



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

Newsletter AIP - 25 novembre 2022

Amiche, amici,

il presidente Biden compie a breve 80 anni. Recentemente ha avuto un aumento della popolarità, forse dovuto al fatto che ha preso iniziative politiche importanti, cancellando la precedente fama di essere un po' "sleepy". In molti si sono domandati quale possa essere stata la motivazione che ha indotto questo risveglio, se cioè fosse dovuto a stimolazioni di carattere politico o a qualche stimolo di tipo farmacologico. La buona condizione ritrovata ha riproposto il problema della candidatura di Biden tra due anni per un secondo mandato, ipotesi che non sembrava realistica fino a qualche mese fa. Ma come saranno i prossimi 6 anni di un ottantenne? La domanda che si pongono i medici esperti di invecchiamento del cervello in tutto il mondo è stata posta dal *NYT* ad una serie di esperti, le cui risposte sono state pubblicate il giorno 21. L'articolo si conclude con una frase di Nir Barzilai, che dirige uno studio sui centenari all'Albert Einstein College of Medicine: "L'età è un fattore che non va considerato indipendentemente da altri". Siamo perfettamente in accordo, ma **quale sarà la capacità di governo di un Biden ottantaseienne alla fine del secondo mandato? Chi scrive si pone alcune domande, nel difficile crinale tra l'ageismo e l'ottimismo acritico.** Cosa pensano colleghe e colleghi rispetto a questa incertezza? Sarei contento se i lettori volessero inviarmi qualche riga per esprimere il proprio parere.

Lancet del 24 settembre riporta un commentario dedicato alla possibilità di misurare, attraverso dati seriali nel tempo di imaging strutturale e funzionale, associati all'intelligenza artificiale, la **differenza tra l'età cronologica e l'età rilevata attraverso le misure adottate.** Perché non provare con Biden queste modalità di misura e consigliargli di correre per il secondo termine solo se fosse evidente una discrepanza in senso positivo tra la sua età cronologica e quella del suo encefalo?

Continua l'attenzione dell'AIP per il problema della solitudine dell'anziano. Dopo il convegno di Padova del 15 novembre, che ha messo in luce, tra le altre cose, il compito difficile degli enti locali per predisporre condizioni di vita sociale attente a chi è solo, seguiamo la letteratura scientifica, in particolare gli studi epidemiologici che rilevano le gravi conseguenze per la salute. *JAMA Surg* del 16 novembre ha pubblicato un lavoro nel quale si dimostra un **significativo aumento della mortalità nel periodo post operatorio nelle persone che vivono sole.** Il dato pone un problema clinico rilevante per una medicina del nostro tempo: quanto spazio nella valutazione delle condizioni cliniche, e quindi della spettanza di vita, nonché della capacità di sostenere specifici atti di cura, come gli interventi chirurgici, deve essere dato alle problematiche psicosociali (istruzione, livello economico, differenze razziali, solitudine, ecc.)?

Un altro lavoro interessante riguardo all'atteggiamento che il medico deve tenere di fronte ad alcune problematiche cliniche è stato pubblicato su *JAGS* del 17 novembre; riguarda le **conoscenze del medico sul delirium e le risposte concrete messe in atto a questa problematica clinica** che colpisce fino ad un quarto degli adulti ospedalizzati ed è associata con il prolungamento

dell'ospedalizzazione stessa, con una riduzione dello stato funzionale ed un aumento della mortalità.

La salute del medico è al centro di un interessante editoriale pubblicato da *JAGS* il 3 novembre; riguarda la **differenza tra burnout e depressione nella condizione che spesso concorre a ridurre il benessere del medico**. L'impegno adottato dalla cultura medica degli ultimi anni per ridurre lo stigma attorno al burnout dei medici ha portato a separare le due condizioni, nel tentativo di chiarire che il burnout non è provocato da una "debolezza" individuale. La tendenza era infatti diretta a spostare sul singolo le responsabilità che invece si devono attribuire alle condizioni di lavoro; è una problematica rilevante, che anche in Italia ha interessato molte discussioni e dibattiti. Se prevalesse l'interpretazione di una manifestazione originata dalle condizioni di salute psichica del singolo, si ridurrebbe l'impegno per rendere i luoghi di lavoro degli operatori sanitari meno pesanti e stressanti.

JAMDA di novembre pubblica un ampio contributo riguardante il **"Reimagining Infection Control in U.S. Nursing Homes in the era of COVID-19"**. È un testo a mio giudizio di grande valore, perché mette le nostre residenze per anziani di fronte al dovere ineluttabile di costruire un futuro che tenga conto della drammatica lezione ricevuta nei mesi scorsi.

Ho chiesto a Claudio Vampini di inviarmi un commento al lavoro pubblicato su *Molecular Psychiatry* del 20 luglio e ripreso dal *NYT* dell'8 novembre; l'argomento è adeguatamente spiegato dal titolo del giornale: **"I farmaci comunemente prescritti per la depressione sono in qualche modo efficaci, ma non perché sarebbero in grado di correggere uno sbilanciamento neurochimico"**. Nel testo accluso di Vampini trovate un'ampia analisi della tematica, fatta con la cultura e la precisione che caratterizzano sempre i lavori di Claudio. Mi limito solo a ricordare che questa problematica è stata discussa per decenni e non si è ancora arrivati a conclusioni. Ciò, però, non permette di trarre considerazioni scettiche sull'efficacia dei farmaci antidepressivi, ma deve farci riconoscere il primato della clinica. In questa newsletter ci siamo frequentemente soffermati sulla relazione tra dati biologici apparentemente positivi ed efficacia clinica di molecole innovative (ad esempio, a proposito dell'aducanumab). Nel caso degli antidepressivi, invece, la problematica è opposta: si parte da un dato clinico nell'insieme positivo e si devono ancora approfondire le basi biologiche di questo effetto. Non dobbiamo però cadere in una sorta di nichilismo terapeutico; le persone che soffrono hanno bisogno di un approccio serio e sereno.

Sullo stesso argomento ho chiesto anche il contributo del professor Stefano Govoni, farmacologo di grande fama, che ha studiato con particolare attenzione il rapporto tra le dinamiche cliniche dell'anziano e l'azione dei farmaci. Il testo del magistrato intervento è accluso; riprendo però per il suo valore l'osservazione finale: "Sempre più si sta affrontando il problema della complessità e del suo contributo nel corso della vita e delle patologie. Siamo organismi fatti di sistemi dialoganti e i tempi, la natura, le voci, i volumi, e la gerarchia del dialogo sono importanti".

