

## Newsletter AIP - 28 gennaio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

**il problema dell'immortalità è stato sollevato in questi giorni dall'impegno di Bezos a finanziare con 3 miliardi di dollari una serie di studi sulla rigenerazione cellulare**, che dovrebbero permettere di vivere più a lungo. Aspirare all'immortalità ha sempre rappresentato una tentazione umana, fin dai tempi dei Sumeri, anche se mediata da varie banalità ("dare vita agli anni e non anni alla vita"). Oggi uno degli uomini più ricchi del mondo ha impegnato parte della sua immensa disponibilità economica e... forse riuscirà ad aumentare di qualche anno la nostra vita. Forse!

La mia cultura personale su queste tematiche è ancora legata agli studi sulla lunghezza dei telomeri; il lavoro di Schneider e altri pubblicato il 18 gennaio su *Jama Internal Medicine* ha confermato che le mie vecchie cognizioni sono ancora valide: la lunghezza dei telomeri leucocitari è legata alla mortalità. Più sono corti, più si registra un piccolo aumento della mortalità. Ma quando queste osservazioni riusciranno a trasformarsi in interventi clinicamente rilevanti?

Modulare la rigenerazione cellulare, come vorrebbe Bezos, sarà un'impresa non facile, ma certamente più semplice del cercare di rendere "buona" la vita di un 90enne in RSA o quella di un vecchio senza tetto che vive in qualche slum delle metropoli americane. Con questo non voglio assumere una posizione critica verso Bezos, che ha diffuso a Natale una sua immagine pietosa, avvinghiato all'ultima compagna, né verso le sue motivazioni personali, né vorrei aderire ad atteggiamenti antiscientifici (già troppi ne abbiamo sperimentati!). Mi permetto solo di ricordare che il nostro futuro sarà caratterizzato da fenomeni complessi, difficili da governare e che non saranno collegati solo con la struttura biologica (o cellulare) umana. A questo fine **riponiamo, invece, grandi speranze sull'intelligenza artificiale, che non ci farà vivere più a lungo, ma sarà in grado di farci capire cosa occorre per migliorare la vita del 90enne in RSA** (la prima vittima, come di seguito indicato, delle nostre incapacità di gestire la complessità).

Decenni fa, quando fu caratterizzato il genoma, molti affermarono che stava per divenire possibile il controllo di tutte le malattie e che il mondo sarebbe cambiato. Così non è avvenuto: basta un piccolissimo elemento microscopico per confondere le nostre vite e per rendere precari i nostri progetti. Su *NEJM* dello scorso 23 dicembre è stato pubblicato un editoriale molto critico sul tentativo messo in atto da Amazon (Bezos) di entrare nel mondo della medicina di famiglia. L'articolo si conclude così: "Hope that human being, at the end of the day, need human doctors". È sempre la nostra umanità in gioco: ci importa di più rispetto alla rigenerazione cellulare e alla perfetta organizzazione logistica di Amazon!

Mi sembra che tra tutti i grandi investitori per un futuro realmente migliore il più credibile sia Bill Gates, che ha investito molto denaro per combattere le malattie infettive e per predisporre modelli epidemiologici che ci possono aiutare a leggere il futuro. Sconfiggere la malaria è più importante che studiare, senza un obiettivo serio, la rigenerazione cellulare.

**L'"Angolo di Mauro" riprende la discussione sull'attività fisica**, argomento di grande delicatezza per garantire il benessere dell'anziano:

“Nella newsletter di venerdì 21 gennaio, Trabucchi ha fatto cenno ad un articolo di JAMA del 16 aprile che ribadisce l’effetto benefico dell’attività fisica rispetto al rischio di sviluppare demenza [Yoon, M., Yang, P. S., Jin, M. N., Yu, H. T., Kim, T. H., Jang, E., Uhm, J. S., Pak, H. N., Lee, M. H., & Joung, B. (2021). Association of Physical Activity Level with Risk of Dementia in a Nationwide Cohort in Korea. *JAMA network open*, 4(12), e2138526. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38526>]. La importanza e la originalità del lavoro consiste nell’aver confrontato livelli di esercizio differenti, focalizzandosi su quelli più bassi. Studiando retrospettivamente per 4 anni oltre 60.000 persone di età compresa tra i 65 e gli oltre 85 [73 in media, all’inizio della osservazione], campionate tra quelle arruolate nello studio longitudinale coreano delle assicurazioni sanitarie, è stato riscontrato un effetto protettivo “dose-risposta” nettamente evidenziato da diversi tipi di grafici. Correttamente, sono stati tenuti in conto i possibili effetti dei primi 2 anni di osservazione, e di possibili rischi concorrenti. Rispetto alla sedentarietà totale, l’effetto protettivo si è palesato già a partire da una quota di esercizio moderato di 1 ora per settimana: una quantità decisamente modesta e quindi facilmente raggiungibile, e comunque già capace di ridurre del 10% il rischio di sviluppare demenza.

Passando ad aspetti qualitativi dell’esercizio, un lavoro preliminare apparso la scorsa primavera ha fornito risultati in parte inattesi [Tavoian, D., Russ, D. W., Law, T. D., Simon, J. E., Chase, P. J., Guseman, E. H., & Clark, B. C. (2021). Effects of Three Different Exercise Strategies for Optimizing Aerobic Capacity and Skeletal Muscle Performance in Older Adults: A Pilot Study. *The Journal of Frailty & Aging*, 10(4), 357–360. <https://doi.org/10.14283/jfa.2021.21>]. Uno sparuto gruppetto di ultra65enni ipoattivi ha sensibilmente migliorato l’assetto cardiorespiratorio e funzionale, ma poco o nulla le prestazioni muscolari, mediante allenamento aerobico, come atteso. Ma la sorpresa – esplicitamente da verificare e confermare – è venuta dall’esercizio di resistenza, che ha migliorato tutti i 3 assi. I ricercatori – tutti statunitensi – invocano cautela nella interpretazione dei dati, ma contemporaneamente propongono di sfruttare le stime di effetto da loro ottenute per dimensionare il campione di studi futuri.

Per approfondire il substrato biologico di una attività fisica alla portata di molti, un lavoro condotto dalla Università di Nottingham ha evidenziato come 6 settimane di attività fisica praticata da giovani anziani con gonalgia da gonartrosi hanno modificato favorevolmente – rispetto ad un gruppo di controllo – il microbiota intestinale, riducendo i livelli di citochine infiammatorie. La flora intestinale, a sua volta, influenza il sistema degli endocannabinoidi enterici. Una specifica analisi statistica formale ha stabilito che un terzo degli effetti antiinfiammatori dei metaboliti batterici benefici era mediato da modificazioni nel sistema dei cannabinoidi endogeni. Il ruolo di questi ultimi nel modulare il metabolismo energetico, la forza muscolare, l’infiammazione, il dolore e la neurobiologia cerebrale è documentato sia negli animali che nell’uomo. L’esercizio fisico modifica positivamente il microbismo intestinale ed entrambi regolano l’omeostasi metabolica, indipendentemente dalla dieta [Vijay, A., Kouraki, A., Gohir, S., Turnbull, J., Kelly, A., Chapman, V., Barrett, D. A., Bulsiewicz, W. J., & Valdes, A. M. (2021). The anti-inflammatory effect of bacterial short chain fatty acids is partially mediated by endocannabinoids. *Gut microbes*, 13(1), 1997559. <https://doi.org/10.1080/19490976.2021.1997559>].

Contro il rischio che le nostre raccomandazioni vengano banalizzate, valgono simili indagini sull’effetto pleiotropico [favorevole] della attività fisica. Questi circoli virtuosi che collegano le [buone] abitudini quotidiane con la nostra biologia più profonda ci possono ulteriormente motivare a promuovere – con le dovute cautele della ragionevolezza – quei “fattori di contro-rischio” o “di protezione”, facilmente applicabili, che sono l’anima della gerontologia preventiva”.

Riprendo, a testimonianza della nostra specifica attenzione alle **problematiche poste dall’attuale situazione delle RSA**, il testo che la **dottorssa Alessandra Marrè**, direttore medico di RSA, mi ha recentemente inviato: “Ieri ho lasciato fluire i rimpianti, ho lasciato che arrivasse alle viscere la paura e la pena. L’infinita, straziante pena per gli anziani ricoverati nella mia struttura. Gli stessi a cui ho dovuto, ancora una volta, togliere quel briciolo di gioia nel vedere di persona i propri cari. Gli togliamo un’altra consuetudine appena faticosamente acquisita. Noi ci danniamo l’anima per farli sentire curati, accuditi, coccolati, e protetti. Ma io credo che loro non abbiano gli strumenti per vivere con “plasticità” le conseguenze di regole restrittive che si alternano continuamente, in un balletto tragico che calpesta i loro cuori. Loro sono i più rigidi di tutti: cognitivamente,

emotivamente, psicologicamente, ed anche fisicamente. Forse è proprio per questo che sono così fragili. Loro sono quelli a cui se sposti una foto sul comodino vanno in agitazione; noi gli togliamo ciò che per loro conta più di 1000 foto: i figli, i nipoti, visi e voci conosciuti da sempre, che testimoniano il senso della loro vita, che fa accelerare i battiti dei loro cuori, le loro “farfalle nello stomaco”. E per cosa? Sono tutti vaccinati, i casi gravi di Covid adesso sono molto più rari. Noi cerchiamo di far rispettare le “regole” dell’isolamento: appena scoviamo un positivo, anche se sta benone (a proposito del lavoro da Lei citato su *JAMA* di dicembre), lo chiudiamo in una stanza e gli togliamo tutto ciò che può addolcire gli ultimi anni o mesi di vita, per giorni che per loro pesano come secoli, e che, forse, non hanno più alcun senso per loro”.

