoro richiama l'attenzione sull'esigenza di considerare le due condizioni al momento di costruire una prognosi e le conseguenti decisioni di trattamento.

JAMA del 1 aprile pubblica un'interessante comunicazione di autori milanesi che hanno dimostrato la **correlazione tra concentrazione del virus nelle acque delle fogne e la diffusione del Covid-19**. Tali dati sarebbero più efficaci della stessa rilevazione epidemiologica.

JAMA del 21 marzo pubblica un editoriale dal titolo: **“Preparing clinicians for a clinical world influenced by artificial intelligence”**. È l'ennesimo appello che si legge nella letteratura medica ai più alti livelli sul fatto che “è imperativo per i medici avere le conoscenze e le capacità per rilevare e determinare l'uso appropriato dell'intelligenza artificiale, per il bene della loro pratica e quello dei loro pazienti”. Non sembri fuori luogo un mio commento un po' scettico su questo continuo ripetersi di inviti ad occuparsene, senza di fatto pubblicare dati precisi su come concretamente controllare e valutare le sperimentazioni in atto.

Sempre nell'ambito di testi che consigliano, ma non danno indicazioni concrete su come orientare la prassi clinica, ho letto su JAGS dell'11 aprile un editoriale su **“What we learn by taking a social history”**. Invita a indagare nel rapporto di cura anche aspetti della vita del paziente che sono al di fuori del setting clinico. Oggi abbiamo bisogno da una parte di adeguati studi epidemiologici, dall'altra di narrazioni concrete; sono invece scettico su questi inviti, che ripetono idee largamente condivise da tempo. Le prediche servono a poco, soprattutto nella formazione dei giovani.

Di seguito riporto il consueto **contributo di Mauro Colombo**, dedicato al **rapporto tra vaccinazioni e demenza**. È un contributo importante, anche perché secondo alcuni pregiudizi le vaccinazioni sono fattori di rischio per eventi negativi di ogni tipo. I dati riportati nell'“Angolo di Mauro” mostrano al contrario che, almeno nello specifico dei disturbi cognitivi, i vaccini esercitano un'azione fondamentale di protezione. Speriamo che queste righe servano a convincere almeno un lettore sull'opportunità di vaccinarsi!:

“Anche le newsletter AIP si occupano spesso – opportunamente – di vaccinazioni delle persone anziane, in particolare ma non solo in tempi di Covid: da qui la proposta di vedere la questione in termini squisitamente psicogeriatrici. Un recentissimo lavoro su Ageing Research Reviews – di cui 5 autori su 8 sono italiani – ha individuato nella vaccinazione anti-influenzale un fattore di protezione verso la demenza [Veronese, N.,

Demurtas, J., Smith, L., Michel, J. P., Barbagallo, M., Bolzetta, F., Noale, M., & Maggi, S. (2022). Influenza vaccination reduces dementia risk: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 73, 101534. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101534> (in rete è disponibile solo l'estratto)]. La rassegna sistematica ha filtrato 273 articoli per arrivare ad effettuare una meta-analisi su 5 residui, che hanno interessato 292,157 anziani inizialmente scevri da demenza (età media =75.5 ± 7.4 anni; 46.8% femmine). 2 studi hanno riguardato la popolazione generale [di cui uno è stato espunto dal computo finale per motivi statistici[#]], 3 invece si sono focalizzati su soggetti con periodontiti, insufficienza renale cronica e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Tutti i 5 studi esaminati hanno ottenuto il massimo punteggio secondo una scala formale di apprezzamento della qualità; 3 sono stati effettuati a Taiwan. Al termine di 9 anni di osservazione, l'incidenza della demenza – dopo aggiustamento per una decina di possibili fattori confondenti – è risultata del 30% circa più bassa nei soggetti vaccinati rispetto ai non vaccinati. Il dato assume rilevanza clinico-epidemiologica, stante la incertezza derivante dai risultati precedenti, tenendo conto che le infezioni non rientrano tra i fattori modificabili compresi nel rapporto 2020 steso dalla Commissione Lancet su prevenzione, demenza e cura della demenza [NDR (liberamente reperibile in rete[£])], e che nella versione 2017 del medesimo documento nessun singolo fattore rende conto più dello 8% nel rischio di demenza. Quanto alla interpretazione del risultato, è possibile un tentativo di inquadramento fisiopatologico, sulla base di un razionale biologico. Modelli animali della malattia di Alzheimer hanno indicato un effetto protettivo da parte della vaccinazione antinfluenzale, specialmente se praticata nella fase precoce della malattia dementigena. Tale vaccinazione attiverebbe la microglia così da eliminare la beta amiloide, attenuando la neuroflogosi; viceversa, la influenza indurrebbe neurodegenerazione. Ma la prevenzione della influenza non spiega di per se stessa tutto l'effetto della vaccinazione, cui è possibile assegnare un ruolo pleiotropico di sollecitazione del sistema immunitario che protegge i vasi cerebrali, tipicamente coinvolti nella demenza, in sintonia con la raccomandazione della vaccinazione per i pazienti aterosclerotici, nei quali riduce gli eventi coronarici acuti e le morti in scompenso cardiaco. L'idea dell'effetto pleiotropico aspecifico è sostenuta dal risultato protettivo nei confronti della demenza ottenuto su 2 coorti statunitensi ed una gallese, mediante altri tipi di vaccinazioni: verso tetano, pertosse, difterite, zoster. La bibliografia specifica – che implica riviste di alto rilievo – abbraccia un ventennio dal 2001 al 2021, compresa una anteprima di stampa da medRxiv.

[#] articolo espunto perché aveva impiegato lo "Odds Ratio" al posto del "Rischio Relativo", più adatto a studi longitudinali.

[£] Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6) ”.

Silvia Vettor dell'ISRAA di Treviso, e componente del Consiglio Direttivo di AIP, ha elaborato le linee progettuali per sperimentare in Veneto un intervento mirato a rilevare, e quindi a valorizzare, la solitudine dei caregiver. È utilizzato come indicatore, assieme ai disturbi comportamentali, per l'erogazione di un assegno di cura alle famiglie particolarmente impegnate nell'assistenza alle persone affette da demenza. È un'ipotesi di lavoro con un forte fondamento logico e clinico; infatti, sarebbe di grande importanza se il contributo economico facilitasse, almeno in parte, la serenità e la salute del caregiver, con un'efficacia diretta sulle sue condizioni, e secondariamente facilitando la permanenza a casa degli anziani affetti da demenza. È ben noto, infatti, quanto pesi psicologicamente, ma anche fisicamente, la continua sorveglianza del proprio familiare affetto da BPSD (la spesso citata "giornata di 36 ore"). In allegato il documento.

Dal 23 al 25 maggio si terrà a Firenze il **22° Congresso nazionale AIP** dal titolo "Dopo la pandemia: la sfida per una medicina a misura della terza età" (in allegato il frontespizio). Sul sito ufficiale dell'evento www.aipcongresso.it è possibile consultare il programma e iscriversi, attraverso l'apposita piattaforma online. Ricordo che **fino al 24 aprile è possibile provvedere all'iscrizione con tariffa "standard"** e che sono inoltre previste **quote agevolate per i soci AIP 2022**.

