

## **MEMORIA PER AUDIZIONE PRESSO 10 COMMISSIONE SENATO**

### **Fascicolo DDL S. 506**

#### ***Deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane***

Gentilissimi Senatrici Senatori, dopo aver letto con estrema attenzione il combinato disposto, riteniamo importante segnalarvi attraverso questa memoria scritta, che la **10 commissione del senato** tenga molto in considerazione (dal nostro punto di vista) tre fondamentali parametri per prendere bene in carico un paziente anziano fragile:

1. Il caregiver e lavoratore domestico
2. i pazienti con declino cognitivo sia under che over 80, con demenze nelle molteplici definizioni
3. l'ipoacusia in generale e l'ipoacusia riferita alle demenze.

Questi fattori non menzionati all'interno del DDL S. 506, saranno a nostro giudizio le vere problematicità del prossimo ventennio, infatti guardandolo con indice demografico oltre il 33% di over 65 oltre 20 milioni di persone, e come familiari disposti a prendersi carico di tali pazienti, siamo certi in maniera assoluta di grandi problematicità che ci troveremo davanti.

La nostra memoria vuole solo aggiungere un suggerimento che, attraverso alcune prese in considerazione di modificazioni di presa in carico dei soggetti fragili, possiamo mantenerli in buona salute, a casa e soprattutto farli arrivare a fine vita naturale con una buona qualità della vita, permettendo così al SSN di risparmiare anche molto denaro.

In merito al punto 1 non intendiamo aggiungere alcunché essendo stato già inserito nel DDL

In merito al punto 2:

L'aumento della popolazione anziana e uno stile di vita non corretto determinano ogni anno un numero sempre maggiore di casi di declino cognitivo, sia nella sua forma lieve (a cui ci si riferisce anche con l'acronimo di MCI) sia nello sviluppo di una condizione di demenza più grave e intrattabile.

Mancando una vera e propria cura farmacologica efficace a far regredire la malattia è una responsabilità civile e puro buon senso investire nella prevenzione di queste patologie per evitare che i nostri nonni e genitori sviluppino la forma grave di demenza, o almeno per rallentarne l'avvento. A livello della spesa pubblica sanitaria qualsiasi stato dovrebbe essere abbastanza lungimirante da prevedere l'ondata di nuovi malati e l'enorme dispendio economico che ne conseguirà, prendendo per tempo misure adeguate.

In questo contesto si propone una metodologia innovativa di brain training mirato e personalizzato sul paziente, una metodica medica non farmacologica che si sviluppa come un percorso terapeutico finalizzato alla ritenzione dell'indice cognitivo.

## LO SCENARIO

Il Deficit Cognitivo è una condizione che comporta la progressiva compromissione delle funzioni conoscitive in modo tale da pregiudicare il mantenimento di una vita autonoma.

Il Rapporto dell'OMS riporta stime di crescita allarmanti del deficit: 35,6 milioni di casi nel 2010 che raddoppieranno nel 2030 e triplicheranno nel 2050 con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (uno ogni quattro secondi) e il cui impatto economico sui sistemi sanitari sarà di circa 604 miliardi di dollari l'anno, con incremento progressivo.

In Italia, il numero totale dei pazienti è stimato in oltre un milione (di cui circa 600 mila con demenza di Alzheimer) e circa tre milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari.

A questi, secondo la Fimmg, si aggiungono oltre 2 milioni di pazienti che dopo il tempo pandemico del covid hanno drasticamente ridotto le loro capacità relazione anticipando così il declino cognitivo non ancora coperto da lesioni cerebrali.

Il deterioramento delle facoltà cognitive si caratterizzano per essere cronico e progressivo, cioè che permane nel tempo e tende gradualmente ad aggravarsi fino a privare la persona di gran parte delle sue facoltà mentali.

Vengono, dunque, meno le principali funzioni cognitive che consentono all'uomo di comprendere l'ambiente in cui vive e di interagire con esso:

- Attenzione
- Memoria
- Linguaggio
- Prassie
- Capacità di orientamento nel tempo e nello spazio
- Riconoscimento
- Pensiero astratto, pianificazione
- Funzioni di controllo esecutivo

Sarebbe importante che nel ddl in questione ci sia spazio normativo a delle metodiche mediche non farmacologiche già presenti sul mercato al fine di mettere al centro la persona fragile anziana a partire dai sentimenti, dalle emozioni e dalla sua capacità di vivere in relazione, ambiti in cui le persone con demenza sono spesso altamente competenti, talvolta anche più di chi si prende cura di loro. Vedere il paziente in termini relazionali è essenziale per comprendere la demenza; anche quando il deterioramento cognitivo è molto grave, una forma di relazione «Io-Tu», cioè di vicinanza e condivisione, è spesso possibile.

