



Newsletter AIP - 28 luglio 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Continuiamo la nostra presenza anche con il caldo e le vacanze, con il piacere di sentirci vicini a tante colleghe e colleghi che portano avanti con impegno e competenza, nonché grandi disagi, la cura degli anziani.

Le temperature elevate rendono più difficile l'organizzazione dell'assistenza; il condizionamento non sempre riesce a rendere sereni i luoghi di vita di molti anziani e anche quelli di chi si dedica a loro, dalla casa, agli ospedali, alle RSA. Mi ha fatto molto impressione la fotografia, pubblicata in questi giorni dai giornali, di alcuni vigili del fuoco sdraiati a terra, stanchissimi, alla ricerca di un minimo di riposo. Nei momenti più critici chi è impegnato nei servizi non deve solo pensare alle cure degli altri, ma anche badare alla propria salute personale. Solo con equilibrio fisico e psichico si può continuare ad aiutare gli altri. Grazie, un grazie vivissimo a tutti loro.

Proseguono le **discussioni attorno alla tragedia di Milano e dei sei anziani morti**. In un bellissimo editoriale sul *Corriere della Sera* del 22 luglio, Ferruccio de Bortoli scrive: "Carlo Maria Martini sosteneva che, negli ultimi anni della nostra esistenza, diventiamo tutti mendicanti. Abbiamo sempre più bisogno degli altri. A patto che ci siano, però. Una società civile non dovrebbe far sentire gli anziani dei mendicanti". Ma come è possibile garantire un mondo di diritti? Il recente volume del Mulino: "Età anziana: tempo di diritti e di responsabilità" affronta da diversi punti di vista una tematica troppo spesso dimenticata; si conclude però con l'affermazione di un "diritto alla speranza". Le comunità si impegnano a costruire un mondo di giustizia, nel quale ogni cittadino, di qualsiasi età, può costruire con libertà e dignità il proprio spazio vitale.

Leo Nahon ha inviato il testo che segue; un contributo di altissimo livello umano, culturale e clinico sui problemi del suicidio assistito. Un tema che deve essere affrontato senza pregiudizi, ma con attenta sensibilità clinica e sguardo aperto in molte direzioni, come ci induce a fare Nahon. "In un'intervista a *Repubblica* del 23 luglio del 2023, Antonio, il giovane cittadino che ha avuto dalla Asur marchigiana l'autorizzazione al suicidio assistito afferma: 'Il sì al suicidio assistito mi ha fatto tornare la voglia di vivere ancora'. 44anni, tetraplegico dopo un incidente di motocicletta, Antonio afferma 'Le mie condizioni sono peggiorate, ma adesso che ho la chiave per uscire dalla prigione del corpo, ogni attimo mi sembra prezioso. ...Quando ho deciso? Alla vigilia del suicidio assistito: È stato come

aprire gli occhi e accorgersi che c'è il sole...adesso che ho la chiave, perché non vivere un giorno ancora ...?' Dal punto di vista psichico, o meglio psichiatrico, questa reazione paradossa non è così sorprendente. L'immissione in una situazione di controllo e onnipotenza (presunta) rispetto alla propria morte ha generato in questa persona una sorta di reazione euforica che lo ha sbalzato all'estremo opposto del precedente polo depressivo: è diventato un estimatore della vita malgrado le sue condizioni siano peggiorate. Dimostrazione tra l'altro che compiere atti irreversibili si conferma sommamente imprudente: non solo da parte della vittima, ma anche e soprattutto da coloro che dovrebbero 'assistere' al suicidio. L'oscillabilità delle decisioni è spesso direttamente proporzionale alle oscillazioni dell'umore. C'è qualcosa tuttavia di estremamente interessante in questa vicenda che conferma la presenza di paradossi nella clinica psichiatrica (oltretutto, come noto, nella universale vicenda umana). Diversi anziani pazienti hanno detto in questi anni 'da quando mi sono iscritta/o a quell'associazione in Svizzera, non ho più paura della morte'. E diversi lavori, come ha documentato De Leo, segnalano che l'apertura dell'accesso al suicidio assistito pare ne abbia fatto calare il numero.

Nulla di nuovo sotto il sole: quasi quattro secoli fa, un illustre medico e filosofo già annotava una convinzione (credenza? illusione?) che suona assai attuale. 'Noi non siamo in potere di alcuna calamità finché la morte è in poter nostro', sir Thomas Browne, 'Religio Medici', 1642".

In questi giorni è stata **pubblicata a cura dell'Istituto Superiore di Sanità un'indagine sui CDCD a livello nazionale**. È una lettura interessante, perché induce a **valutare la grande importanza della rete di questi centri**, ma anche a comprendere che sarebbe necessario un intervento per aumentarne il numero, assieme a quello dei professionisti addetti. Solo con un intervento drastico si riuscirà a diminuire le liste d'attesa, sia per la prima visita, sia per i *follow up*. Ci auguriamo che le promesse del ministro Schillaci, che si è impegnato a finanziare con 4 miliardi una doverosa riduzione delle liste d'attesa in tutti i campi, riguardino anche il mondo delle demenze. Come comunità psicogeriatrica dobbiamo un vivo ringraziamento a **Nicola Vanacore, senza il cui impegno non avremmo fruito della diffusa attenzione verso le alterazioni cognitive**. Di seguito alcune sue considerazioni:

"Nell'ambito del Decreto del Fondo per l'Alzheimer e le Demenze pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* il 30 marzo 2022 è stato assegnato all'Osservatorio Demenze dell'ISS l'aggiornamento della mappa dei servizi dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle persone con demenza. Con grande soddisfazione e grazie alla collaborazione con tutti i referenti regionali è stata appena pubblicata la mappa aggiornata dei CDCD e dei loro distaccamenti (www.demenze.it). I dati presenti sono stati raccolti nell'ambito della *survey* condotta tra il mese di luglio 2022 e febbraio 2023. I CDCD che hanno partecipato sono stati 511/534 (96%). L'81% dei CDCD sono monosedi mentre il 19% dei CDCD ha complessivamente 163 distaccamenti.

Questa rete dei servizi per la diagnosi e presa in carico è molto eterogenea tra macro-aree, regioni e intra-regione, ma rappresenta il patrimonio pubblico che andrebbe valorizzato con politiche nazionale e regionali adeguate.

Sono in corso le *survey* sui CD e RSA che purtroppo stanno andando male (il tasso di partecipazione ad oggi è solo del 20%). Contiamo nell'impegno di tutti per acquisire informazioni da includere nella mappa online dei servizi insieme a quelle dei CDCD".

Ci auguriamo che a breve venga rifinanziato il Fondo Nazionale Demenze assieme ad un aggiornamento del Piano Nazionale Demenze.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Grazie ancora una volta a **Mauro Colombo** che non si è fatto condizionare dalla pigrizia che, invece, potrebbe facilmente diventare dominante nel refrigerio della Valle d'Aosta; una doppia gratitudine, quindi, da parte mia e dalle moltissime colleghe e colleghi che apprezzano i suoi pezzi (mi è stato scritto: "Colombo è il refrigerio dei venerdì verso sera"!!!).

"Nella newsletter del 21 luglio, Trabucchi ha richiamato un articolo del *Journal of American Geriatrics Society* sull'**invecchiamento cerebrale di successo dei 'cognitive super agers'** [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18496>]. Sul medesimo argomento *The Lancet Healthy Longevity* ha parallelamente pubblicato un articolo [£] con relativo editoriale [§], a testimonianza dell'interesse gerontologico verso i **'superagers': gli ultraottuagenari che conservano una memoria pari a quella degli adulti o dei giovani**.

L'articolo originale fa riferimento alla ricerca del 'Vallecas Project': uno dei maggiori studi longitudinali sui 'superagers', tuttora in corso a Madrid, su soggetti tra i 70 e gli 85 anni, residenti al domicilio, indipendenti e scevri da patologia neurologica o psichiatrica, che ricevono annualmente una valutazione multidimensionale comprensiva di neuroimmagini ed esami ematologici.

Sono stati confrontati 64 superagers e 55 anziani 'normali', seguiti per 5 anni: sia il gruppo di interesse che quello di controllo avevano una età media di 82 anni, con moderata prevalenza di donne (rispettivamente 3/5 e 2/3).

Sintetizzo qui i risultati più rilevanti delle analisi trasversali e longitudinali [compresi quelli 'negativi' (mancati/contrari alle aspettative)]:

- migliori mobilità, agilità ed equilibrio nei superagers (timed up & go test, finger tapping), con correlazione tra la prova di memoria (Free and Cued Selective Reminding Test) ed il timed up & go test ($r = -0.39$; $p < 0.0001$); si ipotizza un maggior coinvolgimento in attività come fare le scale o giardinaggio;

- migliore stato mentale nei superagers ['insufficienza di sonno' riferita meno frequentemente; ansia 'di stato' e 'di tratto' più contenute ('STAI state/trait'); tono dell'umore relativamente più alto: Geriatric Depression Scale (GDS) più bassa (sempre comunque in ambito di piena normalità: 1 vs. 2/15 circa)];

- i superagers sono (come da FAQ = Functional Activities Questionnaire) e sono stati (Composite midlife activities) più attivi, e sono relativamente più indipendenti rispetto ai coetanei, pur essendo per definizione tutti i soggetti autonomi nelle attività quotidiane, ma sono più frequentemente divorziati o separati (contrariamente alle aspettative);

- i superagers hanno migliori capacità di lettura [NART=National Adult Reading Test (versione spagnola)] e competenze musicali (sia professionali che amatoriali); hanno una scolarità nettamente superiore;

- i superagers godono di una migliore salute generale (glicemia, pressione arteriosa);

NB: i risultati sugli aspetti clinici e socio-demografici sono stati ricavati mediante un algoritmo di apprendimento automatico, a partire da 89 variabili. Gli Autori esplicitano che accuratezza discriminativa (66,4%), sensibilità (68,8%) e specificità (63,6%) del loro modello sono modeste, per cui suggeriscono per indagini future una estensione ad altre componenti, specialmente genetiche (in particolare, i geni che abbinano il 'superageing' con i fenotipi muscolari capaci di movimenti rapidi)

- in termini di neuroimmagini, alla risonanza magnetica nucleare, nel confronto trasversale i superagers sono dotati di maggior volume nella sostanza grigia del lobo temporale mediale, del proencefalo colinergico, del giro angolare, e di alcuni nuclei del talamo, bilateralmente: i nuclei laterali dorsali ('talamo limbico') e ventrali laterali ('talamo motore'), ma non (inaspettatamente) al 'talamo mnesico' (nucleo anteriore). Alla osservazione longitudinale, i superagers andavano incontro, rispetto ai loro coetanei 'tipici', ad una atrofia della materia grigia più lenta, particolarmente nel lobo temporale mediale. Pur partendo -dall'età di 75 anni- da valori

inizialmente analoghi alla controparte normale, i superagers andavano incontro a minori decrementi nel volume di ippocampo bilaterale, corteccia entorinale, giro paraippocampico, amigdala sinistra, proencefalo basale bilaterale, nucleo caudato, insula anteriore, e corteccia cingolata posteriore destra anche le prestazioni mnesiche –già migliori prima dei 75 anni– calavano più lentamente nei superagers. Ciò suggerisce uno sfasamento fra prestazione cognitiva ed atrofia visibile, oppure la compresenza di altri fattori (funzionali?) affianco alla struttura cerebrale nel definire il fenotipo mnesico da superager, prima dei 75 anni non sono state riscontrate differenze tra superagers ed anziani normali quanto a distribuzione allelica in genotipi *APOE* e quanto a concentrazioni ematiche (dosaggio SIMOA) in 5 biomarcatori di neurodegenerazione (né per la proteina acida gliofibrillare); non è stata colta una associazione tra questi biomarcatori ematici ed il volume della materia grigia, nella intera coorte, i risultati non cambiano escludendo/includendo lo 11% di soggetti che hanno sviluppato MCI.