Vorrei dedicare queste righe dolenti a chi ritiene che le RSA si chiudano per egoismo, al fine di ridurre le fatiche degli operatori e dei gestori. Invece, sappiamo bene come la sofferenza di Alessandra sia condivisa dalla grande maggioranza di chi lavora in queste strutture. Molti di loro stanno ancora una volta assumendosi il peso di turni pesantissimi, al fine di costruire una condizione di normalità, quando tutto concorre a provocare ogni genere di difficoltà.

**Allego a questa newsletter un articolo uscito su *Avvenire* del 25 gennaio a mia firma, riguardante l’attuale situazione delle RSA.** Massimo Giordani, direttore generale di UPIPA, l’associazione delle case di riposo del Trentino, ha commentato così l’articolo: “Ho letto con piacere il tuo intervento sull’*Avvenire* di oggi. Pur consapevole che le “discipline” particolari non sono utili se non raramente alla causa nazionale, ti segnalo che qui in Provincia di Trento ci siamo battuti in questi giorni per avere un aggiornamento delle linee guida sulle RSA proprio alla luce della protezione vaccinale ed evitare che un singolo caso Covid o un piccolo focolaio senza conseguenze cliniche impedissero automaticamente le visite ai familiari. Mentre non nascondo che è molto più difficile la gestione (a parte il fine vita, che viene tutelato in via di deroga come avviene per l’ISRAA) delle persone che rifiutano il vaccino, anche perché le restrizioni decise dal governo, che hanno scopo disincentivante il comportamento, sono particolarmente punitive e non sempre epidemiologicamente fondate, pur se politicamente comprensibili. Il problema è la sempre maggiore polarizzazione che creano, con forti tensioni tra gli operatori favorevoli e contrari alla vaccinazione, e il proliferare di comportamenti opportunistici al limite dell’illegalità (è di oggi la notizia che a Pergine hanno scoperto un infermiere che effettuava tamponi con esito compiacente!)”.

*JAMA Internal Medicine* del 24 gennaio affronta il problema della cura delle demenze nelle RSA e conclude che **occorre compiere ancora molti progressi per ridurre le differenze tra le varie strutture rispetto alla possibilità di offrire servizi omogenei e di alta qualità**. Un’indicazione preziosa anche per il nostro paese, caratterizzato da forti disparità nella qualità delle cure fornite nelle RSA. AIP si sta impegnando con determinazione per ridurre le diseguaglianze. Pur rispettando le storie, le culture, le collocazioni si devono mettere in atto adeguati stili di lavoro se si vuole rispettare la dignità e la libertà di chi affida la propria vita alle cure di un’istituzione.

Nelle prossime settimane saremo in grado di capire come si evolve la pandemia; *Lancet* del 19 gennaio ha pubblicato un commento dal titolo significativo: **“Covid-19 continua, ma si avvicina la fine della pandemia”**. L’autore sostiene che Covid-19 diventerà un’altra delle malattie ricorrenti che i sistemi sanitari dovrebbero imparare a gestire. Su questa linea, dobbiamo impegnarci per la costruzione di nuovi modelli di funzionamento dei servizi socio-sanitari a tutti i livelli. Se la pandemia si trasforma in un’endemia non potremo più accettare alcune scelte oggi diffuse e che stanno provocando dolore, disagi, veri e propri danni (dalle chiusure nelle RSA, alle gravi limitazioni imposte all’attività ordinaria degli ospedali). Non vorrei che ancora una volta l’evoluzione epidemiologica ci trovasse in ritardo; saranno quindi necessarie precise scelte politiche, ma il mondo sanitario e

dell'assistenza dovrà assumere posizioni coraggiose, con le relative conseguenze. Di fronte alle incertezze dei decisori, dovremo essere in grado di cancellare dalle nostre angosce l'immagine delle bare sui camion militari con la coscienza che le vaccinazioni e le precauzioni personali e collettive aprono nuove concrete possibilità per ritornare ad una quasi normalità.

Chiudo questa newsletter riportando il titolo di un pezzo pubblicato dal *BMJ* del 24 gennaio da parte di un medico dell'emergenza: "Oggi lavorare nei servizi sanitari significa essere richiesti dell'impossibile e poi essere abbandonati all'inevitabile fallimento". Non ho trascritto queste righe per offrire spazio a chi è pessimista (ve ne è già troppi!) ma, al contrario, per ricordarci che **nelle difficili condizioni professionali di oggi è sempre possibile trovare un senso**: mille problemi, talvolta fallimenti, ma l'impegno clinico alla fine è indispensabile per i cittadini e dà senso alla vita di chi opera nella sanità e nell'assistenza.

Ricordo infine che è sempre possibile **isciversi all'Associazione Italiana di Psicogeriatra**, utilizzando le modalità riportate sul nostro sito. Per qualsiasi necessità potete contattare la segreteria all'indirizzo mail: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it).

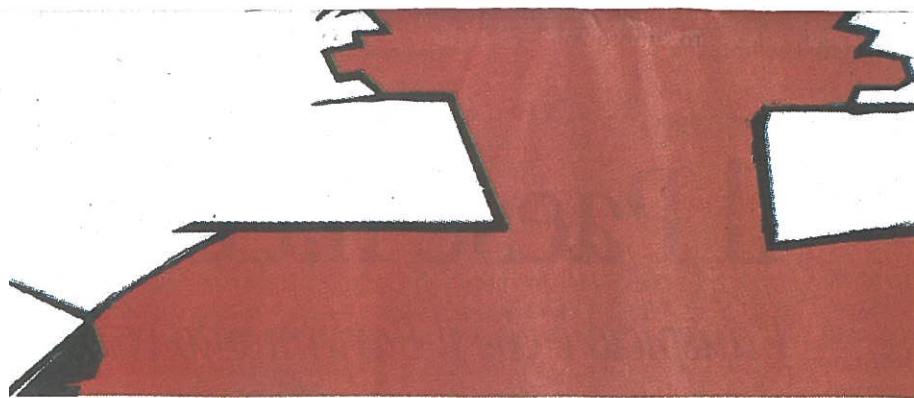
Con viva stima e un augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra*



pubblicati (dal 5% al 35% dal 1975 in poi). Gli analisti dello studio collegano questo trend allo stallo della crescita economica dopo la ricostruzione post bellica a fine anni 70, allo sviluppo dei social media ed alla crisi economica del 2008.

Il collegamento tra sfiducia nella scienza e tendenza ad abbracciare teorie antiscientifiche e magiche, da un lato, e comunicazione social, dall'altro, ricorre sempre più frequentemente nelle analisi anche italiane. Ad



## L'infinita crisi pandemica e la serenità familiare degli anziani ospiti LE RSA NON SONO DELLE PRIGIONI (ED È IMPORTANTE RICORDARSENE)



MARCO TRABUCCHI

La crisi pandemica, che non accenna a finire, ha riproposto il problema dell'apertura delle Rsa ai parenti per le visite ai loro cari. Alla sua specialissima maniera, Giacomo Poretti lo ha sottolineato con efficacia su "Avvenire" di domenica scorsa, 23 gennaio 2022. Lo scenario è complesso e sarebbe davvero negativo se si volesse procedere secondo pregiudizi, come talvolta è stato fatto in passato.

Una prima considerazione riguarda la condizione di salute delle strutture, intendendo per salute prima di tutto quella degli operatori che, dopo due anni di continuo stress psicologico e di pesanti fatiche fisiche, ma anche di docce fredde causate dal chiudi-apri-chiudi, sono gravemente provati. D'altra parte, la letteratura scientifica internazionale conferma che la crisi e i rischi di burnout di chi assiste è diffusa in tutto il mondo sviluppato, ponendo pesanti interrogativi sul funzionamento, il ruolo e l'evoluzione di queste strutture. Lo stato di salute deve prendere in considerazione anche la grave mancanza, palesatasi in questi tempi, di operatori formati e la condizione economica, resa fragile dai maggiori costi sopportati per la difesa dalla pandemia e dalle minori entrate causate dalla ridotta occupazione dei posti letto.

