



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 8 settembre 2023

Amiche, amici,

questa newsletter è dedicata a vari aspetti della realtà odierna, sempre più complessa riguardo la vita degli anziani fragili; per una volta è quindi completamente dedicata ai dibattiti, se non per il contributo sempre di altissimo valore di Mauro Colombo. Di questo mi scuso con i lettori attenti alle indicazioni della letteratura aperte all'innovazione.

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Settembre, il mese dell'Alzheimer
- Cesenatico: gli eventi della Fondazione Maratona Alzheimer
- Luigi Dal Santo: suicidio assistito
- Fabio Cembrani: legge 33
- Piero Caramello: un punto di vista infermieristico

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo: il problema della guida

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

- 5 edizioni dell'Alzheimer Fest
- AIP e la sensibilizzazione sul tema demenze
- "Le 50 sfumature di cura" a Treviso
- "6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano" a Padova

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

È iniziato **il mese dell'Alzheimer**, un tempo che **segna l'impegno delle nostre comunità a favore delle persone colpite da una demenza**. Quest'anno lo scenario che accompagna la condizione di malati e famiglie è particolarmente precario: la crisi economica del sistema sanitario e sociosanitario, la mancanza di personale di ogni livello, provvedimenti legislativi che non stanno in piedi, la tendenza verso il privato, con una visione che non tiene conto delle fragilità. Proprio per questi motivi il mese dell'Alzheimer si pone al centro dell'attenzioni, anche oltre le specifiche problematiche: **la demenza**

**è un prototipo di malattia cronica e quindi della possibilità concreta di ricevere oggi cure adeguate.**

Su questo argomento allego quanto pubblicato da *Panorama della Sanità*.

Il 4- 5 settembre si sono tenuti **a Cesenatico una serie di convegni nazionali, organizzati dalla Fondazione Maratona Alzheimer**, che costituiscono una sorta di inaugurazione nazionale informale, ma molto concreta, del mese. Vi è stata una larga partecipazione alla giornata sui Caffè Alzheimer (oltre 100 diverse realtà, provenienti anche da regioni del sud); di grande interesse le due tavole rotonde, una sulla possibilità di organizzare periodi di vacanza per le persone ammalate e le loro famiglie, la seconda sul primo progetto italiano di giardino terapeutico Alzheimer in un parco pubblico.

Di seguito accludo **l'introduzione alle diapositive presentate a Cesenatico dal professor Stefano Govoni**, che inquadrano in maniera magistrale sia gli aspetti culturali che quelli organizzativi dei Caffè Alzheimer. In un secondo momento, invieremo anche le diapositive.

**Pier Luigi Dal Santo ha scritto l'accluso commento al testo di Leo Nahon sul suicidio assistito**, che abbiamo pubblicato sulla newsletter del 27 luglio. Lo ringrazio per un contributo importante ad un aspetto della cura degli anziani delicatissimo sul piano umano, clinico e organizzativo.

“Come ha affermato Nahon e chiosato Trabucchi riportando la affermazione di sir Thomas Browne ‘non siamo più in potere di alcuna calamità finché la morte è in poter nostro’, immettendoci in una situazione di controllo e presunta onnipotenza rispetto alla morte si genera una reazione euforica che ti sbalza all’estremo opposto del precedente polo depressivo. Paradossalmente, quindi, quando ti vengono dischiuse porte precluse, si riscopre la vita che non vuoi più vivere, la gioia di rivedere il sole e le persone che ti circondano, la gioia di respirare, pensare, provare. Vivere, comunque, oltre ogni immediata finalità. In tale situazione solo le soluzioni definitive ed irreversibili potrebbero rivelarsi imprudenti e non adatte ai mutevoli stati d’animo...

Al di là di questo non ritengo, dal mio punto di vista, si possa aggiungere altro, se non qualche riflessione che consideri il mondo dei vecchi, almeno di quelli più compromessi, fragili e malati che abitano i reparti dei nostri ospedali. Nella mia esperienza, molte volte ho dovuto dare risposta cliniche ad affermazioni come ‘mio padre (mia madre) si rifiuta di mangiare, dice non avere più voglia di niente, il solo pensiero del cibo gli provoca nausea, perde peso, deperisce, sta perdendo la propria autosufficienza, si sta lasciando andare...’. In questi casi, sulla base di fattori di rischio presenti nell’anamnesi, si deve concordare un iter diagnostico per escludere patologie ‘occulte’, non rilevabili all’obiettività clinica e ai comuni esami bioumorali. Si possono avere vere e proprie ‘sorprese’ come neoplasie del corpo-coda del pancreas (qualche ‘fastidio’ all’addome...), o masse linfonodali diffuse (lieve anemia normocromica, normocitica, lieve piastrinopenia...), espressione di linfomi a basso grado di malignità. I sintomi riportati sono quindi conseguenza di una patologia avanzata, spesso non trattabile specificamente e quindi per definizione ‘terminale’. Il complesso iter di accompagnamento in questi casi precede l’attivazione dei servizi domiciliari dedicati o, in alternativa, l’affidamento alle strutture intermedie (Hospice), servizi molto apprezzati dai pazienti e dalle famiglie, dove la cura è rivolta espressamente al comfort della persona e di chi l’accompagna, cercando affrontare le sofferenze senza inutili, dannose terapie, accompagnando con serenità, presenza costante e gentilezza. Se la cura delle fasi terminali afferma ancora una volta la necessità