In conclusione, gli studiosi madrileni propendono per una interpretazione in termini di ‘resistenza’ piuttosto che di ‘resilienza’ cerebrale, secondo la loro accezione di tali termini. Difatti, in un contesto orientato alla demenza, col primo termine si intende il mancato sviluppo di malattia, mentre col secondo si intende il mantenimento di capacità e prestazioni pur in presenza di malattia. Ma per la ricerca in questione, in un contesto di invecchiamento ‘sano’ e comunque libero da marcatori di neurodegenerazione, per ‘resistenza’ si intende la conservazione negli ultra80enni di una memoria simile a quella dei propri figli e nipoti, grazie alla preservazione di specifiche strutture cerebrali, laddove il declino di queste ultime procederebbe senza differenze tra ‘superagers’ ed anziani ‘tipici’ nel caso della ‘resilienza’.

Gli editorialisti di Harvard, invece, dopo avere ‘rimbrottato’ i ricercatori spagnoli per non avere nominato la porzione di corteccia cingolata da loro studiata, evidenziano le caratteristiche metodologiche che non consentono un paragone immediato tra lo studio in questione ed i precedenti (che però erano riferiti a casistiche più contenute/mancavano di sviluppo longitudinale/prendevano in considerazione meno variabili contemporaneamente). Inoltre, i commentatori interpretano i medesimi risultati in termini di ‘resilienza’ invece che di ‘resistenza’ – senza dare ragione di tale discrepanza.

In ogni caso, gli autori dello studio originale evidenziano una sovrapposizione tra i fattori da loro colti e quelli associati alla prevenzione della demenza, così da poter informare il disegno di interventi finalizzati a promuovere un invecchiamento salutare della memoria episodica.

[£] Garo-Pascual, M., Gaser, C., Zhang, L., Tohka, J., Medina, M., & Strange, B. A. (2023). Brain structure and phenotypic profile of superagers compared with age-matched older adults: a longitudinal analysis from the ‘Vallecas Project’. *The Lancet. Healthy Longevity*, S2666-7568(23)00079-X. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00079-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00079-X)

[\$] Touroutoglou, A., Wong, B., & Andreano, J. M. (2023). What is so super about ageing? *The Lancet. Healthy Longevity*, S2666-7568(23)00103-4. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00103-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00103-4)

PS: personalmente, ho apprezzato –anche per eleganza iconografica– le figure che illustrano l’articolo originale, in particolare quella che esemplifica e confronta due diverse traiettorie di declino nella atrofia della materia grigia, e l’istogramma che mostra i fattori più importanti rispetto alla classificazione di ‘superager’, in ordine decrescente di significatività statistica”.

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Stanno alacremente proseguendo le azioni preparatorie del **23° Congresso Nazionale AIP**. Presto verrà diffuso il ‘save the date’, con una grafica piacevole e le indicazioni degli argomenti prevalenti. In particolare, è stato deciso di lasciare spazi adeguati alle comunicazioni libere, sia orali che poster.

Le sezioni regionali di AIP sono il fulcro del nostro impegno, perché in grado di meglio cogliere i desideri, le scelte e le speranze di colleghe e colleghi di ogni regione e di ogni collocazione professionale. In questa prospettiva allego una **nota di Carlo Serrati, che da alcuni anni ha il compito seguire le sezioni, con funzioni di supporto e stimolo.**

“Da poco tempo si è tenuta la riunione organizzativa delle Sezioni Regionali AIP.

Le Sezioni Regionali costituiscono il tessuto vitale dell’Associazione, e con essa devono crescere.

Una delle caratteristiche emergenti è la forza (ma talora anche la fragilità) delle interpretazioni del ruolo della Sezione a livello locale: in generale, si riscontra un notevole entusiasmo in progetti operativi significativi, che vanno oltre l’organizzazione del Congresso Regionale annuale.

È emersa, oltre alla condivisione delle nuove strategie AIP, in continuità con la storia recente e passata, la necessità di favorire strategie omogenee, che rispettino il ‘genius loci’ ma che interagiscano fortemente con la struttura centrale, cioè il Collegio di Presidenza ed il Direttivo.

Senza citare i singoli numerosi e significativi interventi dei Presidenti (in qualche caso per assenza forzata efficacemente sostituiti) sono emersi alcuni punti fermi.

L’AIP vede nelle Sezioni Regionali la propria trama organizzativa vitale. Per questo, l’organizzazione Congressuale Regionale deve diventare sinergica con quella del Congresso Nazionale, in uno scambio costruttivo di tematiche culturali e di sostegno economico – finanziario.

Le Sezioni Regionali, inoltre, promuovono capillarmente le iscrizioni all’AIP, nel rispetto delle 4 Aree di competenza che l’Associazione esprime, e che a livello locale devono trovare espressività operativa; solo per citare alcuni elementi, si è enfatizzata la necessità di regolare con criteri di collaborazione virtuosa i rapporti con altre società, di favorire l’attività formativa multiprofessionale in materia psicogeriatrica e di attivare uno spontaneo sistematico censimento delle attività.

In alcuni casi, inoltre, le Sezioni Regionali sono fortemente impegnate su tavoli decisionali a livello regionale (es. CDCD), fatto che andrebbe sistematicamente esteso a tutte le regioni.

Infine, una nota personale come Coordinatore delle Sezioni. Certamente il contatto e la collaborazione con i Colleghi hanno contribuito alla mia crescita professionale ed umana, con spunti di riflessione critica ed idee originali: spero che la loro impressione sia simmetrica nei confronti del mio ruolo, volto a favorire la crescita soprattutto delle singole realtà nel modo il più possibile omogeneo e rapido, nel rispetto delle singole, specifiche necessità locali”.

Con viva amicizia e un grazie particolare a chi ci segue nonostante le difficoltà ambientali di queste settimane,

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica

Via F.lli Lombardi, 2

25121 Brescia

Tel. 030-3757538



Newsletter AIP - 21 luglio 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Un'apertura della newsletter con particolare **attenzione alle condizioni di grande caldo di questo periodo**. Ricordo in maniera precisa gli eventi del 2003, vent'anni fa, quando il caldo fece molte vittime. Ricordo anche che sotto la spinta emotiva si diede origine ad una serie di provvedimenti, come "l'anagrafe delle fragilità" per responsabilizzare le comunità a vari livelli sulla necessità di interventi specifici, rapidi e organizzati per i singoli anziani non in grado di provvedere a sé stessi, perché non autosufficienti o soli, rispetto a idratazione, alimentazione, areazione delle case, assunzione di medicinali, ecc. Purtroppo, il tempo cancella molte buone intenzioni e oggi manca un'articolata organizzazione territoriale per la difesa dell'anziano dal caldo. Il *NYT* del 14 di questo mese riporta un articolo dal Texas nel quale si descrive il **tragico aumento della mortalità da caldo anche in comunità abituate a subirlo**. Le autorità municipali di Laredo dopo la morte di 10 persone hanno deciso di donare sistemi di condizionamento ai cittadini che non hanno i soldi per acquistarli autonomamente. La decisione è stata presa anche in considerazione che in futuro le ondate di calore possano diventare un regolare crisi della salute pubblica. [<https://www.nytimes.com/2023/07/13/us/texas-heat-deaths-webb-county.html?smid=url-share>]

“The best medicine for improving global health? Reduce inequality”. È titolo dell’editoriale di *Nature* del 11 luglio che così si conclude: **“È necessaria una riformulazione di come percepiamo la salute: non come una spesa che può essere tagliata nei momenti di austerità, ma come un investimento per il futuro dell’economia e del benessere di un paese”**. *Nature* si riferisce in particolare ai paesi in via di sviluppo, ma anche in Italia è necessario dedicare una specifica attenzione ai gruppi di cittadini meno fortunati. I poveri, le persone con scarsa cultura, quelli dominati da preconcetti devono essere al centro delle attenzioni del sistema sanitario e assistenziale, perché da soli difficilmente sono in grado di provvedere a loro stessi. Così si evitano condizioni di ingiustizia sociale intollerabile sul piano umano e che, alla fine, costa di più se gli interventi non sono programmati, con attenzioni anche preventive. La letteratura scientifica più avanzata dedica in questi anni particolare attenzione alle condizioni di disegualianza: una comunità che non si cura dei più fragili non può essere una comunità serena. [<https://www.nature.com/articles/d41586-023-02251-y>]

Domenica prossima è la giornata dei nonni, indetta da Francesco in ricordo di Gioacchino e Anna, nonni di Gesù. Speriamo sia occasione anche per chi non ha riferimenti religiosi di pensare al ruolo dei nonni, sia nella concretezza delle famiglie di oggi, sia nella tenerezza dei ricordi.

Riporto con piacere **un contributo del dottor Filippo Bergamo**, animatore sempre originale e attento di una RSA del veneziano.

“Tra le tante notizie che ruotano attorno alle RSA non sempre di positivo riscontro ma di roboante impatto, a volte passano inosservate un sacco di **belle iniziative che in questa estate stanno rivitalizzando i nostri luoghi di cura**. A Mestre nella Residenza Contarini di I.P.A.V. (Istituzioni Pubbliche di Assistenza Veneziane) si è provato a festeggiare il Redentore con un giorno di anticipo aprendo porte e cancelli dell’RSA a tutta la cittadinanza organizzando non una mattinata e nemmeno un pomeriggio, ma bensì una serata di festa aperta a tutta la cittadinanza. Per serata si intende un dopo cena per gli ospiti, una fascia oraria che va dalle 18:30/19:00 alle 21:30/22:00 orario che per molti dei nostri anziani nelle RSA è da tempo notte fonda già da un po’. Per le nostre organizzazioni qualcosa di eccezionale.

È stata necessaria organizzazione, flessibilità, disponibilità e supporto operativo di tutti: O.S.S. per primi (che hanno dovuto riorganizzarsi tra supporto ai turni e cambi di orari di lavoro o straordinari), Responsabili, professionisti e Direzione della struttura (tutti operativi anche nel fare) per provare a pianificare e lavorare per un’occasione di incontro così particolare a sancire la volontà di riavvicinare un mondo quale quello delle RSA tanto colpito da un triennio che ne ha dato accezioni spesso molto negative. Come nelle più comuni delle feste non è mancata la musica ... ma più moderna per accontentare l’orecchio di tutti, del buon gelato portato con un carretto come una volta da parte di una gelateria del territorio per accontentare tutti i palati, anche quelli di chi ha difficoltà nella deglutizione, ed il chiosco delle bevande (un progetto per l’idratazione controllata attivo in setting esterni nei mesi caldi e interno come sala da tè nei mesi freddi) a offrire a tutti infusi freddi alla frutta, acqua e menta e fiumi di ... birra! Già si è scelto di proporre della buona birra analcolica per far assaporare a tutti, ospiti ed esterni, qualcosa che non appartiene al mondo delle RSA ma delle belle feste, delle sagre, o dei locali ... Naturalmente tutto addensabile al bisogno e governato dal personale. In più qualche snack ... per chi veniva da fuori l’orario era da apericena... ma nella formula tutto per tutti.