Partendo con realismo da questa lettura, oggi è necessario continuare a battersi per un maggiore riconoscimento del ruolo delle residenze per anziani a livello politico, con il conseguente stanziamento di adeguati finanziamenti (da questo punto di vista, la vicenda del Pnrr è desolan-

te). Contemporaneamente è però necessario dimostrare che, nonostante tutto, le Rsa sono mondi vitali, pronti a continuare a vivere perché rappresentano un pezzo della realtà sociale che non può essere cancellato, nonostante le motivazioni anche assai nobili di tale intenzione, ma che, al contrario, deve essere valorizzato. Per la "dimostrazione di vita", in questo momento, è centrale la capacità di gestire i rischi epidemiologici complessivi e, tra questi, anche quelli conseguenti all'apertura ai familiari. Agli inizi della pandemia vi erano motivazioni valide per le chiusure che sono state adottate, pur con gravi sofferenze da parte sia degli ospiti sia dei familiari. Oggi queste obiezioni sono state indebolite dalla diffusione delle vaccinazioni, la cui efficacia negli anziani si è rivelata indiscutibile, anche per quelli residenti nelle Rsa. Tuttavia, restano ancora aree di grande preoccupazione, per il crearsi di focolai all'interno di alcune strutture. La risposta a questa situazione è molto diversificata, perché alcune hanno bloccato completamente gli accessi, altre invece continuano a organizzare con molta prudenza e forti precauzioni le visite, escludendo però dagli accessi chi non è vaccinato.

In questo scenario merita attenzione il comportamento dell'Isrra di Treviso, che ha organizzato anche visite di persone non vaccinate, con un complesso sistema di protezioni, quando l'ospite si trova alla fine della vita o è affetto da una grave malattia. Infatti, ai parenti in visita vengono fatti indossare tuta, occhiali, guanti, mascherina, visiera, copriscarpe. Si tratta di situazioni eccezionali che hanno un'importanza che va al di là della singola si-

tuazione. Dimostrano che da parte delle Rsa non vi sono preclusioni a priori agli accessi, quasi fossero un carcere; inoltre, che in ogni singola situazione vi è un forte impegno per sperimentare il modo migliore per favorire il benessere degli ospiti. Pure in situazioni particolarmente critiche, talvolta dovute alla scarsa collaborazione dei cittadini, la qualità della vita è, e deve essere, al centro di ogni attenzione. È peraltro ben noto, anche sulla base delle esperienze del recente passato, che gli ospiti, seppure cognitivamente compromessi, percepiscono come un momento vitale, indispensabile, il contatto con i propri cari.

L'esempio di Treviso dovrebbe fare scuola, anche se vi sono altre realizzazioni simili, compiute con intelligenza e generosità; perché ciò sia possibile occorrerebbero però chiare indicazioni a livello nazionale. Infatti, per questi problemi non vi devono essere visioni particolari da parte delle diverse Regioni; le modalità per organizzare la difesa dal Covid-19 non dovrebbero dipendere da visioni localistiche. Inoltre, sarebbe doveroso riconoscere finanziamenti specificamente dedicati a questi momenti particolari, che comportano spese non irrilevanti. Si pensi che per una visita di 15 minuti, con protezioni integrali, si deve dedicare un operatore per la vestizione e la svestizione, che vanno compiute secondo precise regole. Di fatto si deve prevedere un'ora di lavoro di un operatore per una singola visita. Si devono anche considerare i costi delle protezioni integrali, che non sono trascurabili.

Il realismo deve indurre a considerare questi aspetti apparentemente meno "nobili", ma fondamentali per permettere la realizzazione delle migliori scelte, ispirate al concetto di rispetto dovuto alle persone anziane, quale che sia il loro stato di salute.

Associazione italiana di Psicogeriatrica

## Newsletter AIP – 21 gennaio 2022

Gentili Colleghe, Egregi Colleghi,

abbiamo iniziato da appena 20 giorni il nuovo anno. Ma con grandi preoccupazioni. Noi non siamo mai stati tra coloro che hanno una prospettiva prometeica della vita umana, né ci consideriamo i soli dominatori della terra e del futuro. Non subiamo quindi la situazione attuale come una sconfitta. Però, pur nella modestia che ci impongono le circostanze, mai avremmo creduto che dopo due anni di sconfitte e di vittorie il nostro futuro fosse ancora così incerto. Ne siamo profondamente colpiti, né ci bastano i buoni propositi per il cambiamento (che assomigliano a flagellazioni), come scritto nella prima pagina di *Lancet* dello scorso 10 dicembre: “...è necessaria una riorganizzazione della salute globale e dei sistemi sanitari di sicurezza”. A noi basta oggi uscire da condizioni che limitano la libertà, le nostre progettualità, soprattutto la nostra capacità di rispondere alle richieste di aiuto di tanti concittadini affetti da problemi di salute che sono stati trascurati. **Non ipotizziamo la scomparsa della pandemia, come molti prevedono, ma lo stabilizzarsi di una condizione che permetta di effettuare cure adeguate.** Come nel contatto diretto con l’anziano fragile spesso non possiamo mirare alla guarigione, così a livello macro speriamo che la probabile endemia non impedisca in futuro di esercitare le nostre potenzialità professionali. *BMJ* del 14 gennaio pubblica un’importante editoriale dal titolo: “Che cosa porta all’attuale eccesso di mortalità da tutte le cause?”; è una critica molto forte all’incapacità delle nazioni di predisporre interventi per “vivere con il virus”. Dovremmo essere capaci di “gestire l’aumento della domanda con quello di adeguate risposte”. Ma, per non essere inutilmente critici, dobbiamo riconoscere la difficoltà di adottare in tempi brevi soluzioni adeguate (anche due anni sono tempi brevi per rimettere in piedi il sistema sanitario italiano, danneggiato da anni di risparmi compiuti senza aver fatto scelte di fondo sugli obiettivi da realizzare). Se riusciremo a costruire un sistema sanitario presente nella vita di tutti i cittadini, qualsiasi sia il loro status, nel tempo normale e nelle crisi, potremo affermare di aver raggiunto un traguardo formidabile!

L’incertezza sul futuro viene aumentata anche da alcuni eventi recenti.

Cito, ad esempio, **la sentenza del Tar del Lazio, elaborata con grande tempismo (!?) contro le linee guida ministeriali del 26 aprile 2021** (quelle dalla famosa “vigile attesa”). La sentenza di fatto autorizza il medico ad adottare scelte terapeutiche in base alle sue idee, senza tener conto di alcuna evidenza scientifica. Questa sentenza pone in crisi il rapporto tra libertà del medico, deontologia professionale, rispetto dei dati scientifici, indicazioni di comportamento da parte delle autorità regolatorie. In questo rapporto dialettico si intravedono due situazioni critiche: una prima riguarda il giudizio autonomo del medico, che in scienza e coscienza analizza e definisce le esigenze del singolo paziente, raggiungendo così un buon livello di personalizzazione delle cure. È un valore assoluto da difendere; l’atto medico non può però essere indipendente dal dato scientifico, perché al suo rispetto ci obbliga la deontologia. Va però anche considerato che il Covid-19 è una malattia che presenta molte sfaccettature ed è in continua evoluzione; si creano, quindi, anche in ambito

scientifico, aree di crisi che vanno analizzate con grande rispetto, ma che possono essere confuse rispetto al messaggio che dovrebbero portare.

A questo proposito è illuminante un articolo del *NYT* del 17 gennaio dal titolo: **“La nuova sfida del Centro di Controllo delle Malattie (CDC). Alle prese con una scienza imperfetta”** che scrive: “La variante Omicron sta spingendo il CDC in un territorio incerto. Poiché le decisioni devono essere prese a rotta di collo, l’Agenzia ha emesso delle raccomandazioni sulla base di quella che una volta sarebbe stata considerata un’evidenza insufficiente, sollevando pubbliche preoccupazioni sulla loro ricaduta sull’economia e sul sistema educativo”.

La situazione di continua incertezza alla quale assistiamo in questi giorni, anche sotto la pressione delle Regioni preoccupate delle ricadute economiche della crisi, non è la conseguenza di un malgoverno, ma dell’oggettiva incertezza di fondo, che coinvolge anche in Italia la componente scientifica, le decisioni delle autorità, e che provoca sconcerto nella popolazione e anche nei medici. In questo scenario le decisioni di giudici come quelle soprariportate, che vorrebbero insegnarci cosa dovremmo fare, secondo loro, per curare una malattia che ogni giorno ci presenta interrogativi diversi, è ridicola. L’unico risultato: creare ulteriore confusione!

A proposito di valorizzazione degli interventi in tempi difficili, il *NYT* del 19 gennaio pubblica un articolo nel quale si auspica una maggiore omogeneità operativa tra il CDC e la FDA, due agenzie pubbliche che in questi mesi non hanno sempre lavorato in sintonia. Che dire di noi, dove le varie agenzie hanno affermato quello che ritenevano opportuno, talvolta sbagliando, senza un coordinamento che spetterebbe al Ministro della Salute?

*Lancet* dell’11 dicembre ha pubblicato una revisione molto completa dei problemi e delle soluzioni per migliorare la funzionalità del nostro sistema sanitario. **Walter Ricciardi e Rosanna Tarricone hanno scritto un testo magistrale, che potrebbe diventare la linea guida per i comportamenti di un governo in grado di farci uscire dalla crisi e di costruire il domani.** Congratulazioni ai due esperti, che invece di consumare il tempo in inutili comparsate hanno scritto un testo di grande importanza!