di percorsi e settings assistenziali appropriati, gli *hospices* dovranno ricevere sempre maggiore impulso, non solo come dotazione di mezzi, posti letto e risorse umane, ma anche come centri di irradiazione di un nuovo sapere clinico, quello cioè che si occupa di come andare incontro alla morte, affrontando le problematiche umane, cliniche, etiche correlate all'evento e non solo a cercare di sconfiggere le malattie. Cito a tal proposito quanto riportato a pag. 153 nell'ultimo libro del Prof. Trabucchi *'Aiutami a ricordare'*, in cui si fa cenno all'affermazione di Atul Gawande tratta dal suo libro *'Essere mortale'*: *'nei libri di testo non c'era praticamente niente riguardo all'invecchiamento, alla fragilità, al morire. I modi in cui si svolge il processo, in cui le persone vivono la parte finale della propria vita e in cui questo si ripercuote sui loro cari sembrano temi non pertinenti... obiettivo dell'istruzione universitaria era insegnare a salvare vite, non a prendersi cura di come finivano'*.

La programmazione sanitaria è ancora una volta in ritardo nella lettura dei bisogni e nella attuazione di piani adeguati alle mutevoli esigenze? Temo proprio di sì.

Per quanto riguarda le esperienze di 'tedio per la vita' e Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED) nella persona anziana, come richiamato da De Leo nell'ultimo numero della nostra rivista (Senso di finitudine, solitudine e uscita dalla vita. *Psicogeriatría* 2023; 1: 10-15), confermo come questi casi di suicidio non dichiarato rappresentino una sconfitta per il medico, per il geriatra, una evidente impotenza di fronte alla insostenibilità soggettiva dell'esistenza. La somministrazione per via parenterale di supporti calorici e idratazione non può essere attuata per un tempo indeterminato ed è molto spesso gravata da effetti collaterali seri (soprattutto di tipo infettivo) che non fanno altro che accelerare la fine, al prezzo anche di un prolungamento delle sofferenze. Spesso non è possibile identificare soggetti depositari delle volontà del malato e quindi le cure vengono continuate per inerzia... Non siamo certamente preparati a dare una risposta alle richieste di porre fine alla vita dei malati, espresse o non espresse, come nel caso del VSED; il dibattito è aperto, l'argomento è molto spinoso per tutte le questioni etiche sottese ad un atto che comunque resta una scelta definitiva, irreversibile, per la quale si rifugge anche dall'accompagnamento, azione spesso consolatoria per il paziente e i familiari.

Forse, in una realtà come quella del nostro Paese, l'atto di cura delle fasi più avanzate ed irreversibili di una malattia cronica, che riscopra semplicemente il valore della vicinanza anche fisica alle persone giunte per evoluzione della patologia o per scelta dolorosamente vissuta 'alla fine', ci potrà riconciliare con la missione di medici e operatori di un Sistema Sanitario 'asfittico', sempre più lontano dai bisogni degli anziani."

Un alto delicatissimo aspetto delle **problematiche che riguardano in questo tempo la cura delle persone anziane è rappresentato dalla legge 33, da poco approvata dal Parlamento**. Ospito volentieri il **parere di Fabio Cembrani**, studioso di grande livello, che da sempre collabora con AIP. Un contributo dialettico, che mi piacerebbe fosse analizzato con attenzione, ed eventualmente commentato, soprattutto da chi ha idee diverse. Con uno spirito collaborativo; a noi interessa costruire un sistema di cure che possa realisticamente e operativamente migliorare la qualità della vita, la salute e le potenzialità di autonomia degli anziani fragili. Non difendiamo alcuna posizione ideologica e politica, secondo la tradizione che caratterizza AIP da molti anni.

"Carissimo Marco,

mi ha fatto molto piacere Tu abbia richiamato l'attenzione dei lettori della newsletter settimanale sui contenuti della legge n. 33/2023 recante le deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane; legge che, come certamente condividerai, è stata approvata all'esito di un iter parlamentare straordinariamente rapido e con una modalità davvero poco partecipata e a distanza di oltre un anno dalla legge n. 227/2021 che ha delegato il Governo al riordino di tutte le norme vigenti in materia di disabilità, che è entrata in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 30 marzo 2023 ed i cui decreti attuativi dovranno essere approvati dal Governo in tempi stretti (entro il 31 gennaio 2014).