Costruendo un percorso personalizzato che tiene conto sia del deficit della memoria episodica che di quella semantica e prevede la somministrazione di immagini e

concetti adatti a ciascun utente. La relazione con il Caregiver, sia esso familiare o professionista, diventa quindi fondamentale per valorizzare la centralità della persona.

## LE BASI

le metodiche innovative e altamente informatizzate che rappresentano di fatto una innovazione sul fronte della terapia cognitiva e del brain training grazie ai suoi asset originali e mirati a un alto grado di personalizzazione. Tuttavia le basi del affondano le radici in una serie di conoscenze e competenze di psicologia e neurologia che sono ben note in letteratura, in particolare per quanto riguarda la cosiddetta “memoria episodica”. Qui riportiamo una breve bibliografia essenziale di alcuni dei maggiori studi di riferimento a livello internazionale:

- Cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer's disease: A case report  
El Amrani L.; Simard M. *Alzheimer's and Dementia* (2017) 13:7 (P1410). Date of Publication: 1 Jul 2017
- Role of lifestyle modifiers in alzheimer's disease  
Koutsouraki E. *Acta Clinica Croatica* (2014) 53 SUPPL. 1 (39). Date of Publication: June 2014
- GPS, a solution for the patient and the caregiver  
Ribas Miquel G.; Del Valle A. - *Neurodegenerative Diseases* (2015) 15 SUPPL. 1 (1900). Date of Publication: March 2015
- *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2012 giugno; 7 (5): 506-15. doi: 10.1093 / scan / nsp005. Epub 3 marzo 2009.
- 1. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2012 Jun;7(5):506-15. doi: 10.1093/scan/nsp005. pub 2009 Mar 3. fMRI-activation patterns in the detection of concealed information rely on memory-related effects.  
Gamer M(1), Klimecki O, Bauermann T, Stoeter P, Vossel G.
- *J Adv Nurs.* 2003 Sep;43(5):465-77. - Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia.  
Baker R(1), Holloway J, Holtkamp CC, Larsson A, Hartman LC, Pearce R, Scherman B, Johansson S, Thomas PW, Wareing LA, Owens M.
- *Neuropsychologia.* 1999 Apr;37(4):403-11. - Ventromedial prefrontal cortex mediates guessing.  
Elliott R(1), Rees G, Dolan RJ.
- *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* 1991 Mar;17(2):245-62. - The mechanism of suppression: a component of general comprehension skill.  
Gernsbacher MA(1), Faust ME.

## GLI OBIETTIVI

Nel contesto della Sanità italiana e attraverso questa legge delega si offrirebbe possibilità di avviare nuove iniziative legate alla capacità di saper interagire in questa fitta rete di connessioni che compongono il mondo sanitario.

### ***Punto n 3 Anziani fragili: l'udito e il decadimento cognitivo***

#### **Sordità e demenza: prevalenza crescente sul territorio italiano e costi per il SSN**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in Italia sono **7 milioni le persone con problemi di udito, corrispondenti al 12,1% della popolazione**. Nel nostro Paese l'ipoacusia riguarda tra gli **over 65 una persona su tre**. In termini epidemiologici, vi è infatti una significativa differenziazione tra le classi di età e un aumento significativo con l'invecchiamento (da percentuali che non superano il 10% della classe di età 13- 45 anni al 25% di chi ha dai 61 agli 80 anni, fino al 50% tra gli over 80), **legando inscindibilmente l'ipoacusia, ovvero le difficoltà uditive, con la condizione di anzianità**. Alla luce dell'invecchiamento della popolazione, utilizzando anche le stime di prevalenza per classe di età dell'AIRS (Associazione Italiana Ricerca Sordità) si evince una generale crescita progressiva del numero di persone Senior (over 65) con problemi di ipoacusia sul territorio italiano. Gli ultimi risultati EuroTrak Italia usciti nel 2022 testimoniano questo trend.

Un altro aspetto che ancora attiene alla complessità di questo tipo di disturbi ha a che vedere con il **legame tra problemi di udito e deficit cognitivi**. Sono ormai molti gli studi che hanno indagato sui cambiamenti che intervengono nel cervello a seguito della ridotta stimolazione sensoriale nei pazienti con un calo dell'udito e che mettono in luce l'importanza della conservazione delle funzioni uditive fisiologiche e della tempestiva riabilitazione acustica, per i suoi effetti sulla prevenzione del deterioramento cognitivo e anche di molte forme di demenza.

Il legame fra udito e cervello è molto stretto e bidirezionale: da un lato lo stimolo uditivo è importante perché attiva la corteccia cerebrale a tutto campo, dall'altro i processi cognitivi influenzano il "come" si sente. Sono diverse le ipotesi sui meccanismi attraverso cui si sostanzia il legame fra perdita uditiva e alterazioni cerebrali: l'ipoacusia aumenta l'impegno necessario all'ascolto degradando il messaggio e comporta un carico cognitivo durante l'elaborazione dei dati che "affatica" il cervello e riduce le risorse di attenzione e cognitive disponibili per altri compiti. È presente anche il riferimento a meccanismi eziopatologici condivisi come l'invecchiamento e la malattia microvascolare e nei fatti la correlazione fra demenza e perdita dell'udito risulta in molti studi: **una volta tenuto conto di fattori confondenti come età, sesso e stile di vita, la presenza di un calo dell'udito legato all'età è risultata incrementare di oltre 3 volte la probabilità di demenza**.

Inoltre, gli anziani con perdita dell'udito spesso rifuggono le occasioni sociali perché hanno difficoltà a comprendere le altre persone in situazioni dove c'è confusione e ciò può condurre a solitudine emotiva e sociale. La perdita dell'udito compromette inoltre

la comunicazione e l'equilibrio, elementi che possono condurre all'isolamento e a una ridotta attività fisica, che a loro volta si traducono in depressione. In relazione a questi e altri fattori, gli anziani che presentano una forma di perdita dell'udito hanno il **47% in più delle probabilità di manifestare sintomi di depressione**<sup>1</sup>.

È stato infatti ampiamente dimostrato che **la perdita dell'udito è un possibile biomarcatore per il declino cognitivo**<sup>2</sup>. L'ipoacusia, anche di lieve entità, è di fatto associata a un **aumento significativo del rischio di demenza**, in particolare tra i 45 e 64 anni<sup>3</sup>. Si ipotizza che lo sforzo mentale richiesto, correlato a un maggior isolamento sociale, rappresenti uno tra i principali rischi di sviluppo di deficit.

Si è dimostrato come l'ipoacusia sia un fattore di rischio riconosciuto per lo sviluppo di demenza e le sue conseguenze, soprattutto negli anziani, comprendono l'aumento del rischio di cadute, di isolamento sociale e di depressione. Se non trattato adeguatamente, quindi, il calo uditivo ha un impatto non trascurabile sulla qualità di vita delle persone che ne soffrono e anche in termini di **costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**.

#### La soluzione: la rimediazione acustica

Una **identificazione precoce** della demenza permetterebbe, in fase di intervento terapeutico/riabilitativo, di sfruttare al massimo le capacità plastiche del sistema nervoso ancora totalmente o parzialmente intatte in fase preclinica e renderebbe marcatamente più efficaci gli interventi operati nel tentativo di prevenire o rallentare la progressione di tali soggetti verso la demenza grave. Numerosi studi nell'uomo hanno dimostrato che **l'esposizione ad un ambiente cognitivamente e socialmente stimolante**, uniti ad uno stile di vita sano, esercitano effetti benefici sulle funzionalità cerebrali, particolarmente nell'anziano, riducendo il rischio di sviluppare una malattia di Alzheimer.

Ne consegue che, **qualsiasi correzione dell'ipoacusia non solo sarebbe in grado di "prevenire" la progressione della demenza ma potrebbe potenzialmente attenuarne i sintomi**. Per mitigare questo fattore, in parallelo a screening uditivi regolari e protezione dell'udito, al paziente è fortemente raccomandato l'uso di apparecchi acustici che favoriscono migliori prestazioni nelle funzioni direttamente correlate alle abilità cognitive, rallentando la progressione dei disturbi.

Gli studi effettuati indicano che **i dispositivi acustici sono efficaci nel migliorare la qualità di vita dei pazienti** e nel ridurre le conseguenze negative dell'ipoacusia. Tuttavia, l'accesso a questi dispositivi è ancora limitato e la compliance spesso non è ottimale.

I risultati delle ricerche suggeriscono che una **maggiore attenzione verso la prevenzione e l'identificazione precoce della sordità** e, qualora ci siano le indicazioni, l'adozione di rimedi semplici, come ad esempio l'uso degli apparecchi

---

<sup>1</sup> Hearing Loss and Depression in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Blake J Lawrence, PhD, Dona M PJayakody, PhD, Rebecca J Bennett, PhD, Robert H Eikelboom, PhD, Natalie Gasson, PhD, Peter L Friedland, MBChB, FRACS. The Gerontologist, gnz009, <https://doi.org/10.1093/geront/gnz009> (March 2019)

<sup>2</sup> Association of Age-Related Hearing Loss With Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. Loughrey DG, Kelly ME, Kelley GA, Brennan S, Lawlor BA. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;144(2):115–126. doi:10.1001/jamaoto.2017.2513

<sup>3</sup> Association of Hearing Loss With Dementia. Liu C, Lee CT. JAMA Netw Open. Published online July 31, 2019(7):e198112. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8112

acustici, possano ritardare l'insorgenza della demenza. I soggetti portatori di un apparecchio acustico, ripristinando le abilità comunicative, anche parziali, migliorerebbero l'umore e i rapporti sociali, mantenendo una partecipazione attiva che non porterebbe alla stessa progressione del deficit cognitivo riscontrata nei soggetti non rimediati acusticamente.

Il trattamento dei deficit acustici attraverso soluzioni uditive appare dunque efficace per ritardare la comparsa di disturbi cognitivi mantenendo una buona funzionalità cerebrale e ha un enorme valore preventivo per forme patologiche fortemente connesse all'invecchiamento e dal costo sociale particolarmente elevato.

*Le barriere da superare: l'aggiornamento Dpcm LEA 2017 e del Decreto Tariffe*

C'è, tuttavia, un **fortissimo problema di accessibilità alla rimediazione per la nostra popolazione Senior**. Purtroppo, al momento gli anziani non hanno diritto ad accedere alle nuove tecnologie di apparecchi acustici a cui avrebbero diritto gratuitamente, ex LEA 2017. Questo perché il DPCM sui *nuovi* LEA, (un nome ormai paradossale, perché il Decreto è stato pubblicato il 12 gennaio 2017, più di cinque anni fa) è da tempo in attesa di un decreto di aggiornamento e di un altro ne definisca le tariffe, processo tortuoso che sta bloccando, di fatto, l'accesso dei pazienti alle più recenti tecnologie, protesiche e non solo. Per quanto riguarda il mondo dell'udito e per i milioni di soggetti ipoacusici in Italia, però, l'aggiornamento del DPCM permetterebbe finalmente l'accesso non solo a dispositivi tecnologicamente *aggiornati* (mandando in soffitta quelli risalenti al D.M. 332 del... 1999) ma anche ad un percorso assistenziale *appropriato*.

Inoltre, dare applicazione ai nuovi LEA significherebbe permettere ai cittadini riconosciuti invalidi per ipoacusia di accedere alla migliore tecnologia riservando il ricorso all'out-of-pocket solo per varianti estetico-funzionali ottenendo, finalmente, **nuovi dispositivi acustici digitali inseriti nel DPCM sui Nuovi LEA del 2017 in luogo di quelli, obsoleti, elencati nel D.M. 332/99**. La tecnologia, nel comparto biomedico e in particolare in quello audioprotesico, si rinnova continuamente, con l'introduzione di sistemi sempre più aggiornati per migliorare le condizioni di ascolto (e di vita) dei soggetti affetti da ipoacusia. Un parco di dispositivi datato impedisce agli assistiti di accedere alla corrente innovazione tecnologica e all'assistenza sanitaria cui avrebbero diritto da più di cinque anni.

L'adozione di queste misure, però, è legata a doppio filo all'approvazione del cosiddetto Decreto Tariffe, che dovrebbe al più presto approdare in Conferenza Stato Regioni insieme al decreto di aggiornamento dei nuovi LEA del 2017. Ma l'iter di approvazione è, ad oggi, bloccato, impattando negativamente non solo sui pazienti ipoacusici, ma anche su tanti altri pazienti che potrebbero trarre enormi benefici dall'introduzione delle nuove cure previste dal DPCM sui nuovi LEA.