Di seguito presento alcuni spunti dalla letteratura scientifica; ricordo ancora una volta che sono scelte personali di chi scrive; non sono assolutamente una selezione razionale di quanto è pubblicato nel nostro campo di interesse: sarebbe un obiettivo importante, ma irraggiungibile oggi con le nostre forze. Sempre a proposito dei rapporti con i nostri lettori, mi permetto di chiedere a chi ci legge, sperando in qualche risposta, se questa newsletter è troppo lunga e affronta troppi argomenti per esser letta da chi ha già tanto da fare o se, invece, per taluni è fonte di utili informazioni e di stimoli a ben operare.

*Cancer Medicine* ha pubblicato nello scorso luglio un lavoro che richiamo all’attenzione perché ancora una volta riguarda **le disparità in medicina**. Durante il Covid-19 l’accesso ai servizi di telemedicina, organizzati negli USA in ambito oncologico, sono stati utilizzati in maniera molto inferiore dalle persone a basso reddito e dai malati di lingua spagnola. Il dato è preoccupante perché dimostra che il progresso tecnologico rischia di aumentare le differenze, attivando una spirale che è difficile da interrompere tra povertà, scarsi servizi, ulteriore aggravamento della povertà. Sembra che ci siamo proprio scordati del principio aristotelico secondo il quale si devono dare cose uguali a persone uguali e cose diverse a persone diverse.

*JAMA Network Open* del 16 dicembre pubblica **un lavoro fatto in Corea sull’efficacia dell’attività fisica, anche lieve, nel ridurre il rischio di demenza**. Si tratta di dati già riportati in numerosi altri studi, però la conferma al fine di suggerire un comportamento adeguato è sempre importante. Inoltre, è significativo che un certo risultato sia stato ottenuto anche con un’attività fisica lieve (HR:0.86).

Il *Journal of the American Geriatrics Society* (che d'ora in poi chiameremo semplicemente JAGS) pubblica sul primo numero del 2022 un dato sul **rischio di mortalità di persone affette da demenza in trattamento con antipsicotici**. Anche in questo caso non si tratta di osservazioni originali, però il dato indica che l'aumento del rischio (HR:1.35) è molto significativo anche nel mondo reale e che l'evento non dipende dalla presenza di eventuali comorbidità. È quindi necessario, come conclude lo studio, porre sempre attenzione all'inizio della terapia con antipsicotici nelle persone anziane con disturbi comportamentali, indipendentemente dalla presenza di comorbidità.

*Lancet* del 20 novembre pubblica un lavoro che dimostra **l'importanza della valutazione geriatrica come strumento per indirizzare le strategie terapeutiche nei pazienti sottoposti a cure oncologiche**. Il dato è di rilievo perché dimostra che questa procedura diminuisce in modo significativo i gravi effetti tossici provocati dai farmaci (RR 0.74), le cadute (RR 0.58) e induce a una eventuale sospensione dei trattamenti. È auspicabile che nel prossimo futuro qualsiasi atto clinico di una certa complessità, da attuare nell'anziano fragile, non possa prescindere dall'esecuzione della valutazione multidimensionale geriatrica, al fine di personalizzare le cure rispetto a persone che hanno subito una forte differenziazione delle loro caratteristiche biologiche e cliniche e quindi anche delle relative esigenze di cura.

**Colombo approfondisce nel suo "Angolo" il tema dell'anestesia operatoria nelle persone anziane**, un tema di ampie ricadute teoriche e pratiche:

"Nella newsletter del 14 gennaio, Trabucchi ha citato il trial "RAGA" (Regional Anesthesia vs General Anesthesia), dove non sono state rilevate differenze statisticamente significative nella occorrenza di delirium, dopo interventi su fratture cervicofemorali, a prescindere dalla modalità [generale/locale] di anestesia [*JAMA*. 2022;327(1):50–58. doi:[10.1001/jama.2021.22647](https://doi.org/10.1001/jama.2021.22647)]. In precedenza, la medesima rivista (*JAMA*) aveva segnalato una occorrenza sovrapponibile di delirium tra bypass coronarico – che richiede l'anestesia generale – e coronaroplastiche percutanee – praticate in anestesia locale [*JAMA*. 2021;325(19):1955-1964. doi:[10.1001/jama.2021.5150](https://doi.org/10.1001/jama.2021.5150)]. L'editoriale apparso sul medesimo numero di *JAMA* sottolinea interessanti spunti di riflessione. Innanzi tutto, si ricorda che la opinione corrente sulla neurotossicità degli anestetici sedativo-ipnotici deriva da studi di scienze di base – condotti su animali – ed osservazionali, mentre studi recenti depongono per una resistenza del cervello ad una anestesia anche profonda. L'esperimento cinese RAGA si pone invece in ottica traslazionale, cogliendo risultati corroborativi negli esiti secondari: non sono state rilevate differenze statisticamente significative neppure tra i numeri di eventi avversi post-operatori, le durate di degenze ospedaliere, o le mortalità a 30 giorni. È stato rigorosamente evitato il ricorso a qualsiasi forma di sedazione nel braccio in anestesia locale, in modo da fugare gli eventuali dubbi lasciati dall'esperimento "REGAIN" (Regional vs General Anesthesia for Promoting Independence After Hip Fracture) [*N Engl J Med*. 2021;385(22):2025-2035. doi:[10.1056/NEJMoa2113514](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2113514)], dove anche esiti funzionali quali la capacità di deambulare senza assistenza a 60 giorni dall'intervento non erano distinguibili. Qui però la incidenza di delirium [20,5% dei pazienti in anestesia spinale vs 19,7% in anestesia generale] era nettamente superiore a quella in RAGA [5,1% (24 su 470) nel gruppo di anestesia generale e 6,2% (29 su 471) nel gruppo di anestesia regionale (differenza 1,1% - IC 95%, da -1,7% a 3,8%-)]. Congetturando sulla così marcata differenza nella incidenza di delirium tra le due indagini, gli Editorialisti sottolineano che nello studio cinese i soggetti con delirium pre-operatorio potrebbero essere stati esclusi dalla ricerca. Altri due elementi di discussione consistono nella profondità della anestesia centrale, e nella durata della osservazione rispetto ai danni cognitivi post-operatori. Riguardo al primo punto, graduando la intensità della anestesia sotto guida elettroencefalografica non è stato possibile ridurre la incidenza di delirium post-operatorio in ultra 65enni: la soppressione del tracciato è un marcatore di anestesia "sovraterapeutica", predittivo di delirium. Riguardo al secondo punto, dovremo attendere la estensione ad 1 anno della osservazione, per poter cogliere possibili differenze nello sviluppo di disturbi neurocognitivi.

Per intanto, è legittimo avanzare il dubbio che gli anestetici sedativi siano di per se stessi capaci di innescare una cascata di eventi che portano a disordini neurocognitivi a lungo termine, per i quali le comorbidità sottostanti – quali la patologia cardiovascolare – sembrano maggiormente responsabili."



**Allego una lettera ricevuta da Fabio Cembrani**, da tanti anni attento e propositivo compagno di viaggio di AIP, che ci presenta **un punto di vista sul referendum sull'eutanasia**. Il testo riflette grande sensibilità umana e professionale. Penso che per chi segue la newsletter rappresenti un punto di vista di valore, che stimola ulteriori elaborazioni.

Ripeto ancora una volta la richiesta di **iscrizione all'AIP**. Le modalità possono essere consultate sul nostro sito. È un atto di riconoscimento del lavoro che l'Associazione riesce a compiere pur con le note ristrettezze economiche. Per qualsiasi necessità potete rivolgervi alla segreteria all'indirizzo: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it).

La segreteria scientifica dell'AIP sta rielaborando il programma del nostro **Congresso nazionale 2022**, che **si terrà a Firenze** alla **nuova data del 23-25 maggio**. Con piacere ho verificato grande disponibilità da parte dei vari partecipanti a modificare le date del loro impegno: un segnale significativo di collegialità e di comprensione delle reali difficoltà che ci hanno spinto al cambiamento. Al più presto sarà inviato il programma completo e definitivo.

Anche per il nuovo anno ricordo che **è attiva la linea SoloLine – Una telefonata contro la solitudine dell'anziano** (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.