Ciò che mi preoccupa, oltre a non capire i motivi che hanno convinto il legislatore a dare non autosufficienza della persona anziana uno statuto autonomo rispetto a quello della disabilità (quasi che essa non sia, purtroppo, l'effetto finale di quest'ultima), sono le molte deleghe lasciate in bianco al Governo non solo per quanto attiene la sua copertura finanziaria. Perché, oltre a non essere stata definita chi realmente sia la persona anziana, nulla viene detto riguardo alla non autosufficienza pur essendo stato evidenziato che la sua valutazione dovrà essere multi-dimensionale e che essa dovrà essere effettuata, in maniera unificata, da chi sarà a ciò indicato dai decreti attuativi 'secondo criteri standardizzati e omogenei basati su linee guida validate a livello nazionale' in modo da essere 'finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, socio-sanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale' (art. 4, comma 1, lettera l), punto 1). Benissimo la multi-dimensionalità che, soprattutto nell'anziano, deve fungere da guida per la valutazione graduata del suo fabbisogno assistenziale ma davvero improprio il generico e laconico richiamo alle linee guida validate a livello nazionale non si sa bene da chi e non si sa bene sulla base di quali criteri-guida; perché un conto è valutare la mobilità con l'indice di Barthel e le funzioni elementari della vita quotidiana con le ADL, un altro è valutare la non autosufficienza considerando anche le funzioni integrate della vita quotidiana (IADL) ed un altro ancora è quello di considerare le attività avanzate o di lusso della vita quotidiana (ADLL). Una precisazione, a questo riguardo, sarebbe stata indispensabile per evitare di cadere in altri pendii scivolosi dettati da esigenze di bilancio dovendoci comunque chiedere perché il fabbisogno bio-psico-sociale della persona anziana sia stato posizionato su un piano differenziato rispetto al fabbisogno sanitario ed agli aspetti socio-sanitari quasi che quella larga componente del funzionamento umano sia un qualcosa di estraneo rispetto a questi due ultimi luoghi. Il dubbio ed il sospetto è che il nostro legislatore, così facendo, abbia aperto la strada alla possibilità di spostare la competenza degli interventi verso l'articolo 38 Cost. con l'argomento che per fronteggiare la non autosufficienza della persona anziana la funzione sociale prevalga su quella sanitaria senza considerare quali sono i rischi di questa scelta che può indirizzare verso un sistema di minore (anche in misura rilevante) tutela per i malati, anziché di affermazione e conferma di quella esistente (Flick G.M., 2023). Anche perché tra i suoi formanti principali, la legge n. 33/2023 richiama l'art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e, non a caso, l'art. 38 Cost. che, come tutti sappiamo, si rivolge a questi tre particolari categorie di soggetti: (a) gli inabili del lavoro (comma 1) ai quali, in mancanza dei mezzi di sussistenza, deve essere riconosciuta l'assistenza sociale; (b) la malattia e l'invalidità (comma 2) individuate come rischi da cui il lavoratore deve essere tutelato mediante un'assicurazione sociale; (c) l'inabilità e la minorità (comma 3) come condizioni che danno diritto all'istruzione ed alla formazione professionale. Nessun richiamo viene

invece mai fatto dalla legge all'art. 32 Cost. cosicché la tutela della non autosufficienza della persona anziana non sembra avere nessuna connessione di programma con la tutela della salute quale diritto fondamentale del singolo ed interesse della collettività. La questione non è di poca rilevanza se si presta attenzione ai suoi effetti pratici ed il mio sospetto è alimentato dal ripetuto richiamo fatto dalla legge alla clausola dell'invarianza finanziaria sigillata dalla precisazione che 'qualora uno o più decreti legislativi determinino nuovi o maggiori oneri che non trovino compensazione al loro interno, i medesimi [...] sono emanati solo successivamente o contestualmente alla data di entrata in vigore dei provvedimenti legislativi che stanziino le occorrenti misure finanziarie' (art. 8, comma 4) e dall'ammissione che 'dall'attuazione delle deleghe [...] non devono derivare nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica' (art. 8, comma 5).

Resto, quindi, molto preoccupato sull'effettività delle tutele degli annunciati decreti attuativi che il Governo approvare e che, con grande probabilità, potranno porre tutta una serie di questioni di legittimità costituzionale visto che l'obiettivo della norma è comunque quello di tutelare la dignità delle persone anziane promuovendone le condizioni di vita, di cura e di assistenza' come precisato dall'art. 2, comma 1, della legge. Con l'obiettivo di prevenirne l'istituzionalizzazione come dichiarato nell'art. 8, comma 2 della legge stessa in coerenza a ciò che era stato previsto dalla Missione 5, componente 2, del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato dal Governo presieduto da Mario Draghi, recentemente revisionato dall'attuale maggioranza politica con tagli annunciati che riguardano proprio quei servizi (gli Ospedali e le Case di Comunità) che, almeno nelle intenzioni originarie, dovrebbero garantire l'effettiva e la continuità della presa in carico delle persone più vulnerabili.

Non per questo rinuncio a riconoscere il merito principale di questa norma che ha finalmente dato pieno riconoscimento giuridico alle persone anziane la cui definizione è rinviata al Governo. Un passo comunque importante ed un altro tassello che si aggiunge finalmente alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea nel riconoscere che l'anziano vulnerabile richiede un maggior livello di protezione giuridica. Ciò nonostante la legge n. 33/2013 privilegia indiscutibilmente la componente sociale della non autosufficienza rispetto a quella dell'assistenza e della cura sanitaria con la possibile conseguenza di proiettarci in un sistema di tutela ancorato su paletti poco resistenti e fragili. Certo, ancora non sappiamo quali saranno i LEPS e come essi si integreranno con i LEA restando indefinita l'autorità che li dovrà approvare perché si tratta di una riserva di legge relativa che non impedirebbe al Governo di fissare con il decreto attuativo la sola cornice di riferimento così da finire per attenuare il confine tra la riserva di legge relativa e il principio di legalità.

Ci sarà un'ulteriore frattura tra la tutela delle persone anziane non autosufficienti e di quelle non ancora vecchie o che non autosufficienti non sono ancora diventate? Non posso saperlo ma il rischio esiste ed è purtroppo reale essendo nostro dovere segnalarlo, commentarlo e discuterlo nelle sedi più opportune perché in palese contrasto con il principio di eguaglianza e di pari dignità sociale (art. 3 Cost.) della nostra democrazia costituzionale."

Ricevo l'acclusa mail; **esprime un disagio diffuso**, del quale dobbiamo assolutamente farci carico. Il guardare altrove, di fronte a simili testimonianze è un atto gravissimo prima di tutto verso noi stessi e la nostra dignità professionale.