Tutto questo nel grande giardino della residenza. Famiglie, gente del vicinato, bambini e parenti per una volta insieme con gli ospiti come comunità e non come gruppi divisi di categoria come spesso ci si è rappresentati in questi scorsi tempi difficili. A fare promozione a questa iniziativa la partnership di Dem on Web, un progetto social (attivo su Facebook) presentato anche all'ultimo congresso di AIP e che si presenterà anche alla prossima conferenza di Alzheimer Europe che ha lo scopo di informare e formare su anziani e demenza proponendo contenuti pop per sensibilizzare anche target più giovani, che ha curato promozione dell'evento e divulgazione attraverso più dirette social nonché raccogliendo alcuni dati d'impatto dell'evento stesso. Più di 250 presenti, 164 litri di bevande dispensate, centinaia di visualizzazioni e condivisioni... È stata una serata impegnativa, anche per gli ospiti ai quali si è provato a cambiare un ritmo spesso quasi "cronicizzato", ma l'euforia generale ancora si respira dopo giorni dalla festa a conferma che a volte si può osare. Management delle RSA, familiari, territorio, social media ... e i nostri anziani possono fare grandi cose insieme e forse anche riuscire ad essere voce forte e propositiva perché anche il buon operato ha diritto di essere di roboante impatto!"

Allego alla newsletter l'articolo di Michela Marzano, pubblicato su *La Stampa* del 16 luglio, riguardante **le vicende tristissime della "Casa per Coniugi"**. Mi permetto di richiamare la conclusione del pezzo, quando l'autrice descrive l'amore per gli altri: "L'amore (e ancor più la carità cristiana) si traduce nei gesti e, più specificamente, nella capacità di dare: dare tempo e dare pazienza; dare rispetto e dare riconoscimento". Non è forse una chiara indicazione anche per noi medici e per tutti quelli che lavorano con le persone fragili?

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Un'interessante "research letter" di *JAGS* di luglio indaga **il profilo dei trattamenti dei "Cognitive super agers"**, cioè delle persone che a 80 e più anni hanno una capacità di memoria episodica uguale alle persone di 50 e 60 anni. Il profilo delle cure farmacologiche è sostanzialmente uguale a quello dei controlli di pari età. Il dato indica che la mancanza di differenze nei farmaci assunti esclude la possibilità di eventi clinici rilevanti nell'indurre le differenze, che quindi devono essere attribuite a fattori psicosociali. Il dato è un ulteriore contributo alla definizione delle condizioni che garantiscono un invecchiamento in buona salute. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18496>]

BMJ del 7 luglio discute **l'approvazione da parte della "US Food and Drug Administration" del lecanemab in pazienti con il mild cognitive impairment o che si trovano nello stato iniziale della malattia di Alzheimer**. La decisione è stata presa dopo una revisione attenta dei dati della fase 3 degli studi che hanno dimostrato un moderato rallentamento della curva di declino delle funzioni cognitive. *BMJ* riporta anche l'opinione di esperti, non ancora concordi sul valore terapeutico del farmaco, il cui costo si aggira attorno ai 24mila euro all'anno. [<https://www.bmj.com/content/382/bmj.p1580>] I dati originali di fase 3 pubblicati da *NEJM* (2023; 338- 21.) hanno dimostrato che lecanemab, somministrato per infusione endovenosa ogni due settimane, induce dopo 18 mesi una riduzione del declino cognitivo se confrontato con il placebo (un dato apparentemente convincente!). Però, l'articolo riporta le variegate posizioni di numerosi studiosi e medici sull'efficacia del farmaco e sulla realizzabilità pratica della sua somministrazione su larga scala.

Plos One del 5 luglio pubblica un articolo particolarmente interessante sui **vantaggi che la presenza di bambini produce alle persone anziane residenti nelle case di riposo.**

Premetto che la lettura del lavoro è particolarmente stimolante per le modalità originali di affrontare le problematiche connesse con la qualità della vita e della salute nelle residenze. Nell'introduzione, infatti, viene elencata **una serie di principi la cui attualizzazione potrebbe migliorare la qualità della vita dei residenti.** Si va dall'indicare, tra i vari possibili vantaggi, uno stretto e continuo contatto con piante, animali e bambini per costruire un habitat umano, all'importanza della compagnia per vincere la solitudine, al donare e ricevere attenzione e cura come antidoto alla perdita di speranza, alla varietà e alla spontaneità come antidoti alla noia, al senso dell'esistenza come essenziale per vivere, al fatto che le cure mediche sono parte della cura, non la guida. Lo studio sulle conseguenze della presenza di bambini si colloca appunto in questa logica e dimostra importanti ricadute positive sulla salute psichica. La relazione con i bambini permette agli anziani di sentirsi collegati alla comunità e di vivere un forte senso di appartenenza, evitando il vissuto che spesso prevale nella vita degli ospiti delle residenze, cioè il ritenersi in un mondo separato, privo della vivacità e degli stimoli prodotti dalla vita insieme ad altri. I bambini di fatto sono costruttori di collegamenti con l'intera società e con le sue dinamiche; l'anziano così aumenta la propria autostima, con il conseguente miglioramento del tono dell'umore. [<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0287369>]

Un lavoro recente di *BMJ* discute di **un fattore potenzialmente di rischio per la comparsa di demenza, cioè la terapia ormonale in menopausa.** I dati sono convincenti; le persone che hanno ricevuto una terapia estroprogestinica presentano un aumento del rischio di demenza da ogni causa (HR: 1.24, ci: 1.17-1.35). Il fenomeno si conferma anche considerando diverse condizioni di trattamento. Il dato è in linea con altre pubblicazioni, in particolare con i risultati del "Women's Health Initiative Memory Study", il più grande studio randomizzato, a doppia cieco, contro placebo condotto su questo problema. I dati pongono un interrogativo rilevante sull'opportunità della terapia estroprogestinica, in particolare riguardo alla definizione di un rapporto causale. Peraltro, la terapia con progestinici da soli e con estrogeni vaginali non sono associate con lo sviluppo di demenza. [<https://www.bmj.com/content/381/bmj-2022-072770>]

Di seguito **il consueto pezzo di Mauro Colombo**; anche questa settimana mi è stato scritto da alcuni lettori che il pezzo di Mauro è il più importante di ogni newsletter.... Posso rispondere solo che è per me un grande piacere, ma soprattutto è uno stimolo per cercare di non sfigurare di fronte alla bravura dell'amico.

"All'inizio della mia carriera geriatrica, ormai più di 40 anni fa, rimasi colpito dal fenomeno della "confabulazione", che osservavo con frequenza in persone con demenza: veniva considerato una sorta di "riempitivo" per i vuoti/errori di memoria. Ora, un articolo da poco pubblicato su *JAMA Psychiatry* è dedicato proprio al rapporto fra false memorie e deliri, in pazienti con demenza di Alzheimer(AD) [1].

Più precisamente, lo studio si è posto le seguenti ipotesi:

A. gli individui con deliri in AD dovrebbero avere più false memorie di quelli senza deliri, a pari severità di deterioramento cognitivo;

B. sia i falsi riconoscimenti che i deliri dovrebbero correlarsi con una riduzione volumetrica a carico di strutture nel lobo temporale mediale (MTL), nella via visiva ventrale #, nella corteccia prefrontale (PFC) ed in quella cingolata anteriore, e nei lobuli parietali superiori.

Allo scopo, sono stati utilizzati i dati relativi a 728 persone di entrambi i sessi [43,5% donne], di età media 74,8 (DS 7,4) anni, arruolate all'interno del database "ADNI" (Alzheimer's Disease Neuroimaging Institute): una iniziativa di ricerca nata nel 2004, per raccogliere e coordinare dati da 63 centri [59 per lo studio in questione] situati negli Stati Uniti d'America ed in Canada [<https://adni.loni.usc.edu/>], dati che sono disponibili, tanto che gli Autori sono tutti londinesi. 53% dei soggetti avevano una diagnosi di demenza di Alzheimer, 43,3% di MCI amnesico [3,7 erano cognitivamente integri].; 179 persone hanno sviluppati deliri nell'arco di 2 anni – di cui 42 li presentavano al momento dell'arruolamento nello studio; le rimanenti 549 persone costituivano il gruppo di controllo.

Il delirio veniva rilevato mediante lo Neuropsychiatric Inventory (NPI); le false memorie mediante voci specifiche dello Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale a 13 domande (ADAS-Cog 13) e del Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) [entrambi focalizzati sulla memoria verbale]; le neuroimmagini venivano colte tramite risonanza magnetica nucleare (MRI).

A. In linea con la prima ipotesi di lavoro, i risultati della analisi trasversale suggerivano che i partecipanti con deliri al momento dell'ingresso nello studio presentavano una quota maggiore di falsi riconoscimenti allo ADAS-Cog 13; ma la significatività statistica della associazione è venuta meno dopo aver inserito nel modello di regressione le variabili di confondimento [definite a priori, e comprendenti età, sesso, scolarità, punteggio al Mini Mental State Examination (MMSE), prescrizione di inibitori della acetilcolinesterasi o di memantina, e la fluenza verbale per categorie (elencare animali)].

B. Ba) E' stata rilevata una associazione inversa {in termini di "probabilità positiva" {odds ratio (OR), con intervallo di confidenza al 95% (95% CI)}} tra il volume cerebrale in diverse regioni di interesse ed il numero di parole falsamente riconosciute: la quota di falsi riconoscimenti allo ADAS-Cog 13 era associata inversamente al volume ippocampale sinistro (odds ratio [OR], 0.91 [95%CI, 0.88-0.94], $P < .001$) e destro (0.94 [0.92-0.97], $P < .001$), al volume della corteccia entorinale sinistra (0.94 [0.91-0.97], $P < .001$), del giro paraippocampale sinistro (0.93 [0.91-0.96], $P < .001$), e del giro fusiforme sinistro (0.97 [0.96-0.99], $P < .001$).

Bb) Viceversa, nessuna associazione tra volumi cerebrali e deliri – quando anche colta al primo livello di indagine - è rimasta statisticamente significativa, una volta effettuate le correzioni di Bonferroni [per analisi multiple] o dopo avere introdotto le variabili confondenti nei modelli di regressione.

Bc) Ancora, alle neuroimmagini volumetriche non è stata riscontrata nessuna sovrapposizione fra i circuiti collegati alle false memorie e quelli associati ai deliri.

In sintesi, solo una parte delle ipotesi di ricerca è stata confermata, smentendo precedenti rilevazioni –alcune delle quali originate in contesti di adulti con problematiche psichiatriche. Gli Autori ne concludono che i deliri non emergono come conseguenze dirette delle dismnesie, lasciando spazio ai tentativi di individuare bersagli specifici per il trattamento delle psicosi.

[1] McLachlan, E., Ocal, D., Burgess, N., Reeves, S., Howard, R., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (2023). Association Between False Memories and Delusions in

Una osservazione personale riguarda la **indicazione che questa ricerca può darci riguardo alla importanza dell'impianto dello studio: la Gerontologia Clinica ha bisogno di –e merita– competenza metodologica**. Qui più che la statistica ha contato il disegno dello studio: non solo la numerosità della casistica, ma soprattutto la multidimensionalità, che ha consentito di aggiustare per le variabili confondenti i risultati, fino a ribaltarli.

la via visiva ventrale, deputata alla percezione consapevole delle caratteristiche degli oggetti e della loro configurazione spaziale, codificando e recuperando informazioni del contesto spaziale e temporale, attraverso connessioni funzionali con la corteccia prefrontale (PFC), comprende i giri paraippocampale e fusiforme [ndr]"

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Sono stati finalmente definite le date delle **"50 sfumature di cura" di quest'anno, che si svolgeranno, come di consueto, a Treviso ai primi di ottobre**. È un'occasione particolarmente importante per incontrarsi tra donne e uomini che lavorano nelle residenze per anziani e credono nel valore umano e professionale del loro impegno. Mi permetto di sottolineare una linea di continuità garantita da AIP su queste tematiche, dal nostro Congresso Nazionale dello scorso aprile, al **Forum della Non Autosufficienza che si svolgerà a Bologna il 29 e 30 novembre**, nel quale avremo spazi specifici. Di seguito, alleghiamo la locandina del Save the date delle "50 sfumature di cura", di cui Giorgio Pavan è l'inventore e il principale realizzatore.