Un cordiale saluto e l'augurio di buon lavoro

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

Carissimo Presidente, consentimi di condividere con Te la mia personale preoccupazione sul merito della decisione che la Corte costituzionale dovrà tra poco assumere per dare il via libera (o stoppare) il referendum popolare abrogativo sull'art. 579 c.p. ('Omicidio del consenziente') promosso dall'Associazione Luca Coscioni. Si tratta di una decisione complessa e davvero delicata perché, in caso affermativo, il voto popolare dovrà esprimersi su una questione cruciale perché a referendum approvato la nuova formulazione dell'art. 579 c.p. sarebbe la seguente: «Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con [...] le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso: (1) contro una persona minore degli anni diciotto; (2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; (3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno». Il suo effetto finale sarebbe, così, l'abrogazione parziale dell'ipotesi criminosa che si andrebbe così ad aggiungere all'altra derubricazione parziale – quella dell'art. 580 c.p. ('Aiuto al suicidio') – decretata dal Giudice delle leggi (sent. n. 242/2019), sia pur con una serie di vincoli procedurali che il Giudice delle leggi ha tassativamente indicato allo scopo di evitare abusi. L'effetto finale sarebbe così il completo ribaltamento dell'asse teleologico della legge penale che darebbe al consenso un nuovo ruolo strategico: da elemento che attenua il regime sanzionatorio previsto per i delitti contro la vita, a presupposto che estranea la condotta dall'area del penalmente rilevante salvo le poche eccezioni residuali costruite sulle condizioni cliniche (il vizio di mente o la deficienza psichica prodotta da un'altra infermità o dall'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti) e/o anagrafiche della persona o perché invalido quando estorto o carpito. Cosicché nessuno potrebbe essere più punito per aver volontariamente ed intenzionalmente provocato la morte di una persona purché maggiorenne, capace di intendere e di volere, non inferma di mente, con il suo consenso, indipendentemente dal suo stato e dalle sue condizioni di salute. Nemmeno il medico, la cui professione, da millenni, ottempera il paradigma ippocratico che vieta di procurare la morte del paziente, pur essendo opportuno sottolineare la necessità di non sovrapporre (confondere) l'interruzione di una terapia futile e sproporzionata con la pratica eutanasica che sono realtà fattuali posizionate su piani ontologici completamente diversi, sia sul versante giuridico che su quello morale. Cosicché il quadro generale che ne risulterebbe, fintanto che il legislatore dell'urgenza non deciderà di intervenire a tutto tondo, sarà non solo irragionevole ma soprattutto confuso: irragionevole, perché l'aiuto al suicidio continuerebbe ad essere perseguito salvo i casi-limite circoscritti dal Giudice delle leggi quando, invece, l'omicidio del consenziente diventerebbe sempre lecito se richiesto da una persona maggiorenne con il suo valido consenso; e soprattutto confuso perché la questione della validità del consenso non è stata ancora affrontata dal legislatore, a parte le scarse indicazioni dettate dall'art. 1, co 4, della legge n. 219/2017 che vertono però sulle sue sole formalità procedurali.

Mi preoccupa questa situazione e non mi convince l'idea espressa dai promotori del referendum abrogativo che «con questo intervento referendario l'eutanasia attiva sarà consentita nelle forme previste dalla legge sul consenso informato e il testamento biologico, e in presenza dei requisiti introdotti dalla sentenza della Consulta sul caso Cappato»; perché l'affermare che la norma che residua sarebbe coordinata con le leggi dell'ordinamento e, parallelamente, con gli interventi della Corte significa non cogliere o, più realisticamente, travisare colpevolmente ed irresponsabilmente le incertezze che affollano lo scenario dell'accoglimento. Il cui diradamento non può essere tacitato illudendoci sul ritorno del cielo sereno tirando per la giacchetta la legge n. 219/2017 perché, a mio modesto modo di vedere, l'azione eutanasica non può essere collocata nel perimetro dell'atto medico, anche perché la liceità della condotta, che la norma post-referendaria subordinerebbe al solo consenso senza specificazioni né rinvii ad altra fonte, ne risulterebbe circoscritta con un effetto *in malam partem*. La norma di risulta risulterebbe, così, del tutto scoordinata con l'intervento del Giudice delle leggi ed il supposto coordinamento della duplice abrogazione parziale non sarebbe certo risolto dalla legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento che, come ripetutamente colto da AIP, ha ribadito il diritto della persona maggiorenne, capace di intendere e di volere, di rifiutare il consenso, senza però mai mettere in discussione il principio di inviolabilità della vita.

Resto fortemente preoccupato su ciò che potrà accadere e sul silenzio dei medici ancora troppo impegnati nella pandemia, perché in questa materia è necessario definire nel dettaglio – al di là delle nostre convinzioni personali – le regole d'ingaggio, a patto di voler realmente evitare che siano le persone più fragili e vulnerabili a pagarne lo scotto maggiore. Nell'ipotesi di accoglimento del referendum mi chiedo anche quale sarà il destino della nostra tradizione millenaria e di quella di tutti gli altri professionisti della salute. Capisco che la questione sia di scarso interesse per i giuristi, per chi condivide l'esigenza che i Codici deontologici si debbano

finalmente inchinare alla forza impositiva della legge o per chi, ancora, all'interno del nostro mondo professionale, pensa a qualche opinabile *restyling* come è stato fatto dopo la sentenza della Corte costituzionale sul caso Cappato, se si considera che l'art. 17 del Codice di deontologia medica non è stato modificato sia pur con l'avvertenza, introdotta dalla Consulta deontologica della FnomCeO, che non è deontologicamente sanzionabile chi aiuta la persona a suicidarsi nel rispetto di quanto previsto dal Giudice delle leggi. Perché non si tratterebbe, questa volta, di un banale rinnovamento del *look* deontologico, quanto di sbarazzarsi del suo orizzonte teleologico subendo, per così dire, il salto di prospettiva cui i professionisti non sono stati ancora preparati. Superando quei limiti, ritenuti finora tassativi e del tutto invalicabili dell'agire medico, già interferiti negativamente dall'efficientismo performante dell'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, che ha condizionato la nostra autonomia professionale contenendola dentro i vincoli di bilancio e di budget della spesa. Ciò che percepisco è che al divieto di uccidere si sta assestando un colpo letale e non sarà certo la via di fuga offerta dalla clausola (opzione) di coscienza contenuta in tutti i Codici di deontologia professionale che risolverà i tanti problemi pratici che emergeranno dall'approvazione del referendum. Perché, per evitare un'altra doppia morale, ciò che si rende necessario non è un referendum abrogativo ma una norma specifica capace di definire nel dettaglio le regole d'ingaggio e le procedure di controllo sociale affrontando finalmente, come ha cercato ripetutamente di fare AIP, la complessa valutazione della capacità decisionale della persona anche alla luce delle indicazioni fornite dall'art. 12 della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili sulle quali dovremmo meglio riflettere. A noi tutti spetta però essere attenti e denunciare pubblicamente le insidie del referendum abrogativo che, pur facendo leva sui nostri sentire emozionali (*rectius*, di pancia), non affronta assolutamente le complesse questioni umane del fine-vita.

Fabio Cembrani



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 – 14 gennaio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

comunico ad amici e colleghi che **il 22° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría si terrà, come da tradizione, al Palazzo dei Congressi di Firenze dal 23 al 25 maggio, invece della data originaria di marzo**. Abbiamo preso questa decisione perché in marzo saremmo stati costretti dalla situazione epidemiologica ad una esecuzione solo digitale. Invece, in questa nuova data ci auguriamo di poterci trovare di persona a discutere e a scambiare idee e progetti. È una modalità congressuale che riteniamo ottimale, condividendo così anche l'opinione di molti studiosi della comunicazione: non potevamo rinunciarvi per il terzo anno consecutivo! In conseguenza, è stata spostata al **20 marzo la data entro la quale inviare gli abstract** e al 27 marzo quella per l'**iscrizione "early bird"** al Congresso (maggiori dettagli sul sito: [www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it)).

Uno degli aspetti che mi ha più impressionato nell'attuale tempo difficile è **l'aggressività dei no-vax ricoverati in ospedale verso le persone che li assistono**. Perché tanta acrimonia? Forse perché gli operatori sanitari rappresentano un potere ritenuto repressivo?

Con grande rispetto ho letto su questo argomento la nobile dichiarazione della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI): "Per quanto le circostanze possano essere difficili e faticose, al rifiuto ripetuto e ostinato del paziente non deve far seguito il suo abbandono".

**Su questa tematica ho ricevuto recentemente una mail da Luigi Pernigotti**, della illustre scuola geriatria torinese: "Si tratta di quella responsabilità che ti assumi quando il camice prende il sopravvento ed evita che ciò che senti di fronte al delinquente, autore di stragi, esca fuori impedendoti di lavorare per non farlo soffrire, prendendoti cura di lui come fosse un angelo o un pezzo della tua carne. In questi casi non si tratta di seguire delle linee guida su come devono comportarsi le tue mani, ma devi seguire la tua anima".

**Sul rapporto operatori-cittadini non vaccinati ha scritto anche Renzo Rozzini**, presidente della sezione AIP della Lombardia: "I no-vax aggressivi non sono molti, sebbene rumorosi. Questi sono francamente patologici; gli psichiatri che in questi due anni non si sono convertiti alla virologia potrebbero bene definirli. Degli altri colpisce non tanto l'ideazione complottista, quanto la supposta convinzione di immunità, quella che fa pensare loro di essere esenti dal rischio o, con presuntuosa insipienza, credere che saranno gli altri ad ammalarsi (un surrogato di onnipotenza). (PS: purtroppo nella prima ondata anche molti medici hanno, sebbene per altri motivi, ritenuto di essere immuni dal contagio e per questo sono morti). In termini più spicci l'impressione personale è che i no vax che si ammalano siano pazienti con scarsa capacità intellettuale, quelli che, in periodo pre-politically correct, quando si poteva dire quello che si pensava, in bresciano avremmo definito "gnorantù". Che fare? Non ci sono alternative al giuramento di Ippocrate: (...) giuro di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma discriminazione in campo sanitario (...). D'altro canto, anche il Vangelo, dicendo che è dei poveri di spirito il regno dei cieli, ci invita a farcene carico".