“Le scrive un coordinatore infermieristico che 20 anni fa ha deciso di lasciare il Servizio Pubblico, all'epoca ero Infermiere di Dialisi, per approfondire il mondo della Geriatria dal punto di vista infermieristico, scegliendo di lavorare nel complesso mondo delle RSA.

Perché? Oggi non saprei darle una risposta, ma in quei primi 20 anni sentii forte la spinta verso il tentativo di **comprensione di chi affetto da demenza e quali strade percorrere per garantire la dignità** dei miei assistiti.

Nel corso degli anni ho agito la mia professione sempre e solo con questo obiettivo, non senza conflitti con i colleghi e con le organizzazioni, trovando medici appassionati (sia specialisti neurologia che geriatri sia medici di base) con i quali ho fatto piccoli pezzi di strada.

La situazione in cui versiamo non la definirei drammatica, odio la retorica dell'emergenza, ma vi è indubbiamente qualche difetto di programmazione delle politiche socio-sanitarie. La sensazione che le intenzioni siano sempre buone, ma poi qualcosa si inceppa e non si riesce a migliorare la situazione.

È una situazione curiosa: da una parte abbiamo ben chiaro quale possa essere la situazione da oggi ai prossimi 25 anni ma di contro si continua a lavorare con organizzazioni riferibili al secolo scorso.

La verità è che le professioni di cura che non afferiscono all'area medica non hanno ambiti di formazione e specializzazioni che possa dar loro quegli strumenti relazionali capaci di porsi nei confronti degli anziani e, in particolar modo, nei confronti di chi soffre di decadimento cognitivo.

Lo stesso PAI da strumento di esercizio sta diventando strumenti di sintesi, compilato più per mere questioni burocratiche che per programmare quell'assistenza individualizzata necessaria per garantire quella dignità di cui dovremmo essere garanti.

In Toscana, regione da cui scrivo, la media assistiti è di circa 35 per infermiere, con punte anche di 40/50: gli anni mi hanno insegnato che la possibilità di assistenza si ferma a 20/25, oltre è prestazionificio e sono abbastanza convinto che non serva né per l'assistenza né per la cura.

Spesso le terapie vanno avanti anni senza che subiscano modificazioni e questo avviene perché non siamo in grado, come infermieri, ha monitorare il reale effetto e ci trasciniamo a distribuire farmaci senza chiederci se sono realmente necessari.

Leggo con passione gli studi che propone nelle newsletter e molti di questi li sottopongo ai miei colleghi; tuttavia, rimangono 'parole' perché ci è impossibile riuscire a trasformarle in atti di cura.

Non vuole essere la mia una mail di lamentele; come scrivevo sopra, odio la retorica anche quelle della lamentela, ma aprire un ambito di confronto perché la sensazione è che non stiamo facendo appieno ciò che abbiamo appreso.

Cordiali saluti

**Piero Caramello**”

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Mauro Colombo ritorna sul problema della guida**, una problematica sempre attuale.

“Già nella newsletter del 14 aprile, un 'angolo' era stato dedicato alla guida; ma un articolo di JAMA Network Open pubblicato il 25 agosto [1] offre lo spunto per ritornare sull'argomento da un altro punto di vista. Gli Autori sottolineano come in alcuni paesi, tra cui il loro (il Giappone) l'esame neuropsicologico sia indispensabile per il rinnovo della patente alle persone anziane. D'altra parte, la guida impegna specificatamente proprio una serie di funzioni [esecutive, attentive, operazionali

(velocità di processazione)] che subiscono un certo detrimento con l'avanzare dell'età. Il declino in queste stesse funzioni costituisce il versante cognitivo della 'sindrome da rischio cognitivo motorio' (MCR), che Joe Verghese & Coll. hanno progressivamente messo a fuoco, a partire dalla prima decade degli anni 2000 [2,3]. Tale sindrome – che espone a rischio di declino cognitivo e demenza – è caratterizzata anche dal disturbo soggettivo di memoria {consapevole ['Subjective Memory Complaint' (SMC)]} e dalla lentezza nel cammino: questi ultimi due elementi la rendono rilevabile senza necessità di uno staff esperto. Da qui, l'interesse ad esplorarne i possibili collegamenti col rischio di incidenti stradali [effettivamente occorsi/evitati d'un soffio], sinora non indagato.

Allo scopo, 12 475 ultra65enni [età media (deviazione standard) 72,6 (5,2) anni; 56,9% maschi] sono stati suddivisi in 4 gruppi, derivati dalla combinazione tra la componente cognitiva auto-riferita e quella motoria: MCR/solo SMC/solo cammino lento/soggetti di controllo. I partecipanti provenivano da una frazione municipale di un archivio relativo al 'National Center for Geriatrics and Gerontology - Study of Geriatric Syndromes (NCGG-SGS)': uno studio di coorte a livello di comunità, finalizzato alla costruzione di un sistema per la individuazione di sindromi geriatriche, ed alla validazione – basata su dimostrazioni di efficacia – dei relativi interventi preventivi. I disturbi soggettivi di memoria venivano ricercati mediante due semplici domande standardizzate, ricavate dalla Scala Geriatrica per la Depressione, e dal 'Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination questionnaire and the Subjective Memory Complaints scale'. La velocità del cammino veniva misurata a passo confortevole, su una distanza di 6,4 metri, in terreno piano. Gli incidenti occorsi o sfiorati venivano rilevati mediante domande standardizzate, riferite ai due anni precedenti. Per approfondire l'indagine tramite dati oggettivi, veniva condotto anche un esame neuropsicologico mirato a 4 domini cognitivi: memoria, attenzione, funzioni esecutive e velocità di processazione delle informazioni; ove possibile, i test neuropsicologici venivano svolti con apparati elettronici.