È sempre attiva la nostra helpline **"Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano"** (numero verde: 800 699741), un servizio gratuito aperto a chiunque voglia ricevere il supporto di

professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. Chi fosse interessato può distribuire l'acclusa locandina in ambienti dove si incontrano persone in difficoltà.

Segnalo che **mercoledì 20 aprile**, alle ore 18.30, si terrà il prossimo **webinar AIP**, in occasione del quale il Prof. Alessandro Padovani discuterà di **“Biomarcatori e demenza: non solo diagnosi”**. L'iscrizione – a titolo gratuito, ma necessaria ai fini della partecipazione – è possibile cliccando il link presente all'interno della locandina in allegato. Ricordo che le videoregistrazioni dei webinar precedenti sono consultabili per i soci AIP sul nostro sito www.psicogeriatra.it, nella sezione dedicata “Video webinar AIP 2022”.

Vi informo infine che **è sempre possibile iscriversi all'Associazione** seguendo la procedura indicata sul sito AIP www.psicogeriatra.it. Per qualsiasi necessità la segreteria resta a disposizione all'indirizzo mail: aipsegreteria@grg-bs.it.

Un caro saluto a tutte le nostre colleghe e colleghi, accompagnato da un caloroso augurio di Resurrezione.

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

IL CONTRIBUTO DI CURA CONTRO LA SOLITUDINE DEL CAREGIVER: STUDIO PILOTA PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA NELL'EROGAZIONE DELL'ICD.M/assegno di cura

RAZIONALE

Dal rapporto redatto dalla Croce Rossa inglese (2017) emerge che le persone affette da decadimento cognitivo sono tra le più esposte a vissuti di abbandono e alla sofferenza della solitudine, ma lo stesso accade alle persone deputate alla loro cura, i caregiver familiari, che proprio in ragione del proprio compito di cura tendono ad isolarsi dalle proprie relazioni sociali e dagli interessi abituali.

La salute percepita dal caregiver peggiora nel tempo per una percentuale del 20%, dopo 5 anni di compito di cura. La percentuale aumenta al 27% nel caso dei coniugi conviventi.

La letteratura riporta, inoltre, che il livello di distress è definito come "molto elevato" per le donne (16% rispetto all'11% degli uomini), per i conviventi (25% rispetto al 17%) e per chi assiste il proprio caro da più di un anno. Aumenta proporzionalmente agli anni di caregiving e sembra essere più elevato in chi assiste persone con malattia di Alzheimer rispetto ad altre forme di decadimento cognitivo.

Le statistiche mostrano che una percentuale dal 40 al 70% dei caregiver riporta sintomi ascrivibili a depressione, mediati dall'isolamento e dalla solitudine relazionale esperita a causa del compito di cura (National Alliance for Caregiving, 2015)

Un recente lavoro pubblicato su *Neurology* (Salinas, 2022) evidenzia un legame stretto tra la solitudine percepita e la demenza, mostrando come la solitudine soggettiva correli con minori prestazioni nelle funzioni esecutive, ridotto volume cerebrale totale e più abbondanti iperintensità della sostanza bianca alla risonanza magnetica nucleare. Lo studio dimostra un aumento di tre volte della comparsa di sintomi di demenza, accompagnato da un precoce incremento dei markers di malattia.

E' ormai risaputo che la demenza è una condizione clinica le cui ricadute sono molteplici sia sul malato stesso che sul caregiver di riferimento. I dati di letteratura confermano la vulnerabilità del caregiver, figura la cui salute psicofisica va tutelata anche tramite le misure di sostegno al compito assistenziale, tra cui il contributo di cura ICD.

OBIETTIVO

Alla luce del maggior rischio di sviluppare demenza in chi soffre di solitudine, ed essendo quest'ultima caratteristica frequente nel caregiver, sembra rilevante focalizzare la relazione "solitudine del caregiver/distress nel carico assistenziale". L'obiettivo è di individuare una classe di soggetti particolarmente fragili (i caregiver più soli tra i caregiver) che necessita di maggior supporto assistenziale, ai fini di non diventare essi stessi *oggetto di cura* e non *portatori di cura*.

Ciò permetterebbe di finalizzare l'erogazione del contributo di cura in modo maggiormente rispondente al criterio di appropriatezza, fornendo un elemento strumentale per "recuperare" occasioni di benessere, incentivando il caregiver ad usare le risorse ai fini di un sollievo dal compito di cura e rifocalizzazione sulle proprie necessità relazionali.

Si ricorda che attualmente il contributo regionale è dato in base alla gravità del disturbo comportamentale del malato e non tiene conto della variabile “salute del caregiver”, in cui le eventuali azioni volte a ridurre la solitudine contribuiscono ad aumentarne la portata.

CONTESTO

La Regione Veneto è tra le virtuose regioni italiane (14 su 20) che hanno istituito il Contributo di cura, denominato Impegnativa di Cura Domiciliare ICD, inteso come un voucher economico mensile rivolto al familiare che presta assistenza ad un congiunto non autosufficiente al proprio domicilio. Serve ad acquistare direttamente prestazioni di supporto e assistenza nella vita quotidiana, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dell'ULSS, in particolar modo per le persone con diagnosi di demenza e in presenza di disturbi comportamentali. Il contributo può arrivare fino a 400 euro mensili. Non è prevista una valutazione strutturata e riconosciuta di come questi soldi vengano spesi dal singolo percipiente.

In base al DGR 1338 del 30 luglio 2013, lo strumento applicato dall'organismo valutatore ai fini di valutare l'idoneità a ricevere il contributo di cura è il Neuropsychiatric Inventory (Cummings, 1994), che valuta la presenza di comportamenti critici, ne evidenzia la frequenza di comparsa, la gravità oggettiva e il distress del familiare relativo a ciascun comportamento. Per ottenere il contributo, il punteggio ottenuto all'NPI non deve essere inferiore a 25/144 e deve essere riportato un punteggio di almeno 9 in almeno 2 dei seguenti 7 disturbi principali: deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, disturbi del sonno. Il distress globale del caregiver dev'essere superiore a 20.

Introdurre la variabile “solitudine del caregiver” come ulteriore criterio determinante l'idoneità a ricevere il contributo porterebbe, per la prima volta sul territorio nazionale, a considerare il benessere del familiare che si prende cura come un ingrediente necessario alla permanenza a domicilio, promuovendo e premiando le condotte di tutela dalla salute psicofisica del caregiver e non, come accade oggi, le caratteristiche meno controllabili della malattia.

METODO

Il metodo è integrare la valutazione NPI con l'UCLA Loneliness Scale a 3 item in un campione di 100 diadi malato caregiver beneficiari dell'assegno di cura.

Verranno analizzate eventuali correlazioni con le condizioni cliniche del malato, con il distress del caregiver in relazioni ai BPSd, con la situazione sociale/abitativa e con l'eventuale utilizzo della rete dei servizi territoriali.