Sempre riguardo alla ripresa post estiva ricordo il **seminario sulla solitudine del 15 novembre a Padova**; inoltre, nel mese dell'Alzheimer (settembre) saremo presenti in numerose occasioni, in diverse località che comunicheremo delle prossime newsletter.

In questi giorni ho partecipato alla presentazione di un **progetto di "Città amica della demenza" organizzato alla Garbatella**, quartiere di Roma noto per essere luogo di forte integrazione sociale. Sono rimasto impressionato dalla vivacità delle diverse realtà partecipanti (associazioni, gruppi di volontariato, famigliari, ecc.), con una presenza attiva e il supporto sia del Municipio della zona sia del Comune di Roma. L'idea della città amica fortunatamente si va espandendo in molte comunità; è davvero **un mezzo efficace per garantire ai malati e alle loro famiglie una protezione che trasmette sicurezza e assicura comprensione e supporto per le difficoltà che questi devono affrontare**.

Un cordiale saluto e grazie per l'attenzione a questa newsletter; mi auguro possa diventare sempre più un mezzo di scambio di opinioni e di progetti. Certo, è uno strumento più "arcaico" rispetto alla moltitudine dei social, ma i lettori ci perdoneranno; attendiamo i loro commenti, indicazioni su realizzazioni, progetti...

Un caro saluto e un augurio –a chi può– di natura e di sole,

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica

Via F.lli Lombardi, 2

25121 Brescia

Tel. 030-3757538

◆ Ragnoni e sentimenti

MICHELA MARZANO

La dignità non dipende dall'efficienza

C'era un cartello che avvisava la gentile clientela del guasto all'impianto di rilevazione del fumo e che era stato affisso all'entrata della "Casa per Coniugi", una Rsa milanese dove gli ospiti, più che coniugi, erano anziani soli e fragili (alcuni dei quali pure dementi): persone cui, molto probabilmente, sfuggiva il significato esatto di quell'annuncio. E, infatti, pare che l'incendio che la settimana scorsa ha distrutto la residenza, ammazzando sei anziani e ferendone oltre ottanta, sia partito da una sigaretta rimasta accesa nella stanza numero 605, al primo piano.



Pare che, ormai, della "Casa per Coniugi" resti ben poco: vetri rotti e pareti nere. Oltre al fioco ricordo delle autoambulanze e delle autoscale dei pompieri che l'altra notte, quand'è scoppiato l'incendio, hanno intasato via dei Cinquecento, mentre due pullman si riempivano via via delle persone rimaste miracolosamente illese. Per non parlare poi del laconico messaggio di condoglianze a parenti e amici arrivato da Roma, che non ha fatto altro che aggiungere al danno la beffa, visto che, chi è parcheggiato in strutture come queste, di parenti o amici, molto spesso non ne ha: è indifeso e fragile e demente e solo.

Ma che ne sanno nei palazzi del potere della solitudine estrema degli anziani? Che ne sanno della fatica che si accumula nello sguardo di chi, nelle Rsa, ci lavora e, a quei vecchi, ci si affeziona pure! Ma come si fa ad andare avanti senza risorse e senza mezzi? È mai possibile che nemmeno tragedie come queste — le sei persone morte sono state avvolte in sacchi, su ogni sacco c'era una lettera, dalla A alla F, come si trattasse di pacchi di roba dismessa — riescano a smuovere qualcosa, anche semplicemente la pietà? Il dramma della solitudine estrema degli anziani e dell'assenza di mezzi e di personale non viene (quasi) mai preso sul serio. In una società che loda l'efficienza e la performance, chi smette di funzionare smette pure di valere; chi non serve perde la dignità; chi non ha la chance di avere accanto figli o nipoti viene dimenticato. Come se la vita avesse un prezzo, e il prezzo dipendesse dalla capacità o meno di essere utili.

E se la verità (e quindi poi anche la dignità) di ognuno di noi emergesse, invece, proprio a partire dal momento in cui si mette di essere utili, si smette di controllare tutto, si smette di essere efficienti e ci si lascia andare? Viviamo in un'epoca strana, in cui chiunque si riempie la bocca delle parole evangeliche, ma fa poi fatica a riconoscere il fratello o la sorella di fronte cui si trova quando è accanto a un migrante oppure vicino allo sguardo perso di una persona anziana. «Chi accoglie voi, accoglie me», recitava il brano del Vangelo secondo Matteo letto domenica un paio di settimane fa. Ma chi, oggi, è disposto davvero ad accogliere la fragilità e la dipendenza? Perché l'amore non è solo passione né mero sentimento. L'amore (e ancor più la carità cristiana) si traduce nei gesti e, più specificatamente, nella capacità di dare: dare tempo e dare pazienza; dare rispetto e dare riconoscimento. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

50 SFUMATURE di CURA

4° Edizione

COMUNITÀ di DESTINO



SAVE THE DATE

giovedì 12 - venerdì 13 ottobre 2023

c/o Auditorium Fondazione Cassa Marca
Piazza delle Istituzioni, 7 Treviso

giovedì 12 (9.30-13.00)

Perché facciamo
questo lavoro?

giovedì 12 (14.30-17.30)

Salviamo il futuro

venerdì 13 (9.30-13.00)

L'Italia dà i numeri

venerdì 13 (14.30-17.30)

Connessioni



Newsletter AIP - 14 luglio 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Sui dolorosi eventi di Milano abbiamo già espresso la nostra partecipazione al lutto e alle angosce di parenti e operatori. Però su un quotidiano è stata pubblicata una frase che mi ha particolarmente colpito: **“Mai più debbono avvenire tragedie della noncuranza, della sciatteria, volgare e assassina, che circonda tanti anziani!”**. No, noi non ci sentiamo complici di misfatti, ma vicini a chi lavora con determinazione per permettere la vita a tanti concittadini che non potrebbero più vivere, a causa della loro condizione, se non assistiti all’interno di residenze dove dominano generosità, attenzione, cure qualificate.

AIP segue con attenzione la vita delle RSA, parte fondamentale dell’assistenza all’anziano fragile. In questa logica riporto i contributi allegati.

Giovanna Ferrandes, vice presidente di AIP, ha inviato un testo particolarmente incisivo sulla vicenda di Milano. (allegato n. 1)

Dopo le parole così incisive di Ferrandes, allego il testo ricevuto da **Walter Montini, persona che più di altre, in diverse posizioni, ha avuto responsabilità di guida delle RSA. Le sue considerazioni mettono nella giusta luce i problemi di oggi.** (allegato n. 2)

L’allegato n. 3 contiene il **contributo ricevuto da Roberto Volpe, presidente dell’associazione delle case di riposo del Veneto**, persona molto attenta e coraggiosa nella difesa dei servizi residenziali per gli anziani.

Altro argomento centrale dell’attenzione della nostra newsletter è **l’intelligenza artificiale**. Riporto una **mail ricevuta da Angelo Bianchetti, attorno ai temi suscitati dall’utilizzazione delle nuove tecnologie**:

“Avevo voglia di divertirmi... ho chiesto a ChatGPT di suggerirmi dei titoli sulla base di quelli fino ad ora utilizzati, per contribuire alla costruzione del programma del prossimo congresso nazionale AIP, che si terrà a Firenze nell’aprile 2024.

Il risultato è sorprendente e lo giro senza alcuna correzione...

1. Esplorando il futuro della psicogeriatría: sinergia tra conoscenza medica e benessere personale
2. Integrità della persona nella psicogeriatría: un mosaico di conoscenze al servizio dell'individualità

3. La forza del pensiero in psicogeriatría: alla ricerca di soluzioni innovative
4. Psicogeriatría basata sulle evidenze: connessione tra medicina e realtà quotidiana
5. Le sfide della psicogeriatría nell'era delle emozioni negative
6. Cambiamenti sociali, identità dell'anziano e complessità delle cure in psicogeriatría: nuovi approcci innovativi
7. Questioni critiche in psicogeriatría: affrontare le sfide con competenza
8. Psicogeriatría e medicina: aspettative, bisogni e diritti dei pazienti
9. Uno sguardo al futuro della psicogeriatría dopo dieci anni: prospettive promettenti
10. Approccio alla complessità del paziente psicogeriatrico: un'analisi dalla medicina olistica
11. Vulnerabilità dell'anziano e gestione delle crisi: un focus sulla psicogeriatría
12. Medicina del futuro: previsione, prevenzione, personalizzazione e partecipazione attiva
13. Oltre il corpo: la fragilità mentale nell'anziano e le sue implicazioni
14. La cura dell'anziano come sfida per il futuro della medicina: approcci multidisciplinari e innovativi
15. L'impegno nel curare: integrazione tra evidenze scientifiche e dimensione umana
16. Psicogeriatría: connubio tra pratica clinica, ricerca e speranze per il futuro
17. Invecchiamento, fragilità e complessità: quando scienza e umanità si incontrano nel contesto psicogeriatrico
18. L'intersezione di persone e saperi nella psicogeriatría: un approccio integrato
19. La psicogeriatría tra l'artificiale e la realtà: sfide e opportunità
20. La psicogeriatría come scienza della complessità umana: nuovi orizzonti di cura
21. Rispondere alla sfida della terza età nella fase post-pandemica: prospettive per una medicina adattata
22. La psicogeriatría del futuro: competenze, tecniche e significati in evoluzione”

Questo compitino, ben fatto da ChatGPT, susciterà molte discussioni; non ci sentiamo certo di affermare che sono suggerimenti sbagliati. Ma allora perché organizzare gruppi di lavoro tra i soci di AIP, riunioni formali e informali se tutto può essere ottenuto con pochissima fatica? **Chiedo al nostro lettore di inviarmi le sue personali considerazioni: i suggerimenti della macchina lo convincono?** Sono argomenti troppo banali? Dove i *topics* suggeriti mostrano una certa debolezza culturale? Dobbiamo rispondere partendo da questo esempio che ci è più familiare di altri per imparare a riconoscere, nelle diverse occasioni, dove sono presenti la mente dell'uomo e l'automatismo della macchina. Alcuni studiosi giustamente sottolineano il rischio che passi il principio della “qualità accettabile”, Una famosa traduttrice di testi ha così sintetizzato la questione:” Tradurre un libro con l'IA sarà più veloce e costerà meno, e se la qualità ne risentirà pazienza, la rana si abitua in fretta all'acqua bollente. Tuttalpiù avremo la divisione del mercato in due fasce, una di massa in cui le traduzioni saranno generate dalle macchine, e una d'élite per chi vorrà traduzioni fatte da umani”. Ho riportato le osservazioni di questa studiosa che lavora in un campo lontano dalla medicina e dall'assistenza per far pensare chi ci legge al rischio che ci riguarda, cioè che l'atto di cura venga fornito in due versioni; una a poco prezzo, senza grandi approfondimenti, fondata sull'intelligenza artificiale per chi non può pagare ed è assistito dallo stato, Un'altra, invece, più attenta ai particolari, raffinata nello studio e nel trarre indicazioni da parte di professionisti esperti e senza problemi di tempo, per chi può pagare. Sarebbe una sventura terribile, che però potrebbe affascinare chi vuole trovare soluzioni ai problemi della nostra società attraverso interventi apparentemente accettabili e superficialmente rispettosi della dignità umana. È interessante a questo proposito un articolo del NYT del 26 giugno, nel quale si sostiene che secondo i medici consultati l'uso migliore dell'intelligenza artificiale generativa sarebbe quello di aiutarli nella gestione del pesante peso delle documentazioni che devono produrre, che impegna ore e contribuisce al burnout. Certamente si aprono strade di grand interesse; sarà però necessario

investire sempre più tempo come operatori della salute, evitando di affidare tutte le decisioni nelle mani dei tecnologi. [<https://www.nytimes.com/2023/06/26/technology/ai-health-care-documentation.html>]

Il *Corriere della Sera* del 12 luglio pubblica un estratto del recente volume di Henry Kissinger: “**Oggi si annuncia una nuova epoca. In essa, ancora una volta, la tecnologia trasformerà la conoscenza, la scoperta, la comunicazione e il pensiero individuale. L’intelligenza artificiale non è umana. Non spera, non prega, non ha sensazioni...**” Penso che i professionisti della salute dovranno compiere nei prossimi mesi un grande sforzo per restare all’interno di un dibattito sempre più difficile. La newsletter è a disposizione di chi volesse contribuire a delineare qualche linea interpretativa utile per il nostro lavoro. [https://www.corriere.it/esteri/23_luglio_12/saggio-kissinger-intelligenza-artificiale-28feb9fe-2083-11ee-a8dc-d9488408334d.shtml]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo non è ancora andato in vacanza (come la grande parte dei nostri elettori) e ci ha mandato il consueto, interessantissimo contributo.

