



Journal Club - Aggiornamenti in Geriatria

**14 Giugno 2019**

# **Le buone pratiche in psicogeriatria**

**Marco Trabucchi**



**...ma abbiamo guadagnato due anni di vita dal 2004 al 2017.**

**Una conquista che impone ottimismo, perché è impossibile sia avvenuta senza offrire all'uomo di oggi la possibilità di goderne.**

**Peraltro è proprio "l'uomo" ad avere un aumento della spettanza di vita superiore a quello della "donna".**



**La cura degli anziani fragili è uno degli aspetti più delicati della medicina contemporanea. Infatti coinvolge aspetti biologici, clinici e psicosociali in una prospettiva unitaria che non ammette segmentazioni. La psicogeriatrica come scienza che interpreta questo impegno.**



**Il medico non è un assistente sociale, ma l'unico attore della medicina in grado di collegare fra di loro aspetti diversi come premessa per l'atto di cura.**



**"Sociologia che rende la vita sopportabile verso la scienza dell'insignificanza" (RR)**



**...alleanza tra scienza e relazione, tra letteratura e relazione, tra sapere e corpo vivo del sapere...**

**Sa, è un guaio a più livelli, questa lacuna, questa mancanza. Senza relazione non farei nulla di quello che faccio, perché nulla avrebbe significato e avrei come l'impressione - desolante, accademica - di essere il Robinson Crusoe di me stesso, e francamente non me ne importerebbe nulla. La cultura non è gargarismo: se lo diventa, se diventa conservatorio, conservazione, conservatorismo, è morta in culla. Non c'è lettera viva che sia viva senza relazione.**

**Marco Archetti**



**Lo scopo della vita di ogni individuo.**  
**E' un obiettivo che risente, oltre che dalle scelte personali, ad esempio quelle religiose, anche da circostanze "esterne" come la povertà, la solitudine, i supporti, l'ambiente culturale, lo stato di salute.**

Original Investigation | Public Health

# Association Between Life Purpose and Mortality Among US Adults Older Than 50 Years

Aliya Alimujiang, MPH; Ashley Wiensch, MPH; Jonathan Boss, MS; Nancy L. Fleischer, PhD, MPH; Alison M. Mondul, PhD, MPH; Karen McLean, MD, PhD; Bhramar Mukherjee, PhD; Celeste Leigh Pearce, PhD, MPH

## Abstract

**IMPORTANCE** A growing body of literature suggests that having a strong sense of purpose in life leads to improvements in both physical and mental health and enhances overall quality of life. There are interventions available to influence life purpose; thus, understanding the association of life purpose with mortality is critical.

**OBJECTIVE** To evaluate whether an association exists between life purpose and all-cause or cause-specific mortality among older adults in the United States.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** The Health and Retirement Study (HRS) is a national cohort study of US adults older than 50 years. Adults between the ages of 51 to 61 were enrolled in the HRS, and their spouses or partners were enrolled regardless of age. Initially, individuals born between 1931 and 1941 were enrolled starting in 1992, but subsequent cohort enrichment was carried out. The present prospective cohort study sample was drawn from 8419 HRS participants who were older than 50 years and who had filled out a psychological questionnaire during the HRS 2006 interview period. Of these, 1142 nonresponders with incomplete life purpose data, 163 respondents with missing sample weights, 81 participants lost to follow-up, 1 participant with an incorrect survival time, and 47 participants with missing information on covariates were excluded. The final sample for analysis was 6985 individuals. Data analyses were conducted between June 5, 2018, and April 22, 2019.

## Key Points

**Question** Does an association exist between life purpose and all-cause or cause-specific mortality among people older than 50 years participating in the US Health and Retirement Study?

**Findings** This cohort study of 6985 adults showed that life purpose was significantly associated with all-cause mortality.

**Meaning** Life purpose is a modifiable risk factor and as such the role of interventions to improve life purpose should be evaluated for health outcomes, including mortality.

## + Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

(continued)

**EXPOSURES** Purpose in life was assessed for the 2006 interview period with a 7-item questionnaire from the modified Ryff and Keyes Scales of Psychological Well-being evaluation using a Likert scale ranging from 1 to 6, with higher scores indicating greater purpose in life; for all-cause and cause-specific mortality analyses, 5 categories of life purpose scores were used (1.00-2.99, 3.00-3.99, 4.00-4.99, 5.00-5.99, and 6.00).