Sono voci e posizioni sostenute da analisi diverse, ma la conclusione è sempre la stessa: nonostante tutto, si deve curare!

Chiudono questa serie di importanti prese di posizione **alcune righe che ho tratto da una lettera inviata in questi giorni da Massimo Calabrò**, che è stato per tanti anni primario di geriatria a Treviso: “Non cedete alle lusinghe di chi vuole fare di voi/noi dei turnisti sanitari, bravi operatori, ma non pensanti. Siete/siamo professionisti in grado di progettare e realizzare i nostri pensieri ed obiettivi, magari non oggi ma nel tempo: il futuro ha bisogno di voi! Alzate lo sguardo oltre il breve periodo. Non vendete mai la vostra professionalità e non illudetevi mai che il mondo possa fare a meno del vostro impegno e del vostro pensiero. Abbiamo vissuto giorni belli, bellissimi quando ci sembrava di poter fare quello che era utile, sono venuti i tempi bui, in cui pare che il nuovo (quale? con quale profondità di pensiero ed evidenze?) basi tutto su un aspetto organizzativo, purtroppo non chiaro e tantomeno intellegibile. Siate forti, se lo vorrete sarò sempre al vostro fianco a supportare le vostre idee che so essere sane e figlie della nostra esperienza convissuta”.

Queste considerazioni sono la viva testimonianza di uno stile di lavoro che il medico non perde mai; però non possono nascondere un grave disagio, diffuso nel mondo sanitario dove la malattia si è inserita, limitando tra l'altro il numero degli operatori sanitari. Sandeep Jauhar, un cardiologo di New York, l'8 gennaio ha scritto sul *NYT*: “Mentre ci prepariamo ad entrare nel terzo anno della pandemia, stiamo sperimentando la disillusione e il burnout su una scala straordinaria. Molti di noi si sono confrontati con un numero di morti come mai nella nostra precedente esperienza di lavoro”.

Il consueto **“Angolo di Mauro”** commenta **alcuni dati sui rischi della vaccinazione e della diffusione del virus**:

“Nella newsletter del 7 gennaio, Trabucchi ha esplicitamente richiamato “conseguenze, pur fantasiose, della vaccinazione”. Mentre reparti ospedalieri ed ambulatori territoriali tornano in sofferenza, ed alcuni lamentano mancanza di informazioni sugli effetti collaterali dei vaccini per il Covid, viene opportuna la “lettera di ricerca” di JAMA del 4 gennaio [Jabagi, M. J., Botton, J., Bertrand, M., Weill, A., Farrington, P., Zureik, M., & Dray-Spira, R. (2022). Myocardial Infarction, Stroke, and Pulmonary Embolism After BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in People Aged 75 Years or Older. *JAMA*, 327(1), 80–82. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21699>], dove Autori francesi ed inglesi esaminano l'archivio di dati del sistema sanitario francese, per verificare alcuni importanti possibili effetti collaterali del vaccino BNT162b2mRNA (Pfizer-BioNTech) sugli ultra75enni. Al 30 aprile scorso, ne sono stati inoculati quasi 3,9 milioni, senza che sia stato riscontrato nessun incremento di infarti miocardici, ictus cerebrali ed emboli polmonari: le tabelle riportano le incidenze relative coi rispettivi intervalli di confidenza, oltre alle cifre assolute, in modo inequivocabile. Ad ulteriore specificazione, i dati vengono confermati suddividendo il periodo di osservazione nelle 2 distinte settimane successive al trattamento. I risultati francesi si allineano a quelli statunitensi ed israeliani, citati in bibliografia.

Ancora, visto che la newsletter ammonisce che “dobbiamo imparare a coabitare con la malattia”, e che “le RSA dovranno essere al centro delle attenzioni di AIP”, segnalo uno spunto da una indagine che ha sfruttato dati su quasi 30 milioni di persone, pubblicata sul numero del 14 dicembre di JAMA [Ma, Q., Liu, J., Liu, Q., Kang, L., Liu, R., Jing, W., Wu, Y., & Liu, M. (2021). Global Percentage of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infections Among the Tested Population and Individuals With Confirmed COVID-19 Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 4(12), e2137257. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37257>]. La revisione sistematica e la meta-analisi – condotte su pubblicazioni in cinese ed in inglese – ha seguito le linee guida internazionali “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA). La percentuale (intervalli di confidenza al 95 %) di test sul Covid positivi tra i soggetti asintomatici in generale è risultata del 0.25% (95%CI, 0.23%-0.27%), mentre tra personale e residenti delle strutture di ricovero per anziani del 4.52% (95%CI, 4.15%-4.89%): il doppio rispetto ai passeggeri di aerei od alle donne gravide. Simili percentuali, secondo gli Autori – tutti universitari cinesi – sottolineano il rischio di trasmissione, all'interno delle comunità, da parte di soggetti infetti asintomatici. Ne consegue l'opportunità di individuare questi ultimi, mediante campagne

di screening, specialmente raccomandabili là dove era stato raggiunto un buon controllo della epidemia, e di applicare conseguentemente isolamento e tracciamento dei contatti.”

Concludo questa carrellata di interventi sulla situazione attuale riproducendo il testo di **una mail ricevuta dalla dottoressa Maria Mastella**, presidente delle Oasi di San Bonifacio (Verona): “La notte scorsa due ispezioni dei NAS, alle 24 ed alle 1.30, nei due centri con la media assistenza. Hanno controllato la presenza degli infermieri, i green pass, le scadenze dei farmaci, i percorsi sporco/pulito, la manutenzione degli estintori. Tutto ok, ma è la 62<sup>a</sup> ispezione in uno dei nostri centri dall’inizio della pandemia. Ormai le ispezioni sono diventate routine e le superiamo agevolmente, ma quando faranno i controlli sul benessere delle persone, sulle attività che con amore gli operatori fanno per dare un senso alle giornate degli ospiti ed alle relazioni che si instaurano? Monsignor Paglia chiama le case di riposo “case di fatica”, ma di che cosa parla? Ho visto nei giorni di Natale una signora abbandonata da sola dalla badante che spariva per ore, non facendo il suo lavoro, senza che l’avvocato amministratore di sostegno ne sapesse nulla. Ne ho trovata un’altra la cui badante si rifiuta di alzarla dal letto perché non ce la fa e la poverina sta 24 ore nella stessa posizione e bagnata perché è difficile cambiarla. Abbiamo accolto un ex sindacalista combattivo e volitivo che è rimasto combattivo, anche nella demenza, ed ha portato allo sfinimento la moglie ed il figlio per i continui tentativi di fuga, anche in piena notte! Mi chiedo se tenere queste persone a casa sia dignitoso e qual è il progetto per dare finalmente loro dignità. Come fa il Monsignore a tranciare giudizi senza conoscere e soprattutto con quale arroganza, approfittando di una posizione di potere che dovrebbe indurlo alla ponderazione ed alla prudenza? È una guerra che dovrebbe indurci a “stringerci a coorte”. Ci sono famiglie che sono in grado di farsi carico di questi pazienti ed altre no, come ci sono centri di servizi responsabili ed altri meno. Chi riconosce la differenza, oppure tutto il buono è da una parte ed il peggio dall’altra? Chi sa le ore e le risorse che impieghiamo nella quotidiana ricerca di infermieri ed operatori? Chi conosce lo sforzo di mantenere alto il modello organizzativo nel profondo rispetto delle persone e delle loro vite e per persone intendo proprio tutti: ospiti, familiari ed operatori!? Chi capisce il pensiero costante a far sì che i turni di lavoro siano completi, nonostante le assenze per isolamenti e quarantene di un personale che è quasi tutto femminile, con figli piccoli od adolescenti che oggi, numerosissimi, sono colpiti da Covid? Invito il Monsignore a venire a vedere e vivere la nostra quotidianità dove il problem solving è diventata l’attività preminente”. In questi momenti di grande riduzione del numero degli operatori nelle RSA si deve obbligatoriamente ricorrere al prolungamento dei turni, al rinvio delle ferie, a piani di lavoro ridotti, garantendo i servizi minimali: speriamo che in queste situazioni emergenziali non si inseriscano controlli che seguono le regole burocratiche, invece di comprendere l’impegno eroico imposto dalle circostanze, pena la soppressione del servizio.”

Di particolare interesse due articoli pubblicati il 4 gennaio su *JAMA Network*. Uno riguarda il fatto che **non vi sono differenze rispetto alla comparsa di delirium se l’intervento ortopedico per frattura di femore è fatto in anestesia generale o regionale senza sedazione**. I soggetti interessati allo studio hanno una media di 76.5 anni; la prevalenza di delirium è stata del 6% per i due gruppi. Il dato è importante, perché è un marker di una profonda alterazione biologica e clinica; si può quindi dedurre che nelle persone anziane non è necessario ricorrere sempre all’anestesia locale. Il secondo articolo riguarda **la comunicazione della diagnosi alle persone affette da Alzheimer** e conclude che questa modalità riduce il paternalismo e aumenta l’autonomia del paziente. La tematica è particolarmente complessa e va affrontata con prudenza, evitando affermazioni rigide su quale sia il modo migliore per dialogare con le persone fragili perché cognitivamente compromesse. È, infatti, sempre un’impresa delicatissima.