“Il termine ‘**depressione**’ è apparso 50 volte nella newsletter AIP di giugno: l’importanza dell’argomento giustifica a mio avviso riprenderlo, attraverso un recente articolo apparso su *JAMA* [1].

Il lavoro indaga i rapporti tra funzioni cognitive, sintomi depressivi e risposte al trattamento; anche se la ricerca riguarda persone nella quarta decade di età media, gli aspetti concettuali che affronta sarebbero semmai meritori di venire ripresi rispetto alle persone anziane [che peraltro sono comprese nell’ambito di età di validazione della batteria cognitiva adottata]. Mediante algoritmi di apprendimento automatico, i medesimi Autori [californiani ed australiani (del Galles del Sud)] avevano in precedenza identificato due famiglie di ‘biotipi cognitivi’, tra i pazienti con depressione maggiore: quello ‘positivo’ comprendeva il 27% dei soggetti depressi; costoro, all’interno di un declino cognitivo globale, presentavano carenze importanti nelle funzioni esecutive e nella capacità di inibire risposte; il biotipo ‘negativo’ risultava invece cognitivamente intatto. I 1008 pazienti, bilanciati per sesso, sono stati distribuiti in 3 gruppi di uguale numerosità (336 ciascuno) e trattati con escitalopram, sertralina e venlafaxina a rilascio controllato, e sono stati rivalutati dopo 8 settimane.

Alla valutazione basale, nei confronti del biotipo ‘negativo’, il biotipo cognitivo ‘positivo’ presentava un profilo lievemente peggiore rispetto ai sintomi depressivi, e minori prestazioni funzionali [con stima di effetto di piccola entità (Cohen’s $d = -0.25$; 95% CI da -0.39 a -0.11 ; $P < .001$)]. Alla risonanza magnetica funzionale, tale biotipo presentava una ridotta attivazione del ‘circuitto di controllo cognitivo’, sito nella corteccia prefrontale dorso laterale destra [con importante stima di effetto (Cohen’s $d = -0.78$; 95% CI da -1.28 a -0.27 ; $P = .003$)] e nella corteccia cingolata dorsale anteriore [con stima di effetto di media entità (Cohen’s $d = -0.52$; 95% CI da -1.02 a -0.02 ; $P = .04$)]. La remissione ha riguardato meno pazienti nel cluster positivo rispetto al biotipo negativo: 38,8% contro 47,7%; lo stesso vale per i tassi di risposta clinica: 54,8% contro 64,9%; in generale, i risultati peggiori riguardavano i trattamenti con sertralina. Nel biotipo positivo, il deficit cognitivo persisteva, dopo 8 settimane di trattamento farmacologico, a prescindere dalla evoluzione dei sintomi affettivi [con stima di effetto rilevante riguardo sia alle funzioni esecutive ($\eta^2_p = 0.241$; $P < .001$) che alla inibizione delle risposte ($\eta^2_p = 0.750$; $P < .001$)]. La mancata modificazione nella capacità di controllo cognitivo mediava la associazione tra gli effetti del trattamento farmacologico sul complesso dei sintomi ed il biotipo, a svantaggio del cluster cognitivo positivo. Più precisamente, il mancato miglioramento nella capacità di inibire risposte mediava la associazione con l’evoluzione sia dei

sintomi depressivi che della capacità funzionale, mentre il mancato miglioramento nelle funzioni esecutive mediava la associazione solo con l'evoluzione della capacità funzionale.

Nella discussione, gli Autori rimarcavano il risultato dell'algoritmo, che era stato in grado di distinguere quel quarto abbondante di pazienti caratterizzati da rallentamento nella processazione delle informazioni, insonnia, scarsa funzionalità psicosociale, ridotta funzionalità neuronale nei circuiti del controllo cognitivo, e scarsa risposta al trattamento farmacologico – indipendentemente dalla quale ultima persiste un deficit cognitivo. Che specifici ambiti cognitivi medino la risposta – o la mancanza di risposta – al trattamento farmacologico, è un risultato peculiare di questa indagine, che si conclude con la ipotesi che, per una sostanziale minoranza di pazienti, un miglioramento cognitivo costituisca una preconditione necessaria per elevare umore e funzionalità. L'unico antidepressivo approvato dalla Food and Drug Administration dimostratosi promettente a livello cognitivo è la vortioxetina [2]; in uno dei 2 supplementi dell'articolo, viene ripresa anche una voce bibliografica del 2011 [3] che cita la guanfacina, applicata con successo in un gruppetto di pazienti dopo trauma cranico: vedremo ...”

[1] Hack, L. M., Tozzi, L., Zenteno, S., Olmsted, A. M., Hilton, R., Jubeir, J., Korgaonkar, M. S., Schatzberg, A. F., Yesavage, J. A., O'Hara, R., & Williams, L. M. (2023). A Cognitive Biotype of Depression and Symptoms, Behavior Measures, Neural Circuits, and Differential Treatment Outcomes: A Prespecified Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 6(6), e2318411. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.18411>

[2] Bennabi, D., Haffen, E., & Van Waes, V. (2019). Vortioxetine for Cognitive Enhancement in Major Depression: From Animal Models to Clinical Research. *Frontiers in psychiatry*, 10, 771. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00771>

[3] McAllister, T. W., McDonald, B. C., Flashman, L. A., Ferrell, R. B., Tosteson, T. D., Yanofsky, N. N., Grove, M. R., & Saykin, A. J. (2011). Alpha-2 adrenergic challenge with guanfacine one month after mild traumatic brain injury: altered working memory and BOLD response. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 82(1), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.06.022>

Anche *Lancet* ha dedicato l'editoriale di apertura dell'8 luglio a “Loneliness as a health issue”, nel quale annuncia che dedicherà **una serie di articoli alla solitudine**, in modo da poter offrire indicazioni per meglio investire nella ricerca basata sull'evidenza di possibili interventi in ambito clinico e di ingegneria sociale. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01411-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01411-3/fulltext)] L'attenzione delle grandi riviste a questa tematica (si ricordi il recente editoriale di *NEJM*, che abbiamo già presentato nella newsletter) testimonia che l'attenzione per la salute a tutte le età assume dimensioni sempre più vaste e rispondenti ai fenomeni che caratterizzano il nostro tempo.

Un editoriale del 20 giugno di *JAMA Neurol* è intitolato: “La nuova era dell'interpretazione automatica dell'elettroencefalogramma”. **Il testo è dichiaratamente positivo sul supporto che la nuova tecnologia potrà offrire alla pratica clinica, per evitare interpretazioni errate, purtroppo frequenti.** “Sforzi per standardizzare l'interpretazione dell'EEG sono stati utili, ma non sono in grado di sradicare alcuni limiti dell'interpretazione soggettiva anche da parte di clinici affermati”. Da qui la grande utilità delle tecnologie più avanzate. Ovviamente si tratta di un ambito che non pone problemi di etica medica; l'utilità concreta è indiscutibile. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2806245>]

JAMDA del 24 giugno presenta dati significativi su un argomento largamente noto, cioè **il rapporto tra fattori di rischio cardiovascolare e funzione cognitiva**. In particolare, viene valutata

l'associazione tra i 'Life's Essential 8', lo strumento recentemente adottato per promuovere la salute cardiovascolare, con il rischio di demenza e dei suoi sottotipi. In particolare, l'associazione è più pronunciata in chi non è portatore APOE-e4. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(23\)00501-7/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(23)00501-7/fulltext)]

JAGS del 23 giugno discute la **possibilità di ridurre negli anziani la prescrizione simultanea di molti farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale**. Il Covid-19 ha pesantemente favorito questa espansione in tutti i paesi; oggi è il tempo per costruire modelli efficaci di intervento. Nel lavoro si dimostra che l'eccesso di prescrizioni di farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale può essere ridotto attraverso interventi di vario livello, dall'educazione dei medici, al supporto alle decisioni cliniche, a protocolli per la deprescrizione, al rapporto operativo tra medico e farmacista. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18471>]

Nature News del 4 luglio discute gli **effetti di una proteina anti-ageing sulla memoria delle scimmie**. Si tratta di riportare alla norma i livelli di Klotho, proteina naturale che declina con l'età; l'effetto nei primati è rilevante. Lo studio apre una prospettiva, che già era stata esplorata in passato sui topi, nei quali la sostanza aumentava la sopravvivenza e la plasticità sinaptica. Gli studiosi concludono sostenendo l'ipotesi che la sostanza possa prospetticamente avere una funzione importante anche nell'uomo come trattamento dei disturbi cognitivi. [<https://www.nature.com/articles/d41586-023-02214-3>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Sono iniziate in questo mese le riunioni del consiglio direttivo AIP per mettere a punto il programma del **24° Congresso Nazionale AIP**. Molte le indicazioni e i suggerimenti originali; l'ambito della psicogeriatría diventa sempre più ampio e quindi sempre più complesso il lavoro per collocare tantissimi argomenti di grande interesse negli spazi ridotti dei tre giorni di congresso. Nelle prossime newsletter seguiremo con attenzione l'evoluzione del programma, in modo che si possa creare un consenso diffuso su quanto verrà discusso **tra 9 mesi a Firenze!**

Con viva amicizia,

Marco Trabucchi
Gruppo di Ricerca Geriatrica
Via F.lli Lombardi, 2
25121 Brescia
Tel. 030-3757538