Le variabili per cui sono state effettuate le correzioni statistiche riguardavano: dati socio-demografici (età, sesso, scolarità), sanitari [ipoacusia (autoriferita rispetto ad una domanda standardizzata), ipovisus (glaucoma, cataratta, altre patologie), polifarmacoterapia (5 o più farmaci)], stile di vita (alcuni diversi tipi di problemi col sonno).

Dopo gli aggiustamenti per i fattori confondenti sopra indicati, e come chiaramente illustrato nelle figure, la regressione logistica ha indicato che i soggetti con sindrome da rischio cognitivo motorio presentavano un 'rapporto di probabilità positiva' [Odds Ratio (OR)] aumentato del 73%, e quelli con solo disturbo soggettivo di memoria aumentato del 48%, di essere andati incontro ad un incidente automobilistico. I rispettivi OR per gli incidenti sfiorati erano 2,13 e 2,07. Stratificando i partecipanti a seconda della presenza o meno di compromissione cognitiva oggettiva, è risultato che sia i soggetti con sindrome da rischio cognitivo motorio che quelli con solo disturbo soggettivo di memoria presentavano un rischio di collisione e di incidente sfiorato aumentato tra 1 volta e mezzo e due volte, a prescindere dalla situazione cognitiva; il rischio di collisione incombeva anche su chi aveva solo un cammino lento, ma soltanto in presenza di deficit cognitivo oggettivo.

In discussione, lo stesso Verghese ed i suoi collaboratori ricordano – tra l'altro – che la sindrome da rischio cognitivo motorio è già stata da loro stessi associata, da una decina di anni, a parecchie malattie, oltre che ad esiti sfavorevoli collegati all'invecchiamento, quali fragilità, cadute e disabilità. Due elementi di contesto aumentano, a mio avviso, l'importanza di simili osservazioni:

1. 3 anziani con deterioramento cognitivo su 5 continuano a guidare, nonostante le preoccupazioni dei loro congiunti [4]
2. Esaminando il rapporto tra età ed incidenti stradali, occorre tenere in conto dell'età non solo dei conducenti, ma anche delle autovetture: in Spagna, per esempio, si assiste all'aumento sia dei guidatori anziani che della 'flotta' di mezzi vetusti. In generale, la crescita degli incidenti in ragione dell'età aumenta in modo non lineare per i guidatori, mentre sembra stabilizzarsi quando la vettura raggiunge i 18 anni [5]"

[1] Kurita, S., Doi, T., Harada, K., Katayama, O., Morikawa, M., Nishijima, C., Fujii, K., Misu, Y., Yamaguchi, R., Von Fingerhut, G., Kakita, D., & Shimada, H. (2023). Motoric Cognitive Risk Syndrome and Traffic Incidents in Older Drivers in Japan. *JAMA network open*, 6(8), e2330475. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.30475>

[2] Verghese, J., Wang, C., Lipton, R. B., Holtzer, R., & Xue, X. (2007). Quantitative gait dysfunction and risk of cognitive decline and dementia. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 78(9), 929–935. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.106914>

[3] Verghese, J., Wang, C., Lipton, R. B., & Holtzer, R. (2013). Motoric cognitive risk syndrome and the risk of dementia. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 68(4), 412–418. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls191>

[4] Malvitz, M., Zahuranec, D. B., Chang, W., Heeringa, S. G., Briceño, E. M., Mehdipanah, R., Gonzales, X. F., Levine, D. A., Langa, K. M., Garcia, N., & Morgenstern, L. B. (2023). Driving predictors in a cohort of cognitively impaired Mexican American and non-Hispanic White individuals. *Journal of the American Geriatrics Society*, 10.1111/jgs.18493. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jgs.18493>

[5] Santolino, M., Céspedes, L., & Ayuso, M. (2022). The Impact of Aging Drivers and Vehicles on the Injury Severity of Crash Victims. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 17097. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417097>

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

In questo mese **AIP organizza in tutta Italia azioni importanti di studio e di sensibilizzazione sul tema demenze**. Chi avesse interesse ad una diffusione di iniziative territoriali attraverso la newsletter è pregato di inviare le relative informazioni.

Si sta svolgendo **a La Spezia, Gavirate, Giovinazzo, Ploaghe e Cologno al Serio l'Alzheimer Fest**, che quest'anno **si è fatta in 5 edizioni**, per meglio diffondere il significato stesso dell'evento. Attendiamo commenti su questa iniziativa che da alcuni anni ha la funzione di rompere le barriere culturali e umane tra l'ammalato, la sua famiglia e le comunità nelle loro varie espressioni.

Allego la locandina delle **"Le 50 sfumature di cura"**, che si terrà a Treviso il 12-13 ottobre, e anche l'avviso per la **"6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano"** che si svolgerà a Padova il 15 novembre.

Con viva cordialità e l'augurio di buon lavoro,  
Marco Trabucchi

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

Quando il prof. Trabucchi mi ha chiesto di presentare nella newsletter di AIP le diapositive che ho redatto per l'incontro nazionale degli Alzheimer caffè in Cesena, ho subito accettato con molto piacere, chiedendo però di poterle accompagnare con qualche nota di cautela. Io sono un neofita degli Alzheimer caffè e mi sono fatto aiutare da molte persone, tra cui Stefano Boffelli, esperto dell'argomento, e Marco Garancini, esperto dei programmi di geolocalizzazione. La lista degli Alzheimer caffè è molto provvisoria, nella riunione stessa di Cesena ho potuto verificare che in almeno tre regioni i numeri erano più elevati di quelli che eravamo riusciti a censire. Quindi il lavoro, anche grazie all'aiuto della Fondazione Maratona Alzheimer, è solo all'inizio e andrà portato avanti.