Una valutazione personale e rispettosa, ma non rinunciataria, riguarda la notizia che **nel 2022 alcune decine di vescovi andranno in pensione perché hanno raggiunto i 75 anni**. Ritengo disumana questa decisione burocratica, e quasi automatica, di “licenziare” persone che hanno avuto ruoli importanti nella chiesa, ma anche nella società civile. Mi sono sempre battuto contro il pensionamento obbligatorio in ogni settore (si consideri che in USA vige appunto una legge in questa direzione), perché poco rispettoso delle persone non più giovani. Inoltre, nel caso dei vescovi mi permetto di osservare che sarebbero i successori degli Apostoli e quindi, per definizione, non pensionabili! Il fenomeno della mannaia collegata ad un numero si applica ai vescovi con una durezza che non sembra per nulla in accordo con la retorica dominante.

Mi permetto infine di chiedere ad amiche e amici di **isciversi all'Associazione Italiana di Psicogeriatría**, utilizzando le modalità riportate sul nostro sito. Il lavoro di AIP dipende in buona parte dal contributo di chi si iscrive; infatti, i finanziamenti derivati da sponsorizzazioni si sono drasticamente ridotti a causa del Covid-19. Grazie.

Con viva stima e simpatia

Marco Trabucchi  
*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*

## Newsletter AIP – 7 gennaio 2022

Gentili Colleghe, egregi Colleghi,

Buon inizio del 2022!

Riassumo schematicamente **i punti che ritengo saranno al centro del nostro impegno professionale e umano dei prossimi mesi.**

Come abbiamo spesso ripetuto, l'evoluzione degli eventi probabilmente ci presenterà ancora molte sorprese, in linea con quanto è avvenuto nelle settimane e nei mesi scorsi. Però, vi sono aspetti della nostra vita personale e sociale con i quali certamente dovremo confrontarci, dimostrando la capacità di affrontarli e di gestirli in modo responsabile, nonostante tutto:

1. **Dobbiamo impegnarci ad esprimere una cultura seria**, che rifugge dalle semplificazioni, dalle posizioni scarsamente elaborate, che non tiene conto delle diverse e complesse dinamiche che concorrono a garantire la salute a tutte le età e, in particolare, durante la vecchiaia. In questa assunzione di serietà inseriamo anche una lettura dei dati scientifici che sia realistica, ma "umile", senza sparare notizie poco fondate, che rischiano di compromettere seriamente il prestigio della scienza stessa.  
La nostra impostazione di serietà ci dovrà permettere, quando è possibile, di interagire con chi decide il nostro futuro, nell'ambito della politica e della gestione burocratica dei servizi a tutti i livelli. Nel 2022 il PNrr entrerà nel pieno della propria attività e dobbiamo essere in grado di supportare, senza pretese egemoniche, ma con precisione tecnica, decisioni che verranno prese riguardo alla vita delle persone anziane. In particolare, dovremo garantire una visione della complessità dei problemi, cercando di bloccare approcci segmentari, con interventi tra loro scollegati (la difesa della salute non può mai essere fondata su interventi parcellari).
2. **Una cultura seria ha bisogno di studi, di elaborazione, di sperimentazione.** Nei prossimi mesi ciascuno dovrà esprimere un peculiare impegno in questo campo, cercando di non adattarsi al presente, ma di costruire in continuazione qualche cosa di nuovo, per affrontare i problemi posti dall'innovazione. Il progresso continua secondo una propria strada, decisa in sedi lontane dalle nostre; dobbiamo essere in grado di proporre soluzioni, ad esempio in ambito tecnologico, che siano fattibili e realistiche, e che rappresentino un passo avanti rispetto alla situazione di oggi.
3. **Nel nuovo anno dovremo affrontare una serie non facile di problematiche riguardanti i servizi.** Lo scenario complessivo della pandemia è in movimento e quindi sarà necessario provvedere ancora per mesi alla gestione dell'emergenza, cercando però di preservare una adeguata attività clinica routinaria negli ospedali e negli altri luoghi della cura. I malati sono numerosi e sempre più premono per ricevere trattamenti clinici tempestivi. Non sarà facile richiedere un extra impegno a operatori e servizi che sono reduci da mesi e mesi di fatica sul piano fisico e psicologico. Peraltro, la variante Omicron non è ancora ben conosciuta per quanto riguarda la salute pubblica e quella del singolo. Certamente, però, si deve evitare qualsiasi superficiale ottimismo, come, ad esempio, quello espresso da *The Economist* del 1

gennaio; ha ragione, invece, *Nature* del 30 dicembre: “Una piccola frazione di un numero molto alto è sempre un grande numero. Per questo le preoccupazioni a livello di popolazione sono realistiche”. Purtroppo, invece, spesso abbiamo una visione settoriale che ci impedisce di guardare con equilibrio al futuro. In questo scenario si profilano anche difficoltà riguardanti la ripresa delle attività scolastiche; non è di consolazione il fatto che lo stesso problema si pone in molti paesi. Ad esempio, il *NYT* del 4 gennaio intitola: “It’s Chaos as Schools Confront Omicron”.

4. **Le RSA dovranno essere al centro delle attenzioni di AIP e di coloro che hanno la responsabilità di costruire una cultura positiva intorno a queste strutture di servizio**, al centro del bisogno degli anziani fragili. In questi mesi sembra che la vita delle RSA sia tornata ad essere caratterizzata da un andamento come le montagne russe; dopo qualche speranza di normalità la situazione attuale, caratterizzata da un diffuso aumento dei contagi, ha fatto compiere passi indietro, ad esempio rispetto all’apertura ai famigliari. Gli operatori a tutti i livelli subiscono le conseguenze negative di queste fluttuazioni; peraltro, le regioni e le ASL non stanno facendo nulla (nulla!) per migliorare la situazione (vedi alcune folli indicazioni negative sull’uso dei tamponi da parte delle RSA, come è avvenuto in regione Lombardia). Nel frattempo, la situazione del personale di assistenza diventa sempre più grave, scarsamente bilanciata dai piani messi in atto dalle singole strutture per “importare” operatori dai paesi esteri. Un articolo pubblicato il 31 dicembre da *JAMDA* discute positivamente il ruolo svolto negli USA dalle infermiere di origine straniera per garantire il corretto funzionamento delle cure a lungo termine. In attesa di provvedimenti nazionali non ancora adottati, riguardanti l’allargamento delle maglie formative e che, in ogni modo, non avranno efficacia prima di 5 anni, è necessario dare attenzione alla possibilità di assumere operatori provenienti da paesi esteri, provvedendo ad una formazione integrativa che permetta loro di superare in breve tempo le molte barriere per essere adeguati alle esigenze dei servizi.
5. **Le persone svantaggiate devono rientrare al centro delle attenzioni nei vari livelli di cura**; la pandemia ha messo in luce la condizione di grave disparità nella ricerca dei servizi e nella loro capacità di risposta. Non è più accettabile che queste continuino a dominare lo scenario anche in Italia (le povertà in crescita, le differenze nord-sud, le dinamiche di marginalizzazione degli anziani più compromessi, ecc).
6. **Riprendere con determinazione la guida della trasformazione tecnologica della medicina, con particolare riguardo all’ambito geriatrico**. È necessario agire a livello teorico, per controbattere posizioni conservatrici, secondo le quali le tecnologie toglierebbero spazio ad un proficuo rapporto tra l’ammalato e il suo medico. Ma è importante anche agire a livello concreto, per rendere effettivamente utilizzabili i progressi delle tecnologie che in questi anni non sempre hanno effettuato un adeguato adattamento alla realtà delle situazioni cliniche di sofferenza. Sull’argomento mi permetto di richiamare all’attenzione il recente volume uscito per il Mulino, coordinato da Sangalli e Trabucchi, dal titolo: “Ipotesi per il futuro degli anziani. Tecnologie per l’autonomia, la salute e le connessioni sociali”.
7. **Non dimenticarsi della lunga strada che si dovrà ancora percorrere per trovare un equilibrio negli sviluppi della pandemia**; è necessario, quindi, insistere per ridurre progressivamente il numero delle persone che rifiutano la vaccinazione. *Lancet*, rivista scientifica sempre molto attenta ai diritti dei cittadini, il 23 dicembre ha pubblicato un editoriale che si conclude così: “Sebbene le condizioni per la vaccinazione obbligatoria vadano definiti con molta attenzione, non vi sono ragioni per pensare che sia intrinsecamente incompatibile con la legge dei diritti umani” (vedi, a questo proposito, anche il contributo di Mauro Colombo). Inoltre, nel nuovo anno sarà necessario dedicare



particolare attenzione ai cittadini colpiti dal Covid-19, che ne stanno vivendo le conseguenze sul piano della salute psichica e somatica. In ogni ospedale, in tutta Italia, deve essere istituito, ove non sia stato ancora fatto, un ambulatorio dedicato al post Covid, evitando reticenze che nascondono la realtà del bisogno.