Mattina del 7 luglio. Uno dei primi atti della giornata è lo sguardo ad un quotidiano, un'informazione veloce che – mi illudo? – contribuisce a tenermi legata al mondo. “Incendio nella notte in una RSA a Milano: 6 morti e 80 feriti” e l'emozione arriva. Leggo l'articolo, cerco altre testate, cerco di capire. E devo confessare che subito accanto allo strazio per gli ospiti, ad immaginare l'orrore che devono aver confusamente vissuto e subito, ho pensato allo strazio degli operatori presenti. Quante volte ci siamo interrogati sulla fatica e la dignità di chi lavora nelle RSA? Quante volte abbiamo teorizzato sul loro ruolo, abbiamo suggerito protocolli, comportamenti, dato giudizi? Quante volte abbiamo partecipato ai corsi sulla sicurezza, spesso minimizzando, spesso facendone una carrellata superficiale e soprattutto anonima, senza pathos? E quante volte ci siamo quasi rassegnati al “minutaggio”, alle norme di accreditamento rispetto ai “numeri” della presenza del personale nelle strutture, contando quante ore di presenza delle varie figure professionali sono previste nei testi regionali e nelle singole strutture? Operatori e pazienti uniti nell'affrontare un'altra esperienza traumatica e mortale, con le rispettive fragilità e impotenze. Al di là di ogni considerazione sulle cause e le responsabilità, emerge ancora una volta la complessità della vita delle strutture e nelle strutture, anche laddove vi è un'attenzione esplicitata verso gli ospiti, i loro bisogni, le loro vulnerabilità. E verso gli operatori? Persone spesso ai margini, scarsamente formati, portatori a loro volta di vulnerabilità, ma al tempo stesso anche carichi di umanità, consapevoli dell'importanza della solidarietà, quella che ti fa sentire persona accanto al paziente. Occorre gentilezza rispetto, tolleranza, attenzione, perché “noi siamo indispensabili, noi siamo quelli del “non ti lascerò mai solo”, siamo la tecnologia delle residenze per anziani.....noi siamo umani che possono sbagliare...Il personale è l'anima delle RSA. Non c'è edificio od organizzazione così perfetti da permettere un'adeguata assistenza se privi di anima, quella fornita dagli operatori. “Anima” vuol dire professionalità, impegno, senso” (Trabucchi, Corso per OSS, Firenze 2023). E occorre intransigenza, rigore, attenzione alle relazioni e alle facili, spesso drammatiche, risposte aggressive che abbiamo il dovere di non negare. Dei singoli certo, ma anche delle organizzazioni. Mi sono sempre chiesta se siamo capaci fino in fondo di leggere l'aggressività dei luoghi, delle strutture, delle istituzioni. Ed è questa aggressività che si tramuta in incompetenze, superficialità, lentezza nelle azioni di cambiamento: vedi la consapevolezza dell'importanza della sicurezza e delle contraddizioni intrinseche. L'abbiamo imparato (?) con la pandemia, pensando alla sicurezza dei pazienti anziani nelle RSA, necessariamente isolati e allontanati dalle relazioni e dagli affetti e proprio per questo ancora più a rischio di ammalarsi e regredire. Spesso persone morte in solitudine. Abbiamo visto accumulati nella stessa contraddizione gli operatori, formati alla sicurezza forse, ma privi di strumenti e dispositivi realmente utili. Non preparati al “contagio emotivo”. Costretti all'inizio a vivere isolati in coinvolgimento totale con gli ospiti e le strutture. E questa volta il connubio disabilità, sigaretta (quante storie simili negli ospedali!), sistemi di protezione, allarmi antincendio fuori uso, personale dei turni notturni, in una proporzione indicibile con il numero degli ospiti, ha creato un altro “inferno”. Nei prossimi giorni l'indagine avrà un suo corso. Ma resta la necessità di gratitudine da parte di tutta la collettività, anche da parte di chi non è direttamente coinvolto in questo triste specifico accadimento, verso gli operatori che hanno salvato vite umane, che hanno saputo affrontare fiamme e fumo, accanto ai Vigili del Fuoco e la Protezione Civile, forse riconoscendo – loro sì- gli sguardi e lo sgomento, leggibile oltre la demenza dei loro pazienti. Curanti feriti, come ormai, utilizzando la figura di Chirone metà uomo (la mente, il cuore) e metà cavallo (il corpo, la forza), usiamo definire gli operatori che vivono lo stress del lavoro di cura. Il loro trauma ha bisogno ora di spazio di ascolto, riconoscimento, elaborazione e di cure.

Giovanna Ferrandes

SULL'INCENDIO NELLA R.S.A. "CASA DI RIPOSO PER CONIUGI" DI MILANO

Il tragico evento dell'incendio divampato tra il 6 e luglio nella RSA "Casa di riposo per coniugi" di Milano che ha provocato la morte di 6 ospiti, il ferimento di 81, costringendo all'evacuazione dell'intero edificio con il trasferimento e ricollocazione di 170 anziani degenti pone in drammatica evidenza alcune questioni note. Incomprensibile la circostanza che l'impianto antincendio non funzionasse a dovere (sembra dal 2022) e che si sopperisse con la vigilanza da parte di un tecnico esperto presente in struttura. Questo sicuramente configura una responsabilità oggettiva e soggettiva che la legge pone in capo ai titolari della gestione della struttura ed è normale e doveroso che ci sia un'inchiesta della magistratura per acclarare responsabilità e circostanze più o meno rilevanti sull'accadimento che è costato la vita a 6 anziani. Ma drammatiche sono anche le testimonianze degli operatori, che denunciano la carenza di personale, il sovraccarico di lavoro, la scarsa vigilanza, le condizioni di lavoro spesso inadeguate; ad essi si aggiungono le rimostranze ed il dolore dei famigliari per quanto accaduto all'interno di una struttura a cui avevano affidato i loro cari. Questo il quadro.

Tuttavia ancora una volta rimane inascoltato o sottovalutato il "mantra" che ormai da anni ripetono gli amministratori delle strutture, le associazioni di categoria e tutte le associazioni locali (penso all'ARSAC della provincia di Cremona): rimane il fatto che le RSA stanno ormai da troppo tempo fronteggiando una situazione di grave ed insostenibile crisi gestionale che mette a durissima prova la tenuta dell'intero sistema.

Vale la pena di ripetere quali sono **i problemi che affliggono le RSA:**

- **Carenza di risorse economiche e finanziarie.**

Non si possono affrontare i costi e la gestione degli immobili, ivi compresa la sicurezza delle strutture, senza adeguati mezzi economici; la sicurezza rappresenta una priorità assoluta ma rappresenta anche una delle voci di maggior costo per le strutture. E' evidente che questo non può essere una giustificazione o una "scusa" per quanto accaduto, ma è altrettanto vero che spesso le strutture non riescono a far fronte a costi insostenibili di manutenzione e tutela del proprio patrimonio immobiliare;

- **Mancanza di una visione di sostegno e di aiuto al sistema delle RSA.**

E' evidente che le prospettive per il futuro non guardano al mondo delle RSA come ad una risorsa, ma tendono a marginalizzare come residuale anacronistico servizio quello svolto dalle strutture residenziali per anziani, senza fornire modelli alternativi per la cura dei più fragili. E' indicativo il commento rilasciato alla stampa poche ore dopo l'incendio dall'Assessore al Welfare lombardo Guido Bertolaso che nell'accaduto ha letto genericamente ed in modo sommario non un avvenimento avverso, ma l'inadeguatezza ed inutilità dell'intero sistema: *"Ho visto in queste camere delle scene estremamente commoventi: vicino ai comodini c'erano tutte le fotografie dei parenti e dei figli, dei nipoti, tutti i ricordi che ognuno si porta dietro quando deve lasciare la propria abitazione. Mi domando se questa sia la giusta risposta in futuro per garantire a tutte le persone che hanno o una certa età o problemi di patologie serie, o se possono essercene altre"* (da "Il Giorno"). In termini analoghi si è espresso mons. Paglia sul "Corriere della sera".

- Non si può non ripetere ancora una volta, e questa volta purtroppo a fronte di un fatto drammatico , **la carenza preoccupante ed ormai endemica di personale** (nella struttura dove è successo l'incendio sembra ci fossero 6 operatori su tutto la struttura). Gli stessi operatori lamentano turni e sovraccarichi di lavoro insopportabili. E' un problema noto che affligge tutte le RSA, che non sono ormai più attrattive rispetto ad altre realtà sia dal punto di vista contrattuale che per le opportunità di carriera che offrono al proprio personale, che preferisce e altre realtà lavorative.

Come sempre immediatamente, sin dai primi momenti dell'evento, si è assistito ad un'orgia di interviste, dichiarazioni, pareri, spesso non richiesti, di tutti i responsabili, gli attori, i rappresentanti delle istituzioni che a vario titolo hanno parte in causa nella gestione della RSA, dal Comune di Milano in su e in giù. Sembra di essere tornati al tempo della prima ondata pandemica da COVID-19 che tanto ha pesato sulle RSA non solo in termini di sofferenze umane, di ospiti e personale, ma anche in termini economici, organizzativi e gestionali. In quei frangenti si sono allo stesso modo "sintonizzati" sulle stesse frequenze l'opinione pubblica, i media e non da ultima la magistratura per attribuire la responsabilità di tutto alla gestione incompetente di amministratori, medici, infermieri, operatori i quali hanno avuto la colpa di arginare la devastante pandemia senza mezzi adeguati e risorse.

Troppo spesso ci si dimentica del grande numero di anziani non autosufficienti non assistibili in altro modo, tantomeno a domicilio, che le RSA assistono da decenni, anzi da secoli dato che molte RSA hanno radici lontanissime nel tempo e nella tradizione della solidarietà e della assistenza sociale: in Lombardia sono 65512 i posti letto in RSA di cui 62.657 accreditati e il comparto dà lavoro a quasi altrettante persone.

Oggi più che mai dunque necessitano uno scatto d'orgoglio e un supplemento di impegno.

Walter Montini

presidente della Fondazione Casa di riposo san Giuseppe di Isola Dovarese (Cremona)

Il Presidente

Le RSA: Un pilastro essenziale nel panorama sociosanitario in un Paese che invecchia nell'indifferenza totale.

Nel riconoscere e condividere il dolore e l'indignazione causati dai tragici fatti di Milano l'ulteriore articolo a firma di Monsignor Paglia, apparso in questi giorni su un importante quotidiano nazionale dal titolo "La strage alla 'Casa dei coniugi'", solleva ancora una volta una serie di domande e questioni importanti riguardo al ruolo e all'immagine delle RSA nel nostro Paese.

Strutture rappresentate in questi anni come *"NON LUOGHI, DOVE SONO CONCENTRATI I NOSTRI ANZIANI ESPULSI DAL TESSUTO, SOCIALE, FAMILIARE E DOMESTICO. UNA SORTA DI INFERNO, DI ANTICAMERA DEI SENZA RITORNO"* piuttosto che *"LUOGHI DOVE SI RISCOSTRANO CONTINUE IRREGOLARITA"* o peggio, *"DOVE SI CONSUMANO ABUSI E SITUAZIONI DI ABBANDONO"* fino a definire *"DISUMANE LE CONDIZIONI DEGLI OSPITI IVI ACCOLTI"*

Affermazioni tutte che con successo hanno soddisfatto la fame mai spenta del "popolo giustizialista" piuttosto che "dell'élite giudicante".

Tutto ciò premesso una prima domanda a cui ci piacerebbe avere risposta è a chi giova continuare ad aggredire ripetutamente e genericamente tutte le RSA con epiteti che per ovvia conseguenza dipingono chi le amministra, chi le dirige e chi vi lavora, come degli spietati aguzzini senza anima e senza cuore.

Ragioni per le quali viene oggi legittimo chiedersi chi da nonno, da genitore avrebbe l'ambizione che un nipote una figlia o un figlio si orientasse verso la professione di Operatore Socio Sanitario, piuttosto che infermiere, terapeuta della riabilitazione, logopedista, psicologo o anche impegnato in servizi ausiliari all'interno di una RSA se questi sono i "luoghi" dove sviluppare la sua professione?

Poco importa se noi che viviamo ogni giorno all'interno delle nostre strutture sappiamo benissimo come diversamente da questa immagine, le migliaia di donne e uomini ogni giorno lavorano con amore e professionalità prendendosi cura dei loro ospiti. Collaboratori, in particolare coloro che vivono a stretto contatto con gli ospiti ai quali dovrebbe **andare tutta la stima della società e non meno l'attenzione per una più giusta retribuzione.**

Poco importa considerare con oggettività che nel nostro Paese oggi mancano oltre 60.000 infermieri, non meno di 100.000 operatori sociosanitari e migliaia di medici. Numeri destinati a crescere in modo esponenziale nei prossimi anni visto che i percorsi formativi vedono oggi una domanda di frequenza inferiore all'offerta.