La presentazione è divisa in tre parti. Nella prima cerco di legare gli Alzheimer caffè a una mia idea di identità. Sono convinto che per attrarre le persone un Alzheimer caffè debba anche essere un luogo dove coesistono bellezza e cortesia oltre che informazioni e formazione e deve essere un luogo vero in cui "ci si deve sentire bene". Nella mia testa un caffè è un luogo della memoria o capace di suscitare memorie e facilitare l'interazione; il caffè è un luogo di uguaglianza sociale e, per me, questa è una componente del suo potenziale terapeutico e della sua capacità di migliorare la qualità della vita. Nel caffè non mi vengono chieste prestazioni, ma di essere me stesso al meglio di come mi sento in quel giorno.

Nella seconda parte della presentazione, pure con dati provvisori, si lancia l'idea della forza della visualizzazione fatta mediante un programma di geolocalizzazione e della possibilità di illustrare relazioni con il numero dei potenziali fruitori, con l'accessibilità, il rapporto con altri servizi, i CDCD per esempio.

Nell'ultima parte vi sono alcune considerazioni che richiederanno un'analisi molto più accurata dei numeri e due brevi citazioni dalla letteratura, tra le molte che parlano di ricadute misurabili degli Alzheimer caffè anche sul personale sanitario e del loro inserimento nella Dementia Care Pathway che richiama l'importanza della integrazione dei servizi. Le parole della poetessa Alda Merini, chiudono facendo capire l'intensità di emozioni e la speranza che un luogo dove si consuma caffè può generare.

# SOLITUDINE

6ª Giornata Nazionale contro la solitudine dell'anziano

**PADOVA, 15 NOVEMBRE 2023**

Sala della Carità presso la Scuola della Carità - Via S. Francesco, 61



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

Presidente del Congresso  
**Prof. Diego De Leo**

Segreteria Scientifica AIP  
**Dott. Angelo Bianchetti**

[segreteria.psicogeriatría@gmail.com](mailto:segreteria.psicogeriatría@gmail.com)

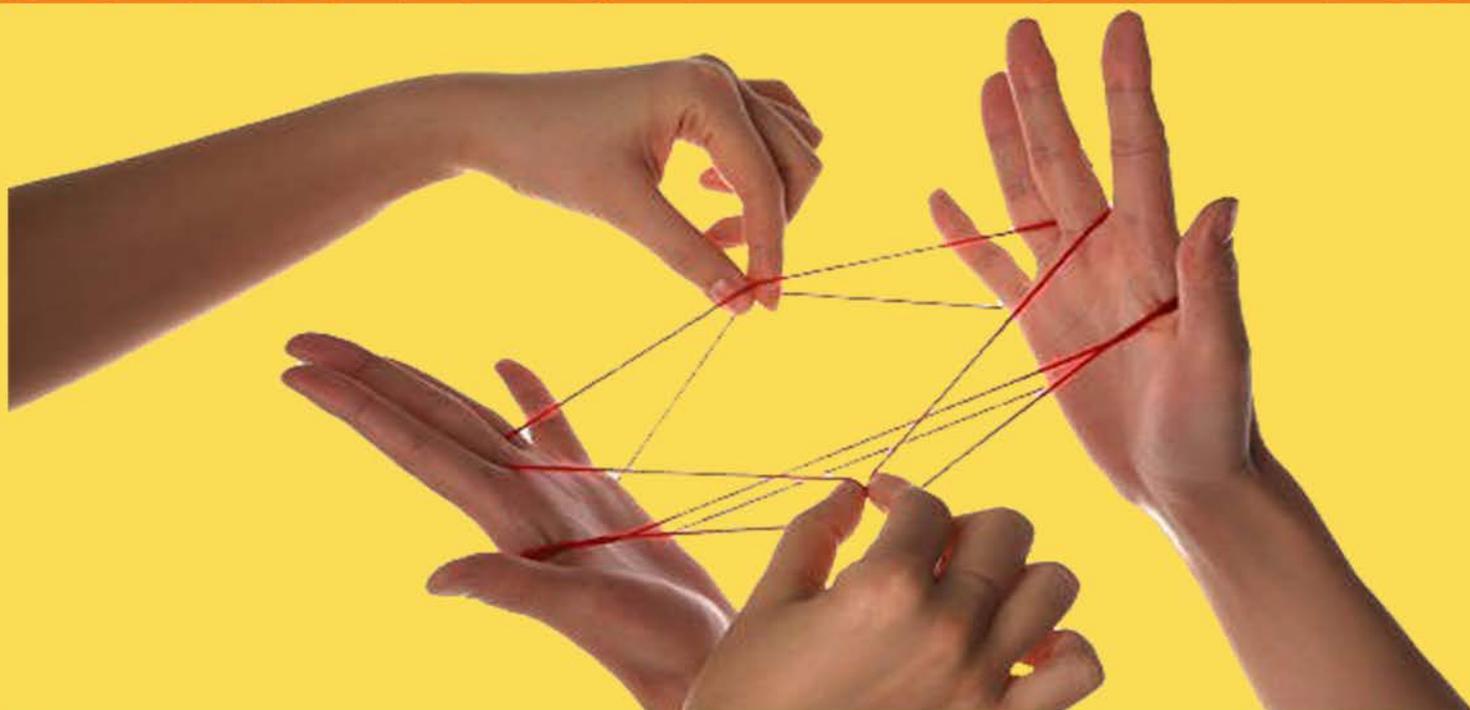


deleofund

# 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



# PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## Troppi si dimenticano della sofferenza silenziosa

PS [panoramasanita.it/2023/08/28/troppi-si-dimenticano-della-sofferenza-silenziosa/](https://panoramasanita.it/2023/08/28/troppi-si-dimenticano-della-sofferenza-silenziosa/)