BIBLIOGRAFIA

National Alliance for Caregiving and AARP, Caregiver Isolation and Loneliness: the impact on caregiver health and strategies for staying well, 2015

Salinas, J., Beiser, A. S., Samra, J. K., O'Donnell, A., DeCarli, C. S., Gonzales, M. M., Aparicio, H. J., & Seshadri, S. Association of Loneliness with 10-Year Dementia Risk and Early Markers of Vulnerability for Neurocognitive Decline. *Neurology*, 10, 2022



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatrics) rivolto agli anziani

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDI 20 APRILE 18:30 – 19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

Biomarcatori e demenza: non solo diagnosi
Alessandro Padovani – Brescia

Conduce la discussione: *Claudio Vampini*
Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 19 aprile 2022
[CLICCANDO QUI](#)

Grazie al contributo incondizionato di



Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

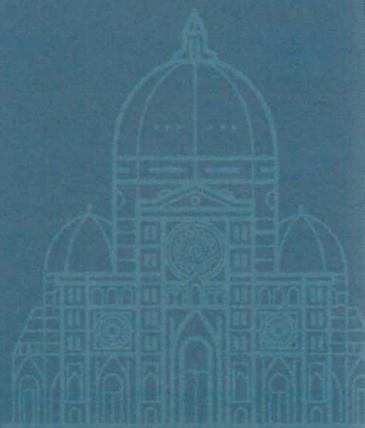
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età



Newsletter AIP – 8 aprile 2022

Gentili Signore, egregi Signori,

ci avviamo verso il tempo della libertà totale. Non si capisce bene a quale scopo... spero che non sia quello di accondiscendere a qualche microinteresse o a posizioni di parte. Forse è quello, non detto, di arrivare a una immunità di gregge. In ogni modo tutto è accettabile, fino a quando il carico sugli ospedali è sostenibile (però anche questa affermazione è estremamente delicata, perché è ben noto il peso fisico e psicologico che ancora grava su molti operatori e il rischio di ulteriori rinvii da parte degli ospedali di atti diagnostici e terapeutici necessari).

È certo che non abbiamo alcuna chiarezza sul futuro; fortunatamente non abbiamo più le cassandre o i festaioli in televisione e quindi possiamo costruirci senza disturbi ciascuno la propria prospettiva. In ogni modo i dati provenienti dalla Cina sono molto seri. Ma anche in Germania si riscontrano 300 morti al giorno e il governo si appella alla responsabilità individuale: atto di nobile fiducia, che speriamo possa essere efficace. Però tutti ci sentiamo almeno parzialmente sicuri, perché è stato dimostrato che il vaccino nel 90% riesce a prevenire i casi gravi.

La crisi indotta dal Covid sull'organizzazione sanitaria rischia di avere ricadute pesanti sull'utilizzazione dei fondi del Pnrr. Infatti, da parte delle Regioni si richiede il ripiano di un deficit di circa 6 miliardi e altri fondi ordinari (ai quali presto si aggiungeranno quelli imposti dai costi dell'energia e indotti dalle odierne turbolenze). Saremo in grado come sistema pubblico nel suo insieme di resistere alla tentazione di utilizzare i fondi europei per chiudere questi buchi, invece di utilizzarli per l'innovazione, sia nei servizi territoriali, sia negli ospedali? Ricordo che i 9 miliardi destinati all'assistenza sanitaria territoriale in gran parte sono destinati ad assicurare un'assistenza adeguata agli anziani; nutro forti preoccupazioni sulla loro destinazione. Già il Piano di per sé è vago e propone soprattutto interventi strutturali, senza affrontare concretamente il problema della gestione degli specifici servizi (dall'assistenza domiciliare, alle Case della comunità, agli Ospedali di comunità).

In questi giorni siamo al centro di movimenti diversi, nessuno dei quali è ancora chiaro nella sua evoluzione: dalla guerra, alla pandemia, alla destinazione dei fondi del Pnrr. La nostra debole organizzazione sociale riuscirà a sopravvivere?

Un'altra considerazione molto dolorosa, perché dimostra la cattiveria e la superficialità di taluni: durante il dibattito sul gas russo, qualcuno ha sostenuto che conviene stare dalla parte della Russia, perché quella nazione almeno ci dà energia, mentre l'Ucraina... non ci dà nulla. Forse, questi nostri concittadini non considerano **l'impegno che decine e decine di migliaia di donne ucraine hanno esercitato da molti anni a favore dei nostri anziani**, permettendo di rimanere nelle loro famiglie e nelle loro case. Le persone interessate non leggono certamente questa newsletter, però conto che qualcuno mostri loro questo nostro atto di giustizia riparativa che mi sento di compiere a nome di tutta l'AIP.

NEJM del 1 aprile presenta un lavoro importante sul **trattamento precoce con l'ivermectina di pazienti con il Covid-19**. I dati sono ancora negativi, come in molti altri lavori pubblicati in questi mesi (ne abbiamo già discusso anche in questa newsletter). Mi sono quindi posto l'interrogativo sul perché una rivista importantissima come *NEJM* si senta in dovere di pubblicare ancora una volta risultati simili ad altri precedenti. Forse la risposta si trova nelle righe conclusive del lavoro: "Dato l'interesse pubblico per l'ivermectina e il supporto al suo uso dato da paramedical groups, noi sospettiamo che vi saranno anche in questo caso critiche sulle modalità di studio adottate". Ma, mi chiedo, dobbiamo sprecare energie intellettuali ed economiche per inseguire posizioni prive di alcun fondamento e, peraltro, la speranza di convincere i nostri interlocutori è molto bassa?

Di seguito alcuni contributi che ritengo particolarmente interessanti attorno all'epidemiologia delle demenze.

JAMA del 25 marzo presenta un lavoro e il relativo editoriale sul **rapporto tra povertà, benessere e demenza in Sud Africa**. Il dato importante è che in passato questi studi sono stati condotti in Paesi ricchi ed è la prima volta che vengono invece realizzati in altri ambienti, dove le strutture sociali sono diverse e i servizi meno sviluppati. Però i dati confermano le stesse tendenze anche in ambienti diversi.

Sempre *JAMA* pubblica un lavoro, condotto in Giappone, che correla l'attività fisica intensa con la diminuzione del rischio di una demenza disabilitante. Sullo stesso numero è pubblicato un altro studio, condotto in Australia, sul rapporto tra le condizioni socioeconomiche del luogo di abitazione con la diminuzione del rischio di demenza. Inoltre, i dati dimostrano che l'effetto protettivo di un vicinato di buon livello socioeconomico si esercita in modo ancor più rilevante nelle persone molto vecchie e maggiormente a rischio di demenza a causa di altre condizioni.

Si tratta di tre contributi metodologicamente fondati, che si aggiungono ai molti già noti in questo campo, in grado di sostenere in modo indiscutibile il **rapporto tra demenza e condizioni di vita**. Però questi dati sono difficilmente utilizzabili per passare dalla lettura di una situazione alla possibilità concreta di proporre modifiche sostanziali della vita degli individui. Abbiamo sentito ripetere da tante voci negli anni più recenti che il 40% dei casi di demenza è potenzialmente prevenibile, ma qualsiasi piano in linea con queste indicazioni sembra troppo ambizioso... sconfiggere la povertà, cancellare i quartieri poveri... nel frattempo cosa è possibile realizzare per ottenere qualche risultato concreto sul piano preventivo?