Poco importa se queste affermazioni creano nei familiari degli ospiti stati di ansia che si accumulano ai sensi di colpa per aver dovuto assumere la scelta sofferta di ricorrere alla istituzionalizzazione perché la gestione in ambito familiare della persona anziana non autosufficiente non era più percorribile e su questo, valga il semplice esempio di quegli anziani colpiti da demenza degenerativa, progressivamente invalidante che li porta nel tempo ad essere classificati come malati di Alzheimer che oggi nei vari stati della malattia sono oltre il 60% degli ospiti delle RSA.

Poco importa se l'Italia è l'ottavo Paese più vecchio al mondo dopo Monaco, Hong Kong, Macao / Cina, Giappone, Liechtenstein, Svizzera e Singapore (sic!) e se i 4.800.000 anziani ultra ottantenni di oggi nel 2050 raggiungeranno la cifra di poco meno gli 8.000.000 dei quali oltre il 40% vivranno soli. **L'importante è dire sapendo di mentire, che tutta la non autosufficienza che porta in seno parte della vecchiaia troverà risposta nei servizi domiciliari.**

Poca importa se questa come unica **e non complementare scelta** di rispondere alla condizione di non autosufficienza, imporrà alle future generazioni di caregiver di assumersi il peso di una assistenza continua nell'arco dell'intera giornata, settimana, mese anno della propria vita, forse alleviato da un'ora di assistenza domiciliare al giorno. **L'importante è il ricercato consenso dei soliti noti che affermano "assisteremo tutti gli anziani a domicilio".**

Considerazioni e domande alle quali nessuno di coloro che "conta" ha il coraggio di riscontrare perché **le ovvie risposte non pagherebbero né in termini di consenso politico né tantomeno populisticamente.**

Ragioni tutte che ci portano ad affermare **con arrogante certezza** che l'Italia pagherà un prezzo altissimo per aver delegittimato il ruolo fondamentale delle **sane RSA** evitando di guardare alle moltissime che in questi anni, tra mille difficoltà hanno saputo lavorare attuando buone pratiche, evolvendosi con modelli organizzativi adeguati ai bisogni dei loro ospiti come testimonia la crescente domanda che viene dalle comunità dove siamo presenti. Comunità che ci conoscono, che ci vivono e che per questo sanno apprezzare il nostro lavoro.

Motivi tutti per i quali aver rappresentato genericamente tutte le RSA come "luoghi oscuri, anticamere della morte o luoghi disumani" senza porre il distinguo tra l'eccellenza di moltissime strutture e la censurabile gestione di poche altre, **è una grave responsabilità che le prossime generazioni non dovranno dimenticare a chi ascrivere.**

Chi si vanta di aver contribuito affinché nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) non vi fosse un solo euro per il sostegno alle RSA in un Paese tra i più vecchi al mondo, **non ha diritto di parola e tanto meno l'autorità per ergersi a giudice di queste nostre strutture siano esse a gestione pubblica o privata.**

Un patrimonio che invece di essere messo al pubblico ludibrio aveva la necessità, prima di ogni altra considerazione, **di veder valorizzato economicamente il lavoro del nostro personale** e a seguire di poter beneficiare di adeguate risorse per l'innovazione tecnologica, per aumentarne la sicurezza, la qualità dei servizi e per ammodernarle per il dovuto rispetto che dobbiamo alla popolazione anziana che verrà. **Non averlo fatto è immorale perché si è tolta la dignità degli anziani che vi risiedono e che vi risiederanno nei prossimi anni e di chi vi lavora.**

L'ultimo pensiero la riservo a tutti coloro che hanno "cantato" nel coro dei giustizialisti delle RSA; ricordatevi **che le Residenze Sanitarie Assistenziali hanno e avranno un ruolo fondamentale nell'assistenza alle persone anziane fragili o in condizione di non autosufficienza non assistibili a domicilio.**

Gesù o Barabba? Forse davvero questo è il limite irrisolto delle democrazie. Come riescono questi Barabba a conquistare così il popolo? In genere sono bravi a sfruttare i problemi, a rigirarli a vantaggio delle loro tesi **ma forse verrà il giorno in cui il popolo sceglierà Gesù!**

Roberto Volpe

*URIPA nel Veneto rappresenta associativamente l'80% dei 351 Centri di Servizio (RSA) che complessivamente accolgono oltre 32.500 posti letto



Newsletter AIP - 7 luglio 2023

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Buone vacanze. Ho letto che il 25% degli italiani è nei luoghi di villeggiatura. Penso a loro con simpatia, ma soprattutto esprimo vicinanza a colleghe e colleghi che non possono andare in ferie a causa dei numeri sempre più ristretti nei diversi servizi e del dovere di coprire turni sempre più rigidi. Un grazie quindi a colleghe e colleghi che devono riorganizzare le vacanze, anche quelle delle loro famiglie. Penso inoltre all'aumento dei costi in alberghi e servizi vari, indotti dall'inflazione (e non solo); gli stipendi degli operatori sanitari di tutti i livelli sono in molti casi insufficienti per permettere giorni di riposo e svago alle famiglie. Non possiamo dimenticarcelo.

Il Sole 24 Ore del 29 maggio ha pubblicato una [classifica delle città dove vivono meglio anziani e bambini](https://www.ilsole24ore.com/art/qualita-vita-anteprima-trento-classifiche-bambini-giovani-e-anziani-AEHO4pYD). In particolare, i primi, secondo lo studio, vivono meglio a Trento, Bolzano, Fermo, Trieste, Sondrio, seguite da altre 102 città. I parametri presi in considerazione sono 12: speranza di vita a 65 anni, persone sole anziane, spesa degli enti pubblici per l'assistenza domiciliare, spesa per il trasporto di anziani e disabili, consumo di farmaci per malattie croniche, consumo di farmaci per la depressione, posti letto nelle RSA, numero di geriatri, infermieri, orti urbani, biblioteche, esposti per inquinamento acustico. Ovviamente le classifiche sono specifiche per ogni parametro. Non mi permetto di valutare il significato politico e sociale della classifica, ma vorrei invitare le persone che la leggono a misurare le città dove vivono secondo questi parametri, per diventare così attori di un possibile miglioramento collettivo. [<https://www.ilsole24ore.com/art/qualita-vita-anteprima-trento-classifiche-bambini-giovani-e-anziani-AEHO4pYD>]

Stanno proseguendo i [lavori a vari livelli per la stesura dei decreti delegati collegati alla legge 33](#). È un'opera di grande ingegneria sociale, che ci auguriamo possa arrivare a compimento entro il 31 gennaio 2024, come previsto dalla legge stessa. Anche se non saranno subito disponibili i finanziamenti necessari, la stesura tempestiva dei testi dei decreti è di grande importanza per mettere un punto fermo su alcuni aspetti particolarmente delicati, come l'assistenza domiciliare. Resta critica l'assenza di attenzione politica e organizzativa alle RSA; sul tema si paga l'impostazione di critica radicale a queste istituzioni che ha accompagnato l'iter di costruzione della legge; ci auguriamo che il governo scelga di correggere questa dimenticanza che ha messo in difficoltà le

strutture residenziali di tutto il nostro Paese ed anche molte famiglie che si sono sentite colpevolizzate da affermazioni superficiali.

Dal 13 al 18 luglio **i medici inglesi più giovani faranno uno sciopero di 5 giorni, il più lungo della storia del NHS; consegue alla rottura delle trattative per un aumento del 5% degli stipendi.** [<https://www.bmj.com/content/381/bmj.p1448>] In Italia non si è ancora arrivati a decisioni così drastiche, anche perché abbiamo un carattere meno bellicoso. Però, forse, sarebbe necessario adottare decisioni forti anche da noi; sappiamo che la situazione del bilancio statale è precaria; dobbiamo però stimolare il ministro Schillaci a trovare i 3-4 miliardi sui quali si è impegnato in una recente intervista. Dovrebbero in primis essere investiti in un piano serio di adeguamento degli stipendi per tutti i livelli del nostro servizio sanitario nazionale. Sullo stesso giornale, il 28 giugno è stata pubblicato un editoriale di David Oliver intitolato: “The NHS won’t make its 85th birthday without urgent treatment and longer term planning”; infatti, la fondazione del NHS è avvenuta nel luglio del 1948. [<https://www.bmj.com/content/381/bmj.p1452>] E noi? Il nostro SSN è iniziato il 1 gennaio 1980 ma, seppure più giovane di quello inglese, presenta le stesse criticità, che vedono una grande fatica da parte degli addetti e scontentezza dei cittadini.

Ho recentemente partecipato ad un **convegno organizzato dalla LIUC di Castellanza**, con il supporto di Sodexo, **dedicato ad analizzare il ruolo dei sensi nel determinare la qualità della vita degli ospiti delle RSA, con particolare attenzione agli aspetti della alimentazione.** Il professor Sebastiano ha presentato dati di grande interesse sulla crescita nel mondo delle RSA dell’attenzione per la qualità oggettiva e soggettiva del cibo. In questo modo si crea un’atmosfera gradevole e quindi una migliore qualità di vita. In particolare, è rilevante il progressivo cambiamento dell’attenzione verso il cibo rispetto a qualche anno fa, quando gli anziani ospiti erano ritenuti incapaci di apprezzarne le qualità. Oggi è stato dimostrato che anche le persone affette da demenza sono in grado di percepire le differenze tra i sapori e di esprimere valutazioni non verbali, che però sappiamo essere importanti nel determinare la possibilità di un’adeguata alimentazione.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Mauro Colombo continua la sua preziosa collaborazione con un contributo che ritorna ancora sull’argomento importantissimo della fragilità.

“Il richiamo di Trabucchi, apparso sulla newsletter del 23 giugno, sui fattori associati ai passaggi reiterati in dipartimenti di emergenza di anziani con demenza [1], mi offre lo spunto per tornare sulla questione della stima della fragilità nei servizi per la cura delle persone anziane, ricominciando dallo ‘angolo’ della settimana scorsa, sulle visite in pronto soccorso delle persone anziane, per poi affrontarla da punti di vista diversi.

Parto dalla mancata inclusione della fragilità tra i fattori che orientano alla decisione di ricoverare in ospedale, al termine della visita in dipartimento di emergenza. Un motivo ritenuto importante di tale mancata inclusione veniva indicato nella diversa percezione della fragilità, esperita da pazienti e medici, anche rispetto ad uno strumento standardizzato di rilevazione. In effetti, in uno studio [2] che ha analizzato 736 ultra70enni afferiti a 2 pronto soccorso nell’ambito dello ‘Amsterdam Geriatric Emergency Medicine study (AmsterGEM)’, ai pazienti ed ai medici veniva chiesto rispettivamente se si sentissero/considerassero i pazienti come fragili; veniva poi adoperato lo ‘Identification of Seniors At Risk–Hospitalized Patients (ISAR-HP)’, mettendo in pratica le indicazioni delle linee guida internazionale, che raccomandano di adottare uno strumento validato per lo screening della fragilità nei dipartimenti di emergenza. Ne è risultato che una caratterizzazione di fragilità è stata assegnata al 59% dei pazienti secondo il giudizio clinico medico, al 49% utilizzando ISAR-HP, ed al 43% dai pazienti medesimi: la concordanza fra i tre modi di classificare è stata bassa ($\kappa = 0,31$); ciò si

verificava nonostante ISAR comprenda, tra le quattro domande di cui è composto, il ricorso ad ausili per la deambulazione, questione solitamente soppesata nel giudizio clinico di fragilità. Tali tre approcci hanno mostrato modesti specificità, sensibilità, rapporto di verosimiglianza positiva e negativa nel prevedere gli eventi avversi che si sono verificati nel 31% dei casi, a distanza di tre mesi, in accordo con la letteratura che riporta la difficoltà ad individuare le persone fragili in contesti di emergenza.