---

**MAIN OUTCOMES AND MEASURES** All-cause and cause-specific mortality were assessed between 2006 and 2010. Weighted Cox proportional hazards models were used to evaluate life purpose and mortality.

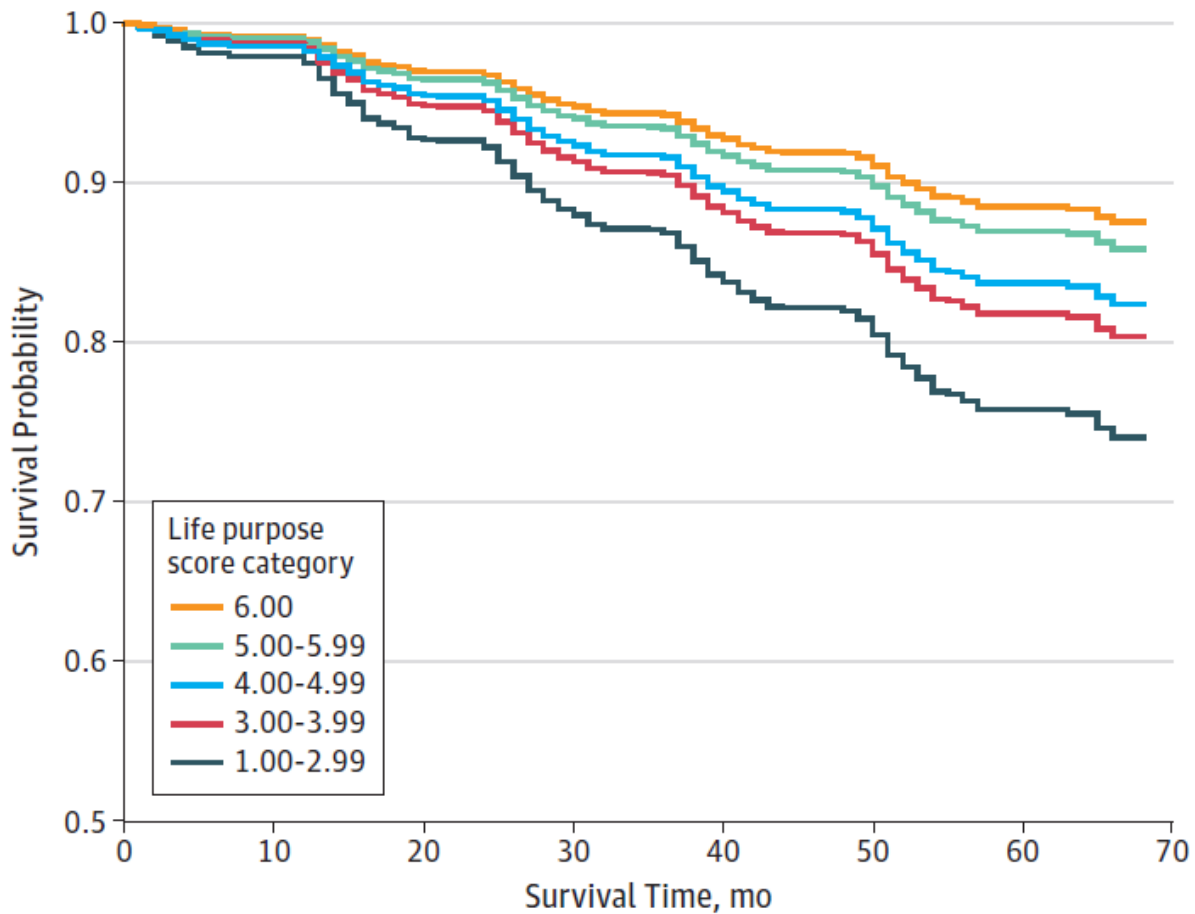
---

**RESULTS** Of 6985 individuals included in the analysis, 4016 (57.5%) were women, the mean (SD) age of all participants was 68.6 (9.8) years, and the mean (SD) survival time for decedents was 31.21 (15.42) months (range, 1.00-71.00 months). Life purpose was significantly associated with all-cause mortality in the HRS (hazard ratio, 2.43; 95% CI, 1.57-3.75, comparing those in the lowest life purpose category with those in the highest life purpose category). Some significant cause-specific mortality associations with life purpose were also observed (heart, circulatory, and blood conditions: hazard ratio, 2.66; 95% CI, 1.62-4.38).

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** This study's results indicated that stronger purpose in life was associated with decreased mortality. Purposeful living may have health benefits. Future research should focus on evaluating the association of life purpose interventions with health outcomes, including mortality. In addition, understanding potential biological mechanisms through which life purpose may influence health outcomes would be valuable.

---

Figure. Survival Curves Illustrating the Association Between Life Purpose and Mortality



**"The Health and Retirement Study" dimostra che chi aveva scarse motivazioni per vivere aveva un rischio superiore di 2.5 volte di morire per problematiche cardiocircolatorie rispetto a chi da un maggior senso della propria vita.**

**Noi sappiamo bene che nella clinica questo rapporto è verificabile sempre; ma anche nell'esperienza normale... basta pensare a Papa Francesco, che con un polmone solo e piedi disastriati si muove senza risparmio con le gambe e con la testa. Una volta si sarebbe chiamata "grazia di stato" la condizione di chi assolve a compiti difficili, apparentemente superiori alle sue forze fisiche; adesso sappiamo che è una questione di marcatori dell'infiammazione, di ormoni dello stress e di lunghezza dei telomeri... ma la sostanza non cambia: chi crede nel proprio futuro in mezzo agli altri, vive più a lungo.**



**Ma non è forse vero che dare un senso alla propria vita è anche lo stimolo che permette l'impegno faticoso degli operatori sanitari?**

# Older Adults' Preferences for Discussing Long-Term Life Expectancy: Results From a National Survey

Nancy L. Schoenborn, MD, MHS<sup>1</sup>

Ellen M. Janssen, PhD<sup>2,3</sup>

Cynthia Boyd, MD, MPH<sup>1</sup>

John F.P. Bridges, PhD<sup>2,4</sup>

Antonio C. Wolff, MD<sup>1</sup>

Qian-Li Xue, PhD<sup>4,2</sup>

Craig E. Pollack, MD, MHS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland

<sup>2</sup>The Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, Maryland

<sup>3</sup>ICON Plc, Gaithersburg, Maryland

<sup>4</sup>Ohio State University, Department of Biomedical Informatics, Columbus, Ohio



MORE ONLINE  
[www.annfammed.org](http://www.annfammed.org)

## ABSTRACT

**PURPOSE** Clinical practice guidelines recommend incorporating long-term life expectancy to inform a number of decisions in primary care. We aimed to examine older adults' preferences for discussing life expectancy in a national sample.

**METHODS** We invited 1,272 older adults (aged 65 or older) from a national, probability-based online panel to participate in 2016. We presented a hypothetical patient with limited life expectancy who was not imminently dying. We asked participants if they were that patient, whether they would like to talk with the doctor about how long they may live, whether it was acceptable for the doctor to offer this discussion, whether they want the doctor to discuss life expectancy with family or friends, and when it should be discussed.

**RESULTS** The 878 participants (69.0% participation rate) had a mean age of 73.4 years. The majority, 59.4%, did not want to discuss how long they might live in the presented scenario. Within this group, 59.9% also did not think that the doctor should offer the discussion, and 87.7% also did not want the doctor to discuss life expectancy with family or friends. Fully 55.8% wanted to discuss life expectancy only if it were less than 2 years. Factors positively associated with wanting to have the discussion included higher educational level, believing that doctors can accurately predict life expectancy, and past experience with either a life-threatening illness or having discussed life expectancy of a loved one. Reporting that religion is important was negatively associated.

**CONCLUSIONS** The majority of older adults did not wish to discuss life expectancy when we depicted a hypothetical patient with limited life expectancy. Many also did not want to be offered discussion, raising a dilemma for how clinicians may identify patients' preferences regarding this sensitive topic.



**L'Active Aging è un percorso commerciale o un progetto realisticamente utile per invecchiare bene perché da un senso alla vita anche in età avanzata?**

**Dalla complessità di Edgar Morin ai “piccoli gesti” di Bauman.**

**La valutazione multidimensionale permette di comprendere l'intero (la persona vecchia) per poi sezionarlo in luoghi dove è possibile intervenire. Un processo non facile che richiede una precisa progettualità nel tempo, senza sbandamenti indotti dal rincorrere eventi estemporanei (sul piano clinico e umano).**



**La difficoltà di una medicina che affronta  
condizioni inedite, verso le quali non è preparata.  
L'inadeguata formazione degli operatori.**



**I pilastri della psicogeriatrica: storia, imaging, neuropsicologia, osservazione diretta, analisi del contesto umano e organizzativo.**

## **Ogni progetto di cura deve tener conto, dopo aver eseguito la valutazione multidimensionale, di:**

- **storia di malattia**
- **fragilità**
- **polipatologia**
- **politrattamenti**
- **misura dei risultati**
- **variazioni nel tempo della condizione clinica**
- **effetti indesiderati della cure**

## Caratteristiche irrinunciabili degli atti di cura:

- **coinvolgimento dell'equipe**
- **studio delle condizioni di salute in modo globale**
- **il tempo come guida**
- **la costanza nelle terapie**
- **la pazienza nell'osservare i risultati**
- **ascoltare il paziente e i parenti**

## Gli atteggiamenti della cura:

- **gestione delle incertezze (errori?)**
- **rispetto**
- **prudenza**
- **curiosità**
- **tolleranza**
- **generosità e sobrietà**
- **irrequietezza...**

**L'invecchiamento non segue percorsi omogenei nelle diverse persone, a causa delle differenze genetiche, degli stili di vita adottati, delle malattie intercorse. La realtà è quella di un "fenotipo instabile" che si deve caratterizzare senza sosta. La dimensione tempo domina la clinica. Da qui l'esigenza di una valutazione ripetuta nel tempo.**

## Complessità delle determinanti della salute dell'encefalo tra genetica e fattori psicosociali

- **Un tempo delicatissimo: stili di vita, malattie, terapie, ecc.**
- **La solitudine**
- **La stimolazione mentale**
- **L'attività fisica**



**La complessità dell'encefalo e la  
difficoltà di mantenerlo in salute.  
Lo stile di vita (i farmaci, ecc.)  
hanno un ruolo centrale.**

# Investigation of frailty as a moderator of the relationship between neuropathology and dementia in Alzheimer's disease: a cross-sectional analysis of data from the Rush Memory and Aging Project

Lindsay M K Wallace, Olga Theou, Judith Godin, Melissa K Andrew, David A Bennett, Kenneth Rockwood

## Summary

**Background** Some people with substantial Alzheimer's disease pathology at autopsy had shown few characteristic clinical symptoms or signs of the disease, whereas others with little Alzheimer's disease pathology have been diagnosed with Alzheimer's dementia. We aimed to examine whether frailty, which is associated with both age and dementia, moderates the relationship between Alzheimer's disease pathology and Alzheimer's dementia.

**Methods** We did a cross-sectional analysis of data from participants of the Rush Memory and Aging Project, a clinical-pathological cohort study of older adults (older than 59 years) without known dementia at baseline, living in Illinois, USA. Participants in the cohort study underwent annual neuropsychological and clinical evaluations. In the present cross-sectional analysis, we included those participants who did not have any form of dementia or who had Alzheimer's dementia at the time of their last clinical assessment and who had died and for whom complete autopsy data were available. Alzheimer's disease pathology was quantified by a summary measure of neurofibrillary tangles and neuritic and diffuse plaques. Clinical diagnosis of Alzheimer's dementia was based on clinician consensus. Frailty was operationalised retrospectively using health variable information obtained at each clinical evaluation using the deficit accumulation approach (41-item frailty index). Logistic regression and moderation modelling were used to assess relationships between Alzheimer's disease pathology, frailty, and Alzheimer's dementia. All analyses were adjusted for age, sex, and education.

**Findings** Up to data cutoff (Jan 20, 2017), we included 456 participants (mean age at death 89·7 years [SD 6·1]; 316 [69%] women). 242 (53%) had a diagnosis of possible or probable Alzheimer's dementia at their last clinical assessment. Frailty (odds ratio 1·76, 95% CI 1·54–2·02;  $p < 0·0001$ ) and Alzheimer's disease pathology (4·81, 3·31–7·01;  $p < 0·0001$ ) were independently associated with Alzheimer's dementia, after adjusting for age, sex, and education. When frailty was added to the model for the relationship between Alzheimer's disease pathology and Alzheimer's dementia, model fit improved ( $p < 0·0001$ ). There was a significant interaction between frailty and Alzheimer's disease pathology (odds ratio 0·73, 95% CI 0·57–0·94;  $p_{\text{interaction}} = 0·015$ ). People with an increased frailty score had a weakened direct link between Alzheimer's disease pathology and Alzheimer's dementia; that is, people with a low amount of frailty were better able to tolerate Alzheimer's disease pathology, whereas those with higher amounts of frailty were more likely both to have more Alzheimer's disease pathology and for it to be expressed as dementia.

**Interpretation** The degree of frailty among people of the same age modifies the association between Alzheimer's disease pathology and Alzheimer's dementia. That frailty is related to both odds of Alzheimer's dementia and disease expression has implications for clinical management, since individuals with even a low level of Alzheimer's disease pathology might be at risk for dementia if they have high amounts of frailty. Further research should assess how frailty and cognition change over time to better elucidate this complex relationship.



**The vulnerability of old adults at risk of developing dementia is not completely captured by the biological perspective (physical or deficit accumulation approaches), and the biopsychosocial model might add important value in both the assessment and targeting of interventions in patients with frailty; however, at present, this model is not fully operationalised.**

(Panza F. et al, Lancet Neurol 18(2):133-134, 2019)



**La misura dell'autonomia, della comorbilità, delle funzioni cognitive, del tono dell'umore, delle condizioni culturali, economiche ed abitative, dei supporti disponibili e l'autovalutazione della salute sono il punto di partenza per una *care* adeguata nei vari luoghi di intervento, pur con specificità per ogni ambiente.**



**Un tempo delicatissimo: la centralità del periodo che va dagli anni raggiunti in buona salute (64 e 63) e quelli della spettanza di vita alla nascita.**  
**Stili di vita, malattie, terapie.**



**Quanto conta la "nostra" medicina nel regolare  
la longevità?  
La psicogeriatrica come scienza della complessità.**

# Contributions of Health Care to Longevity: A Review of 4 Estimation Methods

*Robert M. Kaplan, PhD*

*Arnold Milstein, MD, MPH*

Clinical Excellence Research Center,  
Stanford University School of Medicine,  
Stanford, California

---

## ABSTRACT

**PURPOSE** Health care expenditures and biomedical research funding are often justified by the belief that modern health care powerfully improves life expectancy in wealthy countries. We examined 4 different methods of estimating the effect of health care on health outcomes.

**METHODS** We reviewed the contributions of medical care to health outcomes using 4 methods: (1) analyses by McGinnis and Schroeder, (2) Wennberg and colleagues' studies of small area variation, (3) Park and colleagues' analysis of County Health Rankings and Roadmaps, and (4) the RAND Health Insurance Experiment.

**RESULTS** The 4 methods, using different data sets, produced estimates ranging from 0% to 17% of premature mortality attributable to deficiencies in health care access or delivery. Estimates of the effect of behavioral factors ranged from 16% to 65%.

**CONCLUSIONS** The results converge to suggest that restricted access to medical care accounts for about 10% of premature death or other undesirable health outcomes. Health care has modest effects on the extension of US life expectancy, while behavioral and social determinants may have larger effects.

*Ann Fam Med* 2019;17:267-272. <https://doi.org/10.1370/afm.2362>.

# Necessary But Not Sufficient: Why Health Care Alone Cannot Improve Population Health and Reduce Health Inequities

Steven H. Woolf, MD, MPH

Department of Family Medicine and Population Health and Center on Society and Health, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

*Ann Fam Med* 2019;17:196-199. <https://doi.org/10.1370/afm.2395>.

The health of Americans is in decline, a crisis that has been building for some years. Since the 1980s, US life expectancy has risen at a slower pace than in other countries. United States life expectancy peaked in 2012 and is now falling, while life expectancy in other countries continues to increase.<sup>1,2</sup> Shorter lifespans are not the only US health disadvantage. For many years, other industrialized countries have been outperforming the United States on a long list of health conditions.<sup>3</sup> All this despite lavish US spending on health care, which far exceeds that of any other country.<sup>4</sup>

The reason why nations that spend less on health care can experience better health is obvious: health is about more than health care. Studies suggest that medical care accounts for only 10% to 20% of variation in premature mortality.<sup>5</sup> In this issue of the *Annals*, Kaplan and Milstein put a finer point on that estimate. Based on 4 prior studies, they conclude that health care accounts for 5% to 15% of the variation in premature mortality, centered on 10%.<sup>6</sup> Other studies have examined this issue<sup>7-9</sup> and researchers will continue to refine this point estimate, but more data are unlikely to change the bottom line: the major influences on health lie outside the clinic. The decline in US health will not be solved by more bench science, more drugs, or more spending on health care—none of these have slowed the decline in US health. The average lifespan of Americans will probably continue to shorten unless society quickly shifts its focus from health care to root causes.



**Se la medicina ha un ruolo solo parziale,  
cos'è determinante per la durata della vita?**

## Monitoraggio demenze

Aggiornamento al 2017

# La prevalenza di demenza nei 12 ambiti socio-sanitari

zona	n.	tasso grezzo	tasso aggiustato	IC 95%		delta su media ATS
				inf	sup	
Brescia	3.975	18,4	<b>15,0</b>	14,6	15,5	<b>1,1%</b>
Brescia Ovest	1.428	14,1	<b>17,1</b>	16,3	17,9	<b>15,1%</b>
Brescia Est	1.661	16,4	<b>17,3</b>	16,6	18,1	<b>16,7%</b>
Valle Trompia	1.767	15,2	<b>14,9</b>	14,3	15,5	<b>0,3%</b>
Sebino	813	14,6	<b>15,3</b>	14,3	16,2	<b>2,7%</b>
Monte Orfano	857	14,2	<b>15,9</b>	14,9	16,8	<b>6,7%</b>
Oglio Ovest	1.092	10,9	<b>14,0</b>	13,2	14,8	<b>-5,9%</b>
Bassa Bresciana Occidentale	727	12,6	<b>13,9</b>	12,9	14,8	<b>-6,8%</b>
Bassa Bresciana Centrale	1.808	15,0	<b>15,1</b>	14,4	15,7	<b>1,5%</b>
Bassa Bresciana Orientale	790	11,6	<b>14,0</b>	13,1	14,9	<b>-5,5%</b>
Garda	1.638	12,9	<b>11,6</b>	11,1	12,2	<b>-21,7%</b>
Valle Sabbia	1.216	15,7	<b>14,7</b>	13,9	15,4	<b>-1,3%</b>



**Povert  (individuale e del sistema di welfare),  
solitudine, crisi demografica.**



# **Le povertà e le crisi: l'esempio del tram di Torino e la riduzione della spettanza di vita.**

**(Geppo Costa)**

# Life and Death in Norway and the United States

David M. Cutler, PhD

Life expectancy was highest for women in the top 1% of income at 86.4 years, which was 8.4 years more than women in the lowest 1% of income. Men in the lowest 1% of income had the lowest life expectancy at 70.6 years, which was 13.8 years less than men in the top 1% of income. The differences in life expectancy by income increased during the 10-year study period, largely related to deaths from cardiovascular disease, cancer, chronic obstructive pulmonary disease, and dementia in older age groups and deaths related to substance use and suicide in younger age groups. During this same period, life expectancy for women in the top income quartile increased 3.2 years, whereas life expectancy for women in the lowest income quartile decreased 0.4 years. Life expectancy increased 3.1 years for men in the top income quartile and 0.9 years for men in the bottom income quartile.



**Perché a Napoli la spettanza di vita media è di 80.7 anni, mentre a Firenze è di 84 anni? Povertà?**

**Ma, allo stesso tempo, perché Napoli ha il tasso di suicidi più basso a livello europeo?**



## **La solitudine e la salute del cervello**



Holwerda TJ et al, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2014;85(2):135-42.

## **Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)**

La sensazione di essere soli, piuttosto che l'essere effettivamente soli, è associata a un aumento del rischio di demenza clinica in età avanzata e può essere considerata un fattore di rischio importante che, indipendentemente dalla malattia vascolare, dalla depressione e da altri fattori confondenti, merita attenzione clinica.

Vissuti di solitudine possono segnalare uno stadio prodromico di demenza. Una migliore comprensione delle ragioni alla base dei vissuti del sentirsi soli può aiutarci a individuare persone vulnerabili e sviluppare interventi per migliorare la prognosi delle persone anziane a rischio di demenza.



---

Invited Commentary

---

# Loneliness as a Marker of Brain Amyloid Burden and Preclinical Alzheimer Disease

Paul B. Rosenberg, MD

**JAMA Psychiatry** Published online November 2, 2016

**E1**

**La solitudine, l'isolamento e la mancanza d'interazioni sociali sono fattori di rischio importanti per il suicidio, anche dopo aver tenuto conto dell'influenza dei disturbi dell'umore, che sono un mediatore comune per i comportamenti suicidari. I lutti contribuiscono grandemente all'isolamento sociale delle persone che li subiscono e fanno aumentare di molto il rischio di suicidio, in specie tra gli uomini, soprattutto se anziani. A quell'età, infatti, è più difficile poter pensare a un nuovo progetto di vita senza la persona perduta; se è poi venuta a mancare la moglie o la compagna di vita, il continuare a vivere può sembrare particolarmente senza senso. Uno studio danese, effettuato sulla base dei dati del famoso registro sanitario nazionale, ha confermato drammaticamente la realtà di queste situazioni. La ricerca ha dimostrato che la perdita della partner conferisce un aumento di otto volte il rischio di suicidio per gli uomini anziani nel primo anno dopo la morte; inoltre, questo livello di rischio continua a mantenersi stabile negli anni successivi. Nelle donne anziane in lutto, il rischio aumenta di cinque volte nel primo anno dalla perdita, ma diminuisce negli anni successivi.**

**Il governatore di Bankitalia ha fatto una descrizione drammatica sulle conseguenze che la crisi demografica avranno sulla nostra convivenza nei prossimi anni. In particolare entreranno in crisi la possibilità di finanziare il sistema pensionistico e l'assistenza agli anziani fragili. Scusandomi per la banalità delle osservazioni, mi permetto di richiamare alcuni punti critici:**

- 1. La politica, di qualsiasi colore, ha mostrato l'assoluto disinteresse per il problema di come si affronterà il futuro. Mentre capisco che non possa essere interessato il nuovo sindaco di Nusco (Ciriaco De Mita, di 91 anni), non giustifico il disinteresse di Salvini (47 anni) o Di Maio (33 anni), perché dovrebbero esser motivati anche da interessi... personali (la loro aspettanza di vita è attorno agli 85 anni e più!).**
- 2. Nessuno pensa a come aumentare seriamente la natalità, con provvedimenti che non siano solo tamponi di scarso respiro. Scrive il professor Golini con grande ottimismo sociale: "Serve una presa di coscienza culturale, capire che avere un bambino non è solo un fatto privato di una famiglia, ma un contributo alla crescita di un Paese". In attesa della maturazione di una sensibilità allargata, è opportuno mettere in atto provvedimenti concreti.**
- 3. Occorre un serio governo dell'immigrazione, accompagnato da scelte a favore della formazione e dell'inserimenti al lavoro dei nuovi arrivati.**
- 4. Occorre favorire in modo più determinato l'occupazione femminile e quella giovanile.**
- 5. Occorre seriamente incentivare l'invecchiamento attivo. La quota 100 rischia invece di favorire il lavoro nero. Sono ancora troppo poche le aziende che hanno compiuto scelte a favore del mantenimento delle persone all'interno del mondo del lavoro, creando le condizioni opportune sul piano pratico e psicologico perché ciò avvenga.**



**La medicina dei vecchi fragili è certamente difficile, ma fonte di orgoglio per i medici chiamati a costruire spazi di vita e non "gestione di fallimenti".**

**Inoltre, la comprensione dei fenomeni è così difficile da attrarre le menti migliori.**



**...e poi la scienza contemporanea ci darà  
un aiuto formidabile...**



---

**Ezekiel J. Emanuel,  
MD, PhD**

Department of Medical  
Ethics and Health  
Policy, Perelman School  
of Medicine, University  
of Pennsylvania,  
Philadelphia; and  
Department of Health  
Care Management,  
Wharton School,  
University of  
Pennsylvania,  
Philadelphia.

---

**Robert M. Wachter,  
MD**

Department of  
Medicine, University  
of California,  
San Francisco.

VIEWPOINT

# Artificial Intelligence in Health Care Will the Value Match the Hype?

**JAMA** Published online May 20, 2019

**E1**



**Eschilo: "Non sai, Prometeo, che ci sono discorsi che curano l'infermità?"**

**"Io non sono degno che tu entri sotto il mio tetto, ma di soltanto una parola e il mio servo sarà guarito"**

**Due epoche, due culture profondamente differenti ricordano che l'arte di curare si avvale anche della parola. Il futuro ci riserva certamente un ritorno a questo atteggiamento; infatti, l'intelligenza artificiale ci sostituirà in molte funzioni tecniche e a noi resterà la parola che spiega, accompagna, consola. Purché siamo in grado di esprimerla...**



**L'AIP ha istituito un gruppo di lavoro sull'intelligenza artificiale, scommettendo sulla sua formidabile utilità anche nella cura dell'anziano.**