Sempre nella prospettiva di garantire una vita buona alle persone affette da demenza, un lavoro di *JAGS* dimostra che hanno una speranza di vita media di 1.7 anni; gli autori sostengono che questa indicazione può essere utile sia a livello familiare sia a livello organizzativo per predisporre servizi adeguati.

Uno studio italiano pubblicato da *JAGS* è stato condotto nelle Case di riposo per valutare la **durata dell'effetto protettivo della vaccinazione**. I risultati dimostrano che la protezione inizia a ridursi dopo sei mesi.

Infine, un accenno ad una tematica già affrontata in questa newsletter e cioè il **dibattito in atto negli Stati Uniti tra Medicare e la potente Alzheimer Association attorno alla problematica del rimborso dell'Aducanumab** (Aduhelm). Il *NYT* del 6 aprile riassume la discussione in corso, che coinvolge le società scientifiche e il mondo regolatorio; ritengo nella fattispecie molto rilevante il coinvolgimento delle associazioni dei familiari, perché rappresentano un contrappeso valido a posizioni eccessivamente impostate su una prospettiva economicista. È anche interessante la posizione delle associazioni quando si discutono gli effetti indesiderati di un trattamento.

Questa settimana non pubblichiamo il consueto importante **contributo di Mauro Colombo**, perché è in vacanza. Auguri di buon riposo!

Due giorni fa Carlo Serrati ha tenuto il periodico **webinar AIP** su: “Depressione e disturbi cognitivi nel post-stroke”. Ricordo che le videoregistrazioni sono a disposizione dei soci AIP sul nostro sito www.psicogeriatra.it, nella sezione dedicata “Video webinar AIP 2022”. Il prossimo evento si terrà **mercoledì 20 aprile**; il prof. Alessandro Padovani discuterà di **“Biomarcatori e demenza: non solo diagnosi”**.

Per quanto riguarda il nostro **22° Congresso Nazionale** (Firenze, 23-25 maggio), comunico con piacere che abbiamo ricevuto oltre 120 abstract; sono invece **ancora aperte le iscrizioni** per la partecipazione al Congresso e al Corso pregressuale per psicologi clinici e neuropsicologi (tutti i dettagli al link: <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml>). Accludo il frontespizio.

Segnalo che è sempre attiva la nostra helpline **“Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell’anziano”** (in allegato la locandina), che offre il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia.

Allego a questa newsletter un articolo dal titolo **“RSA, un faticoso ritorno alla normalità ma...”** recentemente pubblicato sul *Giornale di Brescia*.

Rinnovo infine l’invito a **iscriversi all’AIP**, strumento indispensabile per permettere la continuazione del nostro lavoro con libertà e determinazione.

Un cordiale saluto e il consueto augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

LETTERE AL DIRETTORE

NOI E LA GUERRA

Un paese solidale e l'emozione degli abbracci fra profughi

■ Volevo condividere con Lei una mia emozione. Ho la fortuna di amministrare un piccolo paese di circa 2.000 abitanti dove la caratteristica principale è la solidarietà che i miei cittadini dimostrano ogni volta che un evento di qualsiasi gravità esso sia (dal terremoto alle alluvioni o ahimè le guerre) sono pronti a mettersi a disposizione di chi avesse bisogno. Com'è già successo con la guerra nell'ex Jugoslavia, anche in questo contesto, con la guerra in Ucraina sono stati ospitati dei profughi.

Trenta anni fa avevo 16 anni e la guerra del Kosovo a noi ragazzi faceva paura, era davvero vicina, ricordo quelle due famiglie che erano state accolte in Sala civica dal sindaco e da un comitato di cittadini costituito per l'occasione. In un primo momento hanno alloggiavano nell'appartamento della nostra bidella sotto la scuola elementare. Successivamente furono sistemate in due abitazioni diverse.

Con lo scoppio della guerra in Ucraina la storia si ripete! Numerosi profughi sono arrivati in Italia e quindi anche nella nostra comunità. Ma diversamente dal 1996 stavolta i profughi (ben cinque nuclei familiari) sono stati accolti o in alcuni appartamenti vuoti messi a disposizione gratuitamente o ospitati nelle famiglie di alcuni nostri concittadini. Vivono sotto lo stesso tetto, si dividono il cibo, le stanze e l'intimità familiare. Bellissimo! Il Comune ha fatto ben poco. Solo lo stretto necessario quello che gli compete. Il grosso del lavoro è stato fatto dai miei concittadini. In un gruppo whatsapp creato per l'occasione ci si scambia messaggi tra le famiglie ospitanti e i diversi volontari per capire come e cosa mettere a disposizione per i nostri ospiti cibo, vestiti, medicine, tamponi... tutto questo mi credea che per un amministratore è la cosa più bella e emozionante.

Pensi, Direttore, che i nostri ospiti mi chiedono cosa potrebbero fare per ricambiare il disturbo, sono molto riconoscenti verso le persone che li ospitano. Tra loro c'è anche un medico che chiede se c'è forse la possibilità di aggregarli in qualche hub vaccinale per poter far qualcosa per i loro connazionali e soprattutto, dico io, per farli sentire utili.

Concludo poi condividendo un'ultima, grande emozione: domenica nell'andar a conoscere alcuni ospiti accolti da privati nel mio Comune, mi sono trovato a vivere una situazione ancora più commovente. Per una strana coincidenza si sono incontrate alcune profughe ucraine con quella ragazza che nel 1996 arrivò con la sua mamma e sua sorella nella nostra comunità. Dopo un breve saluto si sono abbracciate. Non parlano la stessa lingua ma si sono ben comprese. Si sono lette negli occhi la stessa, drammatica esperienza. La stessa paura, lo stesso dolore, le stesse speranze. Avevano le lacrime agli occhi e hanno contagiato tutti noi presenti. Non comprendevamo le parole, ma abbiamo capito la loro commovente intesa. Abbiamo assistito ad un abbraccio struggente: una ricordava il rumore delle bombe del Kosovo, l'altra ricordava lo stesso suono delle bombe in Ucraina.

Un bellissimo abbraccio che avvolge la mia comunità come tutta l'Italia. È bello constatare la nostra capacità, nei momenti difficili, di stringerci attorno a chi ha bisogno. //

Un amministratore



Gentile amministratore, nel contesto attuale segnato da forti inquietudini e dall'onnipresente tentazione di voltarsi dall'altra parte, è di conforto e soprattutto di stimolo vedere una comunità sapersi sfar prossi-



LA FOTO DEL GIORNO

Palloni di sabbia per le vittime dei Mondiali in Qatar. Performance di protesta ieri davanti alla sede della Fifa a Zurigo, mentre a Doha si facevano i sorteggi dei prossimi Mondiali: l'artista tedesco Volker-Johannes Trieb ha scaricato 6.500 palloni pieni di sabbia, simbolico tributo ai 6.500 lavoratori morti nella costruzione di strutture e infrastrutture per i Mondiali di calcio di dicembre

L'INTERVENTO

Nelle strutture assistenziali la pandemia continua ad esercitare un'influenza negativa

RSA, UN FATICOSO RITORNO ALLA NORMALITÀ MA...