Di un divario di natura ben più ampia – sempre in tema di fragilità e contesti di cure di emergenza ed acuzie – parla un ‘punto di vista personale’, pubblicato su *The Lancet. Healthy Longevity* [3], dal titolo ‘forte’: ‘Are we measuring what matters to older people?’ (stiamo misurando ciò che conta alle persone anziane?). La distanza che i due studiosi britannici spingono a colmare è quella tra quanto effettivamente messo in atto e quanto preme ai diretti interessati: per esempio, negli studi sulla efficacia delle unità geriatriche per acuti manca, tra gli esiti del servizio, un riferimento alla ‘partecipazione’ sociale o ad altre funzioni di livello più elevato rispetto alle attività quotidiane. Le metriche comunemente usate per misurare la efficienza di un servizio [per esempio, la intensività nello sfruttamento dei posti letto] sono ben più strette della prospettiva bio-psico-sociale alla base della classificazione internazionale di funzioni, disabilità e salute: ma è proprio tale visione olistica a contare maggiormente per i pazienti. La auto-determinazione non rientra tra le informazioni catturate nei dati raccolti ordinariamente in ospedale, dove sia i clinici che le strutture nel loro complesso sono incentivati secondo criteri efficientistici, e dove l’attenzione è concentrata a contenere i rischi per il paziente e lo stress professionale ricorrendo a rigidi protocolli. Eppure, la letteratura –riportata in citazione bibliografica– ricorda che consentire ai clinici di prendere collegialmente decisioni centrate sulle persone –invece che (solo) sulle condizioni– e condivise coi diretti interessati, promuove la appropriatezza delle cure, riduce l’eccesso di trattamenti, migliora gli esiti sanitari, abbattendo i costi. Gli Autori propongono di censire la pletora di misurazioni usualmente effettuate {deliberatamente, oppure per imposizione normativa [come nel ‘rito ambrosiano’ (ndr)]}, allo scopo di eliminarne –per quanto possibile– quelle che non aggiungono valore, ma vengono condotte in ottica solamente di medicina difensiva, senza base scientificamente comprovata. Vale come esempio la compilazione di schede che dovrebbero stimare il rischio di caduta, laddove una simile valutazione non possiede efficacia preventiva nei contesti di acuzie [come pure in RSA (ndr)]. Meglio sarebbe adoperare il tempo corrispondente per stimare la fragilità con strumenti validati, di facile e veloce impiego {come il ‘Clinical Frailty Scale’ [caratterizzato da vignette di immediata interpretazione (ndr)]}, e per cogliere gli effettivi desideri dei pazienti, verificandone poi l’effettivo raggiungimento. Allo scopo, gli Autori stessi hanno co-creato (insieme a ricercatori esterni, ed agli stessi pazienti) ed iniziato a validare uno strumento da impiegare proprio sugli anziani fragili, bisognosi di cure urgenti: il ‘PROM-OPAC’ (Patient-Reported Outcome Measure for Older People Living with Frailty Receiving Acute Care) [4].

Per concludere, la segnalazione di una indagine retrospettiva [5], corredata di buona bibliografia, meritoriamente condotta da 3 infermiere sul materiale di accompagnamento di anziani residenti in RSA, inviati in Pronto Soccorso: formalmente, il campione viene indicato correttamente come ‘di convenienza non probabilistico’, ma di fatto le caratteristiche dei soggetti anziani appaiono verosimilmente condivisibili con la realtà quotidianamente affrontata nelle RSA”.

[1] Jones, A., Watt, J. A., Maclagan, L. C., Swayze, S., Jaakkimainen, L., Schull, M. J., & Bronskill, S. E. (2023). Factors associated with recurrent emergency department visits among people living with dementia: A retrospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10.1111/jgs.18457. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jgs.18457>

[2] van Dam, C. S., Trappenburg, M. C., Ter Wee, M. M., Hoogendijk, E. O., de Vet, R., Smulders, Y. M., Nanayakkara, P. B., Muller, M., & Peters, M. L. (2022). The Prognostic Accuracy of Clinical Judgment Versus a Validated Frailty Screening Instrument in Older Patients at the Emergency

Department: Findings of the AmsterGEM Study. *Annals of emergency medicine*, 80(5), 422–431. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.04.039>

[3] Conroy, S. P., & van Oppen, J. D. (2023). Are we measuring what matters to older people? *The Lancet. Healthy Longevity*, S2666-7568(23)00084-3. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00084-3)

[4] van Oppen JD, Coats TJ, Conroy SP, et al. Co-creation of a Patient-Reported Outcome Measure for Older People Living with Frailty Receiving Acute Care (PROM-OPAC). *Journal of Patient Experience*. 2023;10. [doi:10.1177/23743735231158941](https://doi.org/10.1177/23743735231158941)

[5] Caterina Bricalli, Elisa Ferrario, Anna Castaldo. I trasferimenti in pronto soccorso delle persone anziane accolte in una residenza sanitaria assistenziale lombarda: uno studio retrospettivo. *I luoghi della cura online*. Numero 3-2023.

Un interessante lavoro di *JAMA* il 21 giugno rileva come **negli Stati Uniti la qualità dell'assistenza nelle "nursing homes" alle persone affette da demenza sia direttamente proporzionale alla percentuale delle persone affette presenti nella singola struttura**. Il lavoro ritiene che l'effetto positivo sia indotto da maggiori investimenti e da un più elevato numero di persone dedite all'assistenza. La lettura del testo richiama all'esigenza che anche da noi si dia maggiore attenzione alle strutture che ospitano persone affette da demenza, con un adeguamento delle tariffe e una specifica formazione degli operatori. Si deve prendere atto che oggi in molte strutture la presenza di ammalati affetti da alterazioni cognitive è attorno all'70%; sarebbe necessario indirizzare a loro interventi più adeguati e concretamente attuabili. Ma, purtroppo fino a che le RSA non sono all'attenzione delle autorità governative, infatuata dalle sciocchezze di qualche intellettuale, non vi sarà una vera presa di coscienza del problema, con svantaggi certi e gravi per le persone che soffrono. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2806630>]

Un editoriale pubblicato su *JAMA Psychiatry* del 31 maggio si pone nel titolo un interrogativo rilevante: **"L'attivazione della microglia indotta dall'infezione da Covid-19 può essere responsabile di alterazioni cognitive?"** Nei pazienti, in presenza di una sintomatologia neurocognitiva conseguente all'infezione da Covid-19, è stata dimostrato attraverso la PET un aumento dell'attivazione di TSPO (traslocator protein 18 kDa), che è espressa dalla microglia attivata come parte della risposta neuro infiammatoria del cervello, in particolare nello striato ventrale e nel putamen dorsale. L'editoria si conclude indicando l'esigenza di rilevazioni seriali con la PET per identificare una possibile correlazione con l'evoluzione della sintomatologia cognitiva dopo l'infezione da Covid-19. [<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2805370>]

NEJM del 18 maggio pubblica due commentari riferiti alla **situazione delle persone disabili per permettere loro di ritornare nelle comunità dopo la crisi indotta dal Covid-19**. Il titolo di un pezzo recita: "Ableismo strutturale. I passi necessari per abolire l'ingiustizia verso le disabilità". Il testo suggerisce alcune modalità organizzative per cancellare le "devastanti ingiustizie che colpiscono le persone disabili". Anche se non strettamente connesse con i problemi della popolazione anziana, queste riguardano una fascia rilevante di persone che non riescono ad ottenere risposta ai loro diritti di cittadinanza. Questa lettura mi ha fatto pensare alla visita che ho fatto recentemente alla struttura SON (Speranza Oltre Noi) di Milano, ideata e realizzata da don Virginio Colmegna, nella quale sono ospitati in appartamenti autonomi, in un ambiente sereno, persona disabili di età avanzata. Un modello originale, che può costituire un esempio da imitare per affrontare condizioni di grave disagio. [<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2301998>]

JAGS di luglio presenta un'accurata analisi della letteratura sulla **condizione delle persone anziane durante le situazioni di conflitto**. L'aggressione russa all'Ucraina, ed altre guerre purtroppo numerose in varie parti del mondo, hanno messo in luce come le persone già in condizioni di inferiorità sociale come gli anziani sono particolarmente vulnerabili nel corso dei conflitti, perché ricevono mediamente un supporto inadeguato rispetto alla loro condizione. Lo studio mette, però, in luce come molti anziani sappiano organizzare interventi che permettono loro di affrontare le crisi. Il lavoro si conclude così: "Le giovani generazioni possono imparare dagli anziani come sviluppare capacità di resilienza rispetto a problematiche mentali, sociali e somatiche. Inoltre, il riconoscere il ruolo dei caregiver e la loro generosità stimola un atteggiamento di resilienza da parte dell'intera comunità". [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18486>]

È stato pubblicato anche in Italia il romanzo scritto da Abraham Verghese "Il patto dell'acqua", una saga familiare legata all'origine della famiglia in Kerala, una provincia dell'India. Il volume ha ricordato a molti che l'autore è stato un maestro per quanto ha scritto in particolare sulle relazioni con il paziente; nel 2011 ha pubblicato su *Annals Internal Medicine* un lavoro che è rimasto una pietra miliare nel rapporto medico paziente: "The bedside evaluation: ritual and reasons", nel quale si legge che "il riconoscere **l'importanza della valutazione al letto come rituale che lenisce e potente strumento diagnostico, assieme ad un prudente utilizzo della tecnologia, può essere uno stimolo per il recupero da parte del medico delle proprie capacità professionali**". Verghese insegna un modello di clinica che coniuga la novità della prassi indotta dal progresso scientifico e tecnologico con la stabilità della sofferenza indotta dalla malattia.

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Riporto alcune indicazioni di Enzo Canonico, che organizzerà il tradizionale **congresso Aging Brain che si terrà a Napoli**. Sono certo che anche quest'anno l'evento manterrà lo stile e l'efficacia delle precedenti edizioni; così si chiude l'anno di lavoro di AIP in un ambiente intenso e piacevole come la Napoli prenatalizia.

"Si terrà **a Napoli il 13 e 14 dicembre 2023** presso l'Aula Magna dell'Università Federico II in Via Partenope la **XIX edizione del Congresso dell'Associazione Italiana Psicogeriatría che quest'anno ha per titolo 'Aging Brain living well'**. Saranno trattati temi classici di psicogeriatría che interessano geriatri, neurologi psichiatri e psicologi, quali demenze, depressione, disturbi del movimento, ictus cerebrale e ci saranno anche alcune sessioni che riguardano 'il benessere' del cervello, come mantenerlo in buona salute curando gli aspetti nutrizionali, la stimolazione cognitiva, l'invecchiamento attivo, la riabilitazione con ausili per la prevenzione secondaria.

I relatori vengono scelti dal Consiglio Direttivo dell'AIP tra i massimi esperti in campo nazionale nell'ambito delle singole competenze; molto spazio verrà dedicato alla discussione tra il pubblico ed i relatori, sempre vivace ed apprezzata da tutti nelle edizioni precedenti. Sono previste infine due sessioni di comunicazioni libere che permetteranno a tanti giovani colleghi provenienti da tutto il territorio nazionale di presentare i risultati di ricerche e di modelli di cura innovativi per il paziente psicogeriatrico utilizzati sia in strutture residenziali che ambulatoriali".

[[🔵 Aging Brain Edizione XIX](#) [🟡 13-14 DICEMBRE](#) | [NAPOLI \(emailsp.com\)](mailto:emailsp.com)]

Con viva simpatia,

Marco Trabucchi
Gruppo di Ricerca Geriatrica
Via F.lli Lombardi, 2

25121 Brescia
Tel. 030-3757538