Ricevo da Babette Dijk, collega sempre molto attenta agli eventi culturali che si muovono intorno alle nostre problematiche, la recensione che segue. **Spesso l'arte cinematografica è in grado di comunicare contenuti di altissima importanza, imponendo anche ai tecnici utili ripensamenti sul proprio lavoro:**

"Ho visto sul canale di streaming Mubi (ottima piattaforma di film d'autore, che ormai non sempre passano in sala), il bellissimo film "Vortex" del provocatorio regista Gaspar Noè. Protagonista del film è la diade paziente-caregiver (moglie malata, marito badante) magistralmente interpretata dall'attrice francese Françoise Lebrun) e da un magnifico e davvero sorprendente Dario Argento. Per tutto il tempo del film lo schermo si sdoppia: su un lato c'è la moglie psichiatra in pensione malata di demenza, che si perde in casa e fuori casa, pensa di poter ancora prescrivere farmaci, lascia il gas acceso (dimenticanza? ma non solo), fa

cocktail di medicine, mette ordine buttando via tutti i manoscritti del marito; dall'altra parte dello schermo il marito che cerca la moglie e non la trova, la nutre amorevolmente, spegne il gas, cerca di ritagliarsi spazi di vita per sé senza riuscirci, litiga con il figlio perché non vuole che nessun aiuto in casa. Terza figura presente è il figlio incapace di badare a sé stesso e ancora più incapace di occuparsi dei genitori (propone ai genitori di andare in strutture ricevendo uno sdegnoso rifiuto da parte del padre (qui c'è tutto il mio passato!). Ai protagonisti gli attori prestano i propri corpi invecchiati e fragili: il corpo nudo esposto di Dario Argento non fa nessuno sconto alla debolezza del personaggio ma neppure alla fragilità dell'attore che lo interpreta. Gaspar Noè non è in alcun modo accomodante e non ci risparmia nulla né della vecchiaia, né della difficoltà dell'assistenza, né dello smarrimento dei famigliari di fronte alla malattia e alla morte. La scena della morte del marito-caregiver e del vortice (da qui il titolo appunto) in cui il film precipita è poetica e lacerante nello stesso tempo, perché nel momento in cui metà dello schermo si spegne sappiamo già che non ci sarà nessun altro a prendere il posto del caregiver principale: ci proverà il figlio ma senza risultato. Volevo solo condividere con lei (e se lo vorrà con gli amici della newsletter) le mie impressioni su questo davvero bellissimo film, forse il più bello (anche se uno dei più cupi) sul rapporto malato-caregiver."

Istat ha pubblicato un report su: "Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31 dicembre 2020". Con tutto il rispetto per il grande lavoro di supporto statistico che l'Istat sta facendo, si deve rilevare che in questo ambito due anni di tempo sono un secolo... troppe cose sono cambiate in questi mesi. Alcuni dati riportati dal report confermano sostanzialmente quanto è già noto a molti di noi: "In Italia sono oltre 255mila gli anziani ultra64nni ospiti delle strutture residenziali, poco più del 18 per mille anziani residenti; di questi, oltre 14 sono in condizione di non-autosufficienza (per un totale di 202.174 anziani non autosufficienti). La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro anziani ospiti, tre sono donne. Oltre i due terzi degli anziani assistiti nelle strutture residenziali (76%) ha superato la soglia degli 80 anni, quota che si attesta al 77% per i non autosufficienti e si riduce al 70% per gli autosufficienti. Gli ultraottantenni costituiscono la quota preponderante degli ospiti anziani, con un tasso di ricovero pari a 63 ospiti per mille residenti, oltre 14 volte superiore a quello registrato per gli anziani con meno di 75 anni, per i quali il tasso si riduce a 4.4 ricoverati per 1000 abitanti".

In questa newsletter non è presente **l'"Angolo" di Mauro**; il nostro amico è stato qualche giorno in vacanza. Riprenderà presto la sua collaborazione.

Ieri si è tenuto il webinar AIP di Carlo Serrati, dedicato a: **"Demenze vascolari... a volte ritornano"**. Il tema, affrontato in modo approfondito, ha richiamato l'attenzione dei molti che si sono collegati. Il prossimo webinar si terrà il 7 dicembre.

In questa settimana **si è svolto a Padova il Congresso regionale AIP Triveneto**, organizzato da Giorgio Pigato, Presidente regionale, dal titolo: "La Psicogeriatría tra prevenzione e innovazione: nuove sfide per la clinica". Un argomento affascinante che ha permesso una discussione molto vivace e approfondita sui problemi più rilevanti della Psicogeriatría di oggi e domani.

Il 14-15 dicembre, come già più volte annunciato, si terrà a Napoli il tradizionale Brain Aging. Abbiamo ricevuto un buon numero di abstract per le comunicazioni orali, a testimonianza dell'attenzione per i problemi dell'invecchiamento dell'encefalo anche da parte dei medici e degli psicologi delle Regioni meridionali.

Ricordo **SoloLine, la linea telefonica gestita da AIP per supportare gli anziani soli** (numero verde: 800 699741). È uno strumento che si è dimostrato efficace; invito per questo colleghe e colleghi a

diffondere l'informazione su questo servizio, in particolare quando non è possibile instaurare un rapporto personale di supporto alle solitudini.

Infine, ricordo che con il mese di novembre **è iniziata la campagna di iscrizioni AIP 2023**. Le esigenze economiche per continuare con determinazione sulla nostra strada di studio, di formazione e di ricerca a favore degli anziani fragili sono rilevanti e hanno bisogno di un supporto allargato al più alto numero possibile di colleghe e colleghi. Grazie a chi vorrà cogliere questo invito che ha valenza personale e di comunità. Tutti i dettagli relativi alle modalità di iscrizione/rinnovo sono disponibili sul sito www.psicogeriatra.it ; per qualsiasi necessità potete contattare la Segreteria AIP all'indirizzo email: aipsegreteria@grg-bs.it .

Cari saluti a colleghe e colleghi

Marco Trabucchi

Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatra

New York Times

Nov. 8, 2022

Antidepressants Don't Work the Way Many People Think

The most commonly prescribed medications for depression are somewhat effective — but not because they correct a “chemical imbalance”

By Dana G. Smith

[How Well Do Antidepressants Work and What Are Alternatives? - The New York Times \(nytimes.com\)](https://www.nytimes.com/2022/11/08/health/antidepressants-chemical-imbalance.html)

L'articolo trae spunto da uno studio anglosassone di recente pubblicazione (*Moncrieff et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence, Molecular Psychiatry, Published: 20 July 2022*) che ha suscitato reazioni controverse, sia in ambito scientifico che mediatico. Il tema è quello delle basi neurochimiche/neurotrasmettitoriali della depressione e della correlazione con il meccanismo d'azione e l'efficacia dei farmaci antidepressivi.

L'ipotesi che la depressione sia causata da uno “squilibrio monoaminergico”, cioè da un deficit cerebrale di serotonina e in minor misura di noradrenalina e dopamina, è stata sostenuta dalla comunità scientifica sin dalla metà del 20° secolo. Gli antidepressivi non vennero, in realtà, sviluppati in base a questa ipotesi, ma – al contrario – la teoria di uno “sbilanciamento chimico” si basò sulla crescente comprensione del loro meccanismo d'azione. I primi due composti risultati, per “serendipity”, efficaci nella terapia della depressione, l'iproniazide (inibitore delle MAO - IMAO) e l'imipramina (triciclico), furono dimostrati incrementare i livelli di serotonina nel SNC. Da qui la teoria che la depressione doveva essere causata da un deficit di serotonina. In seguito i ricercatori si proposero di confermare questa ipotesi, dimostrando che, nei pazienti con depressione, la serotonina e i suoi metaboliti erano ridotti nel sangue, nel LCS e così via. Questi studi risultavano però gravati da inadeguatezze metodologiche, quali campioni troppo esigui e pubblicazione selettiva solo dei risultati favorevoli, con la conseguenza di una scarsa consistenza dei risultati e, come si vedrà, di una successiva disconferma meta-analitica.

Nel frattempo, però, le industrie farmaceutiche adottarono una strategia di comunicazione “chiara e semplice” per sostenere l'efficacia dei loro farmaci antidepressivi. La depressione era definitivamente causata da uno “sbilanciamento chimico” che gli antidepressivi erano in grado di correggere. Ciò coincise con lo sviluppo di una nuova classe di antidepressivi, gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI) che, come suggerisce il nome, erano più selettivi degli IMAO e dei triciclici nei confronti della trasmissione serotoninergica. In anni successivi, altre classi di antidepressivi (SNRI, NaSSA, NARI, SARI, DARI) sono state proposte come di efficacia superiore agli SSRI, globalmente o su alcune dimensioni della depressione (ad es.

ansia, insonnia, sintomi somatici). La caratteristica differenziale di queste molecole è la loro azione di incremento (anche o solamente) di livelli cerebrali di monoamine diverse dalla serotonina, quali noradrenalina e dopamina. A tutt'oggi, peraltro, non è ancora stato dimostrato che una classe di antidepressivi, o un singolo composto all'interno di una classe, abbia un'efficacia clinica significativamente superiore a un altro.

Moncrieff e i suoi collaboratori hanno quindi esaminato, con una particolare tecnica meta-analitica, i risultati di 17 revisioni sistematiche e meta-analisi, che includono lavori condotti negli ultimi 56 anni sulla relazione tra il sistema serotoninergico e la depressione. La revisione sistematica conclude che non vi è alcuna prova convincente che la depressione sia causata da una riduzione dei livelli di serotonina nel SNC. Sebbene non esista un "livello normale" di serotonina, afferma Moncrieff, gli studi hanno coinvolto misure indirette dell'attività della serotonina, esaminando, ad esempio, la serotonina e i suoi prodotti di degradazione nel sangue delle persone o nel LCS e confrontando quei livelli tra persone con diagnosi di depressione e persone a cui non è stata diagnosticata la depressione, i "controlli" sani. I ricercatori non hanno trovato alcuna differenza complessiva nei livelli di serotonina tra i due gruppi. Quando i ricercatori hanno esaminato gli studi sui geni coinvolti nel sistema della serotonina del cervello, ancora una volta non c'era alcuna differenza consistente tra volontari depressi e sani.

Numerose fonti dei mass-media hanno scorrettamente esteso i risultati e le conclusioni dello studio all'efficacia dei farmaci antidepressivi. Vale a dire, la metanalisi ha posto degli interrogativi su come gli antidepressivi funzionino, alla luce della disconferma dell'ipotesi serotoninergica della depressione, ma alcuni media hanno provocatoriamente concluso che questi farmaci, inoltre, non funzionano affatto.

In questo panorama, il presente articolo del *New York Times* si colloca in una posizione sufficientemente equilibrata, evidenziando come la depressione sia una sindrome complessa ed eterogenea, che coinvolge diversi fattori genetici e ambientali e diversi meccanismi, sia cerebrali che sistemici. Tali, ad es., sono i meccanismi eccitatori/inibitori a mediazione glutammatergica, i fattori di crescita neuronale, i mediatori della risposta allo stress e quelli della flogosi, i fattori vascolari e le disfunzioni immunitarie. Nessun clinico cognito dovrebbe più ritenere, quindi, che la teoria dello "squilibrio monoaminergico" sia qualcosa di diverso da un'ipersemplificazione, sia pur di notevole valore storico. Ciononostante, a seguito di 30 anni di divulgazione scientifica incontrollata, retta per lo più da interessi di marketing e alimentata dalla scarsa cultura degli stessi professionisti della Salute Mentale, ancora oggi numerosi psichiatri e psicologi utilizzano nella comunicazione al paziente depresso il modello della "carenza di serotonina" da correggere.

Nell'articolo viene poi affrontato il tema dell'efficacia degli antidepressivi, così come emerge dai dati della EBM, sia per quanto riguarda la metodologia degli studi che la forza e i limiti dei risultati ottenuti. Circa il meccanismo d'azione degli antidepressivi, viene puntualizzato come da oltre 30 anni la ricerca si sia indirizzata a bersagli che oltrepassano il livello sinaptico, partendo dall'osservazione che, mentre le

modificazioni sinaptiche avvengono in tempi di ore o giorni, l'effetto clinico richiede diverse settimane per manifestarsi. Attualmente si ritiene che questo tempo sia necessario al coinvolgimento di "secondi messaggeri" postsinaptici, che a loro volta riverberano su sistemi complessi come i fattori di crescita neuronale (es. BDNF), la stimolazione a lungo termine di nuove connessioni, specie ippocampali, il sistema delle citochine infiammatorie, ecc.

L'autrice dell'articolo conclude che l'efficacia degli antidepressivi, SSRI e altri, non può essere messa in dubbio, e che, nonostante il meccanismo d'azione non sia ancora certo, essi rappresentano la migliore opzione farmacologica a tutt'oggi disponibile nel trattamento della depressione e non dovrebbero essere arbitrariamente sospesi. Oltre al trattamento farmacologico, vi sono altri tipi di approccio terapeutico *evidence-based*, quali alcuni tipi di psicoterapia, cui i pazienti devono poter accedere laddove sia necessario e opportuno.

Le questioni sollevate dalla pubblicazione della metanalisi di Moncrieff e collaboratori sono però ben al di là delle conclusioni sulla non sostenibilità dell'ipotesi monoaminergica della depressione, giudicate da alcuni esperti come per nulla sorprendenti, quando non ovvie, alla luce del livello attuale della ricerca.

Il problema più serio è quello che si è palesato sul piano comunicativo, vale a dire l'utilizzo distorto e strumentale di tali risultati da parte dei media per colpire l'opinione pubblica e alimentare scetticismo e sfiducia circa gli psicofarmaci nel loro complesso, con un atteggiamento che appare più ancora che ideologico, falsamente progressista. A loro volta, i professionisti della Salute Mentale dovrebbero fare un'autocritica sul proprio livello culturale rispetto a nozioni e strumenti di impiego abituale nella pratica clinica e alla scarsa attenzione nella comunicazione ai pazienti di contenuti ipersemplicati e fuorvianti. In un mondo in cui, attraverso internet, le persone vengono continuamente esposte a un flusso di contenuti medico/scientifici, verificati o meno, il nostro compito nei confronti dei pazienti dovrebbe essere invece quello di ri-orientare le loro conoscenze in modo il più possibile corretto e utile.

Contenuti integrativi:

<https://www.psychiatrytimes.com/view/serotonin-or-not-antidepressants-work>

<https://www.openaccessgovernment.org/depression-is-not-caused-by-low-serotonin-levels/140040/>

<https://medicalxpress.com/news/2022-08-chemical-imbalance-theory-depression-dead.html>

Dr. Claudio Vampini

La discussione sul meccanismo d'azione degli antidepressivi richiamata dall'articolo sul *New York Times* e dal commento del prof. Vampini è in un certo senso emblematica della evoluzione profonda del mondo delle neuroscienze e della ricerca in neurobiologia, che sempre più sta affrontando il problema della complessità e del suo andamento nel corso della vita e delle patologie. Siamo organismi fatti di sistemi dialoganti e i tempi, la natura, le voci, i volumi e la gerarchia del dialogo sono importanti.