Marco Trabucchi · Direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Il lento processo di ritorno alla normalità non è omogeneo; in alcune realtà la pandemia continua ad esercitare un'influenza negativa. Tra queste, le Rsa si trovano ancora in una situazione precaria, perché i focolai di infezione compaiono e scompaiono senza che, il più delle volte, sia possibile identificarne l'origine.

In questa condizione è necessario adottare atteggiamenti particolarmente attenti verso le persone che frequentano le Rsa per fare visita ai propri familiari. Molti di loro hanno trascorso lunghi mesi di disagio e di sofferenza, talvolta anche di rabbia, perché si sono trovati nell'impossibilità di incontrare i loro cari. Non è la sede per recriminare sul passato; ma in questo momento è doveroso offrire indicazioni per superare una crisi che rischia di durare molto tempo, sebbene a fasi alterne. Alcune situazioni non sono supportabili da parte delle famiglie e neppure dei residenti, che subiscono sulla loro salute le conseguenze dell'isolamento, che induce ansia, difficoltà nell'alimentazione, insonnia, talvolta anche aumento delle problematiche cognitive.

Schematicamente mi permetto di sottoporre alcune indicazioni per migliorare i contatti dei familiari con i residenti, partendo dall'idea di fondo che si tratta di un rapporto indispensabile per la reciproca serenità, oltre che per il benessere psicofisico. Sono frutto di una serie di indicazioni inviate all'Associazione di Psicogeriatrica da parte di attori che in questi mesi hanno giocato un ruolo importante per organizzare modalità di presenza dei familiari il più possibile umane e destinate a ridurre le sofferenze. Inoltre, sono modalità che possono essere gestite da parte delle strutture con qualche sacrificio, ma senza scardinare le normali attività di tutti i giorni. Un primo punto riguarda l'accoglienza del nuovo residente; gli operatori della Rsa hanno ben chiaro che si tratta di un momento di passaggio delicatissimo per la persona fragile e con un disturbo cognitivo, che continua a ripetere «voglio andare a casa» anche se non comprende cosa sta avvenendo.

È un passaggio critico anche per il familiare che vive momenti di profondo turbamento, perché sente sulla propria pelle che si tratta della rottura definitiva di un rapporto simbiotico che durava dalla nascita. Nei primi momenti la stanza di residenza sembrerà al parente sempre inadeguata, il confort insufficiente, limitata l'attenzione verso le esigenze espresse e inesprese; spetta allora all'operatore che accoglie mostrare intelligenza, pazienza, serenità, gentilezza e determinazione. Dovrà anche essere in grado di confermare nella realtà quello che è stato promesso al familiare al momento di stilare il contratto (per esempio, riguardo al numero dei letti per stanza). Nel periodo immediatamente seguente l'accoglienza sarà necessario concedere ai familiari la possibilità di visita al proprio caro con una certa elasticità, adattando le regole a quanto si intuisce rispetto alla loro pesante difficoltà psicologica di accettare la nuova situazione. È inoltre molto importante documentare con precisione le attività che caratterizzano la giornata del residente, riferendo con attenzione sull'alimentazione, le eventuali sedute di fisioterapia, le attività sociali e di stimolazione.

Seppure qualche errore possa essere giustificabile sul piano organizzativo, questi sono assolutamente negativi rispetto alla costruzione di un rapporto di fiducia; il parente ha sempre, e giustamente, antenne molto attente ed è in grado di intuire se le informazioni sono o meno aderenti al vero.

Qualsiasi errore nella trasmissione dei dati viene interpretato come conseguenza di una sostanziale disattenzione verso l'anziano, al quale la struttura non sarebbe in grado di garantire un minimo di protezione e di benessere. Inizia poi il periodo di adattamento, sempre difficile; è il tempo nel quale la correttezza delle informazioni, la gentilezza nel rapporto, se ritenuto necessario, anche un supplemento di attenzione permettono di instaurare un rapporto positivo, che potrà durare in un'atmosfera di reciproca attenzione e generosa collaborazione.

LA NOSTRA SANITÀ

Nei Pronto soccorso raggiunti livelli non più accettabili

■ Mi ero ripromesso di non scrivere più lettere al GdB ma faccio violenza al mio proposito perché ritengo che l'argomento in questione sia di una gravità estrema e di una delicatezza tale da necessitare di un approfondimento e di un contributo critico. Mi riferisco nello specifico alla lettera della cortese lettrice con la quale, sul

GdB del 31 marzo, denuncia la situazione inaccettabile nella quale versa il Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di Brescia. Avendo personalmente sperimentato altri reparti di Pronto soccorso degli ospedali cittadini ritengo sia doveroso ammettere che comunque all'Ospedale Civile, dopo la visita, si viene indirizzati nel reparto dove ricevere le cure adeguate al caso. Cosa che non sempre avviene negli altri ospedali dove si viene sì visitati abbastanza rapidamente ma quasi sempre si è rimandati a casa con una prescrizione per rivolgersi ad uno specialista.

Detto questo, ritengo tuttavia che lo stato delle cose all'Ospedale Civile

abbia ormai raggiunto un livello tale da non essere più accettabile in una società civile. È vero che due anni di pandemia hanno creato situazioni di estrema difficoltà, soprattutto in ambiente sanitario, ma questo non basta a giustificare quello che sta succedendo. Un esempio su tutti è l'ambiente di attesa, angusto e poco pratico, dove i pazienti sono ammassati per ore senza ricevere attenzione da parte dei sanitari e con poche possibilità di comunicare con i parenti fuori. Se poi è vero che, a seguito di rimostranze, si minaccia di chiamare il 112, allora vuol dire che siamo veramente allo sbando totale e si vada totalmente contro il principio di assistenza. Credo che la tanto sbandierata buona sanità lombarda non trovi alcun riscontro in questa situazione, a tal proposito sarebbe interessante sentire, come dice nella risposta il Direttore del GdB, la parte interessata. //

Enzo Pasinetti
Rezzato

LA VICENDA

Grazie a tutti quelli che hanno «ridato» il cuore a Gastere

■ Chiedo gentilmente, la possibilità di pubblicare per intero questo lettera di ringraziamento per conto della famiglia Rrapoj e raccontare la storia della signora Gastere.

Lei ha 57 anni, sposata e mamma di quattro figli. All'età di 39 anni il suo cuore comincia ad ammalarsi. Nel 2004 subisce il 1° intervento a Varese per una stenosi mitralica, il 2° nel 2016 in Grecia per la sostituzione della mitrale gravemente danneggiata. Ma la situazione non migliora affatto, anzi peggiora perché anche la valvola tricuspide da problemi. La stanchezza e la quantità di diuretici le fanno vivere una mezza vita. Rifa esami, controlli, ecocardiogrammi e la risposta definitiva di ogni medico è una triste sentenza: «per la situazione disastrosa del suo cuore, è inoperabile! Non si può fare più nulla». Ma a 57 anni non si può morire. Ci sono ancora tante cose da fare: la famiglia da aiutare, nipoti da amare, lo sappiamo tutti bene. La figlia Besa, mia cara amica, mi parla disperata di questa situazione. Le parlo della bravura e dell'umanità del dottor Coletti, cardiocirurgo dell'Ospedale Civile e lei si fida. E anche la sua mamma. Oramai non sopportava più di «non» vivere ed era disposta a tutto pur di tentare ancora una volta un intervento. Anche a costo di non svegliarsi più. Quando il dottor Coletti la visitò ci disse sinceramente che se ci fossero state le condizioni per poter tentare, sarebbe stato un intervento ad altissimo rischio. Gli chiesi di mettersi la mano sul cuore e di fare l'impossibile. E lui l'impossibile l'ha fatto!

Non solo si è messo la mano sul cuore ma ha addirittura preso in mano il cuore di Gastere e l'ha riparato! Dopo un intervento di quasi nove ore ininterrotte, è riuscito dove tutti avevano rinunciato. A nome di tutta la famiglia Rrapoj ringraziamo in primis Giuseppe Coletti, eccellente cardiocirurgo per il suo coraggio, la sua bravura e umanità.

Il dottor Taulant Bregova, specializzando albanese che ha fatto anche da interprete, da motivatore, da consolatore, da amico. La caposala Loretta, per l'efficienza, la comprensione e la gentilezza dimostrata. Il cardiologo dottor D'Aloia, per il suo supporto e disponibilità. A tutto il personale della Cardiocirurgia e della Rianimazione Cardiocirurgica dell'Asst degli Spedali Civili di Brescia va la nostra stima e rispetto per il faticoso lavoro di ogni giorno e la pazienza infinita che fa di voi tutti delle persone meravigliose.

Grazie dal profondo del nostro cuore per questo miracolo. //

Gianna Zanin e famiglia Rrapoj



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

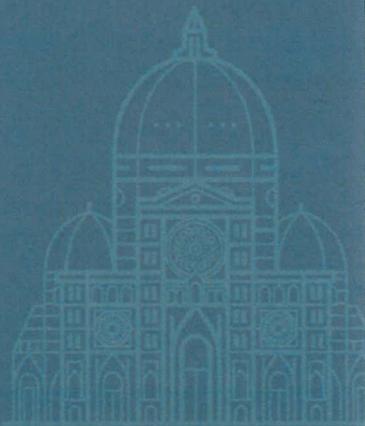
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani

Newsletter AIP – 1 aprile 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

continua questo periodo di vita stressante che rende le nostre giornate preoccupate e addolorate. L’AIP e tutti noi crediamo però sia doveroso continuare a sperare in una situazione migliore. Mentre scrivo queste righe alcune notizie buone sembrano venire dall’Ucraina; non sembra così, invece, per quelle sulla pandemia.

Nostro dovere è l’ottimismo, nonostante tutto. Da una parte la guerra ha messo in luce la precarietà delle nostre convinzioni su un mondo senza problemi; certamente ci aiuterà a comprendere che la pace è faticosa, che non possiamo continuare a dimenticare i problemi dell’Africa, dell’America Latina sia per motivazioni umanitarie, ma soprattutto perché stiamo capendo che la nostra serenità dipenderà molto anche da loro. Ce ne eravamo dimenticati, le circostanze ce l’hanno fatto ricordare. Così la pandemia ci ha fatto pensare alle diseguaglianze, alle povertà, al legame ingiustizia malattia; anche adesso, in questo strascico che sembra senza fine, capiamo le differenze tra una buona sanità e quella pessima, nel nostro Paese e fuori. A proposito, cosa possiamo dire della bassa diffusione del Covid-19 in Africa? Sulla strada dell’ottimismo mi ha molto preoccupato la decisione della FDA americana di approvare la quarta dose per tutti gli ultra50enni, indipendentemente dalle condizioni di salute. Perché tanta attenzione se la pandemia sta... scomparendo realmente?

Ritengo importante ritornare con lo sguardo alla condizione delle RSA, perché non possiamo (e soprattutto non vogliamo!) trascurare il loro ruolo nelle nostre comunità, oggi, ma soprattutto domani. Si trovano in un momento complicato, perché devono recepire la lezione del Covid-19, ma non sempre possono godere di supporti culturali ed economici per sostenere la transizione. Anche le varie commissioni ministeriali (sono tre, espressione della mancanza di un accordo della politica attorno ad uno dei problemi più importanti della nostra vita collettiva) non sembrano dare indicazioni; il PNRR, peraltro, non finanzia le RSA e quindi realisticamente le stesse commissioni si trovano a discutere di realtà “fantasma”.

In questa situazione di grave incertezza strategica le RSA devono oggi affrontare il problema immediato dell’apertura ai famigliari. Infatti, il lento processo di ritorno alla normalità non è omogeneo; in alcune realtà la pandemia continua ad esercitare un’influenza negativa. Tra queste, le RSA si trovano ancora in una situazione precaria, perché i focolai di infezione compaiono e scompaiono senza che, il più delle volte, sia possibile identificarne l’origine.

In questa condizione è necessario adottare atteggiamenti particolarmente attenti verso le persone che frequentano le RSA per fare visita ai propri famigliari. Molti di loro hanno trascorso lunghi mesi di disagio e di sofferenza, talvolta anche di rabbia, perché si sono trovati nell’impossibilità di incontrare i loro cari. Non è la sede per recriminare sul passato; ma in questo momento è doveroso offrire indicazioni per superare una crisi che rischia di durare molto tempo, sebbene a fasi alterne. Alcune situazioni non sono sopportabili da parte delle famiglie e neppure dei residenti, che subiscono sulla loro salute le conseguenze dell’isolamento, che induce ansia, difficoltà nell’alimentazione, insonnia, talvolta anche aumento delle problematiche cognitive.

Schematicamente mi permetto di sottoporre alcune indicazioni per migliorare i contatti dei famigliari con i residenti, partendo dall'idea di fondo che si tratta di un rapporto indispensabile per la reciproca serenità, oltre che per il benessere psicofisico degli ospiti. Sono frutto di una serie di indicazioni inviate all'Associazione Italiana di Psicogeriatria da parte di attori che in questi mesi hanno giocato un ruolo importante per organizzare modalità di presenza dei famigliari il più possibile umane e destinate a ridurre le sofferenze. Inoltre, sono modalità che possono essere gestite da parte delle strutture con qualche sacrificio, ma senza scardinare le loro normali attività di tutti i giorni.

Un primo punto riguarda **l'accoglienza del nuovo residente**; gli operatori della RSA hanno ben chiaro che si tratta di un momento di passaggio delicatissimo per la persona fragile e con un disturbo cognitivo, che continua a ripetere "voglio andare a casa" anche se non comprende cosa sta avvenendo. È un passaggio critico anche per il famigliare che vive momenti di profondo turbamento, perché sente sulla propria pelle che si tratta della rottura definitiva di un rapporto simbiotico che durava dalla nascita. Nei primi momenti la stanza di residenza sembrerà al parente sempre inadeguata, il confort insufficiente, limitata l'attenzione verso le esigenze espresse e inesprese; spetta allora all'operatore che accoglie mostrare intelligenza, pazienza, serenità, gentilezza e determinazione. Dovrà anche essere in grado di confermare nella realtà quello che è stato promesso al famigliare al momento di stilare il contratto (per esempio, riguardo al numero dei letti per stanza). Nel periodo immediatamente seguente l'accoglienza sarà necessario **concedere ai famigliari la possibilità di visita al proprio caro con una certa elasticità**, adattando le regole a quanto si intuisce rispetto alla loro pesante difficoltà psicologica di accettare la nuova situazione. È inoltre **importante documentare con precisione le attività che caratterizzano la giornata del residente**, riferendo con attenzione sull'alimentazione, le eventuali sedute di fisioterapia, le attività sociali e di stimolazione, ecc. Seppure qualche errore possa essere giustificabile sul piano organizzativo, questi sono assolutamente negativi rispetto alla costruzione di un rapporto di fiducia; il parente ha sempre, e giustamente, antenne molto attente ed è in grado di intuire se le informazioni sono o meno aderenti al vero. Qualsiasi errore nella trasmissione dei dati viene interpretato come conseguenza di una sostanziale disattenzione verso l'anziano, al quale la struttura non sarebbe in grado di garantire un minimo di protezione e di benessere.

Inizia poi il **periodo di adattamento**, sempre difficile; è il tempo nel quale la correttezza delle informazioni, la gentilezza nel rapporto, se ritenuto necessario, anche un supplemento di attenzione, permettono di instaurare un rapporto positivo, che potrà durare in un'atmosfera di reciproca attenzione e generosa collaborazione.

Un recente editoriale di *JAMA* mette in luce **la crisi che ha colpito i medici e la pulsione all'abbandono della professione** che stiamo verificando su larga scala. **Il professor Giovanni Zuliani ha così commentato il testo**: "In un articolo *"drammatico"* pubblicato su *JAMA* il 30 marzo 2022 dal titolo *"Pushed to Their Limits, 1 in 5 Physicians Intends to Leave Practice"* Jennifer Abbasi riporta e commenta i risultati di alcune survey nazionali condotte negli USA per valutare l'effetto della pandemia da COVID-19 sugli operatori sanitari. I dati emersi evidenziano forti criticità:

- elevati tassi di burn-out, ansia e depressione con un trend in crescita tra i medici delle cure primarie; molto diffusa l'alienazione nel dover lavorare con scarsi mezzi di protezione (all'inizio) e con molti pazienti ancora non vaccinati (dopo);
- il 62% dei medici di cure primarie ha dichiarato di conoscere colleghi pensionati anticipatamente, il 29% conosce colleghi che hanno chiuso l'ambulatorio; il 20% ha dichiarato di voler abbandonare le cure primarie entro 3 anni;
- i medici "in prima linea" durante la pandemia presentano una elevata prevalenza di depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress, disturbi del sonno;

- tra i medici di diverse discipline, il tasso di burn-out è pari al 50%: sono stati 2 anni difficili, ci sarebbe bisogno di riprendersi, ma non ce ne è stato il tempo; paradossalmente, altri medici hanno avuto una esperienza contraria durante la pandemia: troppo poco lavoro (es. chirurgi);
- il problema della carenza di dotazione degli organici (personale di ruolo nello staff medico) è di grandissimo stress per i clinici e comporta frustrazione, affaticamento, burn-out; i medici devono fare sempre più lavoro “non-medico”;
- The Coping With COVID Study prevede un esodo di massa: il 24% dei medici di varie discipline ed il 40% degli infermieri hanno pianificato un pensionamento entro 2 anni;
- secondo dati della Physicians Foundation, il 20% circa dei medici intervistati ha affermato di conoscere un collega che ha considerato o tentato il suicidio durante la pandemia.

Il quadro americano nel complesso è deprimente; appare chiaro che la politica non si è interessata, o forse non è riuscita a capire o non ha voluto capire quale sia stato l’impatto della pandemia sugli operatori sanitari. Tutto il mondo è paese...”

La letteratura in questo periodo presenta molti spunti di grande interesse per costruire al meglio l’assistenza e le procedure di cura in concreto. Come di consueto, **il contributo di Mauro Colombo** rappresenta un punto fermo per la profondità e l’originalità dei contenuti:

“L’editoriale di Lancet Neurology cui Trabucchi ha fatto riferimento nella newsletter di venerdì 25 marzo rimanda ad un articolo originale [#] che descrive uno studio concepito in un contesto neuropatologico “di nicchia”, ideale per esplorare delle ipotesi di ricerca, a proposito di microglia, neuro-flogosi e neuro-degenerazione. L’articolo – di libero accesso in rete, e corredato da numerosi grafici accattivanti – è frutto di una ampia collaborazione, che ha unito ricercatori da diversi angoli del mondo.

L’opinione corrente nel rapporto tra microglia e malattia di Alzheimer si è modificata nel tempo: da un ruolo esclusivamente sfavorevole di contributo della microglia alla progressione della malattia, ad un ruolo di sentinella che monitora il microambiente innescando risposte difensive. Inoltre, ne sono state identificate varianti genetiche disfunzionali che sono risultate associate ad aumentato rischio di sviluppo di malattia di Alzheimer ad esordio tardivo. Studi trasversali hanno rilevato che un marcatore di attivazione microgliale [TREM solubile (espressione del sistema TREM situato nella membrana cellulare)] presentava livelli elevati nel liquido cerebrospinale sia nelle fasi pre-sintomatiche tardive che in quelle sintomatiche precoci della malattia di Alzheimer, tanto sporadica quanto genetica. Tuttavia, rimane incerto se elevati livelli basali di tale marcatore siano associati a minore neurodegenerazione alle neuro-immagini, ed a minore declino cognitivo, nelle fasi sintomatiche della malattia sporadica ad esordio tardivo. Inoltre, le analisi trasversali sono inficiate dalla alta variabilità interindividuale della TREM2 solubile, e soprattutto non consentono di cogliere lo sviluppo nel tempo della sua relazione con l’evoluzione della malattia. Per ovviare a tali difficoltà, è stato fatto ricorso allo studio osservazionale “DIAN” [Dominantly Inherited Alzheimer Network], che recluta soggetti appartenenti a famiglie con storia di malattia di Alzheimer autosomica dominante. La scelta di tale modello di studio longitudinale [primo caso del genere], approfittando della alta penetranza della trasmissione della malattia, consente di sfruttare decorsi ormai ampiamente prevedibili. I soggetti indagati portatori di varianti patologiche sfavorevoli sono stati divisi in 2 gruppi: pre-sintomatici [Clinical Dementia Rating (CDR) = 0], e sintomatici [CDR > 0]. I portatori di varianti genetiche sfavorevoli riguardo allo sviluppo di malattia di Alzheimer presentano livelli liquorali di bio-marcatore più elevati rispetto ai familiari di controllo, che non ne sono portatori, già 21 anni prima del presunto esordio dei sintomi. I livelli basali di A β 42 ed il rapporto A β 42/A β 40 nel liquido cefalorachidiano correlavano negativamente con i tassi di crescita nel tempo nelle concentrazioni liquorali di TREM2 solubile: a più alti livelli basali di A β 42 e di rapporto A β 42/A β 40 [indicativi di situazioni neurobiologiche relativamente migliori] corrispondevano crescite meno marcate di bio-marcatore. Nei portatori di varianti genetiche inclini allo sviluppo di malattia, crescite annuali più consistenti in TREM2 solubile correlavano con diminuzioni meno marcate in A β 42, nei soggetti pre-sintomatici, ed a minori accumuli amiloidi alla Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), nei soggetti sintomatici. Ancora, i rapporti tra i cambiamenti annuali in A β 42 ed in accumuli amiloidi alla PET, e tra questi ultimi ed i tassi di cambiamento annuale in tau fosforilata liquorale, vengono mediati dalla entità della

modificazione in bio-marcatore: le curve che disegnano tali rapporti seguono percorsi opposti a seconda che la velocità di crescita annuale in TREM2 solubile sia superiore od inferiore alla mediana. Inoltre, a maggiori crescite annuali in bio-marcatore corrispondevano più lenti assottigliamenti nella corteccia del precuneo, nei portatori pre-sintomatici di varianti genetiche sfavorevoli; livelli basali più elevati in TREM2 solubile erano anche associati a più lente contrazioni in volume dell'ippocampo. Infine, maggiori crescite annuali in TREM2 solubile liquorale correlavano fortemente con involuzioni meno veloci nelle prestazioni cognitive.

Da tutti questi rilievi, emergono importanti significati neurobiologici, a partire dalla spiccata sensibilità della microglia a minimi insulti amiloidi, per cui i primi "semi" di A β inducono una risposta TREM2 solubile in una fase assai precoce, prima ancora che le immagini PET colgano la deposizione di placche amiloidi. La selettività delle associazioni tra gli andamenti in TREM2 solubile con quelli in A β 42 ed alla PET – rispettivamente nei portatori di varianti patologiche pre-sintomatici e sintomatici – depone per un duplice effetto protettivo, sostenuta anche da studi in animali, a seconda della fase clinica della malattia: da una parte la microglia si riunirebbe in minuscoli aggregati attorno ai più piccoli "semi" di A β , impedendone la crescita; d'altra parte, la microglia innalzerebbe barriere attorno a placche ormai sviluppatesi, ove compatterebbe la A β . Le differenze osservate nei rapporti del bio-marcatore con la corteccia del precuneo e col volume dell'ippocampo riposano su una spiegazione neuro-bio-patologica: il precuneo è la prima regione interessata dall'accumulo di A β nella malattia di Alzheimer a trasmissione autosomica dominante, cui fanno seguito l'ipometabolismo – rilevabile al Fluorodesossiglucosio – e dal susseguente assottigliamento corticale. Tale sequenza "canonica" non pertiene invece all'ippocampo, dove la atrofia costituisce l'evento principale. Un limite dichiarato dello studio consiste nella sua natura osservazionale, che preclude ogni inferenza di relazione causa-effetto. Ma il valore di TREM2 solubile come marcatore di attivazione microgliale – confermata da altri modelli con mutazioni genetiche – è tale che l'attenzione della ricerca sta indirizzandosi verso la attivazione microgliale appunto del sistema TREM come un interessante bersaglio per future terapie.

[Morenas-Rodríguez, E., Li, Y., Nuscher, B., Franzmeier, N., Xiong, C., Suárez-Calvet, M., Fagan, A. M., Schultz, S., Gordon, B. A., Benzinger, T., Hassenstab, J., McDade, E., Feederle, R., Karch, C. M., Schlepckow, K., Morris, J. C., Kleinberger, G., Nellgard, B., Vögler, J., Blennow, K., ... Dominantly Inherited Alzheimer Network (2022). Soluble TREM2 in CSF and its association with other biomarkers and cognition in autosomal-dominant Alzheimer's disease: a longitudinal observational study. *The Lancet. Neurology*, 21(4), 329–341. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00027-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00027-8)"]

Rinnovando l'augurio più cordiale di buon lavoro, ricordo:

1. Il prossimo **webinar AIP** su **"Depressione e disturbi cognitivi nel post Stroke"**, che si terrà **mercoledì 6 aprile**, alle ore 18.30. Per partecipare è necessario iscriversi – gratuitamente – cliccando l'apposito link riportato nella locandina in allegato. Segnalo inoltre che le **videoregistrazioni dei webinar sono disponibili, per i soci AIP 2022**, sul sito www.psicogeriatría.it, nella pagina dedicata "Video webinar AIP 2022".
2. Il **nostro 22° Congresso nazionale** (Firenze, 23-25 maggio), per il quale è ancora possibile iscriversi; tutti i dettagli relativi alle quote di iscrizione (per soci e non soci) sono disponibili sul sito ufficiale dell'evento <https://www.aipcongresso.it/IT/iscrizioni.xhtml>. Con molto piacere comunico che abbiamo ricevuto oltre 120 abstract, segnale che, almeno sul piano dell'impegno culturale, la crisi della pandemia è in via di superamento.
3. La nostra **Sololine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano**, che offre il supporto di professionisti medici e psicologi per affrontare le situazioni di disagio personale causate dalla pandemia. In allegato la locandina.
4. Le **iscrizioni all'AIP** che, ripeto ancora una volta, sono uno strumento indispensabile per permettere la continuazione del nostro lavoro con libertà e determinazione.

Con viva stima

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDÌ 6 APRILE 18:30 – 19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*
Associazione Italiana di Psicogeriatría

Depressione e Disturbi Cognitivi nel Post Stroke

Carlo Serrati – Imperia

Conduce la discussione: *Claudio Vampini*
Coordinatore del Progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 4 aprile 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Grazia al contributo incondizionato di



Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 0986411 - florence@mci-group.com



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

22

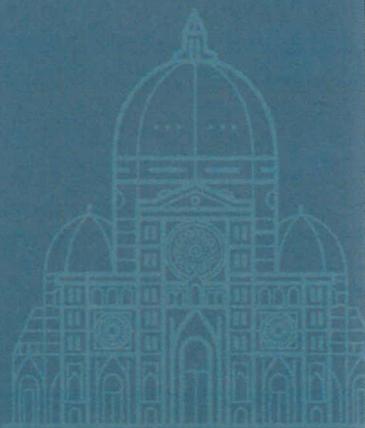
CONGRESSO
NAZIONALE

AIP

FIRENZE

23/25 maggio 2022
Palazzo dei Congressi

Dopo la pandemia:
la sfida per una medicina
a misura della terza età





ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA



***Una telefonata contro
la solitudine dell'anziano***

Una iniziativa dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra)
per affrontare insieme
la sofferenza psicologica dell'anziano
che vive in solitudine

**CHIAMA IL NUMERO VERDE
800 699741**

Servizio gratuito

Un gruppo di professionisti
(psicologi, geriatri, psichiatri e neurologi)
risponde al telefono
**dal lunedì al venerdì
dalle 16.00 alle 19.00**

Servizio di supporto professionale a cura dell'AIP
(Associazione Italiana di Psicogeriatra) rivolto agli anziani