*Settembre, mese dell'Alzheimer. Alcune indicazioni di Marco Trabucchi, direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Past President dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica*

Simone Weil ha scritto:

“L’attenzione è la forma più rara e preziosa della generosità”: nel mese dell’Alzheimer la società italiana mette al centro della propria attenzione la sofferenza delle persone affette da malattia di Alzheimer, compiendo un atto di civiltà e generosità. “Vi sono vari motivi per i quali il mese dell’Alzheimer svolge – spiega Marco Trabucchi, direttore scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Past President dell’Associazione Italiana di

Psicogeriatrica – una funzione importante per supportare nella nostra vita comunitaria le persone affette dalla malattia e da altre demenze. Schematicamente possono essere così riassunte le ragioni per le quale dobbiamo tutti vivere intensamente questa occasione di pensiero e di azione:

1. Troppi si dimenticano della sofferenza silenziosa del 1.5 milioni di persone sofferenti per una demenza e delle loro famiglie. La comunità tende a trascurare il problema, anche perché erroneamente pensa che non vi sia nulla da fare. È invece il contrario: malati e famiglie hanno il diritto di essere ricordati nelle piccole, grandi crisi di ogni giorno e quindi di essere aiutati. E noi abbiamo il dovere di identificare dove si annida il dolore, che spesso non ha nemmeno la forza di chiedere aiuto.

2. Siamo in un momento di grande sviluppo degli studi volti a far crescere le possibilità di cura dell'Alzheimer, sia in termini preventivi che terapeutici. Forse non si arriverà a dare risposte definitive entro breve tempo, ma gli studi sugli anticorpi monoclonali contro la beta amiloide si stanno diffondendo in tutto il mondo con buoni risultati. A questi si avvicinano studi su altri meccanismi d'azione; nel complesso la malattia nelle fasi iniziali può essere rallentata. È quindi importante non diffondere nella popolazione false speranze, però è opportuno, allo stesso tempo, far conoscere che dall'insieme degli studi in via di sviluppo in tutto il mondo nascono serie, concrete speranze.
3. Il mese dell'Alzheimer ha anche l'importante ruolo di richiamare l'attenzione dei decisori politici sui gravi problemi ancora aperti rispetto alla possibilità di cura: a) i centri per la diagnosi (i CDCD) poco diffusi e con scarsissime possibilità di lavoro, per cui le liste d'attesa si prolungano e soprattutto le famiglie non dispongono di un punto di riferimento sicuro, al quale rivolgersi per la continua comparsa di problematiche attese o inattese, alle quali non è in grado da sola di dare adeguate risposte; b) gli ospedali, e in particolare i pronto soccorso, non sono predisposti per gestire le cure quando il paziente è affetto da demenza, oltre che portatore della patologia per la quale è avvenuto il ricovero; c) manca un adeguato servizio di assistenza domiciliare, rivolto all'accompagnamento nella casa delle persone con gravi alterazioni cognitive, alle quali spesso si associano disturbi comportamentali che richiedono una sorveglianza senza soste e specifici interventi terapeutici; d) nelle RSA la presenza di ospiti affetti da demenza raggiunge i tre quarti del totale; non sempre vi è una sensibilità specifica per le loro esigenze, che sono quelle di ricevere trattamenti dolci e non contentivi, oltre che atti per dare senso al tempo che passa.
4. "L'Alzheimer non cancella la vita": è un vecchio slogan, sempre realistico; quando la comunità, la famiglia, una singola persona esercitano atti di vicinanza nei riguardi di un malato, la vita di questi continua, perché anche quando la perdita di memoria sembra cancellare ogni ricordo, l'amore non finisce mai di esercitare la sua azione vitale" conclude Trabucchi.



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PSICOGERIATRIA

## Newsletter AIP - 1 settembre 2023

Amiche, amici,

*“Fate che la speranza e l’amicizia corrano, anche, sulle vostre gambe. E si diffondano attraverso le vostre voci”* (Sergio Mattarella, Rimini, 25 agosto)

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- I medici: pensione a 70 anni
- Donne e uomini in RSA
- Mossello: la vita dell’anziano tra libertà e sicurezza
- Pernigotti: Il bello nella vita, a tutte le età
- Dijk: gli anziani, la demenza, il carcere

### QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L’intelligenza artificiale nel sistema sanitario americano
- Attività fisica e depressione nell’anziano
- I nuovi farmaci per l’Alzheimer sono meglio di quelli vecchi?
- Caregiving e conflitti
- La valutazione delle funzioni cognitive dopo il Covid-19

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

- “2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer” a Cesenatico
- “Le 50 sfumature di cura” a Treviso
- “6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell’anziano” a Padova

### ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

**Il presidente della Regione Veneto ha dichiarato recentemente, confermando una sua vecchia idea, che i medici dovrebbero poter continuare a lavorare oltre i 70 anni.** Non sono interessato a

problematiche sindacali, quindi potrei sostenere progetti infondati, ma mi sembra che l'idea di Zaia possa avere un fondamento. Permetterebbe infatti in tempi brevi di risolvere alcuni gravi problemi della sanità, il cui principale punto di crisi è la mancanza di medici. Certamente una soluzione temporanea, almeno nelle intenzioni di Zaia; però l'andamento demografico potrebbe costringerci in un prossimo domani a decisioni delicate anche in questo ambito.