Allo stesso tempo, però, dobbiamo imparare a coabitare con la malattia, che non ci rende immuni, ma ci permette di affrontare un rischio che non è più mortale. Non è un processo mentale facile da adottare, ma dovremo adattarci: oggi però non vi sono ancora segnali concreti di questa capacità. Riporto ancora il titolo di un commentario uscito su *JAMA* del 21 dicembre: “Un anno di vaccini per il Covid-19. Un colpo di speranza, una dose di realtà”, perché mi sembra indicare l’atteggiamento più utile nelle attuali circostanze.

Desidero passare da queste considerazioni generali ad **una lettura della situazione attuale**. A tal fine **riproduco la mail che ho ricevuto dal dottor Stefano Boffelli**, responsabile del CDCD della Fondazione Poliambulanza di Brescia:

“Ho letto oggi, dalla newsletter del New York Times, l’articolo che parla di burn out da prolungamento della pandemia. Oltre ai sintomi classici, mi hanno colpito due parole che la giornalista cita nel testo come fenomeni di burn out: apatia ed indifferenza. Una risposta “automatica” dice, al prolungarsi dello stress. Pericolosa, soprattutto per chi cura i malati fragili.

L’articolo mi ha spiegato, però, quello che ieri ho percepito quando sono entrato nel pomeriggio in ambulatorio CDCD: oltre alla visita classica ed alla valutazione cognitiva, ho speso il doppio del tempo consueto ad ascoltare e consigliare i familiari, molti preoccupati (troppo) per grandi e piccoli problemi da risolvere, ma giustamente fondamentali per loro. Sono i problemi che in passato trovavano risposta dal medico, dall’assistente sociale, dalla rete territoriale, perfino da internet. È come se oggi tutti i caregiver fossero sgomenti ed arrendevoli di fronte ad ogni ostacolo.

E ho faticato a riconciliare la terapia e le cure, perse da uno-due anni di mancato controllo clinico.

Esempio: la paziente che vive in cascina col figlio, volenteroso ma limitato, è ora tranquilla col sedativo prescritto telefonicamente per l’agitazione dal curante, che però non l’ha visitata e perciò non si è accorto che è sporca, mal vestita e quindi gelata di freddo. E fatico a raggiungere diagnosi, cognitive e somatiche, perse in multiple e settarie visite super specialistiche, senza una regia finale che coordini il tutto (da ottobre, un signore di 63 anni attendeva una diagnosi di demenza che non ha: ha 68 di TSH).

Non si tratta di colpevolizzare i medici di medicina generale (che non visitano, mandano ricette per mail), ma di vedere come una parte del sistema di cura, prima articolato fra i diversi nodi della rete, si sta probabilmente adattando ad apatia ed indifferenza (ognuno per sé).

Ne fanno le spese i fragili? Cosa succederà loro? ...Io spero di riuscire a tenere aperto l’ambulatorio”.

Il testo di Boffelli descrive le difficoltà dell’assistenza in questi momenti di crisi; però, abbiamo il dovere di non farci dominare da “apatia e indifferenza”. Ogni operatore deve continuare con determinazione nella logica, per quanto spesso complessa, di esercitare una “buona” medicina e una buona assistenza. È interessante a questo proposito un articolo pubblicato su *Lancet* del 27 novembre sul ruolo della diagnosi in medicina. Uno dei due autori è Richard Horton, studioso che abbiamo citato altre volte per il ruolo di guida culturale e civile in questi tempi di crisi. **“La diagnosi è di importanza cruciale per rinforzare la nostra preparazione al fine di sconfiggere le pandemie del futuro, ma in generale per ogni atto preventivo**, per una cura di alta qualità e per un miglioramento a livello globale della salute umana”. È un richiamo forte, che dovrebbe allontanare ogni nostra tentazione di percorrere “scorciatoie” cliniche, partendo dalla realtà: i nostri ammalati sono vecchi e fragili.

Riporto di seguito il **consueto contributo settimanale di Mauro Colombo**:

“Nella newsletter di fine anno, Trabucchi ha ospitato una lettera di Daniele Villani. Il geriatra cremonese accomuna due malintese libertà: l’assalto al Campidoglio statunitense di 1 anno fa, e la pervasiva persistenza di una quota “no-vax”. E proprio alla libertà ed ai diritti umani si richiama sin dal titolo un “commento”

apparso in rete il 23 dicembre sulla rivista “The Lancet”, attenta ai “fattori umani” ed alla sanità pubblica, specialmente sotto la direzione di Richard Horton. L’articolo [www.thelancet.com Published online December 23, 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02873-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02873-7)] inizia riassumendo la legislazione in corso od in evoluzione rispetto alla sindemia, in varie nazioni, riportando poi la recente dichiarazione alla agenzia informativa nazionale (BBC) del segretario di stato per la sanità e le politiche sociali del Regno Unito (Sajid Javid), che ha definito “non etica” una eventuale vaccinazione obbligatoria per il coronavirus. La presunta violazione dei diritti umani che ne deriverebbe viene esplicitamente quanto pacatamente smentita, con articolata concisione, dagli autori dell’articolo, esponenti di un consorzio internazionale di 50 giuristi. Le motivazioni addotte possono essere riassunte così:

- il dovere degli stati ad intervenire, ove occorra;
- la giustificazione delle restrizioni, là dove viene minacciata la libertà altrui, anche nelle legislazioni più libertarie;
- l’articolo 8 della Convenzione Europea dei Diritti Umani è il punto di riferimento;
- il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR) delle Nazioni Unite affianca il diritto a salute, lavoro ed educazione a quello alla libertà;
- l’articolo 12(c) di ICESCR pone “prevenzione, trattamento e controllo delle... malattie epidemiche” tra gli obblighi derivanti dal diritto alla salute;
- la vaccinazione obbligatoria non costituisce peraltro una “risposta istintiva” al Covid, nonostante in oltre 100 stati ne pre-esistano spazi legali, sulla falsariga delle altre vaccinazioni obbligatorie già correnti;
- nessuna corte costituzionale od internazionale ha rinvenuto nelle vaccinazioni obbligatorie un sopruso [vengono riportate sentenze esemplificative];
- dalla compatibilità della vaccinazione obbligatoria con i diritti umani non ne deriva la applicazione acritica;
- le raccomandazioni del consorzio dei giuristi (“LAC19”) promuovono una legislazione trasparente che consegua ad una adeguata consultazione [vengono forniti suggerimenti procedurali];
- gli schemi di vaccinazione obbligatoria devono rispondere a principi di proporzionalità, chiaramente motivati dalle autorità sanitarie, cui spetta comunicare realisticamente opportunità, efficacia, limiti ed alternative;
- multe e punizioni verso i contravventori devono essere puntali, ma non eccessivamente onerose: tanto più le pene sono annunciate come gravi, quanto più si aprono spazi di contenzioso legale;
- i principi LAV19 spingono ad un confronto costruttivo con chi avverte una esitazione ragionevole [sulla scia dell’insegnamento del filosofo della politica John Rawls: secondo la sua distinzione tra razionale e ragionevole, l’esitazione al vaccino può essere ragionevole (comprensibile e degno di rispetto) per alcuni gruppi];
- le esenzioni andrebbero ammesse per ragioni mediche, non per motivi religiosi o di obiezione di coscienza.

La frase con cui si chiude il commento, tradotta letteralmente, recita “sebbene i requisiti per la vaccinazione obbligatoria vadano definiti con cura, non c’è motivo di ritenerli incompatibili con le leggi per i diritti umani”. È la stessa conclusione alla quale siamo giunti nelle righe precedenti. Aggiungo scherzosamente, su questo tema peraltro delicatissimo: *JAMA Internal Medicine* del 4 gennaio ha pubblicato un articolo nel quale si dimostra la sostanziale inefficacia della lotteria istituita nell’Ohio e in altri stati degli USA per convincere i cittadini alla vaccinazione. Evidentemente l’incertezza sulla vincita non ha convinto a superare le incertezze sulle conseguenze, pur fantasiose, della vaccinazione!

Con l’arrivo del nuovo anno, è sempre aperta la possibilità di **isciversi all’AIP per l’anno 2022**. Sul sito AIP [www.psicogeriatra.it](http://www.psicogeriatra.it) sono presenti tutti i dettagli per iscriversi o rinnovare l’iscrizione e le modalità per provvedere al pagamento della quota associativa. Per qualsiasi necessità potete contattare la Segreteria al seguente indirizzo: [aipsegreteria@grg-bs.it](mailto:aipsegreteria@grg-bs.it) .

Ricordo infine che, in occasione del **22° Congresso nazionale AIP** (vedi il programma sul sito), è possibile **inviare abstract** entro il **15 gennaio 2022**. I lavori possono essere inviati unicamente attraverso la piattaforma online dedicata, accessibile dal sito ufficiale del congresso [www.aipcongresso.it](http://www.aipcongresso.it) o direttamente al link: <https://www.aipcongresso.it/IT/abstract.xhtml>

Con la consueta simpatia, rinnovo gli auguri per un buon 2022.

Marco Trabucchi

*Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría*