



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 25 agosto 2023

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Ada d'Adamo, "Come d'aria"
- I farmaci per l'Alzheimer: una lunga storia positiva
- La crisi del pronto soccorso
- Da operatrice a ospite

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo e la sua perseveranza
- Il delirium e la complessità delle cure
- Il caregiving femminile
- Le disuguaglianze e la salute
- La dialisi nell'anziano

### ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- "2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer" (Cesenatico, 4-5 settembre)
- "Le 50 sfumature di cura" (Treviso, 12-13 ottobre)

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Siamo verso la fine delle vacanze ed è quasi ora di iniziare a preoccuparci per riprendere i nostri ruoli professionali. Per chi scrive, l'agosto è stato il tempo per pensare anche a come rendere più utile questa newsletter: ripeto ancora l'invito a inviarmi consigli, idee, contributi per produrre testi sempre più graditi e, se possibile, di supporto all'impegno professionale.

Mi permetto di invitare alla lettura del libretto di [Ada d'Adamo "Come d'aria"](#) editore Elliot, recente vincitore del Premio Strega; è la [narrazione della vita di una madre ammalata, che assiste con immenso amore alla crescita di una figlia gravemente disabile](#). Un testo di grande valore, che tocca

nel profondo; lo suggerisco anche a chi si occupa di anziani, perché vi sono passaggi che potrebbero riferirsi alla loro condizione. La stessa storia del caregiving prestato da chi è ammalato ricorda le sofferenze di molte persone che temono per la propria salute perché la loro morte priverebbe il proprio caro di un indispensabile legame con la vita. Riporto un brano di d'Adamo: "In questi anni ho conosciuto famiglie sbriciolate, unioni distrutte, donne sprofondate nella depressione. Non tutti hanno la forza fisica, gli strumenti psicologici, i mezzi economici, la cultura che ci vuole per combattere contro la burocrazia implacabile, contro la crudeltà di certi medici e l'inciviltà imperante, la solitudine e la stanchezza e, infine, contro sé stessi e la propria inadeguatezza". Sono parole durissime, che troppo spesso incontriamo nei nostri ambiti professionali; sentirle riferite anche a situazioni diverse rispetto a quelle che ben conosciamo induce a pensare che le nostre comunità non sempre sono capaci di offrire un supporto decente a chi ne avrebbe grandissimo bisogno. Come possiamo fare per allargare una presenza amichevole, disponibile e utile attorno a chi soffre?

Continua il susseguirsi di studi sui **potenziali farmaci per la cura dell'Alzheimer nelle fasi iniziali**. Lo scenario è molto vivace e da più parti si sostiene l'importanza dell'aducanumab, del donanemab, degli inibitori delle colinesterasi, di particolari trattamenti ai quali associare alcune radicali modifiche dello stile di vita e la cura delle malattie intercorrenti, che potrebbero rappresentare rilevanti fattori di rischio. Il dibattito è vivace; già questa è una garanzia che lo scenario in movimento potrà offrire progressivamente risposte sempre più efficaci. Forse è illusorio, almeno entro breve tempo, pensare di disporre di farmaci risolutivi; sarà invece opportuno mettere a punto politerapie razionali, che agiscono in ambiti diversi in maniera sinergica. Si veda peraltro il lavoro pubblicato su **JAMA** del 17 luglio nel quale è dimostrata la **capacità del donanemab di rallentare in maniera significativa a 76 settimane la progressione della malattia nell'Alzheimer in fase iniziale e con alterazioni sia dell'amiloide che della tau**. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2807533>]

Il **Corriere della Sera** del 13 agosto riporta **un'indagine sui Pronto Soccorso degli ospedali**; in particolare pubblica le interviste di tre responsabili del servizio in tre diverse regioni, i quali si sono dimessi per le **insopportabili condizioni di lavoro**. Le aziende sanitarie provano a dare risposte almeno all'eccesso di lavoro (si vedano i medici fatti venire dall'Argentina in Sicilia e quelli cubani in Calabria); però i risultati sono ancora drammaticamente inadeguati. Lo stato dei fatti induce a pensare che una specifica attenzione nei PS agli anziani fragili sia una speranza senza fondamento. Inoltre, allo stesso tempo si riducono gli ospedali di comunità; sperare in queste condizioni sembra davvero un esercizio illogico, soprattutto sperare in una politica razionale.... In questi giorni, nell'ambito del mio lavoro, ho incontrato diverse situazioni nelle quali i tecnici hanno espresso pareri positivi su progetti da loro stessi ritenuti folli, ma che hanno dovuto accettare per... difendere il posto. Fino a che gli alti gradi dell'amministrazione sanitaria non saranno tutti di tale livello professionale da non temere il licenziamento a causa della loro autonomia di pensiero... le speranze sono davvero infondate.

Ricevo dalla dottoressa **Silvia De Rizzo**, persona di grande capacità professionale come **direttrice di strutture per anziani**, la mail che riproduco di seguito:

“Venerdì, dopo aver lasciato la Residenza ai Giardini, sono andata allo Zerbato per salutare due ospiti ai quali sono legata e mi è capitato di conoscere una nuova residente che, nella sua vita, ha lavorato sempre come Operatrice in una casa di riposo di Verona, fino alla pensione. Mi ha colpito molto: era la prima volta che mi capitava, e mi ha colpito anche il vedere come questa anziana si adoperasse durante il post cena per accompagnare nelle rispettive stanze alcune ospiti, parlando loro con dolcezza e ‘professionalità’. Lei stessa, presentatasi di sua sponte poiché ero una faccia nuova, mi ha spiegato la sua storia, esprimendo orgoglio e soddisfazione per i suoi anni lavorativi e confermando che è stata sua la volontà di accedere allo Zerbato, sicura di ciò che avrebbe trovato e contenta di poter ancora, nel suo piccolo, ‘fare il suo lavoro’. Il messaggio di questa signora, nella sua modestia e adeguatezza, è stato per me potente. Lei si chiama Lina Speranza: *nomen omen*”.  
Ho pubblicato questa mail per vari motivi: il primo come segno di stima e di gratitudine verso gli operatori socio-sanitari che dedicano la vita al benessere degli ospiti delle residenze per anziani, secondo perché onora una struttura di eccellenza (il centro servizi Zerbato, a Tregnago, in provincia di Verona), terzo perché la vera professionalità, come dimostra la signora Speranza, non si dimentica mai e continua a essere caratterizzata dalla generosità.

#### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Mauro Colombo** ci ha fatto il grande piacere di accelerare la preparazione del suo contributo; infatti, questa newsletter è stata spedita quando la segreteria del Gruppo di Ricerca Geriatrica è chiusa, utilizzando la programmazione anticipata degli invii (il sottoscritto non è autonomo rispetto a queste procedure e se ne dispiace). Il testo di Mauro ritorna sul **problema delle condizioni che proteggono o aumentano il rischio dello sviluppo di demenza**. Ancora una volta, una problematica alla quale non si è ancora dato una definitiva risposta.

“Nonostante si vadano accumulando prove sul vantaggio in termini di funzioni cognitive e sviluppo di demenza portati da uno stile di vita ‘ricco’ (tra l’altro, in livelli di educazione ed occupazione), sono pochi gli studi ad avere investigato la partecipazione ad attività sociali e cognitive in persone anziane. Per giunta, tali ricerche si sono focalizzate su attività specifiche, od hanno adoperato indici cognitivi compositi, non sempre correggendo per scolarità e stato di salute. Ulteriori elementi critici sono costituiti dalla possibilità che gli anziani coinvolti in attività piacevoli e di società siano più sani dei coetanei non coinvolti, e che non tutte le attività siano equivalenti quanto a benefici.

Prova a rispondere a codesti quesiti una indagine longitudinale prospettiva condotta sulla coorte australiana [ALSOP] dello studio sulla aspirina [ASPREE]: 10 318 partecipanti, età mediana 73,8 anni [ambito interquartile (IQR) = 71,6 – 77,2], metà donne, 98% bianchi, cognitivamente integri e scevri da patologia cardiovascolare alla osservazione basale, seguiti per 10 anni per lo sviluppo di demenza, diagnosticata secondo DSM IV [§].

All’inizio della osservazione, i partecipanti che poi hanno sviluppato demenza erano tendenzialmente più anziani, di sesso maschile, più fragili e depressi.

È stata condotta una analisi fattoriale esplorativa su 19 attività piacevoli/sociali, seguita da regressione dei rischi proporzionali di Cox per rischio di demenza, previo aggiustamento per vari fattori, tra cui scolarità, stato socio – economico (collegato alla zona di residenza), attività fisica, assunzione di alcol, patologia varia, fragilità, depressione.

A partire dalle 19 attività di partenza, mediante la analisi fattoriale esplorativa sono stati identificati 7 fattori, che le raggruppano: attività di alfabetizzazione degli adulti (scrivere lettere o tenere diari, usare computer, frequentare corsi di educazione); attività mentali attive (giochi da tavolo, carte, scacchi, cruciverba, rebus); attività artistiche creative (lavoro artigianale, falegnameria, lavorazione di metalli, pittura o disegno); attività mentali passive (leggere libri, giornali o riviste; guardare la TV; ascoltare musica o la radio); rapporti interpersonali (numero di, e frequenza di contatti con parenti), reti sociali (numero di, e frequenza di contatti con amici; attività di gruppo ed in club) ed attività esterne (frequentazione di biblioteche, ristoranti, caffè, musei, gallerie, mostre, cinema, teatri).

Secondo la analisi di regressione, è stato rilevato che un più frequente coinvolgimento in attività di alfabetizzazione degli adulti era associato ad una diminuzione del rischio di sviluppare demenza dell'11% {adjusted hazard ratio [AHR] = 0,89 [intervallo di confidenza al 95% (95% CI) = 0,85 – 0,93]}. Un più frequente coinvolgimento in attività mentali attive era associato ad una diminuzione del rischio di sviluppare demenza del 9% (AHR = 0,91 [95% CI = 0,87 – 0,95]). Veniva rilevata una diminuzione del rischio del 7% per coinvolgimento in attività artistiche creative: AHR = 0,93 [95% CI = 0,88 – 0,99], ed in attività mentali passive: AHR = 0,93 [95% CI = 0,86 – 0,99]. Stratificando per sesso, lavoro artigianale, falegnameria e lavorazione di metalli restavano significativi solo per i maschi. I risultati rimanevano sostanzialmente mantenuti escludendo chi avrebbe sviluppato demenza entro 3 anni, in analisi di sensibilità, salvo il deprendimento delle attività mentali passive. Inaspettatamente, i livelli in rapporti interpersonali, reti sociali ed attività esterne – noti fattori di protezione - non sono risultati associati al rischio di sviluppare demenza: ma alla origine di questa mancanza di significatività statistica può sottostare un 'vizio di campionamento', dato che solo una piccola parte del campione viveva solo od isolato, così da ridurre l'ambito di oscillazione di tale variabile.

Un limite esplicitamente dichiarato dagli Autori consiste nel non avere indagato fattori personologici potenzialmente influenti. Viene ammessa – come in tutti gli studi osservazionali – la possibilità di una 'causalità inversa': gli stessi 3 anni adottati per la analisi di sensibilità sono comunque pochi rispetto al lento e prolungato sviluppo delle malattie neurodegenerative dementigene, dalla cui eventuale presenza subdola potrebbero derivare i risultati riscontrati, che peraltro sono stati corretti per il livello cognitivo iniziale [stimato mediante Modified Mini-Mental State Examination (3MS)].

Il lavoro comunque possiede numerosi punti di forza, tra cui:

la esplorazione simultanea, su un campione vasto, di molte attività piacevoli e sociali, che può fornire indicazioni preventive inerenti comportamenti quotidiani modificabili

la sottolineatura del ruolo favorevole, rispetto alla resilienza cognitiva, di diverse modalità di stimolazione cognitiva e di interazione sociale – anche competitiva, prodotte da attività quali utilizzo del computer, lettura, scrittura, gioco degli scacchi o delle carte, cruciverba e rebus, attività artistiche creative/artigianali, frequenza a corsi: tali attività implicano coinvolgimenti proattivi, pensiero critico, ragionamento logico, processazione e conservazione di informazioni, memoria episodica, abilità visuo-spaziali, calcolo, funzioni esecutive, attenzione e concentrazione. Il tutto in sostanziale accordo con la letteratura, compresa quella riferita alle neuro-immagini (attivazioni rilevate mediante risonanza magnetica funzionale nel cervello di adulti ed anziani all'opera su motori di ricerca).

Una osservazione personale: alla osservazione basale, le persone che non hanno sviluppato demenza erano correntemente, o erano stati, consumatori di alcol, leggermente più spesso rispetto

alle controparti cui è stata posta tale diagnosi; viceversa i livelli di attività fisica non erano stratificati diversamente tra i due gruppi diagnostici (partecipanti rimasti cognitivamente integri/con demenza); il recupero di significatività per l'attività fisica avveniva solo indirettamente – come componente della fragilità. Ancora, i partecipanti resilienti erano tendenzialmente più pingui (in sovrappeso od anche obesi)”.

[§] Wu, Z., Pandigama, D. H., Wrigglesworth, J., Owen, A., Woods, R. L., Chong, T. T., Orchard, S. G., Shah, R. C., Sheets, K. M., McNeil, J. J., Murray, A. M., & Ryan, J. (2023). Lifestyle Enrichment in Later Life and Its Association With Dementia Risk. *JAMA Network Open*, 6(7), e2323690. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.23690>

**JAMA Network Open** del 7 agosto pubblica **un lavoro trasversale condotto in anziani ospedalizzati all'inizio della pandemia di Covid-19, nel quale si dimostra un aumento dell'incidenza di delirium**, che potrebbe essere attribuito alle restrizioni delle visite dei parenti, alla riduzione del numero degli operatori, in particolare quelli dedicati direttamente alle cure, all'isolamento. Il delirium ha indotto a sua volta un aumento delle prescrizioni di antipsicotici e di benzodiazepine, che sono state prolungate oltre due anni, provocando effetti indesiderati, come l'aumento di alterazioni cognitive, declino funzionale, e altri effetti collaterali negativi. Gli autori stressano l'esigenza che il delirium sia gestito anche attraverso interventi non farmacologici. Il dato richiama l'attenzione sull'esigenza di non considerare il delirium come un evento ineluttabile, per il quale sono inutile le pratiche preventive e da curare con farmaci, senza tener conto della complessiva situazione di salute dall'anziano ricoverato. Per alcuni queste osservazioni potrebbero sembrare banali; la realtà clinica però suggerisce che vi è ancora molto lavoro da fare. [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807961>]

**JAGS** di agosto pubblica un lavoro dal titolo esplicativo: “In salute e malattia: solitudine, depressione e il ruolo delle spose di persone con demenza”. I dati dimostrano che **una moglie su sei di persone affette da demenza ha una depressione**. Inoltre, **la solitudine colpisce in maniera doppia le mogli di chi ha la demenza**. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18520>] Sono dati ben noti, sia alla letteratura che all'esperienza clinica; confermano però l'importanza che nel lavoro di cura si dia attenzione a chi vive vicino agli ammalati di demenza. I medici e gli altri operatori devono considerare che la malattia ha espressioni molteplici e che non sono importanti solo interventi sulla sintomatologia prevalente. Garantire una donna in buona salute psichica vicina ad un ammalato è un atto di cura di rilevante importanza. Invito a rileggere la frase, riportata in uno dei precedenti paragrafi, riguardante il vissuto di Ada d'Aria di fronte al disinteresse del sistema per chi assiste una persona gravemente ammalata. I problemi ritornano e le risposte sono ancora incerte e spesso confuse.

**Lancet** del 3 agosto pubblica un corposo studio sulla **mortalità standardizzata per età rispetto all'appartenenza etnica, al luogo di vita, alle cause di morte e descrive le intersezioni tra le disparità razziali-etniche e fondate sul luogo di vita**. I dati di grande interesse confermano per molti aspetti quanto già noto, ad esempio che nella popolazione nera la mortalità è più elevata per diabete, malattie renali, malattie della madre e del neonato, per AIDS.

[\[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01088-7/fulltext\]](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01088-7/fulltext) In questa newsletter siamo varie volte intervenuti sulla tematica anche per domandarci se vi sono reali possibilità, entro una generazione, di modificare, almeno parzialmente, questo trend presente in tutto il mondo e che il progressivo diffondersi della povertà rende sempre più grave.

**JAGS** di febbraio descrive il **processo decisionale per la dialisi nelle persone anziane**. Il testo prende ad esempio la storia di una persona per illustrare la complessità di decidere, tenendo in conto l'evoluzione della malattia e i fattori organizzativi che interferiscono con l'adozione di adeguati provvedimenti. Gli autori commentano in particolare l'importanza del medico che deve fungere da consulente clinico e da difensore dei diritti dell'ammalato; in questo ruolo godrà di "joy and honor".  
[\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18256\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18256)

#### **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

Ricordo ancora una volta il **"2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer"** di Cesenatico, organizzato con noi dalla Fondazione Maratona Alzheimer. Il programma allegato permetterà a chi già è coinvolto in queste imprese di affinare il proprio lavoro; peraltro, sarà utile a chi non gestisce il servizio e ne potrà apprezzare il ruolo importante nella rete di supporto agli ammalati e alle loro famiglie.

Allego anche la locandina dell'evento **"Le 50 sfumature di cura"**, organizzato con noi dall'ISRAA di Treviso. Sarà occasione per discutere le motivazioni cliniche e familiari che inducono al ricovero in una residenza e per un esame dei ruoli degli operatori e della loro importanza.

Grato per l'attenzione, invio ad amiche e amici di questa newsletter un saluto particolarmente cordiale.

Marco Trabucchi

*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

*Via F.lli Lombardi, 2*

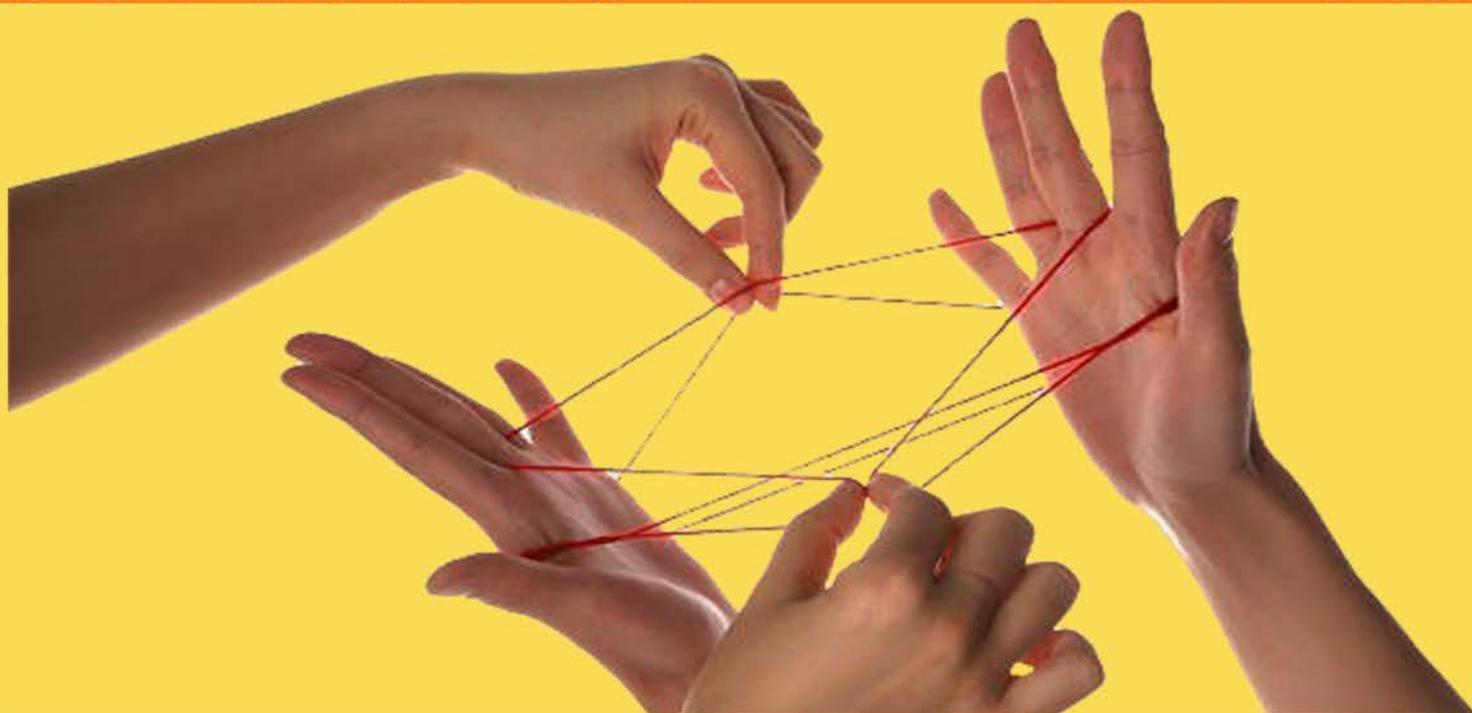
*25121 Brescia*

*Tel. 030-3757538*

# 50 SFUMATURE di CURA 2023

4° Edizione

# COMUNITÀ di DESTINO



## SAVE THE DATE

giovedì 12 - venerdì 13 ottobre

Auditorium Fondazione Cassamarca  
Piazza delle Istituzioni, 7 Treviso

giovedì 12, 9.30-13.00

venerdì 13, 9.30-13.00

## Perché facciamo questo lavoro?

Il lavoro di Cura  
e i lavoratori della Cura

giovedì 12, 14.30-17.30

## L'Italia dà i numeri

Dall'evidenza dei numeri  
alle possibili soluzioni

venerdì 13, 14.30-17.30

## Salviamo il futuro!

Sette idee di futuro

## Connessioni

Creare comunità...attraverso connessioni  
umane, inclusive e solidali

Promosso da



50sfumaturedicura@israa.it

In collaborazione





## 2<sup>a</sup> Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer

4-5 settembre 2023 | Colonia Agip - Cesenatico

### Fragilità che aiuta la fragilità: il ruolo dei Caffè Alzheimer

Una visione condivisa per il futuro dei Caffè Alzheimer.

In collaborazione con ***l'Associazione Italiana di Psicogeriatría***.

### Aspettando il Forum - Lunedì 4 settembre

11 - 12 - **Conferenza Stampa** d'apertura evento Maratona Alzheimer 2023

16 - **Vacanze inclusive Adriatico - Cesenatico: presentazione del progetto Europeo Interreg Italia-Croazia.**

Video introduttivo realizzato da AFAM Marche: **la Vacanza a Cesenatico.**

Ne parlano: Matteo Gozzoli (Sindaco Comune di Cesenatico) Gelsomina Macchitella (Comune di Brindisi), Silvio Mini (Comune di Cesenatico), Giorgia Battelli (Fondazione Maratona Alzheimer), Manuela Berardinelli (AFAM Marche – Alzheimer Uniti Italia), Emanuela Luppi (Alzheimer Emilia-Romagna), Annalena Ragazzoni (GAFA Carpi), Sauro Vicini (Clust-ER)

17 - **Presentazione del libro “Andar per colonie estive”** di Stefano Pivato il Mulino – con Antonio Lombardi (giornalista del Corriere Romagna)

17.30 – **Cesena: il primo progetto italiano di giardino terapeutico Alzheimer in un parco pubblico.** Promosso da Fondazione Maratona Alzheimer con il sostegno di ANAP – Confartigianato, in collaborazione con il Comune di Cesena.

Intervengono:

Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer), Enzo Lattuca (Sindaco di Cesena), Andrea Mati (Studio Mati), Andrea Melendugno (Opera della Provvidenza), Stefano Bernacci (Segretario Confartigianato Cesena)

18.30 – **Aperitivo con Visita alla Colonia Agip e Concertino Jazz**

## 2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer - Martedì 5 settembre

### 9 - **Registrazione partecipanti**

9.45 - **Apertura dei lavori e presentazione poster** di Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer)

10 - **Ricordo della Prof.ssa Flavia Franzoni.** Intervengono Prof.ssa Marisa Anconelli (IRESS) e Prof.ssa Laura Calzà (Fondazione Iret) alla presenza del **Prof. Romano Prodi**

10.15 - **“La fragilità che aiuta la fragilità”**, Maria Elena Baredi (Presidente ASP Cesena Valle Savio)

10.30 - **Tavola rotonda: “Caffè Alzheimer e comunità consapevoli per una concreta prospettiva di cura”.**

Paola Valota (giornalista free lance) conduce la discussione con: Manuela Berardinelli (Alzheimer Uniti Italia), Tiziano Carradori (Direttore Generale AUSL Romagna), Monica Fantini (Festival Buon Vivere Forlì/Romagna), Stefano Govoni (Università di Pavia), Mario Possenti (Federazione Alzheimer Italia), Marco Trabucchi (Fondazione Maratona Alzheimer/AIP), Nicola Vanacore (Istituto Superiore di Sanità), Luca Vecchi (Sindaco di Reggio-Emilia e Delegato welfare ANCI)

12.30 - **Presentazione del Libro: “Aiutami a ricordare, la demenza non cancella la vita”.** Stefano De Carolis dialoga con Marco Trabucchi

### 13 – Lunch

14 - **Idee innovative per i Caffè Alzheimer:** nuovi interventi non farmacologici (Sara Avanzini); il Manuale dei Caffè Alzheimer 2023 (Chiara Vecchi)



**14.30 - Caffè Alzheimer: come si inseriscono nei servizi territoriali per le persone con demenza.**

Intervengono:

Federica Boschi e Andrea Fabbo (Emilia-Romagna), Ernesto Palummeri (Liguria), Valentina Laganà (Calabria), Silvia Vettor (Veneto), Piero Secreto (Piemonte), Antonino Riolo (Friuli-Venezia Giulia), Manlio Matera (Toscana)

**...e altre esperienze:** “A breve termine” progetto teatrale per i Caffè Alzheimer - Stefano Bellavista Coop. Sillaba, A Ca’ Nostra - Emanuela Luppi Modena.

**16.30 - Il progetto di rete Caffè Alzheimer Diffuso**

Introduce Manuela Berardinelli

*Il significato del “fare rete”: il Caffè Alzheimer di San Ginesio*

Presentazione del progetto per il triennio 2024-2026, Roberta Osti (Fondazione Maratona Alzheimer), la Valutazione dei risultati Federica Limongi (Istituto di Neuroscienze CNR Padova).

**17 - L’ Impatto sociale dei progetti di rete**

Serena Miccolis (AICCON – Centro Studi Università di Bologna)

**17.20 - Conclusione lavori e arrivederci al 2024**, Stefano Boffelli (AIP)

**17.30 - Spettacolo di chiusura** per gli ospiti del progetto “La vacanza che non si dimentica”

**AREA POSTER APERTA PER TUTTA LA DURATA DEL FORUM**



## **Newsletter AIP - 18 agosto 2023**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Oppenheimer e Barbie
- La crisi della sanità
- Michela Murgia e “Accabadora”
- La legge 33 e la sua attuazione
- Istat: più di un terzo degli anziani vive in città
- Il paradossale declino della medicina geriatrica

### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Il contributo di Mauro Colombo sulle diseguaglianze
- Il social prescribing
- Gli inibitori delle colinesterasi nel trattamento dei disturbi psicotici
- Le fluttuazioni delle decisioni degli anziani riguardo al loro futuro
- Funzioni cognitive e frequenza degli screening per mammella e prostata

### **ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

- “2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer” (Cesenatico, 4-5 settembre)
- “Le 50 sfumature di cura” (Treviso, 12-13 ottobre)
- Le attività della nostra Associazione fino a Natale

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

In questi giorni nei cinema di tutto il mondo imperversano i film su [Oppenheimer](#) e su Barbie.

Non li ho visti, e quindi mi astengo da qualsiasi considerazione, anche se sono curiosamente critico verso questo accostamento. Il **Corriere della Sera ha recentemente pubblicato un volume sul grande scienziato**, che ha nel sottotitolo la parola “tragedia” per descriverne la vita. Collego queste letture con un articolo comparso su **Lancet** del 5 agosto intitolato: “Robert Oppenheimer e la responsabilità sociale della scienza”. Ne trascrivo la conclusione, che spiega il senso del pezzo: “**I medici e gli scienziati devono impegnarsi su temi come il cambiamento climatico, il degrado ambientale, e il rischio di guerra nucleare e per ottenere limitazioni etiche riguardo a temi come le biotecnologie e l’intelligenza artificiale**”. Ma non è chiaro se i politici, seguendo la propria agenda, diano loro un’attenzione maggiore di quella prestata da Truman a Oppenheimer. Sembra che non parlino ancora lo stesso linguaggio”. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01577-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01577-5/fulltext)]

L’estate mette ancor più in luce la **crisi profonda del nostro sistema sanitario**. Papa Francesco ha parlato, rivolgendosi ad un pubblico di operatori, di “Un’eutanasia nascosta e progressiva” e di “povertà di salute”. Nel suo discorso **il Papa ha citato “i sacrificati”, per indicare i cittadini che non ricevono cure adeguate**. Purtroppo, lo scenario non è positivo, basti pensare che per il 2024, di fronte agli enormi bisogni del sistema, si prevedono solo 2.5-3 miliardi in più per il fondo sanitario. A questi si aggiunge la crisi del PNRR riguardante le case della comunità e gli ospedali di comunità (ne abbiamo discusso nella newsletter del 11 agosto). I problemi sono gravi e non siamo in grado di indicare soluzioni, anche perché deve essere chiaro che il sistema sanitario funziona se funzioniamo noi operatori di ogni livello. I finanziamenti sono indispensabili, ma da soli non risolvono tutti i problemi. Si pensi, ad esempio, alla Calabria dove sono arrivati altri 120 medici cubani... però gli anni in buona salute dei cittadini della Regione sono 53.1, mentre al nord sono 60.

La morte di **Michela Murgia** mi ha fatto ricordare il suo “**Accabadora**”, che è stato un grande, ma importante pugno nello stomaco, perché **affrontava il problema dell’eutanasia condotta in un ambiente di legami e di rispetto**, per quanto misterioso. Oggi che la discussione sul fine vita è presente nel nostro mondo ricordiamo lo stile di un approccio intrigante, che chiede di arrivare alla fine per poter capire la vita.

Una recente rilevazione ha dimostrato che vi sono ben **460 decreti attuativi in attesa di essere varati**; tra questi 206 sono la conseguenza di leggi approvate dal governo Meloni. Il dato preoccupante è che fra questi vi sono anche quelli originati dalla **legge 33, riguardante gli anziani non autosufficienti**. Purtroppo, nel nostro paese non passa l’idea che le leggi debbano essere semplici, chiare ed autoattuative. È quindi motivo di particolare preoccupazione la tempistica riguardante i decreti attuativi della 33, che dovrebbero essere approvati entro il 31 gennaio 2024. Inoltre, la legge non identifica le fonti di finanziamento, per cui la conclusione rischia di essere negativa per l’intero comparto. Ci affidiamo alla sensibilità umana e politica della Presidente Meloni.

ISTAT ha pubblicato un **rapporto sulla vita degli anziani**, dimostrando che il 35% sceglie di vivere in una città metropolitana, in particolare nei contesti più urbanizzati, considerando che il 45% risiede nel capoluogo, il 31% sceglie la prima e seconda cintura urbana e il 24% la corona più esterna

dell'area. Al nord e nel capoluogo si registra la maggior incidenza di over 65, con quasi un quarto dei residenti nelle città metropolitane che supera questa età, con una forbice che va dal 28.85% di Genova al 22% di Napoli. Sono dati di grande interesse, perché il processo di urbanizzazione delle persone anziane pone problemi organizzativi e di stile della convivenza ai quali le città non sono preparate. Sono particolarmente delicate le situazioni quando il passaggio verso la città è avvenuto in età avanzata, con i relativi problemi di sradicamento e di adattamento alle nuove condizioni di vita.

“Il paradossale declino della medicina geriatrica come professione”: è il titolo di un punto di vista uscito su *JAMA* del 4 agosto, che commenta la **diminuzione del numero di studenti e di residenti che scelgono di occuparsi di geriatria**. Il testo, molto preoccupato per l'evoluzione del fenomeno che rischia di privare gli anziani fragili di una competenza specifica, prova a interrogarsi sulle possibili cause. Non mi permetto un'interpretazione del fenomeno, che potrebbe essere causato dal desiderio dei giovani di seguire una strada più tecnica, dove il supporto della strumentazione e la ridotta necessità di allargare lo spettro delle indagini cliniche per arrivare ad una diagnosi rendono apparentemente più semplice l'impostazione di una cura. Certamente il modello della complessità, che caratterizza la condizione di salute delle persone anziane, è poco affascinante e richiede un forte investimento affettivo-cognitivo. Al di là delle possibili interpretazioni, è un segnale da osservare con attenzione: cosa ne pensano i nostri lettori? Mi piacerebbe aprire un dibattito, perché in quest'epoca di transizione verso una tecnologia sempre più presente sono necessarie attente elaborazioni, per evitare di percorrere strade che mettono in crisi una medicina realmente utile e non autoreferenziale. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2808221>]

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto contributo di **Mauro Colombo** apre i riferimenti alla letteratura scientifica di questa newsletter che è per altri aspetti più “magra” a causa del periodo festivo. Come potete vedere né Mauro né io abbiamo però sospeso il contatto con i lettori, per rispetto al nostro impegno, ma ancor più per rispetto alle colleghe e ai colleghi che stanno lavorando nei diversi ambiti clinici e assistenziali.

Il tema trattato da Mauro è quello delle **diseguaglianze rispetto alla salute**, argomento sul quale spesso ci soffermiamo convinti dell'opportunità di richiamare l'attenzione su **fattori che incidono profondamente sul benessere a tutte le età**.

“Un buon geriatra – come ogni buon medico – deve avere la ‘vista lunga’, per gettare uno sguardo sul contesto in cui il proprio assistito vive, andando anche a ritroso nel tempo. Infatti, le esperienze vissute da bambino si possono proiettare a lunga distanza in traiettorie cognitive di interesse psicogeriatrico. La letteratura abbonda infatti di studi che indicano un maggior rischio di scarse prestazioni cognitive da adulto, e di una susseguente più alta probabilità di sviluppare demenza ad una età più giovane, in caso di basso stato socio-economico da bambino: un parametro quest'ultimo collegato alle esperienze (avverse) vissute a quella età [1]. Ma i pochi studi che hanno preso in esame la associazione tra stato socio-economico da bambino e velocità del declino cognitivo hanno fornito risultati contrastanti. Inoltre, la maggior parte di tali studi non hanno tenuto conto del contesto di vicinato: un parametro che – misurato da adulto – è a sua volta collegato alla cognitività, ed anche

alla demenza, come indicato per esempio negli oltre 4.000 adulti della coorte dello 'Healthy Brain Project' australiano [2].

Per contribuire a risolvere i quesiti rimasti, lo Studio ARIC [Atherosclerosis Risk in Communities] [3] ha coinvolto 15.792 tra uomini (41%) e donne (59%) di età iniziale compresa tra 45 e 64 anni, residenti in 4 aree USA, seguiti per un periodo mediano di 27 anni [ambito interquartile 26-27,9], mediante una media (d.s.) di 4,6 (0,7) valutazioni con ampie batterie neuropsicologiche. Un indice socio economico - corredato di informazioni sul contesto di quartiere - è stato calcolato in età adulta, e ricostruito per l'età di 10 anni: entrambi sono stati suddivisi in terzili [quote che contengono ciascuno un terzo del campione]; è stata anche stimata la velocità di declino cognitivo del campione. Come anche illustrato da grafici e figure già di per sé eloquenti, risulta evidente il collegamento tra velocità del declino cognitivo e stato socio economico - integrato dal contesto di quartiere - sia misurato come variabile continua [standardizzata] che come terzili. Nelle stesse analisi, il medesimo stato socio economico - sempre dopo le correzioni per una ampia e varia serie di covariate [etnia, sesso, decade di nascita, scolarità e presenza di apolipoproteina E ε4 allele] - perde tale associazione, quando misurato da adulto.

È stato poi seguito l'approccio opposto: lo stato socio economico - integrato dal contesto di quartiere - riferito all'età di 10 anni, ma non quello relativo all'età adulta, ha predetto la probabilità di appartenere a differenti classi di velocità nel declino cognitivo, una volta che questo è stato stratificato in quintili [quote che contengono ciascuno il 20% del campione].

Un simile doppio approccio garantisce che i risultati - ottenuti mediante modelli a effetti misti [rispettivamente lineari e logistici multinomiali] di protezione [circa del 17%] sulla velocità di declino cognitivo si distribuiscono equanimente su tutto il campione, costruito nel 1987 per studiare i fattori di rischio sottostante alla aterosclerosi subclinica [4].

L'articolo di *JAMA* si conclude prospettando alcune possibili interpretazioni biologicamente plausibili per i risultati ottenuti, per le quali è spesso possibile ottenere a libero accesso i riferimenti bibliografici originali: condizioni avverse vissute durante periodi critici per lo sviluppo cerebrale possono compromettere la organizzazione delle sinapsi, e sono associate a bassi volumi di ippocampo ed amigdala, oltre che - più avanti negli anni - alla insorgenza di iperintensità della sostanza bianca.

Il valore di simili considerazioni consiste anche nella sottolineatura di fattori potenzialmente modificabili, legati ad un accelerato declino cognitivo".

[1] Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 73(12), 1087–1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>

[2] Pase, M. P., Rowsthorn, E., Cavuoto, M. G., Lavale, A., Yassi, N., Maruff, P., Buckley, R. F., & Lim, Y. Y. (2022). Association of Neighborhood-Level Socioeconomic Measures With Cognition and Dementia Risk in Australian Adults. *JAMA network open*, 5(3), e224071. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4071>

[3] Kucharska-Newton, A. M., Pike, J. R., Chen, J., Coresh, J., Sharret, A. R., Mosley, T., & Palta, P. (2023). Association of Childhood and Midlife Neighborhood Socioeconomic Position With Cognitive

Decline. *JAMA network open*, 6(8), e2327421.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27421>

[4] Wright, J. D., Folsom, A. R., Coresh, J., Sharrett, A. R., Couper, D., Wagenknecht, L. E., Mosley, T. H., Jr, Ballantyne, C. M., Boerwinkle, E. A., Rosamond, W. D., & Heiss, G. (2021). The ARIC (Atherosclerosis Risk In Communities) Study: JACC Focus Seminar 3/8. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(23), 2939–2959. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.04.035>

Il lavoro pubblicato da *JAMA Psychiatry* del 24 maggio sul **social prescribing riguarda la psichiatria**, ma la tematica ha un valore generale, in quanto **il social prescribing è un piano di cura che rispetta le preferenze del paziente, i suoi obiettivi e i suoi bisogni per integrare attività non cliniche e servizi della comunità nel progetto complessivo di cura**. Il social prescribing si è sviluppato in Inghilterra, dove è incorporato nel NHS come modello di cura personalizzata, oltre alle prescrizioni cliniche intese in senso specifico. Ad esempio, sono note le prescrizioni da parte di medici inglesi perché le persone sole, a rischio di ammalarsi, sviluppino attività sociali a carico del sistema sanitario, come frequentare gruppi, fare attività ludiche in comune. [\[https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2804859\]](https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2804859)

*JAMA Neurology* del 26 giugno pubblica una **meta-analisi sul ruolo clinico degli inibitori delle colinesterasi nel controllo dei sintomi psicotici in corso di malattia di Alzheimer e di Parkinson**. Lo studio, condotto su 34 trial clinici randomizzati, ha dimostrato una buona efficacia del trattamento sulle allucinazioni e i deliri in ambedue le malattie. Gli autori commentano che il consueto trattamento di questa sintomatologia con farmaci antipsicotici provoca rilevanti effetti collaterali; al contrario, i risultati della meta-analisi inducono a considerare gli inibitori delle colinesterasi come un possibile trattamento di primo livello con ridotti effetti indesiderati. [\[https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2806600\]](https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2806600)

*JAGS* di agosto pubblica uno studio interessante nel quale si analizzano le **difficoltà decisionali degli anziani rispetto all'alternativa tra permanenza a casa e ricovero in una struttura residenziale**. Nel corso dei sei mesi dello studio si sono osservati rilevanti variazioni, con decisioni seguita da frequenti cambiamenti. Il dato conferma una realtà ben nota a chi accompagna gli anziani nei loro tragitti vitali; però i dati oggettivi inducono a indicare l'esigenza che le persone siano assistite nei processi decisionali che riguardano la loro vita futura, evitando incertezze e cambiamenti che inducono particolari sofferenze in questa delicata fase dell'esistenza. [\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18536\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18536)

*JAGS* di gennaio riporta la **frequenza di screening per la mammella e la prostata in una popolazione di età media di 76 anni in base alle condizioni cognitive**, dimostrando che le persone affette da demenza sono più frequentemente esposte a indagini per identificare un'eventuale patologia tumorale, anche quando la speranza di vita è inferiore a 10 anni. Il dato suggerisce l'opportunità di decisioni prudenti e motivate quando si adottano misure di prevenzione nelle persone cognitivamente compromesse e quando il rischio di provocare danni è superiori agli eventuali benefici. [\[https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18222\]](https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18222)

## **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

Allego il programma definitivo del “**2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer**” di Cesenatico; rivolgo un invito particolare a chi volesse approfondire la possibilità di organizzare un Caffè nel proprio territorio.

Allego anche la locandina del tradizionale evento di Treviso “**Le 50 sfumature di cura**”, dedicato alle residenze per anziani. Un'occasione di studio e di approfondimento importante per un continuo progresso di un settore centrale nei diversi modelli di assistenza.

I mesi della ripresa fino a Natale sono carichi di **impegni di AIP**. Mi permetto di ricordarli schematicamente:

- “2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer” (Cesenatico, 4-5 settembre)
- “Le 50 sfumature di cura” (Treviso, 12-13 ottobre)
- “Solitudine, nemica mortale” (Padova, 15 novembre)
- “Aging Brain” (Napoli, 13-14 dicembre)

Inoltre, in questi mesi si svolgeranno i **congressi delle Regioni**: Triveneto (Trento, 11.11), Liguria (Genova 1.12), Marche (Fermo 9.11), Toscana (Pistoia 17.11), Lazio (Roma, 7.10), Puglia (Alberobello, 10-11.11), Sardegna (Cagliari, 29.9). Congratulazioni ai consigli direttivi regionali per un impegno davvero molto importante!

Un cordiale saluto alle lettrici e ai lettori,

Marco Trabucchi

*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

*Via F.lli Lombardi, 2*

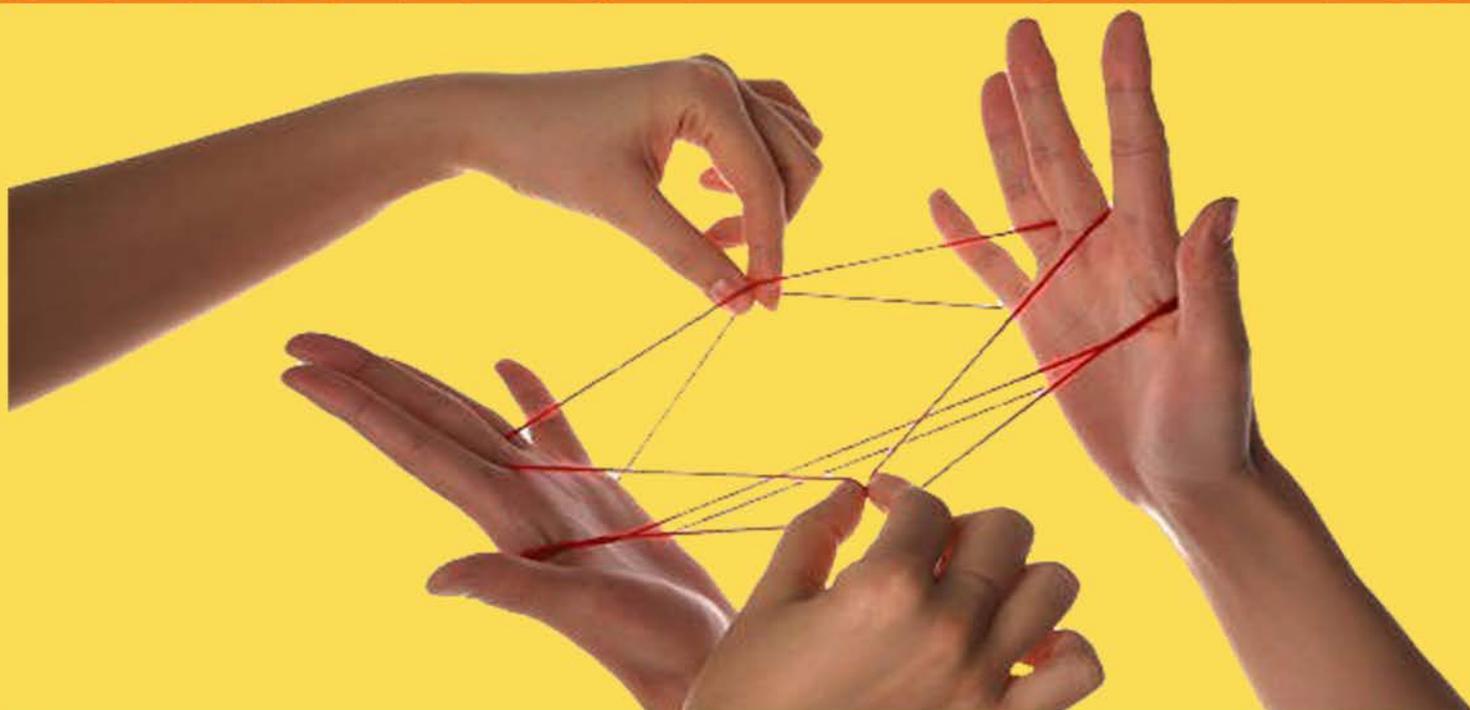
*25121 Brescia*

*Tel. 030-3757538*

# 50 SFUMATURE di CURA 2023

4° Edizione

## COMUNITÀ di DESTINO



### SAVE THE DATE

giovedì 12 - venerdì 13 ottobre

Auditorium Fondazione Cassamarca  
Piazza delle Istituzioni, 7 Treviso

giovedì 12, 9.30-13.00

venerdì 13, 9.30-13.00

### Perché facciamo questo lavoro?

Il lavoro di Cura  
e i lavoratori della Cura

giovedì 12, 14.30-17.30

### L'Italia dà i numeri

Dall'evidenza dei numeri  
alle possibili soluzioni

venerdì 13, 14.30-17.30

### Salviamo il futuro!

Sette idee di futuro

### Connessioni

Creare comunità...attraverso connessioni  
umane, inclusive e solidali

Promosso da



50sfumaturedicura@israa.it

In collaborazione



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



ALZHEIMER  
UNITI ITALIA  
ONLUS



UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI  
E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE  
DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI



## 2<sup>a</sup> Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer

4-5 settembre 2023 | Colonia Agip - Cesenatico

### **Fragilità che aiuta la fragilità: il ruolo dei Caffè Alzheimer**

Una visione condivisa per il futuro dei Caffè Alzheimer.

In collaborazione con ***l'Associazione Italiana di Psicogeriatría***.

### **Aspettando il Forum - Lunedì 4 settembre**

11 - 12 - **Conferenza Stampa** d'apertura evento Maratona Alzheimer 2023

16 - **Vacanze inclusive Adriatico - Cesenatico: presentazione del progetto Europeo Interreg Italia-Croazia.**

Video introduttivo realizzato da AFAM Marche: **la Vacanza a Cesenatico.**

Ne parlano: Matteo Gozzoli (Sindaco Comune di Cesenatico) Gelsomina Macchitella (Comune di Brindisi), Silvio Mini (Comune di Cesenatico), Giorgia Battelli (Fondazione Maratona Alzheimer), Manuela Berardinelli (AFAM Marche – Alzheimer Uniti Italia), Emanuela Luppi (Alzheimer Emilia-Romagna), Annalena Ragazzoni (GAFA Carpi), Sauro Vicini (Clust-ER)

17 - **Presentazione del libro “Andar per colonie estive”** di Stefano Pivato il Mulino – con Antonio Lombardi (giornalista del Corriere Romagna)

17.30 – **Cesena: il primo progetto italiano di giardino terapeutico Alzheimer in un parco pubblico.** Promosso da Fondazione Maratona Alzheimer con il sostegno di ANAP – Confartigianato, in collaborazione con il Comune di Cesena.

Intervengono:

Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer), Enzo Lattuca (Sindaco di Cesena), Andrea Mati (Studio Mati), Andrea Melendugno (Opera della Provvidenza), Stefano Bernacci (Segretario Confartigianato Cesena)

18.30 – **Aperitivo con Visita alla Colonia Agip e Concertino Jazz**

## 2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer - Martedì 5 settembre

### 9 - **Registrazione partecipanti**

9.45 - **Apertura dei lavori e presentazione poster** di Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer)

10 - **Ricordo della Prof.ssa Flavia Franzoni.** Intervengono Prof.ssa Marisa Anconelli (IRESS) e Prof.ssa Laura Calzà (Fondazione Iret) alla presenza del **Prof. Romano Prodi**

10.15 - **“La fragilità che aiuta la fragilità”**, Maria Elena Baredi (Presidente ASP Cesena Valle Savio)

10.30 - **Tavola rotonda: “Caffè Alzheimer e comunità consapevoli per una concreta prospettiva di cura”.**

Paola Valota (giornalista free lance) conduce la discussione con: Manuela Berardinelli (Alzheimer Uniti Italia), Tiziano Carradori (Direttore Generale AUSL Romagna), Monica Fantini (Festival Buon Vivere Forlì/Romagna), Stefano Govoni (Università di Pavia), Mario Possenti (Federazione Alzheimer Italia), Marco Trabucchi (Fondazione Maratona Alzheimer/AIP), Nicola Vanacore (Istituto Superiore di Sanità), Luca Vecchi (Sindaco di Reggio-Emilia e Delegato welfare ANCI)

12.30 - **Presentazione del Libro: “Aiutami a ricordare, la demenza non cancella la vita”.** Stefano De Carolis dialoga con Marco Trabucchi

### 13 – Lunch

14 - **Idee innovative per i Caffè Alzheimer:** nuovi interventi non farmacologici (Sara Avanzini); il Manuale dei Caffè Alzheimer 2023 (Chiara Vecchi)



**14.30 - Caffè Alzheimer: come si inseriscono nei servizi territoriali per le persone con demenza.**

Intervengono:

Federica Boschi e Andrea Fabbo (Emilia-Romagna), Ernesto Palummeri (Liguria), Valentina Laganà (Calabria), Silvia Vettor (Veneto), Piero Secreto (Piemonte), Antonino Riolo (Friuli-Venezia Giulia), Manlio Matera (Toscana)

**...e altre esperienze:** “A breve termine” progetto teatrale per i Caffè Alzheimer - Stefano Bellavista Coop. Sillaba, A Ca’ Nostra - Emanuela Luppi Modena.

**16.30 - Il progetto di rete Caffè Alzheimer Diffuso**

Introduce Manuela Berardinelli

*Il significato del “fare rete”: il Caffè Alzheimer di San Ginesio*

Presentazione del progetto per il triennio 2024-2026, Roberta Osti (Fondazione Maratona Alzheimer), la Valutazione dei risultati Federica Limongi (Istituto di Neuroscienze CNR Padova).

**17 - L’ Impatto sociale dei progetti di rete**

Serena Miccolis (AICCON – Centro Studi Università di Bologna)

**17.20 - Conclusione lavori e arrivederci al 2024**, Stefano Boffelli (AIP)

**17.30 - Spettacolo di chiusura** per gli ospiti del progetto “La vacanza che non si dimentica”

**AREA POSTER APERTA PER TUTTA LA DURATA DEL FORUM**



## Newsletter AIP - 11 agosto 2023

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Una visita alle Zitelle
- L'anziano "scappato" a casa
- San Giovanni Paolo II e le residenze per anziani
- Marc Augé e i "non luoghi"
- Le nonne di Abraham Verghese
- Gli Ospedali di Comunità e la riduzione del loro numero
- Stefano Boffelli e l'unità della medicina

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Angelo Bianchetti e la diagnosi di demenza
- Mauro Colombo e il consueto interessante contributo: la patogenesi della demenza di Alzheimer
- Il documento OMS sul rinnovo del piano di azione globale contro le demenze

### ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Programma del 2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer (Cesenatico, 4-5 settembre)
- Save the Date "50 Sfumature di cura 2023"
- Un contributo di Dario Cannavò sulla violenza all'anziano

Rispondendo alla richiesta di alcuni lettori, ho inserito all'inizio un indice dei contenuti della newsletter, per facilitare la lettura di chi fosse interessato ad un argomento piuttosto che ad un altro. Sono peraltro convinto che la varietà degli argomenti possa attirare l'attenzione anche di chi è in vacanza. Buon Ferragosto!

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Sono stato recentemente invitato a visitare il [Centro Servizi \(RSA\) Le Zitelle, che si trova sull'isola della Giudecca a Venezia](#). Ne scrivo sia perché ho avuto l'impressione di una struttura ben guidata,

con personale di ottima qualità, dove gli ospiti vivono in modo rispettoso della loro dignità, ma anche perché sono rimasto impressionato dalla bellezza del luogo. Confina infatti con l'hotel Cipriani, uno degli alberghi più prestigiosi della città, e ne condivide la natura verde (una vigna che potrebbe produrre del vino vendibile a caro prezzo solo per l'origine e l'etichetta... a prescindere dalla qualità), la vicinanza dell'acqua della laguna, dell'isola di San Giorgio e poi l'habitat umano dell'isola, non ancora inquinato dal turismo, ma particolarmente vivo. Però, probabilmente ai lettori non interessa la descrizione della bellezza delle Zitelle e del suo giardino; io invece la richiamo perché penso a quante altre strutture per anziani non condividono un ambiente così accogliente e riposante... bello! Penso, su questo argomento, al dibattito riguardante la collocazione delle eventuali nuove RSA; si deve privilegiare l'inserimento nella città, per favorire l'apertura della struttura a chi le vive attorno, oppure è meglio collocarle in campagna, dove c'è più verde, anche se sono più faticose da raggiungere e quindi meno permeabili a chi fosse interessato ad una relazione? Spero che qualche lettore voglia spendere un minuto per rispondere a questo interrogativo; posso, però, aggiungere che un operatore delle Zitelle, interrogato in maniera informale, ha dichiarato che si accolla ben volentieri le difficoltà di trasporto per la Giudecca in cambio di un ambiente di lavoro unico al mondo!

I giornali dei giorni scorsi hanno pubblicato la notizia dell'**anziano che è fuggito nascostamente da una RSA del trentino per tornare nella sua casa**. Se la realtà è quella descritta, l'anziano signore ha realmente subito una violenza inaccettabile (realtà, peraltro, che chi scrive, conoscitore della realtà trentina, ritiene improbabile). Però il fatto ha suscitato alcune reazioni, che hanno coinvolto lo stesso modello di residenza per anziani. Ad esempio, Marina Corradi, scrittrice raffinata e mai superficiale, ha scritto su *Avvenire* del 5 agosto: "Un dubbio. Non accade che troppo facilmente si ricoverino persone cui basterebbe una badante, o anche solo l'aiuto di una portinaia, di un vicino?". Gli operatori delle residenze per anziani che ci leggono possono testimoniare che ben pochi tra gli ospiti loro affidati potrebbero restare a casa con un supporto leggero. Purtroppo, la gravità delle condizioni di salute, la presenza di un disturbo cognitivo, la solitudine, e quindi la mancanza di supporti continuativi, rendono talvolta impossibile la permanenza della persona nella propria casa. Non voglio essere estremista, ma mi sia concesso di affermare che le semplificazioni sono anche un'offesa, seppure involontaria, al lavoro di migliaia di operatori il cui lavoro è, di fatto, molto più gravoso di quello che potrebbe essere sostenuto da una badante, una portinaia, un vicino.

Un terzo intervento sul tema delle **residenze per anziani**, anche se qualcuno ritiene di criticare l'attenzione della newsletter per questo **importante ambito dell'assistenza all'anziano**.

Raccogliendo alcuni vecchi articoli per la preparazione di un volume, mi sono imbattuto in un testo del 1999 di San Giovanni Paolo II che non ricordavo. Il grandissimo Papa ha scritto, dopo aver affermato che l'ideale resta la permanenza dell'anziano in famiglia: "Ci sono situazioni in cui le circostanze stesse consigliano o impongono l'ingresso in case per anziani, perché gli anziani possano godere della compagnia di altre persone e usufruire di un'assistenza specializzata. Tali istituzioni sono lodevoli e l'esperienza dice che possono rendere un servizio prezioso, nella misura in cui si ispirano a criteri non solo di efficienza organizzativa, ma anche di affettuosa premura". Dedico queste

parole del santo, grande Papa, ai proclami di alcuni recenti soloni, inconsapevoli di quanta verità esse contengono.

**Luisa Bartorelli ha inviato un pensiero attorno all'opera di Marc Augé; le residenze per anziani non devono essere "non luoghi", secondo la definizione del grande filosofo francese.** Personalmente sono molto affezionato al pensiero di Achille Ardigò sui "mondi vitali", che sono, appunto, l'opposto dei "non luoghi". "Caro Marco, come saprai, poco tempo fa è arrivata dalla Francia la notizia che il filosofo e antropologo Marc Augé ci ha lasciato, all'età di 88 anni. Mi ha sempre affascinato la sua definizione di 'non luoghi', data a più o meno grandi spazi, nei quali l'umano rischia di perdere identità. Augé prendeva di mira soprattutto supermercati, aeroporti e altri luoghi affollati, dove si muove un'umanità omologata da interessi suggeriti e da scopi uniformi, ma le sue osservazioni mi hanno spesso fatto pensare, da geriatra, alla vita degli anziani fragili nelle RSA, o comunque in troppe RSA del nostro territorio, dove al centro non c'è la persona, ma un'organizzazione con le sue regole dettate da un implacabile pragmatismo. Non si tratta qui di parlare delle strutture dove si perpetrano offese e violenze agli anziani ricoverati, atti delinquenziali che ogni tanto invadono di orrore la cronaca, ma di situazioni di routine, che non muovono la nostra indignazione e davanti alle quali piuttosto rimaniamo indifferenti. Eppure, vediamo stanze anonime, lunghi corridoi scanditi qua e là da carrelli e carrozzine, soggiorni squallidi senza colori, sale da pranzo dagli odori stantii; orari adeguati ai compiti organizzativi e non a una normale vita quotidiana, personale spesso non formato o comunque non supportato in itinere nella difficile relazione con un anziano fragile, di frequente con danno cognitivo. Mi piace ricordare che AIP si è autorevolmente pronunciata anche su questi argomenti nella lapidaria Carta di Padova sulla solitudine, che tra l'altro recita: 'Occorre impegnare le comunità a eliminare le cause e a identificare i luoghi della solitudine per meglio combatterla'. Chi dunque più di noi può impegnarsi a personalizzare quelle stanze, colorare gli ambienti, progettare attività stimolanti che favoriscano relazioni significative e fornire al personale gli strumenti per farlo, per evitare, insomma, che le residenze diventino un 'non luogo'?"

*Lancet* del 10 giugno ha pubblicato **un'ampia recensione al volume di Abraham Verghese "The Covenant of Water"**. Il volume, tradotto anche in Italia come "Il patto dell'acqua", è stato un enorme successo negli USA e sta raggiungendo una buona diffusione anche nel nostro paese. L'autore ha dichiarato: "Mi sono sempre ispirato a entrambe le mie nonne, che hanno vissuto una vita tranquilla e non sbandierata e quindi il mondo non ha mai saputo quanto fossero eroiche e straordinarie; sono andate avanti in qualche modo, nonostante le grandi difficoltà, hanno ispirato i loro figli e sono state amate nelle loro comunità. Nel piccolo mondo che occupavano erano eroiche". Il grande scrittore, medico famoso, ha descritto un ruolo delle nonne che condividiamo e ammiriamo. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01137-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01137-6/fulltext)]

Ho ricevuto da **Joumana Bakri e Roberto Borin**, colleghi che hanno steso il documento sugli Ospedali di Comunità che abbiamo diffuso come AIP nel gennaio 2022, **la mail che riporto di seguito**.

"La notizia che è stato deciso di **ridurre il numero di ospedali di comunità finanziati con il PNRR ci riempie di preoccupazione**. Non vogliamo ripetere quanto abbiamo sostenuto nel documento AIP, riguardante l'importanza del servizio per ridurre la fatica di vivere degli anziani e per migliorare il

loro stato di salute. Ci sembra però impossibile che non si apprezzi, in particolare, la riduzione dei ricoveri ospedalieri nel momento in cui sempre più spesso si registra da una parte un aumento ingestibile del lavoro del pronto soccorso e, dall'altra, difficoltà crescenti nella dimissione.

Dopo la dismissione di tutte le UU.OO. di Lungodegenza e la consistente contrazione dei pl di riabilitazione, la programmazione nazionale e regionale ha previsto un piano di realizzazione di posti letto di Cure Intermedie, nello specifico gli Ospedali di Comunità (e nel Veneto anche le Unità di Riabilitazione Territoriali), con un numero totale di pl significativamente minore rispetto a quelli disattivati, con l'obiettivo di affrontare con modalità più agili e meno dispendiose la post-acuzie, sia derivante da ricoveri in UU.OO per acuti che dal domicilio.

La mancata sincronizzazione tra la dismissione dei posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione e la realizzazione e attivazione delle nuove strutture, ha portato alla situazione che ogni Direttore dell'area medico-geriatrica, di Pronto Soccorso, ma anche di area chirurgica-ortopedica, può descrivere con dovizia di particolari. Infatti, le UU.OO. ospedaliere lavorano tra l'assillo di restare nei tempi medi di degenza imposti dagli obiettivi aziendali, la pressione del PS di accogliere nuovi pazienti acuti che vi stazionano anche per più giorni e la difficoltà che insorgono nella dimissione di pazienti non ancora stabilizzati, con fragilità non risolvibili negli 8-10 giorni previsti. Uno sguardo sull'utilizzo dei pl in OBI del Pronto Soccorso può chiarire quanti pazienti stazionino in attesa di un ricovero o di una soluzione residenziale alternativa, difficilmente disponibile nei tempi che sarebbero accettabili. Si può avere ulteriore conferma della drammaticità dell'attuale organizzazione, se si studia il numero di re-ricoveri e soprattutto dei tempi tra un accesso e l'altro all'ospedale; in taluni casi di pazienti anziani molto compromessi, si verificano accessi a 'porta girevole' tra domicilio-PS-domicilio-PS. In tale contesto, dobbiamo considerare che la medicina generale, che sta affrontando una drammatica carenza di medici peraltro prevedibile già 20 anni fa anche da chi avesse avuto delle nozioni contabili di base, rende sempre più arduo gestire le riacutizzazioni a domicilio, che nemmeno le cospicue risorse previste dal PNRR per l'assistenza domiciliare potranno risolvere. Infine, sbaglia chi ritiene che la post-acuzie possa comunque essere affrontata nelle RSA, che già soffrono di una contrazione dei pl per le carenze di personale post Covid, ma anche perché organizzate per la gestione della cronicità. In questo scenario, i ritardi nella realizzazione degli Ospedali di Comunità sono insopportabili dal sistema, oltre che indifendibili e dannosi. La post-acuzie e l'indispensabilità di strutture che possano farsene carico non può trovare soluzione in progettazioni di poco probabile e celere attuazione o con proclami in particolari momenti politici. La sofferenza dei pazienti dimessi precocemente, con grandi bisogni e lo sconcerto delle famiglie, stanno diventando ingiuste e immorali. Non è peraltro di conforto vedere alcune progettazioni previste a breve, dove l'assistenza medica viene declassata a pura presenza generica; difficile non pensare che strutture di questo tipo diverranno parte delle 'porte girevoli'."

**Stefano Boffelli ha inviato un pezzo di grande interesse, che propone una visione diversa del rapporto tra sanità e assistenza.** Alcuni forse non saranno d'accordo, ma l'idea che siano anche i bisogni assistenziali a stimolare l'attenzione della sanità sul tema degli anziani fragili è particolarmente stimolante. Una visione straordinariamente moderna!

"È documentato che **l'assistenza sanitaria contribuisce per circa il 20% alla salute di una persona, mentre i fattori sociali ed economici contribuiscono per il doppio.** L'effetto sostanziale dei bisogni

sociali sulla salute ha portato a un maggiore interesse per lo screening e la risposta ai bisogni sociali all'interno delle strutture sanitarie ed assistenziali, anche informali, come i Caffè Alzheimer. Nel maggio 2023, alcuni autori (Basu et al, *JAMA Internal Medicine*) hanno creato una simulazione rappresentativa a livello nazionale statunitense per stimare il costo dello screening e la risposta alla necessità dei servizi, in 4 domini chiave (cibo, trasporto, alloggio e coordinamento dell'assistenza) tra i pazienti visitati dai medici delle cure primarie. Hanno scoperto che il costo dello screening dei bisogni, e gli interventi per risolvere questi problemi fondamentali all'interno dell'assistenza sanitaria, aveva una copertura economica per meno della metà del costo totale, soprattutto tra i pazienti che vivono in quartieri ad alta povertà e con bassa possibilità di accesso ai servizi. Tale condizione è riscontrabile anche nel nostro Paese e nell'Europa occidentale. Inoltre, è probabile che il sommerso sia molto superiore all'emerso: sappiamo per esperienza che alcuni pazienti temono lo stigma di rivelare un bisogno sociale, e che le richieste di presa in carico (formale o informale che sia), possono più stressare che aiutare malato o caregiver, soprattutto se poi non viene attuata un'azione significativa di presa in carico globale.

Inoltre, **malato e caregiver cercano risposte in altre aree sanitarie dove diventa più difficile mappare i bisogni sanitari ed assistenziali**, come i dipartimenti di emergenza e le strutture di ospedaliere per acuti. È più probabile che i pazienti con un rischio sociale più elevato e bisogni maggiori si presentino nelle strutture del pronto soccorso rispetto che alle cure primarie e alle cure territoriali. In questi contesti, è ancora più difficile quantificare i bisogni delle persone, e sviluppare programmi utili ed efficienti.

Tuttavia, se almeno il 40% del benessere delle persone dipende da fattori di base della nostra vita (cibo, trasporto, alloggio e coordinamento dell'assistenza), come può il settore sanitario, costoso e specializzato, rispondere ai bisogni sociali dei pazienti?

Probabilmente, **gli operatori sanitari devono interrogarsi sulle questioni sociali nel perseguimento della diagnosi e del trattamento** (ad esempio, quale è l'ambiente abitativo idoneo per il paziente con asma innescato dall'inquinamento ambientale? C'è qualcuno a casa che aiuti la persona anziana con demenza?). È sufficiente somministrare un farmaco per rallentare la perdita cognitiva nella demenza, oppure i sanitari dei CDCD devono preoccuparsi anche di organizzare e coordinare il benessere clinico-sociale ed economico dei loro assistiti? Ad esempio: coordinare i trattamenti non farmacologici cognitivi, il supporto psicologico ai familiari, l'invio ai servizi sociali, l'attivazione dei sistemi di sostegno economico (assegno di accompagnamento, misure economiche regionali di assistenza), il contatto coi Caffè Alzheimer ed i Centri Diurni, ecc.

Rischiamo di lasciare soli malati e caregiver, in una giungla di problemi e di soluzioni non a portata di mano (anzi, spesso ben nascosti o difficili amministrativamente da perseguire). Senza alloggio, cibo e trasporti adeguati, molti pazienti non possono né essere curati né avere all'accesso ai servizi assistenziali necessari.

**L'assistenza sanitaria può essere un punto di ingresso per l'accesso ai servizi sociali.** Lo stesso possono fare i professionisti nei Caffè Alzheimer e nel territorio. Aiutare i pazienti a comprendere la loro ammissibilità ai servizi, fornire supporto per navigare nel complesso sistema dei servizi sociali potrebbe essere un ruolo chiave per l'assistenza sanitaria.

Infatti, **se si effettuasse regolarmente uno screening dei bisogni sociali, questo potrebbe portare allo sviluppo di percorsi per aiutare i pazienti in modo significativo.** I malati ed i loro caregiver ne

trarrebbero beneficio, ed i professionisti della salute (anche quelli dei CDCD) potrebbero rilevare efficaci ricadute cognitive, cliniche, funzionali.

Questo cambiamento direzionale nell'assistenza sanitaria è fondamentale; abbiamo l'opportunità promuovere una assistenza completa ai pazienti affrontando i loro bisogni sociali, con una evidente ricaduta sullo stato di salute”.

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

### Angelo Bianchetti interviene dall'alto di una grandissima esperienza sul dibattito riguardante la diagnosi di demenza.

“La recente **revisione dei criteri per la diagnosi di malattia di Alzheimer proposta del National Institute on Aging e dal gruppo di lavoro dell'Alzheimer's Association** (NIA-AA) ha aperto un dibattito fra gli esperti (<https://aaic.alz.org/nia-aa.asp>). In questo documento, presentato alla recente Alzheimer's Association International Conference (AAIC) di Amsterdam, viene proposto un aggiornamento dei criteri pubblicati nel 2018. La malattia di Alzheimer viene ora definita come una condizione biologica, mentre gli elementi clinici (deficit cognitivi, disturbi psico comportamentali e alterazioni funzionali) vengono utilizzati solo per definire le fasi di gravità della malattia. Questo approccio nasce dalla ampia diffusione e disponibilità di marcatori biologici (la cui affidabilità non è però sempre confermata) e soprattutto dalla recente introduzione di marcatori biologici plasmatici (più facilmente utilizzabili) <sup>1</sup>. La spinta verso una diagnosi precoce di malattia viene certamente anche dallo sviluppo di farmaci in grado, almeno in parte, di rallentare l'evoluzione della malattia di Alzheimer agendo sui meccanismi amiloidogenici (fra questi aducanumab, solanezumab, donanemab), che richiedono quindi un utilizzo precoce (anche se si tratta di farmaci il cui rapporto efficacia/sicurezza è ancora oggetto di dibattito) <sup>2</sup>.

I criteri proposti dal NIA-AA **non tengono però in conto in modo adeguato del ruolo dei fattori che influenzano lo sviluppo del deficit cognitivo**, oltre al deposito di amiloide e alle sue conseguenze, quali le malattie somatiche, la fragilità, i fattori legati alla storia personale (educazione, lavoro, ecc.), che agiscono in vario modo modulando le manifestazioni cliniche e rallentandone la comparsa <sup>3</sup>.

Un recente lavoro ha dimostrato che soggetti affetti da infarto miocardico seguiti per circa 20 anni vanno incontro a un più rapido declino delle funzioni cognitive rispetto a chi non ha avuto l'infarto, confermando il ruolo di variabili extra cerebrali (ed extra-alzheimeriane) nella genesi del deficit cognitivo <sup>4</sup>.

**L'approccio solo biologico ha da tempo aperto il dibattito sulla opportunità di una diagnosi precoce di malattia**, che determina conseguenze personali e sociali difficilmente controllabili <sup>5</sup>. Vanno inoltre considerate le rilevanti ricadute di tipo economico in un sistema socio sanitario che non tiene in adeguata considerazione i bisogni delle persone affette da demenza e delle loro famiglie e, in larga parte, ancora non è in grado di raggiungere gli obiettivi minimi di una attività di prevenzione, cura e assistenza” <sup>6</sup>.

1) Thijssen EH, Verberk IMW, Kindermans J, et al. Differential diagnostic performance of a panel of 940 plasma biomarkers for different types of dementia. *Alzheimers Dement* (Amst). 941 2022;14(1):e12285

2) Widera EW, Brangman SA, Chin NA. Ushering in a New Era of Alzheimer Disease Therapy. *JAMA*. 2023 Jul 17. doi: 10.1001/jama.2023.11701. Epub ahead of print.

- 3) Pettigrew, C., Nazarovs, J., Soldan, A. et al. Alzheimer's disease genetic risk and cognitive reserve in relationship to long-term cognitive trajectories among cognitively normal individuals. *Alz Res Therapy* 15, 66 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01206-9>
- 4) Johansen MC, Ye W, Gross A, Gottesman RF, Han D, Whitney R, Briceño EM, Giordani BJ, Shore S, Elkind MSV, Manly JJ, Sacco RL, Fohner A, Griswold M, Psaty BM, Sidney S, Sussman J, Yaffe K, Moran AE, Heckbert S, Hughes TM, Galecki A, Levine DA. Association Between Acute Myocardial Infarction and Cognition. *JAMA Neurol.* 2023 Jul 1;80(7):723-731.
- 5) Langa KM, Burke JF. Preclinical Alzheimer Disease—Early Diagnosis or Overdiagnosis? *JAMA Intern Med.* 2019;179)
- 6) *The Lancet Neurology.* Time to get serious about the Global Action Plan on dementia. *Lancet Neurol.* 2023 Aug; 22(8):643.

Questo pezzo di Bianchetti apre una discussione che certamente sarà centrale nei prossimi mesi, in particolare per **la difesa del ruolo della clinica di fronte alla tecnologia**. Siamo disposti a rinunciare alla relazione e alla singolarità dei processi diagnostici in cambio di dati che richiedono meno investimento di tempo e di cultura clinica? Il tutto diverrà sempre più delicato con il velocissimo progresso dell'intelligenza artificiale; non possiamo distrarci nel prossimo futuro, per evitare che le soluzioni più veloci e meno costose soppiantino il nostro ruolo di "operatori umani" della salute.

**Mauro Colombo** continua la collaborazione anche nel periodo estivo. Ho espresso solidarietà alla sua famiglia perché la **scrittura, sempre varia e articolata, delle sue considerazioni** sottrae tempo agli affetti; mi ha risposto in maniera articolata che la sua famiglia, a cominciare dalla figlia medico, non sono egoiste.... Che famiglia! Il testo che segue presenta in modo schematico e facilmente comprensibile una problematica che da qualche anno domina la discussione sull'origine delle demenze.

"Nello 'angolo' riportato sulla newsletter del 4 agosto, avevo anticipato il riferimento ad un articolo originale, pubblicato a metà luglio su *Lancet Neurology* [1], ripetutamente richiamato nel commento che Giovanni Frisoni aveva pubblicato sul medesimo numero della rivista [2]: commento che in quanto tale era stato l'oggetto delle mie righe.

Per parlare di tale articolo, comincio dalla coda: verso la fine della conclusione, si dichiara esplicitamente che il modello ['canonico' (cascata amiloide)] non è sbagliato ma è incompleto. Poco prima, all'inizio del paragrafo sulle conclusioni, venivano indicate prove, recenti e stringenti, a favore della ipotesi canonica.

In uno studio pubblicato in linea da *JAMA* nel luglio 2022 [3 §], si ricorda che dal 2018 vigono criteri di ricerca per la malattia di Alzheimer che compendiano il biomarcatore tau (T) affianco alla  $\beta$  amiloide (A); il biomarcatore 'neurodegenerazione' (N) viene aggiunto per stadiare la gravità. La doppia positività A e T depone per il costrutto biologico di 'malattia di Alzheimer', anche in asintomaticità: in questo caso specifico, si parla di malattia di Alzheimer 'pre-clinica'. Permane tuttavia incertezza sul significato predittivo dei biomarcatori A e B, dato che sinora sono stati condotti studi trasversali, e d'altra parte approssimativamente il 20% degli anziani scevri da deterioramento cognitivo manifestano livelli abnormi di  $\beta$  amiloide (A  $\beta$ ). Una ampia collaborazione tra centri di ricerca di 3 continenti ha affrontato la questione indagando 4 coorti indipendenti, che hanno assommato a 580 soggetti di ambo i sessi, di età media compresa tra 67 e 76 anni, di sesso femminile

tra metà e  $\frac{3}{4}$  dei casi, inizialmente cognitivamente integri, seguiti per 2 – 3 anni. La classificazione nei 4 gruppi derivanti dalla combinazione di A e T [A+T+ / A+T- / A-T+ / A-T-] è derivata dalla tomografia ad emissione di positroni sia per la  $\beta$  amiloide (a livello globale) che per la tau (su una ampia regione temporale); la ulteriore classificazione rispetto alla neurodegenerazione [N + / -] è avvenuta misurando lo spessore della corteccia tramite risonanza magnetica nucleare condotta nuovamente su una ampia regione temporale. La progressione verso una condizione di deterioramento cognitivo lieve [MCI (bersaglio primario)] è occorsa tra il 33% e lo 83% dei casi – a seconda delle coorti – nel gruppo A+T+, contro il 20% dei soggetti appartenenti agli 3 gruppi di biomarcatori. La progressione si verificava tra il 43% ed il 100% degli individui A+T+N+. In tutte le 4 coorti, gli anziani A+T+ presentavano un maggior declino cognitivo, in prospettiva longitudinale #. Nel novembre 2022, Nature Medicine [4 \$] ha riferito di una indagine multicentrica su 1 325 partecipanti di ambo i sessi e di età paragonabile alle precedenti, anche essi cognitivamente integri, osservati per 3 – 5 anni. Rispetto al gruppo di riferimenti A-T-, i soggetti A+T+ presentavano un rischio di evolvere in deterioramento cognitivo lieve [MCI (mild cognitive impairment)] compreso tra 19 e 14 volte maggiore [rispettivamente per Tau presente nella neocorteccia temporale o nel lobo temporale mediale]; il rischio era di 2,4 volte nei partecipanti A+T-. Una più rapida evoluzione verso la medesima destinazione si riscontrava con rischi di 8 e 6 volte, nei 2 rispettivi sottogruppi A+T+, nei confronti dei soggetti A+T-. In tutti i soggetti A+ il declino cognitivo avanzava più rapidamente che negli A-; lo stesso vale per entrambi i sottotipi A+T+ rispetto ai partecipanti A+T-. Circa metà dei partecipanti A+T+ esitavano in MCI o demenza, contro il 3% di quelli A-T-.

Ancora, alla deposizione della  $\beta$  amiloide – al netto dell'accumulo di proteina Tau – può venire attribuito un declino cognitivo, particolarmente nelle funzioni cognitive, magari per effetto diretto sulle sinapsi. Viene poi sottolineata la unidirezionalità nelle associazioni 3 tra  $\beta$  amiloide e Tau (relativamente più forte), neurodegenerazione (più debole) ed impoverimento cognitivo (la più flebile). Tau si porrebbe come mediatore tra  $\beta$  amiloide e neurodegenerazione, mentre quest'ultima fungerebbe da mediatore (parziale) tra Tau e cognitivtà.

Quanto alla proteina Tau, sue deposizioni sproporzionalmente elevate rispetto a quelle in  $\beta$  amiloide vengono riscontrate frequentemente alle scansioni con emissioni di positroni (PET) nelle persone anziane, ma in questo caso sono usualmente limitate al lobo temporale mediano, associandosi a neurodegenerazione e calo nella memoria. In ogni caso, la taupatia primaria età – correlata [primary age-related tauopathy (PART)] sembra essere biologicamente distinta, più lieve e più lentamente progressiva rispetto alla malattia di Alzheimer. Viceversa deposizioni marcate in Tau diffuse in tutta la neocorteccia sono usualmente accompagnate ad accumuli importanti anche in  $\beta$  amiloide, e si associano a deterioramenti cognitivi severi e progressivi.

Ciononostante, la ipotesi amiloide potrebbe risultare inadeguata per indicare esiti terapeutici coerenti e clinicamente rilevanti. La complessità ed i limiti di tale ipotesi pone un problema tanto concettualmente severo quanto metodologicamente improbo: in uno specifico individuo, o nel campione di una popolazione, quanto conta la cascata amiloide, rispetto ad altri processi quali le patologie compresenti, la (neuro)infiammazione, fattori protettivi [resistenza / resilienza] e genetici, fino alla tempistica degli interventi terapeutici. Quelli rivolti a ridurre il carico amiloide potrebbero portare a risultati profondamente differenti, a seconda della combinazione degli elementi sopra indicati.

Dobbiamo infatti considerare che i riscontri autoptici –specialmente nelle persone più anziane– dallo 80% al 100% dei casi hanno trovato una patologia mista: non solo malattia di Alzheimer, ma anche varie quote di vasculopatia varia –compresa la angiopatia amiloide, corpi di Lewy/sinucleinopatie, sclerosi ippocampale, granuli argirofili, encefalopatia TDP-43. La encefalopatia TDP-43 età – correlata a prevalenza limbica [limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE)] è stata trovata approssimativamente nella metà di circa 6 000 analisi post-morte. Se da una parte nei casi di demenza ad esordio senile la assenza di amiloide è rara, d'altra parte – come ci indica l'esame neuropatologico condotto su 1164 persone seguite per 24 anni – la combinazione di 11 indici patologici rendeva conto solo del 43% del declino cognitivo in tarda età, mediante modelli lineari ad effetti misti. Sempre la statistica ci soccorre a sostenere i 'fattori legati all'ospite' quali la resistenza e la resilienza: i valori delle correlazioni più forti [quelle tra  $\beta$  amiloide rilevata alla PET e deposizione di Tau] rimangono compresi tra 0,2 e 0,7.

Possiamo quindi concludere che sia il modello fisiopatologico neuro-cognitivo 'complesso' che quello 'probabilistico' [§] ci indicano che occorre compiere ancora molta strada per raggiungere un 'profilo di rischio individuale'."

# vedi "angolo" nella newsletter del 21/10/2022, dove si dava conto anche dell'editoriale di riferimento

[§] vedi "angolo" nella newsletter del 4-8-23

§ gli articoli contrassegnati con "\$" sono ad accesso libero

[1] Jagust, W. J., Teunissen, C. E., & DeCarli, C. (2023). The complex pathway between amyloid  $\beta$  and cognition: implications for therapy. *The Lancet. Neurology*, S1474-4422(23)00128-X. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00128-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00128-X)

[2] Frisoni G. B. (2023). Complexity is the simple truth about Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, S1474-4422(23)00176-X. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00176-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00176-X)

[3 §] Strikwerda-Brown, C., Hobbs, D. A., Gonneaud, J., St-Onge, F., Binette, A. P., Ozlen, H., Provost, K., Soucy, J. P., Buckley, R. F., Benzinger, T., Morris, J. C., Villemagne, V. L., Doré, V., Sperling, R. A., Johnson, K. A., Rowe, C. C., Gordon, B. A., Poirier, J., Breitner, J., Villeneuve, S., ... PREVENT-AD, HABS, and AIBL Research Groups (2022). Association of Elevated Amyloid and Tau Positron Emission Tomography Signal With Near-Term Development of Alzheimer Disease Symptoms in Older Adults Without Cognitive Impairment. *JAMA neurology*, 79(10), 975–985. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.2379>

[4 §] Ossenkoppele, R., Pichet Binette, A., Groot, C., Smith, R., Strandberg, O., Palmqvist, S., Stomrud, E., Tideman, P., Ohlsson, T., Jögi, J., Johnson, K., Sperling, R., Dore, V., Masters, C. L., Rowe, C., Visser, D., van Berckel, B. N. M., van der Flier, W. M., Baker, S., Jagust, W. J., ... Hansson, O. (2022). Amyloid and tau PET-positive cognitively unimpaired individuals are at high risk for future cognitive decline. *Nature medicine*, 28(11), 2381–2387. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02049-x>

Un editoriale di *Lancet Neurology* di agosto discute criticamente le ragioni per le quali **il documento del OMS pubblicato nel 2017 "Global Action Plan on the public health response to dementia" è stato trascurato dai governi di tutti i paesi, per cui l'Alzheimer Disease Association ha proposto che venga prolungato di altri 5 anni fino al 2029**. È un tema da analizzare criticamente: perché così

poco interesse pubblico per una condizione tipica del nostro tempo e delle sue ambiguità?  
[[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(23\)00248-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(23)00248-X/fulltext)]

#### **ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

In allegato è possibile leggere il programma del **2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer** che si terrà **a Cesenatico il 4-5 settembre**. AIP dedica attenzione anche a questo aspetto particolare dell'assistenza alle persone affette da demenza perché ritiene **doveroso offrire ai malati e alle loro famiglie servizi diversi**, tra i quali sia possibile scegliere quelli ritenuti più consoni allo specifico bisogno di ciascuno.

Ritorna il tradizionale **incontro di Treviso che affronta le problematiche più vive del mondo delle residenze per anziani**. Accludiamo il primo annuncio delle **"50 Sfumature di cura 2023"**.

In allegato sono riportate le considerazioni di **Dario Cannavò, collega dell'AIP siciliana**, riguardanti un problema delicato, sul quale ci siamo ripetutamente soffermati, **la sicurezza degli anziani**.

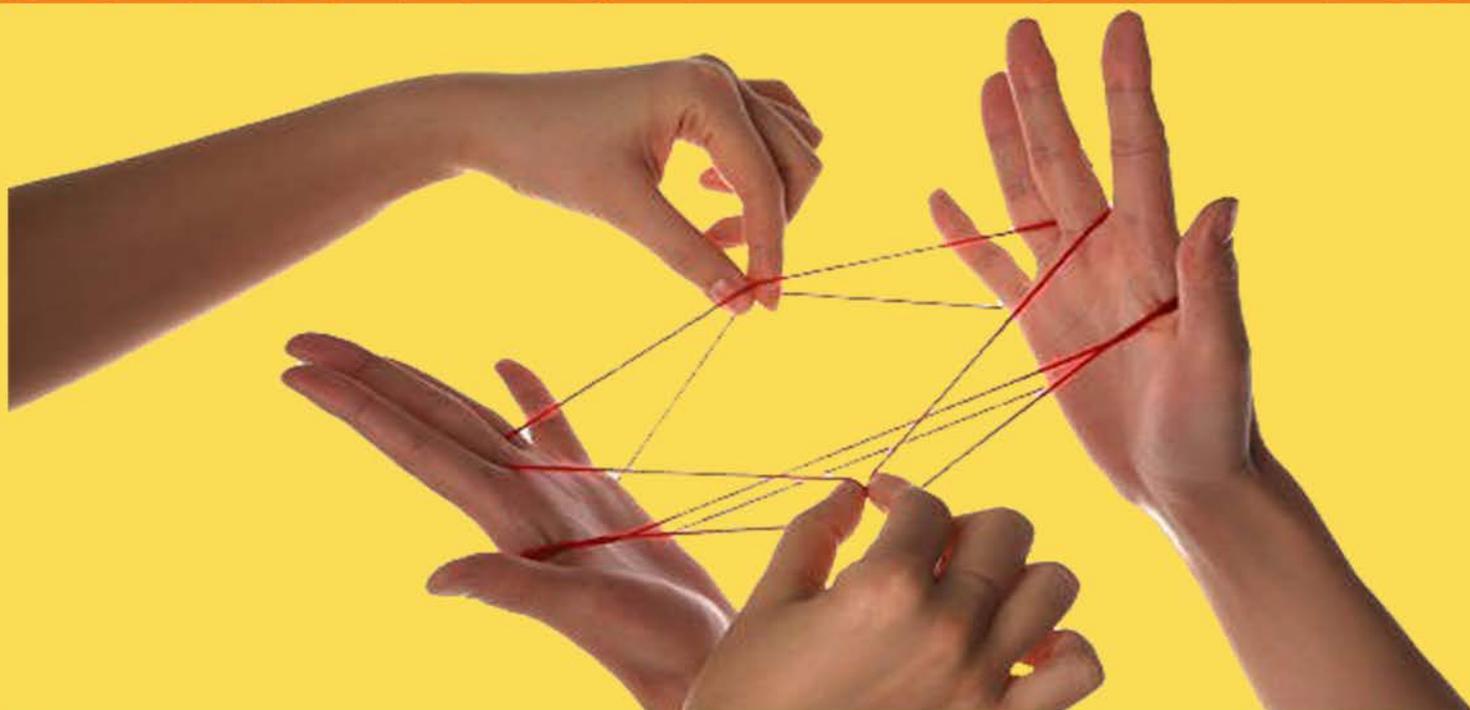
Un augurio di buone vacanze e un pensiero a chi lavora, forse in un posto non così bello come l'isola della Giudecca...

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

# 50 SFUMATURE di CURA 2023

4° Edizione

## COMUNITÀ di DESTINO



### SAVE THE DATE

giovedì 12 - venerdì 13 ottobre

Auditorium Fondazione Cassamarca  
Piazza delle Istituzioni, 7 Treviso

giovedì 12, 9.30-13.00

venerdì 13, 9.30-13.00

### Perché facciamo questo lavoro?

Il lavoro di Cura  
e i lavoratori della Cura

giovedì 12, 14.30-17.30

### L'Italia dà i numeri

Dall'evidenza dei numeri  
alle possibili soluzioni

venerdì 13, 14.30-17.30

### Salviamo il futuro!

Sette idee di futuro

### Connessioni

Creare comunità...attraverso connessioni  
umane, inclusive e solidali

Promosso da



50sfumaturedicura@israa.it

In collaborazione



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA



ALZHEIMER  
UNITI ITALIA  
ONLUS



UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI  
E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE  
DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI



## 2<sup>a</sup> Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer

4-5 settembre 2023 | Colonia Agip - Cesenatico

### Fragilità che aiuta la fragilità: il ruolo dei Caffè Alzheimer

Una visione condivisa per il futuro dei Caffè Alzheimer.

In collaborazione con ***l'Associazione Italiana di Psicogeriatría***.

### Aspettando il Forum - Lunedì 4 settembre

11 - 12 - **Conferenza Stampa** d'apertura evento Maratona Alzheimer 2023

16 - **Vacanze inclusive Adriatico - Cesenatico: presentazione del progetto Europeo Interreg Italia-Croazia.**

Video introduttivo realizzato da AFAM Marche: **la Vacanza a Cesenatico.**

Ne parlano: Matteo Gozzoli (Sindaco Comune di Cesenatico) Gelsomina Macchitella (Comune di Brindisi), Silvio Mini (Comune di Cesenatico), Giorgia Battelli (Fondazione Maratona Alzheimer), Manuela Berardinelli (AFAM Marche – Alzheimer Uniti Italia), Emanuela Luppi (Alzheimer Emilia-Romagna), Annalena Ragazzoni (GAFA Carpi), Sauro Vicini (Clust-ER)

17 - **Presentazione del libro “Andar per colonie estive”** di Stefano Pivato il Mulino – con Antonio Lombardi (giornalista del Corriere Romagna)

17.30 – **Cesena: il primo progetto italiano di giardino terapeutico Alzheimer in un parco pubblico.** Promosso da Fondazione Maratona Alzheimer con il sostegno di ANAP – Confartigianato, in collaborazione con il Comune di Cesena.

Intervengono:

Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer), Enzo Lattuca (Sindaco di Cesena), Andrea Mati (Studio Mati), Andrea Melendugno (Opera della Provvidenza), Stefano Bernacci (Segretario Confartigianato Cesena)

18.30 – **Aperitivo con Visita alla Colonia Agip e Concertino Jazz**

## 2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer - Martedì 5 settembre

### 9 - **Registrazione partecipanti**

9.45 - **Apertura dei lavori e presentazione poster** di Stefano Montalti (Presidente Fondazione Maratona Alzheimer)

10 - **Ricordo della Prof.ssa Flavia Franzoni.** Intervengono Prof.ssa Marisa Anconelli (IRESS) e Prof.ssa Laura Calzà (Fondazione Iret) alla presenza del **Prof. Romano Prodi**

10.15 - **“La fragilità che aiuta la fragilità”**, Maria Elena Baredi (Presidente ASP Cesena Valle Savio)

10.30 - **Tavola rotonda: “Caffè Alzheimer e comunità consapevoli per una concreta prospettiva di cura”.**

Paola Valota (giornalista free lance) conduce la discussione con: Manuela Berardinelli (Alzheimer Uniti Italia), Tiziano Carradori (Direttore Generale AUSL Romagna), Monica Fantini (Festival Buon Vivere Forlì/Romagna), Stefano Govoni (Università di Pavia), Mario Possenti (Federazione Alzheimer Italia), Marco Trabucchi (Fondazione Maratona Alzheimer/AIP), Nicola Vanacore (Istituto Superiore di Sanità), Luca Vecchi (Sindaco di Reggio-Emilia e Delegato welfare ANCI)

12.30 - **Presentazione del Libro: “Aiutami a ricordare, la demenza non cancella la vita”.** Stefano De Carolis dialoga con Marco Trabucchi

### 13 – Lunch

14 - **Idee innovative per i Caffè Alzheimer:** nuovi interventi non farmacologici (Sara Avanzini); il Manuale dei Caffè Alzheimer 2023 (Chiara Vecchi)



**14.30 - Caffè Alzheimer: come si inseriscono nei servizi territoriali per le persone con demenza.**

Intervengono:

Federica Boschi e Andrea Fabbo (Emilia-Romagna), Ernesto Palummeri (Liguria), Valentina Laganà (Calabria), Silvia Vettor (Veneto), Piero Secreto (Piemonte), Antonino Riolo (Friuli-Venezia Giulia), Manlio Matera (Toscana)

**...e altre esperienze:** “A breve termine” progetto teatrale per i Caffè Alzheimer - Stefano Bellavista Coop. Sillaba, A Ca’ Nostra - Emanuela Luppi Modena.

**16.30 - Il progetto di rete Caffè Alzheimer Diffuso**

Introduce Manuela Berardinelli

*Il significato del “fare rete”: il Caffè Alzheimer di San Ginesio*

Presentazione del progetto per il triennio 2024-2026, Roberta Osti (Fondazione Maratona Alzheimer), la Valutazione dei risultati Federica Limongi (Istituto di Neuroscienze CNR Padova).

**17 - L’ Impatto sociale dei progetti di rete**

Serena Miccolis (AICCON – Centro Studi Università di Bologna)

**17.20 - Conclusione lavori e arrivederci al 2024**, Stefano Boffelli (AIP)

**17.30 - Spettacolo di chiusura** per gli ospiti del progetto “La vacanza che non si dimentica”

**AREA POSTER APERTA PER TUTTA LA DURATA DEL FORUM**

## **ANZIANI E IL DIRITTO DELLA SICUREZZA**

### **Dario Cannavò**

La sicurezza è un diritto di tutti i cittadini, sancito dalla nostra Costituzione. La sicurezza è anche un "sentire", la percezione di sentirsi sicuri. Ciò è tanto più vero per quelle categorie di persone come gli anziani che, in ragione della loro vulnerabilità, sono destinatari di truffe, aggressioni e raggiri, fenomeni purtroppo in crescita, soprattutto nel periodo estivo, conseguenti a numerosi fattori tra cui il diradarsi delle relazioni parenterali e di vicinato, spesso causa della solitudine in cui vivono molti anziani.

Per queste persone la truffa o il raggio, oltre al danno economico che comportano, rappresentano anche un vero e proprio motivo di sofferenza psicologica che incide sulla qualità di vita. A causa di questo vi è il pericolo che gli anziani si chiudano ancor di più in loro stessi e ciò ne compromette l'autonomia.

La posizione degli anziani rispetto alla sicurezza è stata spesso ricondotta in letteratura alla vulnerabilità tipica dell'età senile, sia riguardo l'aspetto soggettivo della sicurezza, sia rispetto al rischio oggettivo di vittimizzazione.

La paura concreta di essere vittime di un determinato reato in maniera diretta si manifesta con l'adozione di comportamenti di evitamento e/o di protezione. La paura astratta invece porta le persone a ritenere un problema in sé grave, indipendentemente dalla sua concretezza; si tratta pertanto di una forma di paura fortemente condizionata dalle opzioni ideologiche di un individuo, dalla sua visione del mondo e non necessariamente ancorata a dati di conoscenza.

Una persona anziana può temere maggiormente le aggressioni in conseguenza del proprio decadimento fisico oppure può sentirsi più vulnerabile per ragioni culturali e sociali, legate per esempio all'indebolirsi delle protezioni offerte dal sistema di welfare.

Quanto al rischio oggettivo di essere vittima di qualche reato, la popolazione anziana ha un tasso di vittimizzazione piuttosto basso per numerose forme di criminalità. Le mura domestiche, infatti, rappresentano una indubbia protezione rispetto ai reati che si verificano per strada e, poiché gli anziani tendono ad avere uno stile di vita piuttosto ripetitivo e con scarsa esposizione al rischio, il loro tasso di vittimizzazione si abbassa, tuttavia peggiora la condizione di isolamento e di solitudine. È evidente che gli anziani in molte realtà rappresentino una quota "trascurata" dall'attenzione istituzionale, perché gli interventi sulla sicurezza hanno spesso una portata generale e non si

rivolgono ad una fascia limitata di popolazione. Sarebbero necessari interventi di prevenzione della vittimizzazione – reale o potenziale, interventi di rassicurazione sociale, contrasto all'abbandono e all'isolamento. È necessario, soprattutto in una Nazione caratterizzata dall'aumento della vita media, un'attenzione particolare a questi temi da parte delle Istituzioni, coadiuvate dalle Società Scientifiche, al fine di creare interventi di ricerca-azione e conoscenza e tutelare il diritto alla sicurezza negli anziani.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 4 agosto 2023

Amiche, amici,

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Questa newsletter è più lunga del consueto, perché pubblica alcuni **contributi di grande intensità per il nostro lavoro**. Sono peraltro convinto che il tempo del riposo psicofisico non contempli necessariamente un “pensionamento” dell’encefalo che, invece, può giovare di qualche stimolo da analizzare senza fretta. In questa prospettiva di seguito potete leggere, oltre al sempre utilissimo Mauro Colombo, alcune originali considerazioni sugli eventi del nostro tempo da parte di Babette Dijk e altre di Paolo Putzu, che ci aiuta a comprendere i disagi causati agli anziani dai cambiamenti ambientali.

**I tagli previsti dalla nuova versione del PNRR toccano alcune istituzioni molto importanti per la cura degli anziani, come le case di comunità e gli ospedali di comunità.** La situazione riflette due realtà, purtroppo: da una parte l’incapacità strutturale della burocrazia italiana di progettare il nuovo in maniera adeguata, dall’altra la disattenzione di fondo per i problemi degli anziani. Secondo le indicazioni del governo le case di comunità di ridurrebbero da 1.350 a 936 e gli ospedali di comunità da 400 a 304. Questo avviene in un momento già di grande crisi per l’assistenza all’anziano fragile! Ci auguriamo che i tagli non coinvolgano anche altri settori come l’assistenza domiciliare, con due specifiche criticità di questo ambito. In positivo, l’assistenza domiciliare non richiede strutture murarie, se non in modo molto limitato, e quindi non deve percorrere gli iter complessi che i muri richiedono. In negativo, però, vi è l’ancora quasi totale assenza di modelli operativi adeguati al supposto enorme allargamento della platea di assistiti (nel documento PNRR si indica il 10% degli ultra 65enni!) e l’ancor più grave mancanza di operatori formati a tutti i livelli (dal medico all’Oss, fino a tutte le altre professionalità che devono essere coinvolte in un’assistenza realmente adeguata sul piano qualitativo e quantitativo). Nel nostro ambito specifico, ad esempio, non si rileva la minima attenzione per la specificità dell’assistenza a domicilio delle persone affette da demenza, che richiederebbero particolari capacità professionali sul piano della relazione con l’ammalato e con la sua famiglia, adattando anche gli interventi a livello somatico alla realtà della condizione cognitiva. A questo proposito desta ulteriore preoccupazione la decisione del governo di posticipare di sei mesi

la realizzazione dei progetti di telemedicina, pilastro importante della moderna assistenza domiciliare.

In questi giorni **il ministro Schillaci si è impegnato a chiedere all'Economia 4 miliardi in più rispetto a quanto previsto dal Fondo Sanitario Nazionale**. Ci auguriamo che riceva una risposta positiva, anche perché il bilancio del 2024 si presenta in modo preoccupante; a causa dell'inflazione e di altri fattori il deficit sarebbe di 15 miliardi. È importante considerare che la notevole riduzione del poter d'acquisto degli stipendi, eroso dall'inflazione, sta rendendo sempre più problematico il ricorso anche alla sanità privata, evento di per sé critico, con il grave rischio che si estenda il numero di cittadini che rinunciano completamente alle cure (il famoso, drammatico 7%, secondo alcune indagini!).

Mi permetto di esprimere la mia personale vicinanza verso il Ministro che deve governare il nostro sistema sanitario in un momento difficilissimo, nel quale avviene l'incrocio dei tradizionali fattori di spesa, come l'invecchiamento della popolazione, con i residui del covid, l'inflazione, le difficoltà del PNRR. Deve quindi essere chiaro ai lettori che le nostre critiche non hanno alcun fondamento ideologico-politico, ma sono volte a migliorare il servizio sanitario per i cittadini più fragili. Peraltro, Orazio Schillaci aveva governato con mano sicura come rettore della mia università!

Un interessante editoriale del *NYT* del 19 luglio sostiene che **gli uomini anziani sono a maggior rischio di solitudine rispetto alle donne; è un aspetto ben noto del processo di invecchiamento, che richiede specifica attenzione**. È una realtà anche italiana, in particolare nelle RSA, dove l'uomo vive la difficoltà di inserimento in modo molto più pesante di quanto non avviene per le signore anziane. Peraltro, sarei lieto se qualche lettore volesse farci conoscere progetti specificamente orientati alla cura degli uomini in ambiente residenziale. Dati più o meno recenti di letteratura confermano rilevanti differenze tra i sessi e quindi l'esigenza di interventi mirati. [<https://www.nytimes.com/2023/07/19/opinion/male-loneliness.html?searchResultPosition=32>]

*Nature* del 12 luglio riporta un'ampia **recensione del volume "Equity for Women in Science: Dismantling Systemic Barriers to Advancement"**. Il testo riporta un'analisi che dimostra quanto sia ancora oggi profondo il gap delle donne nell'accesso alle pubblicazioni, nell'accedere ai finanziamenti, nella possibilità di collaborare con altri e nel ricevere citazioni. Anche in Italia il problema esiste ed è grave; importanti tamponamenti, come aver attribuito ad una scienziata il ruolo di Presidente del CNR, non possono bilanciare una situazione che deve radicalmente cambiare. Peraltro, si rileva che in ambito clinico geriatrico prevalgono le colleghe; un primo passo significativo, che andrebbe ulteriormente valorizzato sul piano delle carriere, sfruttando, in particolare, la capacità femminile di avere una visione complessiva dei determinanti della salute nelle persone anziane. [<https://www.nature.com/articles/d41586-023-02139-x>]

Con la consueta generosità **Babette Dijk** ha inviato il testo che segue, **una serie di osservazioni su vicende del nostro tempo, spunti importanti per la formazione di una buona cultura in ambito psicogeriatrico**. Mi auguro che attorno ai contributi che pubblichiamo in questa newsletter, come desideriamo fare anche per le prossime settimane, possa sempre più svilupparsi un dibattito con chi

ci legge, anche proponendo visioni dei problemi della vita e della clinica in disaccordo con quelle dei diversi autori, che sono assolutamente liberi di esprimere i propri pareri.

“Dopo le sollecitazioni di Trabucchi a scrivere qualche spunto di riflessione per la newsletter settimanale, ho iniziato a pensare a qualcosa (e secondo la mia bambina quindicenne ‘chiunque può scrivere’ come secondo il cuoco Gaston di ‘Ratatouille’ chiunque può cucinare...) e si sono affacciati dai libri e dai giornali fin troppi spunti, dalle continue perplessità sull’età dei prossimi candidati alle presidenziali americane (ageismo o prudenza?), al personaggio della madre del protagonista di ‘Lessons di MacEwan’ che, affetta da demenza vascolare (così la diagnosi nel libro), dimentica la menzogna che ha raccontato ai figli per anni per svelare finalmente la verità su una vicenda familiare (la demenza assume quindi in questo contesto una valenza insolitamente positiva, come freno alla menzogna e disvelamento, pur se involontario, di una verità nascosta tenacemente per anni) fino alle foto molto giovanili di un noto personaggio pubblico scomparso di recente a una veneranda età, usate per promuoverne l’immortalità, direi senza molto successo.

In sintesi, quello che mi ha colpito di più:

1. In merito al caso del paziente che ha sospeso per il momento il proprio suicidio assistito non posso che felicitarmi (come tutti, immagino) della sua ritrovata gioia di vivere e della sua volontà di rimandare la decisione già presa e per la quale molto ha lottato: visto che credo che solo il singolo possa valutare la propria qualità di vita e ritenere se sia o meno soddisfacente. Non penso che si possa entrare più di tanto nel merito della sua scelta; quello che mi spaventa moltissimo è l’attenzione data a questo caso (e il fatto che appresenti da solo il 33% delle persone alle quali è stata concessa l’autorizzazione al suicidio assistito è di un certo rilievo purtroppo) e non vorrei davvero che venisse strumentalizzato da certe correnti di pensiero contrarie a quella che dovrebbe essere una libera scelta (come l’aborto!) di ciascuno di noi. La provvisoria sospensione dell’esercizio dell’uso di un diritto da parte di un singolo non può in alcun modo giustificare la mancata approvazione! Al contrario avere la massima libertà di disporre della propria vita è una grande conquista e usarla o meno (una volta ottenuta) deve essere prerogativa delle singole persone.
2. Per sdrammatizzare un po’ ho visto da poco il film Barbie (su spinta di mia figlia ovviamente): tralascio le considerazioni sui film fatti e pensati per le donne (siamo evidentemente un target commerciale di successo!), per soffermarmi solo sulla scena che (a detta della regista Greta Gerwing) è quella centrale del film: appena arrivata nel mondo reale Barbie vede una donna anziana seduta sulla panchina e le dice ‘sei bellissima!’. Come noto l’interprete della scena è Ann Roth, famosa costumista, vincitrice del premio Oscar. Pare che la scena sia stata fortemente voluta dalla regista, nonostante la richiesta di tagli da parte dei produttori, perché la riteneva parte fondamentale del film. Non ricordo di aver mai visto in un film una simile considerazione sulla bellezza di una donna così anziana: vero è che per Barbie, proveniente da un mondo in cui non esiste l’invecchiamento (oltre al sesso), è bello tutto ciò che è nuovo (e nuova è per lei la vecchiaia appunto), ma non ricordo nessuna scena di nessun film in cui la bellezza sia associata a una donna vecchia, anche se è vero che dalla strega di Biancaneve a Maleficent si sono compiuti dei notevoli passi avanti. Forse dovremmo anche noi avere lo stesso atteggiamento di felice stupore di Barbie di fronte alla vecchiaia (non solo femminile ovviamente) ed ammirarne la bellezza!

3. Nell'ultima newsletter dell'eticista del *New York Times*, rintracciabile al link <https://www.nytimes.com/2023/07/28/magazine/guardianship-elder-care-ethics.html>, un lettore pone all'eticista una domanda importante: come posso aiutare un'amica centenaria intrappolata in una casa di riposo? La storia la conosciamo bene per averla tutti incontrata nella nostra carriera di medici: una donna sola senza parenti cade in casa, viene ricoverata in ospedale per frattura, nominato un amministratore di sostegno (mi sembra di aver capito che la legge sia simile alla nostra anche al di là dell'Oceano) e in dimissione la paziente viene accompagnata in una casa di riposo. L'amico che ha cercato senza successo di occuparsi di lei la va a trovare e scopre che la signora (ormai centenaria), pur se affetta da disturbo cognitivo, chiede di poter trascorrere i suoi ultimi giorni a casa sua circondata dai suoi oggetti e dai pochi affetti che ancora le rimangono. Il punto che mi sembra interessante è la notazione che viene fatta sul far prevalere, quando si tratta di persone anziane, la sicurezza sulla libertà: è giusto o almeno è sempre giusto? Le persone anziane non possono spesso andare in bagno senza essere accompagnate (e non sempre il personale è sufficiente per farlo) per paura delle cadute, motivo per il quale vengono spesso contenute. Anche noi adulti siamo stati 'costretti' ormai per la sicurezza nostra e della società a rinunciare ad alcune delle nostre libertà (guidare senza cintura o andare in motorino senza casco, per non parlare dei nostri figli che non vanno neppure a scuola da soli quasi fino alla maggiore età), ma nessuno si sognerebbe di isolarci dalle nostre famiglie contro la nostra volontà o ancora meno di legarci a una sedia. Non dico che la sicurezza non sia importante, ma mi sembra utile quantomeno una riflessione in merito. Nella risposta, peraltro, l'eticista consiglia al lettore di rivolgersi a un centro per anziani maltrattati, anche se dubita che si possa davvero fare qualcosa.
4. Sul supplemento del *Corriere 'La Lettura'* del 30 luglio ho letto una bellissima intervista a Giacomo Rizzolati, il noto scopritore dei neuroni a specchio. Oltre alla fascinazione di una persona non solo lucida, ma piena di idee e di voglia di fare ricerca a 86 anni (da far impallidire il povero Biden...), mi ha colpito il suo racconto dell'amputazione di una gamba, dell'impianto di una protesi e della successiva riabilitazione nel famosissimo centro di Budrio, che gli ha permesso anche di sviluppare una linea di ricerca dedicata proprio sulla riabilitazione dei pazienti amputati. (<https://www.inail.it/portale/budrio/it/chisiamo/centro-protesi-budrio.html>). Persone eccezionali come Rizzolati ci devono spingere ad andare oltre il nostro ageismo (purtroppo essere geriatri non significa sempre non essere ageisti) e a individuare al possibile le persone che, al di là dei parametri dell'età, necessitano delle cure di massimo livello (e a cosa dovrebbe servire la valutazione multidimensionale se non a questo?)".

**Paolo Putzu** in questo originalissimo pezzo ci induce, con colti riferimenti scientifici, a considerare la **"solastalgia", cioè gli effetti negativi sull'umore e il comportamento causati da cambiamento dell'ambiente.**

"Nubifragi, incendi: la solastalgia di un geriatra (old young)

Capita spesso di provare una sensazione di benessere nel soggiornare in un determinato ambiente, sia esso visitato per la prima volta perché spinti dalla novità, sia conosciuto in passato e in genere legato a precedenti esperienze positive. In quest'ultimo caso gioca un ruolo fondamentale la

‘nostalgia buona’, quel sentimento generato da luoghi e cronache della nostra vita vissuti con serenità o gioia. L’ambiente, la musica, la letteratura, il cinema e altre esperienze sensoriali, se collegati a una traccia positiva della personale memoria autobiografica, generano una sensazione di benessere psicofisico e possono contribuire a rendere meno gravoso un periodo di disagio. In determinati luoghi le persone possono ritrovare una perduta serenità, a conferma della validità del vecchio consiglio di ‘cambiare aria’ in caso di un perdurante malessere psicologico.

Nei confronti di quel determinato luogo, e in generale per tutte le fonti di piacere, proviamo il desiderio di prolungare la visita o di rivisitarlo.

Le neuroscienze e la psicologia chiamano il fenomeno ‘rifuizione intenzionale’, molto simile al principio della ‘utilità marginale’ utilizzato in economia per misurare la soddisfazione che un individuo trae dal consumo di un bene. Nel caso di beni non consumistici, come l’ambiente o ogni forma d’arte che genera piacere, non si è mai sazi nel rifuire di quel bene o soggiornare in quel luogo.

In campo psicogeriatrico l’ambiente favorevole è utilizzato da diversi decenni a scopo terapeutico e riabilitativo soprattutto nel campo delle demenze - ambiente terapeutico, protesico, giardini terapeutici e sensoriali.

Molti convalidati approcci pongono l’ambiente, inteso come luogo e relazioni, al centro del processo di cura (Validation Theraphy, Gentlecare, Ambiente Capacitante). Diversi studiosi hanno definito il cervello uno ‘specchio dell’ambiente’ e viceversa, per sottolineare il continuo bilanciamento e rispecchiamento tra di essi, con input e output reciproci.

È vero anche il contrario. Un ambiente rapidamente modificato e deturpato è recepito come ostile e genera nell’anziano sensazioni di smarrimento, confusione e solitudine. Lo stesso termine *spaesato* (assente nel vocabolario italiano prima della rivoluzione industriale dell’Ottocento e probabilmente derivato dal piemontese *despaisà* con cui i torinesi definivano i nuovi operai arrivati in città provenienti dalla campagna) sottolinea il disagio e la mancanza di punti di riferimento quando ci si trova in un ambiente non familiare. Una conferma delle influenze ambientali sul benessere, quasi una ‘psicologica prova da sforzo’, scaturisce dall’esperienza della pandemia da Coronavirus, con l’isolamento sociale e la mancanza degli abituali luoghi di incontro o con la forzata solitudine dei ricoverati negli ospedali o in RSA senza il conforto dei parenti.

È certo che le conseguenze dei cambiamenti climatici di tragica attualità – surriscaldamento, nubifragi, incendi – oltre a modificare l’ambiente in cui viviamo determinino conseguenze negative sulla salute psicofisica. Negli ultimi vent’anni è stato coniato, dallo psicologo australiano Glenn Albrecht, il termine ‘**solastalgia**’ per definire gli effetti negativi sull’umore e sul comportamento causati da un repentino imbruttimento di un ambiente a noi particolarmente caro. È un tipo di nostalgia negativa che si prova quando l’ambiente familiare, inteso come luogo, natura o relazioni, subisce un peggioramento estetico e/o funzionale. Gli studi di Albrecht partivano dalle ripercussioni psicologiche subite dai contadini australiani in seguito ai disastri ecologici dell’estrazione del carbone o dei devastanti incendi. Subiscono un netto aumento i disturbi da stress, ansia, depressione e rabbia, patologie psichiatriche del tutto simili a quelle vissute in passato da popolazioni sfollate dalla propria terra d’origine, come i nativi americani e gli aborigeni. Uno studio di elevato spessore scientifico sull’argomento – ‘Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina’ – ha esaminato numerosi abitanti delle zone colpite dall’uragano Katrina del 2005 evidenziando un

aumento di ansia, depressione e comportamenti suicidari, a prescindere dal disturbo post traumatico da stress. Nel 2017 l'American Psychological Association ha pubblicato il rapporto 'Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Implications, and Guidance' con l'obiettivo principale di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sui gravi rischi psicologici causati dai danni ambientali. Gli psicologi dell'età evolutiva parlano di *nature deficit disorder* – disturbo da deficit di natura – (vedi 'L'ultimo bambino nei boschi: salvare i nostri figli dal disturbo da carenza di natura', Rizzoli, 2006).

Gli anziani (per il particolare attaccamento affettivo ai luoghi naturali della loro vita e la poca adattabilità ai cambiamenti) e i bambini (per la maggiore inconsapevole vulnerabilità al distacco dai luoghi naturali) sono le categorie più esposte ai danni psicologici di un ambiente diventato ostile.

Da old young 73enne, invitato due settimane fa a un evento scientifico in una zona centrale della Sardegna (Montiferru), ho appurato la veridicità di quanto affermato in precedenza. Quei luoghi boschivi di montagna, vicini alla città dove ho frequentato il liceo, erano la meta preferita delle mie escursioni giovanili con la mitica Gilera 124 (quattro tempi e possibilità di trasportare la fidanzatina), per la quale ho sacrificato la storica collezione di trenini elettrici Rivarossi. Sorgenti, ruscelli, cascate, il profumo intenso del bosco, la ritemprante sensazione dei piedi immersi nelle pozze d'acqua o, nelle stagioni più calde, i bagni ristoratori vissuti in amichevole compagnia, paesaggi paradisiaci sempre rispettati con religiosa sacralità, rappresentavano una vera e propria riattivazione sensoriale, con tutti gli organi di senso felici di essere bersagliati dalla purezza dell'ambiente non contaminato dalla modernità di allora (la moto e il mangiadischi che riproponeva le hit dei Beatles e Rolling Stones).

Sino a pochi giorni fa questa era la cronaca, per sommi capi, del ricordo nostalgico di quei luoghi, amici, canzoni e cronache legate a quell'ambiente. La valenza positiva dei ricordi legati al Montiferru è stata all'improvviso cancellata nel vedere le conseguenze della tragedia ambientale, sociale ed economica dell'ultimo disastroso incendio. La solastalgia ha modificato il mio benessere; la rabbia ha preso il sopravvento prevalendo su tutto, come quando ti entrano i ladri in casa e rubano le cose più care. È una micro-tragedia personale, per fortuna condivisa da tutte le persone di buon senso.

Giustamente si parla di interventi climatici che possano garantire un futuro per i nostri figli e nipoti, ma da subito dovremmo rivolgere le nostre attenzioni a tutti gli anziani che subiscono le ferite di ambienti modificati, spesso irrimediabilmente deturpati. Con la speranza che i decisori, uniti in una democratica strategia mondiale che superi i singoli interessi nazionali e le ideologie di parte, possano modificare la traiettoria del disastro. E chissà che, dopo la rivoluzione agricola e quella industriale, l'attuale rivoluzione digitale e l'intelligenza artificiale, se ben pilotate, non riescano a invertire la rotta".

**Giorgio Basile**, del Consiglio Direttivo AIP per la Sicilia, ha inviato questo pezzo che ci fa pensare.

"Con queste parole comincia una [lettera aperta scritta dai Vescovi siciliani in merito alla questione incendi](#):

'Ritorna a piovere cenere sulla nostra Isola. La Sicilia brucia, non solo per l'innalzamento della temperatura, ma perché fagocitata da fiamme devastanti: bruciano boschi, campagne, strade, autostrade, case, aeroporti, parchi archeologici, discariche, chiese e conventi. Bruciano perfino le spoglie dei santi. Si ustionano gravemente i corpi degli addetti e dei volontari che prestano soccorso.

Le mani diaboliche di vandali senza cuore e coscienza hanno ucciso le vite di tre nostri anziani. Bruciano di paura, di ansia, di disperazione, di rabbia e di dolore i volti e anime delle più di duemila vittime innocenti di questo infuocato e, purtroppo, annunciato e quasi atteso inferno terrestre: gli sfollati.’

La Sicilia è la regione con la maggiore estensione di vegetazione distrutta dagli incendi, che hanno causato in molti centri abitati anche l’interruzione della distribuzione idrica e dell’energia elettrica, quest’ultima anche favorita dalle ondate di calore registrate negli stessi giorni. A pagare il prezzo più alto sono sempre le fasce più deboli e tra questi i nostri anziani, e non solo quelli che vivono nelle zone più a rischio, perché raggiunti dalle fiamme o non in grado di ricevere soccorsi. **Ci sono anche tutti gli altri anziani, quelli che sono invitati a non uscire di casa per non respirare l’aria inquinata dai fumi e per le alte temperature, costringendoli all’isolamento e senza fornire alcun supporto sociale e psicologico, in molti casi senza energia elettrica e acqua per molte ore.** La realtà siciliana è particolarmente articolata: 9 province, 391 comuni, un entroterra montuoso e boschivo molto esteso, strade e autostrade insufficienti. Nelle realtà più periferiche la ‘sanità’ è rappresentata esclusivamente dal medico di famiglia e dalla continuità assistenziale (guardia medica), che in alcune zone disagiate è l’unica presenza sanitaria (isole minori e alcuni comuni montani). Una speranza può venire dal rafforzamento dell’assistenza geriatrica territoriale e dall’uso della telemedicina. Nella realizzazione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità si dovrà tenere conto delle necessità dei più fragili e prevedere percorsi per la gestione di emergenze come questa, che tali non dovrebbero essere considerate in quanto purtroppo tristemente attese”.

#### **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

“Curiosity in clinical care”: devo ad un caro amico il richiamo a questo editoriale di *NEJM* del 27 luglio. Mi è stato segnalato perché è noto che negli incontri di formazione, in particolare con i giovani medici e operatori di ogni livello, insisto molto sul dovere di essere curiosi nello studiare la persona da assistere. **La curiosità è figlia dell’intelligenza e della generosità**; infatti, spesso **apre nuovi ambiti di impegno clinico, che chi non è generoso non vorrebbe affrontare**. Invece, quello che non è immediatamente percepibile può essere fonte di grave disagio a livello somatico e psichico. L’autore dell’editoriale, Anup Agarwal, uno del gruppo di studiosi indiani immigrati in America che stanno contribuendo con originalità alla formazione di una cultura clinica attenta alla complessità delle dinamiche dell’individuo malato, conclude così: “Mentre la medicina si fonda sempre di più sulla tecnologia e l’automazione, coltivare la curiosità e la migliore freccia nell’arco, dandole la possibilità di conservare la sua essenza umana”. [<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2304992>]

**Mauro Colombo ci presenta un importante contributo attorno ad un editoriale di Lancet riguardante i nuovi farmaci per l’Alzheimer a firma di Giovanni Frisoni**, medico e studioso di livello internazionale, che ha iniziato a Brescia la sua carriera e che è ancora vicino all’AIP.

“La comunità internazionale di studiosi e clinici cui fa riferimento AIP – neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi – è in fermento per le notizie sulle nuove terapie per la demenza di Alzheimer, in particolare il donanemab, cui *JAMA* ha appena dedicato un articolo originale [1] e 4 editoriali – tra i quali ne segnalò due [2-5]. Questa circostanza rinnova l’importanza di una corretta informazione, e per contro l’urgenza di fermare la disinformazione, come ogni volta che scoperte e/o eventi scuotono

l'ambiente. Non a caso, la principale rivista italiana di divulgazione scientifica [Le Scienze (versione italiana di 'Scientific American')] ha dedicato alla disinformazione parecchi articoli ed un numero monografico [gennaio 2021], e *JAMA* il 31 luglio ha pubblicato un 'punto di vista' in cui si ricorda come la disinformazione abbia colpito non solo il Covid-19, ma anche varie malattie non-comunicabili [6].

In estrema sintesi [1-5], l'anticorpo monoclonale donanemab ha ridotto di quasi 2/5 il rischio di progressione in malati di Alzheimer precoce sintomatica; un declino cognitivo rilevante è occorso, a distanza di 18 mesi, nel 34% dei soggetti nel gruppo di controllo, contro il 23% di quelli nel gruppo di trattamento; nei rispettivi sottogruppi a basso/medio carico tau le % sono 28 e 18. Sempre nei partecipanti a basso/medio carico tau, il 29% di quelli che ricevevano il placebo sono rimasti stabili, contro il 47% dei corrispettivi partecipanti effettivamente trattati, dopo 1 anno. Ancora, in quest'ultimo sottogruppo, a distanza di 76 settimane, la progressione della malattia veniva rallentata – rispetto ai corrispondenti nel gruppo di controllo – di 4,36 mesi – secondo la Clinica Dementai Rating Scale – Sum of Boxes (CDR-SB), e di 7,53 mesi secondo la iADRS [Integrated Alzheimer Disease Rating Scale, che gli integra aspetti cognitivi delle 13 voci della Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS-Cog13), con quelli funzionali della Alzheimer Disease Cooperative Study - Instrumental Activities of Daily Living (ADCS-iADL)]. A distanza di 76 settimane, sia sull'intero campione che nel sottocampione a carico tau basso/medio, la differenza nel peggioramento in iADRS (obiettivo primario) era di circa 3 punti: la 'differenza minima clinicamente importante' è di 5 punti per il deterioramento clinico lieve [Mild Clinical Impairment (MCI)] e di 9 punti per la demenza di Alzheimer lieve.

In questa cornice si inserisce un commento – secondo me 'gustosissimo' che *Lancet Neurology* [7] ha pubblicato in linea il 13 luglio [purtroppo non ad accesso libero – e senza riferimenti al donanemab], dove Giovanni Frisoni, con la arguta facezia che lo contraddistingue – ha invitato tutti ad abbandonare le 'sfumature religiose' che stanno caratterizzando il dibattito sulla malattia di Alzheimer e la ricerca sulla demenza. Assistiamo ad una polarizzazione tra 'battisti' [sostenitori della 'cascata amiloide'] e 'tauisti' [detrattori di tale teoria (a favore del ruolo della proteina tau)]: in realtà non si tratta di neologismi creati per la occasione, ma di espressioni coniate già più di 20 anni fa. Ma se la diversità di opinioni è segno di un sano dibattito scientifico, 'la radicalizzazione delle opinioni ostacola una autocritica 'onesta e trasparente' [queste ultime virgolette sono mie (ndr)] ed in ultima analisi compromette lo sviluppo di risposte adeguate ai fabbisogni dei pazienti'.

L'ipotesi della cascata amiloide pone la deposizione di aggregati extraneuronali di  $\beta$  amiloide all'origine di una catena di eventi che porta alla neurodegenerazione attraverso l'accumulo di aggregati tau intraneuronali e poi la perdita di sinapsi, per approdare al deterioramento cognitivo ed infine alla demenza. Le prove a favore di tale visione derivano principalmente da alterazioni genetiche (autosomiche dominanti, ad esordio clinico precoce) col supporto di indagini su forme sporadiche ad esordio senile, la cui più importante componente genetica consiste nell'allele APOE  $\epsilon 4$ , a sua volta collegato [anche] alla deposizione di  $\beta$  amiloide, anche nelle persone cognitivamente integre.

Ma un difetto severo della interpretazione 'battista' consiste nella pochezza dei risultati clinici susseguenti alla pur ampia rimozione dei depositi amiloidi, sia nelle forme familiari che in quelle sporadiche. Se è vero che il lecanemab aveva ridotto il declino clinico e funzionale in media del 27%

nei pazienti con demenza di Alzheimer iniziale, per converso è altrettanto vero che i 3/4 della progressione della malattia non sembra attribuibile alla deposizione ed alla tossicità della  $\beta$  amiloide. Viene avanzato un paragone di fondo con le malattie cardiovascolari, dove si realizza un intreccio di elementi ambientali con predisposizioni genetiche, tra fattori di rischio e di protezione. E qui trova spazio il modello ‘probabilistico’ proposto proprio dallo stesso Frisoni un anno fa [8]. In antitesi al determinismo del modello amiloide canonico – ma senza compiacere neppure i ‘tauisti’ – entrano in gioco, affianco alle varie neuropatologie spesso concorrenti con la patologia alzheimeriana, quei 12 aspetti modificabili identificati dalla commissione Lancet nel 2020. Il modello probabilistico presenta differenze rispetto a quello amiloide canonico in termini di definizione della malattia di Alzheimer, evoluzione del rischio cognitivo, efficacia e bersagli della terapia anti-amiloide, ruolo del trattamento per la prevenzione secondaria, possibilità di ridurre il carico amiloide per altre vie.

Frisoni nel suo articolo abbina il proprio modello con quello ‘complesso’, che anzi rappresenta il riferimento principale dell’editoriale di commento: ma di questo lavoro parlerò nel prossimo ‘angolo’.”

[1] Sims, J. R., Zimmer, J. A., Evans, C. D., Lu, M., Ardayfio, P., Sparks, J., Wessels, A. M., Shcherbinin, S., Wang, H., Monkul Nery, E. S., Collins, E. C., Solomon, P., Salloway, S., Apostolova, L. G., Hansson, O., Ritchie, C., Brooks, D. A., Mintun, M., Skovronsky, D. M., & TRAILBLAZER-ALZ 2 Investigators (2023). Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.13239>

[2] Rosenthal M. B. (2023). Novel Alzheimer Disease Treatments and Reconsideration of US Pharmaceutical Reimbursement Policy. *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.11702>

[3] Rabinovici, G. D., & La Joie, R. (2023). Amyloid-Targeting Monoclonal Antibodies for Alzheimer Disease. *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.11703>

[4] Manly, J. J., & Deters, K. D. (2023). Donanemab for Alzheimer Disease-Who Benefits and Who Is Harmed? *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.11704>

[5] Widera, E. W., Brangman, S. A., & Chin, N. A. (2023). Ushering in a New Era of Alzheimer Disease Therapy. *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.11701>

[6] Schillinger, D., & Baron, R. J. (2023). Health Communication Science in the Balance. *JAMA*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.14763>

[7] Frisoni G. B. (2023). Complexity is the simple truth about Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00176-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00176-X)

[8] Frisoni, G. B., Altomare, D., Thal, D. R., Ribaldi, F., van der Kant, R., Ossenkoppele, R., Blennow, K., Cummings, J., van Duijn, C., Nilsson, P. M., Dietrich, P. Y., Scheltens, P., & Dubois, B. (2022). The probabilistic model of Alzheimer disease: the amyloid hypothesis revised. *Nature reviews. Neuroscience*, 23(1), 53–66. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00533-w>

Sulla stessa linea, continua nella letteratura scientifica il dibattito sui farmaci antidemenza. *BMJ* del 18 luglio pubblica un editoriale che contiene già un giudizio: **“Il Donanemab porta ad un modesto rallentamento della progressione della malattia di Alzheimer”**. È una problematica aperta da tempo. Il pezzo si conclude riportando il giudizio di Marc Aurel Busche, leader del UK Dementia Research Institute at University College London: “Mentre sono indiscutibili gli effetti terapeutici del

farmaco, **è da osservare che vi è un maggior numero di effetti indesiderati rispetto al placebo** e che anche la sospensione del trattamento è più frequente nel gruppo trattato”. Non ci permettiamo certo un giudizio definitivo, però forse non siamo ancora arrivati alla meta che il mondo clinico e quello dei malati e le loro famiglie si aspettano. [<https://www.bmj.com/content/382/bmj.p1659.long>]

*JAMA Neurology* del 19 luglio pubblica uno studio, condotto in un gruppo di veterani, che sono integrati in un sistema sanitario dedicato a livello nazionale, nel quale **si dimostra che la residenza in quartieri svantaggiati, classificati secondo livelli incrementali di compromissione, comporta un aumento significativa del rischio di demenza**. Tra i controlli e il livello più grave dell’Area Deprivation Index (guadagno, educazione, lavoro, casa) l’HR è di 1.22 (CI, 1.21-1.24). Un dato impressionante, soprattutto considerando che lo studio è stato condotto in popolazioni di veterani, che ricevono uguali cure mediche, il cui eventuale diverso livello qualitativo avrebbe potuto giustificare un rischio così elevato. Il dato è ovviamente riferito alla realtà degli USA, ma va tenuto in considerazione, perché si vanno creando grandi disparità all’interno delle nostre città: peraltro, da noi il dato potrebbe essere ancora più marcato, perché nelle aree svantaggiate anche i servizi sanitari sono meno efficienti. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2806622>]

#### **ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA**

Siamo in un periodo di riposo per le attività societarie. È però in fase avanzata la preparazione del programma del prossimo Congresso Nazionale AIP, che verrà ufficializzato nel mese di settembre. Sono inoltre in programma entro la fine dell’anno i congressi di ben **otto regioni**, testimonianza unica di vitalità culturale e professionale, nonché di vicinanza con i problemi dei singoli territori. **AIP è tra le poche società scientifiche ad avere una tale capillarità.**

Segnalo che il **4 e 5 settembre si terrà a Cesenatico l’incontro con i Caffè Alzheimer di tutta Italia**. È prevista una partecipazione di oltre 80 realtà. **La Fondazione Maratona Alzheimer, che organizza l’evento assieme ad AIP**, ritiene di dover richiamare l’attenzione delle molte realtà locali che svolgono azioni in questo ambito; una forte alleanza potrebbe favorire un arricchimento reciproco sul piano dell’operatività e dello scambio di informazioni. In alcuni centri i Caffè Alzheimer sono collocati all’interno delle “Dementia Friendly Communities” e ne costituiscono parte significativa delle attività.

Un caro saluto a chi ci segue, con i consueti auguri di buone vacanze a chi può farle,

Marco Trabucchi

*Gruppo di Ricerca Geriatrica*

*Via F.lli Lombardi, 2*

*25121 Brescia*

*Tel. 030-3757538*