Nel passato, soprattutto per le malattie psichiatriche, sono state fatte semplificazioni estreme che sono state utili all'avanzamento del sapere. All'inizio ci si è rivolti soprattutto alle dinamiche neurotrasmettitoriali e alla loro risposta ai farmaci, perché i neurotrasmettitori erano ciò che si sapeva misurare. Molte delle teorie biologiche sulle diverse malattie psichiatriche sono state basate su criteri *ex adjuvantibus*, cioè sullo studio dei meccanismi dei farmaci che mostravano effetti e un'attività clinica su un comportamento. Sono state basi utili per disegnare nuovi farmaci attivi nelle patologie target che correggessero uno o più difetti delle molecole originatrici. Anche in storie di successo, sto pensando a una malattia prevalentemente neurologica, la malattia di Parkinson, è presto stato chiaro che pensare al solo deficit neurotrasmettitoriale (nello specifico prevalentemente dopaminergico) era un limite e che si correggevano molti sintomi, ma non si arrestava la progressione della malattia la cui essenza era diversa (il processo degenerativo contro il quale siamo ancora disarmati).

All'interno del mondo della ricerca il fatto che si fosse proceduto per semplificazioni estreme era evidente fino dalla metà degli anni '60, ma non così nelle comunicazioni agli utilizzatori, medici prescrittori e pazienti. Io insegno farmacologia e sono molti anni, direi da sempre, che parlando delle teorie aminergiche della depressione e dei farmaci antidepressivi, dico agli studenti che si tratta di una semplificazione che è stata utile ma che tale è. Ma si tratta di un mondo accademico ristretto.

Il lavoro di Moncrieff J. et al.¹ (usando tecniche di analisi statistica avanzata) oggi corregge, appunto, la visione sulle basi biologiche della depressione. Questo intervento è però indipendente dall'osservazione clinica sull'effetto dei farmaci antidepressivi. L'attività di questi ultimi non è facile da dimostrare clinicamente, ma è documentata. Direi, sebbene sia un neurofarmacologo, per lavoro interessato ai meccanismi, che il dato clinico deve prevalere nel giudizio e nell'uso (e a questo punto la diversità delle varie molecole diventa una ricchezza per adattare meglio le terapie al paziente).

I segnali che le teorie monoaminergiche della depressione non fossero in grado di spiegare molti aspetti della patologia era evidente anche dalla dissociazione temporale tra l'effetto terapeutico, che ha una latenza notevole prima di svilupparsi, e l'azione degli antidepressivi sulle monoamine che sono pressoché immediati, come già ricordato anche nel commento del prof. Vampini. Da non molto, le osservazioni sull'azione antidepressiva rapida della esketamina richiamano al ruolo della trasmissione glutamatergica (la molecola è un inibitore di un sottotipo di recettori ionotropici del glutammato), ma anche in questo caso rimangono molti altri interrogativi, ad esempio come mai altre molecole con attività simile sugli stessi recettori non esercitino un'analoga azione antidepressiva. Apprezziamo dunque l'aspetto clinico e cerchiamo di risolvere le difficoltà legate all'uso di questo farmaco, ma evitiamo di fare ancora una volta eccessive semplificazioni legate a un aspetto del profilo farmacodinamico della molecola.

Contestualmente, anche l'effetto del trattamento prolungato con gli antidepressivi da più tempo noti sui meccanismi di trasduzione del segnale e sull'espressione di numerosi fattori di crescita e geni suggerisce che i loro meccanismi di azione vadano ben oltre l'attivazione monoaminergica e conseguentemente anche che le basi biologiche della malattia debbano essere meglio esplorate. Ancora una volta serve distinguere il giudizio clinico e gli aspetti della ricerca

avanzata quale base per lo sviluppo di strumenti terapeutici nuovi e migliori per profilo di effetti collaterali o per efficacia, capaci di agire su quelle forme che oggi vengono dette “resistenti ai farmaci”.

Un’ultima considerazione, che cosa dire della malattia nelle diverse età dell’uomo? O anche, la malattia che perdura, viene trattata, si risolve e poi recidiva, ha la stessa “firma biologica”? Le variazioni dinamiche nel tempo sono un aspetto spesso negletto negli studi del passato. Il richiamo a queste complessità non vuole e non deve essere giustificazione o scusa per negare possibilità di terapia che sono state documentate o la rinuncia ad affrontare ulteriormente il problema del riconoscimento delle basi biologiche delle malattie psichiatriche perché troppo complesse.

Gli avanzamenti delle tecniche di indagine biomolecolari e di imaging funzionale, dei metodi di raccolta e di analisi dei dati, della capacità di rielaborare le ricerche condotte da gruppi diversi e in periodi temporali diversi e di ricercare tracce riconoscibili all’interno di milioni di dati mediante l’aiuto dell’intelligenza artificiale ci dicono che è solo questione di tempo e non necessariamente secolare. Occorre però mantenere la barra salda, non negare e rinunciare in nome di questo futuro possibile agli obiettivi clinici che sono già stati perseguiti o che lo saranno quali prodotti, anche intermedi, del processo di conoscenza. Chi negherebbe oggi il valore euristico degli studi su molti vecchi chemioterapici e antibiotici antibatterici, attualmente desueti?

Prof. Stefano Govoni

Newsletter AIP - 18 novembre 2022

Amiche, amici,

sempre più spesso leggiamo interventi dedicati alle dinamiche che caratterizzano il caregiving delle persone affette da malattie croniche e bisognose di assistenza. È un tema di grandissima importanza psicologica, organizzativa, clinica (sì, anche clinica, perché spesso senza l'impegno e la fatica di chi si prende cura dell'ammalato non si possono realizzare nemmeno le cure sul piano clinico). Raramente però nei nostri studi abbiamo preso nella dovuta considerazione le crisi del malato stesso, che soffre per il peso che le sue cure provocano in chi lo assiste. In questa prospettiva **riporto un pezzo di Salvatore Mazza, pubblicato su Avvenire del 10 novembre**. I lettori ormai conoscono questo bravissimo giornalista affetto da Sla, che ogni giovedì pubblica un pezzo, costruito con il movimento degli occhi, che presenta vari aspetti della soggettività del malato e dei problemi che caratterizzano la sua vita (consiglio a tutti di acquistare *Avvenire* del giovedì!). Il pezzo di Mazza si riferisce alle figlie che lo aiutano a vivere: "Mi sembra di star loro rubando la giovinezza, che è una cosa che non ritorna. Mi chiedo se non sarebbe stato meglio anche per me, come è successo a tanti con la mia stessa malattia, che la Sla fosse stata una pratica da sbrigare in pochi mesi. Per Giulia e Camilla sarebbe stato uno strappo traumatico, lo so, ma forse, alla fine, meglio che accompagnarli in questa ormai infinita agonia, che dura già da sei anni. Me lo chiedo ogni giorno e ogni giorno non so la risposta. Né mi consola pensare che, vabbè, in fondo non mi resta molto, che tra un po' alla fine anch'io sbrigherò questa pratica. Sarà comunque troppo il tempo che ho rubato loro".

Ho scelto di aprire questa newsletter con la frase di Mazza perché **troppo spesso noi medici, assieme ad altri operatori della clinica e dell'assistenza, ci dimentichiamo di approfondire la sofferenza degli ammalati quando si sentono di peso per chi li assiste**. Talvolta il dolore è così forte da indurre loro ad augurarsi la morte; l'epidemiologia ci ha indicato quanto questo sentimento agisca negativamente sulla voglia di vivere e quindi sulla stessa durata della vita. Come possiamo modificare un dolore così profondo? Quali possono essere i consigli più utili per convincere il malato che il servizio reso è parte di una relazione d'amore, che conta di più della fatica fisica e psicologica indotta dall'attività assistenziale? Mi piacerebbe aprire un dibattito su una problematica così delicata e di grande rilievo umano e clinico, sperando di ricevere indicazioni da condividere.

Attorno al problema del caregiving, **ricordo l'esperienza di Treviso, dove l'ASL finanzia un servizio di consulenza alle famiglie con una persona ammalata di demenza, in modo da facilitare sia la navigazione tra i servizi, sia la soluzione dei piccoli problemi di tutti i giorni**, che rendono difficile il tempo dell'assistenza. La dottoressa Silvia Vettor mi ha mostrato alcuni scambi di messaggi tra lei e le badanti che hanno in cura un ammalato: "riso con zuca e feta maiale" è stata la descrizione del pranzo, al quale la dottoressa ha risposto: "Ottimo, di stagione, bravissima". Uno scambio utile per creare un'atmosfera di serenità, la sensazione di poter contare su un appoggio nel tempo delle solitudini. Solo uno stupido non capirebbe l'importanza di queste parole, di una vicinanza sulle piccole cose che garantisce una vicinanza reale e positiva, carnale. E nessuno può mettere in dubbio che questa non sia una vera medicina, cioè cura della sofferenza.

AIP nuovamente si occupa in maniera formale della solitudine; il 15 novembre a Padova si è svolta la 5° Giornata nazionale su questo problema delicato da molti e diversi punti di vista. AIP ha intenzione di raccogliere le relazioni, tutte di altissimo livello.

Anche Mauro Colombo interviene sulle problematiche poste dalla solitudine con il consueto contributo:

“Anche Lancet Healthy Longevity si è interessata dell’argomento, attraverso un articolo interessante [1] ed un editoriale stimolante [2], liberamente accessibili in rete. Nell’articolo originale [una meta-analisi], un ampio numero di autori appartenenti ad istituzioni sparse per tutto il mondo, hanno armonizzato 13 studi di coorte [quasi tutti derivati dal consorzio “COSMIC” (Cohort Studies of Memory in an International Consortium)], totalizzando oltre 38.000 soggetti di ambo i sessi, di età percepito da chi è assistito compresa tra 40 e 107 anni (media 70), tutti viventi – salvo 50 – al domicilio, seguiti per un periodo compreso tra 2 e 15 anni (mediana 3). Il fulcro dello studio consiste nel rapporto tra cognitivtà e “salute sociale”: termine “ombrello”, in cui rientra anche l’isolamento sociale, e che “incapsula” [termine significativo espresso nell’editoriale] aspetti di struttura [per esempio: reti sociali, contesti di vita], di funzione [per esempio: supporto sociale] e di qualità [per esempio: solitudine percepita e qualità dei rapporti] delle relazioni sociali. Nel complesso, una buona salute sociale si traduce in una migliore cognitivtà. Il risultato sembra apparentemente scontato, quando già la commissione Lancet attribuisce alla salute sociale il 4% dei casi prevenibili di demenza, a livello planetario. Ma per apprezzare l’entità del contributo dell’articolo, occorre sottolinearne alcuni aspetti qualificanti:

- i dati sono stati analizzati a livello di singola persona, con vantaggio sulla potenza statistica, laddove la maggior parte delle meta-analisi precedenti ha adoperato dati aggregati, spesso confusi da differenti modalità di aggiustamento delle co-variabili;
- le componenti della salute sociale sono state studiate singolarmente;
- la cognitivtà è stata misurata anche per macro-settori [memoria, linguaggio, funzioni esecutive], e non solo come capacità globale;
- tali caratteristiche consentono una “granularità” molto più fine della analisi, il cui valore aumenta in generalizzabilità, grazie alla provenienza planetaria delle coorti; la reale portata dei risultati va pesata con cautela: una stima di effetto dello 1–2% per anno nel rallentamento del declino cognitivo in caso di buona socialità va considerata nel suo accumularsi nel tempo;
- i dati sono inoltre stati disaggregati per sesso: con una certa sorpresa degli Autori, è stato trovato che le donne sposate o comunque coinvolte in una relazione andavano incontro con l’avanzare della età ad una perdita più lenta nella memoria, mentre gli uomini nelle medesime condizioni subivano un declino più rapido nella cognitivtà globale, rispetto alle controparti nubili o celibi o prive di relazioni.

L’editoriale, oltre che accattivante, è dotato di una bibliografia di prim’ordine, estesa anche al substrato biologico delle connessioni tra salute sociale e cognitivtà: si pensi al riferimento n°6, relativo ad un articolo del 2022 sul Journal of Gerontology [sezione delle scienze sociali e psicologiche] sul ruolo di moderazione [nel senso della modellistica statistica] giocato dalla struttura delle reti sociali nel rapporto (inverso) tra volume della amigdala e riserva cognitiva. L’acume dell’editorialista [sociologo presso l’Università dello Oklahoma] indica suggerimenti per proseguire nella indagine: la analisi delle reti telematiche; la aggiunta di valutazioni “ecologiche” in tempo reale, e di una “metrica” del vicinato [per esempio, la presenza di centri di aggregazione o di altre infrastrutture sociali]; una ottica longitudinale non solo per gli esiti cognitivi, ma anche riguardo alla salute sociale, che può fluttuare nel tempo, rispetto alla situazione di partenza.

[1] Samtani, S., Mahalingam, G., Lam, B., Lipnicki, D. M., Lima-Costa, M. F., Blay, S. L., Castro-Costa, E., Shifu, X., Guerchet, M., Preux, P. M., Gbessemehlan, A., Skoog, I., Najjar, J., Rydberg Sterner, T., Scarmeas, N., Kim, K. W., Riedel-Heller, S., Röhr, S., Pabst, A., Shahar, S., ... SHARED consortium for the Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC) (2022). Associations between social connections and cognition: a global collaborative individual participant data meta-analysis. *The Lancet. Healthy longevity*, 3(11), e740–e753. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00199-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00199-4)

[2] Roth A. R. (2022). Social connectedness and cognitive decline. *The Lancet. Healthy longevity*, 3(11), e723–e724. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00217-3](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00217-3)

Lancet dell'8 ottobre presenta un documento di oltre 50 pagine intitolato: "The Lancet Commission on lessons for the future from Covid-19 pandemic". Come altri testi di Lancet Commission sugli argomenti più disparati, è un **documento molto approfondito che indica le linee alle quali dovrebbero adattarsi i vari Paesi per organizzare le necessarie difese dalle future infezioni**. L'argomento è di importanza primaria, ma non si intravedono attenzioni da parte dei vari governi. Inoltre, se si incomincia a mettere in dubbio il valore dei vaccini, si farà poca strada, in attesa che arrivi un'altra crisi. È impressionante constatare come i pregiudizi ideologici impediscano di costruire un futuro decente per gli otto miliardi di persone che vivono nel nostro pianeta.

Recentemente una giovane dottoressa che lavora in una RSA mi ha comunicato che cambia lavoro, perché – nonostante la sua scelta di servire gli anziani in una struttura loro dedicata – non sopporta più l'atmosfera che si è instaurata. Non sono riuscito a cancellare la profondità di una delusione, causata anche dal cambiamento dello stile di lavoro tra colleghi e dell'atmosfera che caratterizza la RSA. **Rivolgo un invito caloroso e preoccupato a chi ha responsabilità di guida delle RSA: è indispensabile ricreare un'atmosfera vivibile per gli operatori**, in particolare quelli più legati ad uno stile di lavoro caratterizzato da competenza, generosità, attenzione alle piccole cose. Questo atteggiamento addolorato per il fallimento di una propria scelta professionale e umana è in linea con una mail ricevuta recentemente dalla dottoressa Piliero, che riporto di seguito:

"Ogni tanto le scrivo... e stasera sono particolarmente amareggiata. Oggi ho avuto un colloquio con la sorella di un mio Ospite di RSA, che dopo un periodo di ripresa (subito dopo l'ingresso, proveniente da ospedale) ha avuto un graduale peggioramento clinico, con conseguente perdita delle autonomie. Non mi soffermo sull'anamnesi e su tutto quello che io e i colleghi abbiamo fatto, intervenendo su ogni sintomo sia con esami strumentali che con esami di laboratorio e relative modifiche di terapie. Ultimo tassello una visita specialistica che ha confuso ulteriormente la parente, con un referto che diceva tutto e niente e che non aveva preso in considerazione la minuziosa relazione che avevo redatto. La parente oggi mi accusava di mancata tempestività, di lentezza nelle indagini, di non avere una diagnosi e padroneggiava il "medichese" interpretando segni, sintomi e terapie. Io dico sempre che noi medici di RSA siamo più "sfigati" di tutti perché mai possiamo guarire dalle demenze, dalle patologie croniche, dall'età anagrafica... Ma le accuse non tanto velate della signora mi hanno fatto venir voglia di strappare la mia laurea, di buttare al vento la mia esperienza quasi decennale in RSA. La spocchiosità e la laurea ad honorem in medicina della signora, subito dopo l'incontro, mi hanno messo a disagio, mi hanno fatto provare rabbia e, soprattutto, mi hanno fatto sentire sola e impotente. Ho imparato ad affrontare tutte le situazioni in RSA, dal pianto del parente all'ingresso, al pianto del parente al decesso. Ad ogni decesso, ho sempre ricevuto un abbraccio dal parente. Oggi mi sono sentita sconfitta da una persona che si è calata nei panni non del parente ma di un medico multispecialistico. Poi capisco chi invia in PS, anche in modo inappropriato, facendo medicina difensiva... Parlavo di solitudine... perché mi è stato detto che a volte dobbiamo farci sorgere il dubbio. Il dubbio fa parte della nostra professione, come la curiosità, come il perseverare, come la tenacia. La pandemia, i tam tam mediatici hanno reso tutti medici. Stasera va così... amareggiata e sconfitta dall'ignoranza".

Agenas ha pubblicato come supplemento a *Monitor* un testo intitolato: **"Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'Ospedale di Comunità"**. Il documento, molto interessante, è dedicato prevalentemente agli aspetti strutturali e organizzativi degli Ospedali di Comunità, senza però chiarirne la funzione rispetto alla salute dei cittadini. Ci si poteva attendere un materiale più aderente alla nostra realtà attuale; in questo momento di confusione sulle capacità del nostro sistema di costruire la rete di Ospedali di Comunità, come indicato dal PNRR, ci saremmo aspettati da Agenas un contributo che aiutasse il decisore politico a indirizzare scelte urgenti e molto importanti per l'organizzazione complessiva della nostra sanità territoriale. Il rischio di perdere i finanziamenti del PNRR è dietro l'angolo... e sarebbe un evento gravissimo in sé, ma soprattutto

perché dimostrerebbe l'incapacità del nostro sistema di governo, indipendentemente dal colore, di cambiare a fondo ciò che non funziona.

È iniziato il nuovo anno di AIP dal punto di vista organizzativo; ritorno quindi a ricordare l'esigenza di iscriversi alla nostra Associazione per il 2023; è importante collaborare al lavoro che viene portato avanti da AIP sempre in un'atmosfera di rigidità dei bilanci.

Ricordo anche che oggi scade il termine per l'invio degli abstract per il **XVIII Brain Aging**, che si svolgerà a Napoli il 14 e 15 dicembre. Comunico peraltro che, per motivi organizzativi, **il termine per la presentazione degli abstract è stato spostato a lunedì 28 novembre**. Come è avvenuto negli anni scorsi, il Brain Aging rappresenta sempre una gradita occasione per lo scambio di auguri, in particolare con i colleghi delle Regioni meridionali. Napoli natalizia ha un fascino ineguagliabile!

Ricordo infine che **giovedì prossimo, 24 novembre**, alle ore 18.30 si terrà il **webinar AIP** su: **"Demenze vascolari... a volte ritornano"**. È argomento di grande interesse, perché in questi anni le problematiche vascolari in rapporto alla demenza hanno subito diverse letture, anche contraddittorie. Serrati ha il compito di chiarirci le idee, facendo il punto sugli studi più attuali (vedi annuncio allegato).

Un caro saluto

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

GIOVEDÌ 24 NOVEMBRE 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatría

Demenze vascolari... a volte ritornano

Carlo Serrati (Imperia)

Conduce la discussione: *Claudio Vampini (Verona)*

Coordinatore del progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 22 novembre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 9067473 - florence@wearemci.com

Newsletter AIP - 4 novembre 2022

Amiche, amici,

oggi è il 4 novembre: ci ricorda i milioni morti e le grandi sofferenze delle nostre popolazioni. È l'occasione per ripensare con preoccupazione alla realtà di oggi e alla guerra che incombe, in particolare ai milioni di persone anziane ingiustamente coinvolte. Oggi, come oltre 100 anni fa.

La discussione recente sulla "scientificità" degli atti di governo ci ricorda che non è sempre una "santa da adorare". Ad esempio, su *JAMA* del 21 ottobre è stato pubblicato un lavoro, steso da ricercatori americani, sull'**inefficacia dell'ivermectina rispetto al tempo di recupero dopo il Covid-19**. Fa impressione come ancora una volta siano pubblicati da riviste importanti lavori su questo farmaco che da tempo è noto per essere un bluff.

Lo stesso dicasi per la supplementazione di vitamina D; un breve editoriale, sempre su *JAMA* (25 ottobre) commenta due lavori recenti che ancora una volta dimostrano l'inefficacia di questo trattamento. Sarebbe necessario un maggiore equilibrio da ogni parte... ma forse è anche lecita una critica a questa cultura.

La situazione delle RSA non sembra entrare nell'agenda della politica. Evidentemente, il venire incontro alle posizioni dei novax conta di più della sorte di centinaia di migliaia di anziani fragili, che rischiano una drastica riduzione delle cure. Ma come fare per convincere i decisori sull'importanza di provvedere entro tempi ristrettissimi? Sempre più frequenti sono le notizie riguardanti le RSA costrette ad aumentare le rette; siamo lontani da qualsiasi critica aprioristica, però come potranno molte famiglie sostenere aumenti di 5-6 euro al giorno? Recentemente ho seguito con interesse la proposta fatta in Regione Veneto di introdurre un'addizionale Irpef che avrebbe dovuto finanziare in particolare gli aumenti dei costi delle RSA (si calcolava il possibile finanziamento di circa 7 euro al giorno, coprendo così in modo quasi completo, almeno per l'immediato, l'aumento dei costi). Purtroppo, la decisione finale della Regione è stata negativa; una sola osservazione: se la politica non ha il coraggio, in certi momenti particolarmente delicati della vita civile, di compiere scelte in nome di un bene più alto, anche senza il consenso di tutti, la politica non è più "l'arte alta", della quale tutti abbiamo bisogno. Se le decisioni sono prese in base alle indagini demoscopiche la politica non ci serve. Ci basta un computer.

Il **15 novembre**, cioè tra pochissimi giorni, si terrà **a Padova il convegno nazionale AIP**, sotto la presidenza di Diego De Leo, **dedicato alla solitudine dell'anziano**, in occasione della giornata nazionale su questa tematica (vedi il programma accluso). L'aspetto più delicato sul quale incentrare il nostro impegno come Associazione è l'indicazione di specifici interventi con i quali le comunità possono lenire la solitudine degli anziani attraverso atti che siano efficaci, ma rispettosi delle libertà di tutti. Molte realtà vorrebbero impegnarsi, ma non sanno identificare i percorsi più efficaci. Inoltre,

vi sono molti anziani che rispondono subito ad un richiamo che li faccia sentire parte di un gruppo; altri, invece, induriti da una vita troppo faticosa e dolorosa, non rispondono anche agli inviti più pressanti e restano in solitudine, all'interno della loro sofferenza. Anche se quantitativamente rappresentano solo una piccola parte del problema, l'atteggiamento di molti senz'altro nei riguardi di chi li vorrebbe aiutare si colloca in questa logica.

Recentemente **Agenas ha pubblicato alcuni dati sulle dinamiche che dovrebbero caratterizzare nei prossimi anni il fabbisogno di medici e di infermieri**. Sulla carta tutto sembra essere in equilibrio per i prossimi 5 anni, dando così indicazioni che tranquillizzano la politica e l'impegno programmatico in questo ambito. Non si tiene conto della realtà che interferisce con i conti teorici, che vedono un equilibrio esatto tra uscite e nuovi ingressi. Perché queste analisi puramente matematiche non tengono in conto la complessità dei fenomeni sociali? Intanto, oggi le RSA sono al limite della sopravvivenza e ricorrono sempre più frequentemente a infermieri che provengono da Paesi lontani. Non sempre i risultati sono ottimali, però con realismo è necessario accettare l'unica risposta che può evitare la chiusura di molte RSA.

Plos One di settembre, ripreso dal *NYT* del 22 ottobre, riporta dati importanti sul fatto che **il Covid-19, nei due anni di presenza ingombrante nelle nostre vite, ha pesantemente alterato i rituali sociali e i riti di passaggio**. Secondo la rivista siamo diventati meno estroversi, creativi, piacevoli e coscienti. Questo declino è più accentuato tra i giovani. Il lavoro propone anche alcune azioni per poter ridurre l'effetto negativo del Covid-19 sulla vita delle persone.

JAMA Neurology del 13 ottobre ha pubblicato un lavoro sugli **effetti di 18 mesi di training alla mediazione sul volume e sulla perfusione cerebrale nelle persone anziane**. I risultati positivi hanno suggerito agli autori la possibilità di organizzare questi interventi in età matura per migliorare la salute del cervello e ridurre il rischio di demenza.

JAMA Network Open del 6 ottobre ha pubblicato alcuni dati ottenuti in oltre 100.000 persone di 58 anni di età media che dimostrano come **la scarsa acuità visiva, definita come difficoltà a leggere lettere e numeri ad una certa distanza, è associata con la comparsa di depressione sia nella mezza età che in vecchiaia**. Il dato è significativo in particolare per le possibili ricadute preventive; infatti, la presenza di depressione rappresenta un pesante limite al benessere, ma anche un fattore di rischio di demenza. La rilevazione dell'acuità visiva deve quindi divenire un compito irrinunciabile nell'ambito di progetti di prevenzione di massa (ad esempio nelle campagne, oggi così diffuse e non sempre accurate, per un invecchiamento in salute).

Di seguito il consueto importante contributo di Mauro Colombo:

“Durante il congresso AIP, tenutosi con notevole successo a Trieste dal 20 al 22 ottobre, il prof. Giuseppe Bellelli, durante la sua bellissima presentazione dal titolo “Fragilità somatica e funzioni mentali: cosa ci insegna la geriatria?”, ha citato un articolo – liberamente accessibile in rete – che a mio avviso merita di essere ripreso. Il titolo del lavoro, tradotto, recita “il delirium ed il rischio di sviluppare demenza: studio su una coorte di 12.949 pazienti” [#]. L'indagine è stata condotta a Glasgow su una serie di ultra65enni, arruolati per un quarto di secolo [1996-2020] e seguiti retrospettivamente in media per 741 giorni [da 0,5 fino a 8.855], dopo un episodio di confusione acuta, inizialmente liberi da demenza. Nell'arco di 5 anni, la incidenza cumulativa è stata del 32% per la demenza, e del 49,2% per la morte senza demenza. L'insorgenza di demenza è risultata anche indipendentemente legata ad alti livelli di deprivazione sociale, ed all'avanzare dell'età ma solo fino ai 90, con stabilizzazione/declino successivi. L'articolo investe numerosi passaggi salienti, a partire dal rapporto fra delirium e demenza.

Difatti la demenza è il primo fattore di rischio per il delirium, e viceversa il delirium è uno dei principali fattori di rischio per la demenza: vale ricordare che il delirium è prevenibile nel 30–40% dei casi, ed incorre in metà degli ultra65enni ricoverati in ospedale, oltre a comportare una elevata mortalità. Più in profondità, non è

ancora chiaro se il delirium costituisca soltanto un marcatore di vulnerabilità cerebrale, o se sia un fattore precipitante piuttosto che intrinsecamente causale di demenza.

Dal punto di vista dei paradigmi fisiopatologici, anche grazie al tipo di analisi statistica adottato – idoneo a favorire interpretazioni eziologiche, il lavoro sembra optare verso le ipotesi del delirium come espressione di vulnerabilità cerebrale, o come fattore accelerante – precipitante nei confronti della demenza. Ma in discussione viene chiamato in causa lo studio finlandese sugli ultra85enni, che deporrebbe a favore di una visione direttamente causale del delirium verso la insorgenza di demenza: nei cervelli dei molto anziani di Vantaa la demenza insorta dopo delirium non si accompagnava alle classiche caratteristiche neuropatologiche o genetiche, presenti nei coetanei la cui demenza non era stata preceduta da delirium.

Viene confermato – anche mediante evidenza grafica – l'andamento curvilineo tendente ad una U rovesciata nella epidemiologia della demenza in ragione dell'avanzare dell'età, all'interno di uno studio – il più esteso nel suo genere - pragmatico in contesto naturalistico basato su di un registro, secondo le regole STROBE.

In termini di gerontologia sociale, viene individuato il peso della deprivazione sociale nei confronti dello sviluppo di demenza, già evidenziato anche nello studio "prossimo" britannico [ELSA: English Longitudinal Study of Ageing].

In termini di politica sanitaria, va rimarcato l'aumento nel tempo delle diagnosi di delirium: se da un lato ciò può venire letto come un successo delle politiche di sensibilizzazione al tema, dall'altro implica responsabilità di attenzione verso la popolazione a rischio.

Nella esplicita consapevolezza di alcuni limiti metodologici [problemi con alcune codifiche diagnostiche, mancanza di covariate rilevanti], l'articolo conclude invitando – possibilmente mediante studi caso-controllo – a procedere nella ricerca dei fini meccanismi che legano il delirium alla demenza a livello cellulare/molecolare: ci leggo un richiamo alla "patologia cellulare" di Virchow."

[#] Leighton, S. P., Herron, J. W., Jackson, E., Sheridan, M., Deligianni, F., & Cavanagh, J. (2022). Delirium and the risk of developing dementia: a cohort study of 12 949 patients. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 93(8), 822–827. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2022-328903>

Con il mese di novembre inizia il nuovo anno sociale dell'Associazione Italiana di Psicogeriatricia. In particolare, inizia il tempo per le **iscrizioni valide per il 2023**. Confido che ancora una volta possano ripetersi da parte di molti i gesti di attenzione e disponibilità verso la nostra Associazione, come è avvenuto nei mesi scorsi. La prossima settimana verranno comunicate le modalità di iscrizione/rinnovo all'AIP e le quote associative per il nuovo anno.

Il 2 novembre il Consiglio Direttivo AIP ha approvato lo schema definitivo del **23° Congresso nazionale AIP, che si terrà a Firenze dal 13 al 15 aprile 2023**. Nei prossimi giorni sarà pubblicato il programma, le condizioni per l'iscrizione e per l'invio delle comunicazioni libere e dei poster. Il Congresso nazionale è l'occasione privilegiata per la formazione di ognuno e la costruzione di collaborazioni.

Il Consiglio Direttivo ha anche approvato il testo di un **volume sulle RSA scritto da Antonio Guaita e Mauro Colombo** (per noi di questa newsletter... un nome che è una garanzia!), che verrà pubblicato da Maggioli con il supporto della Fondazione Serpero. È la prima uscita – altamente qualificata – di una serie di testi che AIP ha deciso di predisporre per sostenere il futuro delle RSA. Gli attacchi che hanno subito in questi mesi ha risvegliato l'orgoglio di chi opera bene e sente la necessità di difendere la propria esperienza. Allo stesso tempo, però, ha messo in luce la possibilità concreta di migliorare gli standard di lavoro a favore degli anziani fragili: AIP vuole collaborare a questo percorso di crescita.

Segnalo che **mercoledì 9 novembre**, dalle 18.30 alle 19.30, si svolgerà il terzo appuntamento dei **webinar AIP-Seminari di Psicogeriatricia**. Il Dr. Enrico Mossello parlerà di **"I Centri Diurni Alzheimer e**

la pandemia: prima, durante – e dopo?”. Come di consueto, l’iscrizione è a titolo gratuito ma obbligatoria, cliccando l’apposito link nella locandina allegata.

Ricordo infine che **fino al 18 novembre è possibile inviare abstract** in occasione del **XVIII Brain Aging** “Gli anziani nel 2030. Prospettive cliniche, psicologiche ed organizzative” (Napoli, 14-15 dicembre) inviando una mail all’indirizzo: aipsegreteria@grg-bs.it . I lavori dovranno essere suddivisi in: Obiettivo, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni; massimo 5.000 caratteri.

Chiudo con **alcune parole ricevute da Massimo Calabrò sui problemi della formazione dei giovani medici alla cura delle persone anziane**: “Il pensiero geriatrico deve permeare tutte le attività nelle quali sono coinvolti i giovani (dall’ospedale per acuti, al PS, alla post-acuzie, alle strutture intermedie, all’assistenza nel territorio); i geriatri non devono mai essere etichettati come medici di retrovia, che gestiscono solo la terminalità, con il cuore in mano, ma modesta cultura clinica. La capacità di cogliere e curare un paziente complesso è nodale nella medicina del futuro. Invece, l’attuale cultura dominante rischia di rendere i giovani medici invidiosi di conoscenze, talora avanzatissime, spacciate come la medicina del futuro. La necessità è che tra le culture vi sia chi sa costruire perfette e appropriate sintesi”. Sono parole che sintetizzano il nostro impegno in ambito psicogeriatrico: orgogliosi di una cultura che, seppure faticosamente, sa mediare tra le culture più avanzate, per costruire modelli di cura realmente efficaci per le persone anziane fragili.

Un caro saluto

Marco Trabucchi
Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría

Seminari di Psicogeriatría

Attualità, Progressi e Prospettive



ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PSICOGERIATRIA

MERCOLEDI 9 NOVEMBRE 18:30-19:30

Introduce: *Marco Trabucchi*

Associazione Italiana di Psicogeriatría

I Centri Diurni Alzheimer e la pandemia: prima, durante – e dopo?

Enrico Mossello (Firenze)

Conduce la discussione: *Claudio Vampini (Verona)*

Coordinatore del progetto Seminari di Psicogeriatría

Iscrizione obbligatoria, a titolo gratuito entro il 7 novembre 2022

[CLICCANDO QUI](#)

Segreteria scientifica



Angelo Bianchetti, Alice Negretti
Via Fratelli Lombardi, 2 - 25121 Brescia
Tel. +39 030 3757538 - aipsegreteria@grg-bs.it

Segreteria organizzativa



MCI Italy | Florence office
Via Scialoia, 52 - 50136 Firenze
Tel. +39 055 9067473 - florence@wearemci.com

5a Giornata Nazionale AIP contro la solitudine dell'anziano

Covid, isolamento, solitudine

PADOVA • 15 NOVEMBRE • 2022

Centro Culturale Altinate San Gaetano
Via Altinate, 71, Padova

Ingresso libero

- | | | | |
|--------------|--|--------------|--|
| 9.30 | SALUTO DELLE AUTORITÀ COMUNALI | 15.00 | LE HELPLINE E LA SOLITUDINE: AIP E SOLOLINE
Giovanna Ferrandes (Genova) |
| 10.00 | SOLITUDINE E ANZIANI: È TEMPO DI INTERVENIRE (ERASMUS PLUS)
Diego De Leo (Padova) | 15.30 | ESSERE SOLI, SOGNARE E DIMENTICARE LA SOLITUDINE: UNA SFIDA PER IL BIOLOGO
Stefano Govoni (Pavia) |
| 10.30 | LA VITA DEGLI ANZIANI E L'IMPATTO DELLA PANDEMIA
Ketty Vaccaro (Roma) | 16.00 | LA ROBOTICA SOCIALE: LA RISPOSTA ALLA SOLITUDINE DI OGGI
Cristian Leorin (Padova) |
| 11.00 | LA SOLITUDINE A MODO MIO
Sandra Nicoletto (Padova) | 16.30 | TAVOLA ROTONDA: LA CITTÀ E LA SOLITUDINE DELLE DONNE
Chairman: Marco Trabucchi (Roma)
Ines Testoni (Brescia), Mariapia Garavaglia (Milano), Laura Castelletti (Brescia) |
| 11.30 | TRA LE QUATTRO MURA: SOLITUDINE NELLA DEMENZA E NELLA RETE DI CURA
Silvia Vettor (Treviso) | 17.30 | CONCLUSIONI |
| 12.00 | LA SOLITUDINE DI CHI RESTA
Evelina Nazzari (Roma) | | |
| 12.30 | SOLITUDINE E FINE DELLA VITA
Don Renzo Pegoraro (Pontificia Accademia per la Vita, Vaticano) | | |
| 13.00 | PAUSA | | |
| 14.30 | SOLITUDINE E ISOLAMENTO SOCIALE DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19
Sabrina Cipolletta (Padova) | | |

Presidente del Congresso
Prof. Diego De Leo

Segreteria scientifica AIP
Angelo Bianchetti,
Alice Negretti

Via Fratelli Lombardi, 2
25121 Brescia
Tel. + 39 030 3757538
aipsegreteria@grg-bs.i