Un'osservazione aneddotica. Il presidente del [Centro Servizi di Illasi](#), una realtà di buona qualità assistenziale, mi ha detto che [gli operatori della struttura non erano d'accordo con quanto sostenuto in una delle recenti newsletter, riguardante la maggiore difficoltà degli uomini ad integrarsi come ospiti nelle residenze per anziani](#). Secondo loro sarebbe il contrario: infatti le donne, abituate a gestire la casa secondo le proprie possibilità e volontà, quando entrano in una residenza perdono l'autonomia, l'autogestione della propria vita e della famiglia, uno stile al quale erano abituate da sempre. Gli uomini, invece, hanno avuto poca autonomia in un ambiente di fatto patriarcale e quindi non sentono come un peso, un cambiamento negativo, la perdita di autonomia conseguente al ricovero in un'istituzione. Certo, è una visione originale, diversa da quella della letteratura, che apre interessanti discussioni, peraltro utili anche sul piano della gestione della cura nelle residenze. Infatti, i comportamenti assistenziali degli operatori discendono dalla loro visione della realtà.

Sempre attorno alla problematica delle RSA, [Enrico Mossello ha inviato l'interessante elaborazione che segue sul tema del rapporto tra libertà e sicurezza](#). Nell'accompagnare gli anziani fragili nella vita a casa e nelle residenze è un tema che ci poniamo frequentemente e ciascuno ne colloca i confini ai livelli che ritiene giusti in base alla propria cultura e sensibilità.

“Nell'ultima newsletter Trabucchi ha fatto cenno, con un po' di scetticismo, alla notizia del novantaduenne 'fuggito' a casa sua dalla RSA. La notizia aveva colpito molto anche me. Il caso specifico indubbiamente appare estremo – come estremo appare l'esito raccontato dai giornali: l'irruzione in casa dei Vigili del Fuoco e l'anziano che 'si è arreso e si è lasciato legare sulla barella dell'ambulanza per essere portato in Pronto soccorso'. Eppure, se il caso è estremo, il tema è quotidiano: quale voce hanno le persone anziane, magari molto anziane, magari con una demenza iniziale, sulle scelte relative alla loro vita? Quanto viene garantita la loro richiesta di 'libertà' a fronte dell'esigenza di garantire la loro 'sicurezza'?

Leggo oggi di un corso universitario di Advanced Dementia Studies nel Regno Unito in cui persone con demenza, in qualità di 'experts by experience', affiancheranno i docenti. Non solo ascoltati quindi, ma docenti delle loro esigenze. Da noi ancora si fa fatica a comunicare la diagnosi e la prognosi delle malattie 'che non guariscono': le neurodegenerative, ma non solo. Medici, malati e familiari non sono abituati a pensare a scelte importanti che si dovranno fare magari a distanza di anni ('Facciamo le corna!'). E d'altra parte siamo nel Paese in cui si parla di prevenzione il giorno dopo i terremoti...

L'antitesi tra sicurezza e libertà è antica: proposta da Hobbes nel Seicento, rivisitata in chiave gerontologica da Atul Gawande nel suo splendido 'Essere mortale', e penetrata in mille forme, anche distorte, nelle nostre società durante la pandemia. Limitandosi agli anziani, sempre su questa newsletter è stato citato lo stimolante articolo di Ferruccio De Bortoli che affrontava il tema

dell'autodeterminazione degli anziani, promuovendo il ruolo del 'mandatario', che immagino potrebbe affiancare in ambito economico il 'fiduciario' già individuato dalla legge 219/2017 su DAT e consenso informato.

Il problema è che in questo ambito siamo radicalmente indietro, tanto che mi chiedo se il contesto culturale e assistenziale italiano sia pronto a incamminarsi su questa strada – in teoria già tracciata da anni!

Mi piacerebbe che l'AIP si occupasse di questi temi. Mi piacerebbe sapere se qualcuno, in ambito 'dementologico', lo sta già facendo concretamente. Credo che i CDCD siano uno dei luoghi naturali in cui cominciare almeno ad esplorarli. Il primo obiettivo potrebbe essere quello di sondare l'attitudine delle persone con demenza e dei loro familiari. Chissà, forse avremmo delle sorprese!"

**Luigi Pernigotti ha scritto a commento della visita alle Zitelle:** "Grande ragione nell'espone la bellezza del luogo quale elemento di cura dell'anziano e di tutti noi, come hai fatto presentando le Zitelle. Porto ancora un dentro di me, che mi solleva e ancora dà gioia, i sensi del vivere a Venezia, con il sandalo che usavo per andare a fare la spesa, degli amici della Giudecca che si battevano per conservare un senso della vita di lavoro non solo dedicata a svendere la Città all'unica industria del turismo. Il bello delle Zitelle è anche questo, far godere di Venezia anche i veneziani.

Il bello è una ricchezza intangibile, è un concetto che può essere una via per creare civiltà per i vecchi anche nelle nostre povertà. La ricchezza dell'Italia è la bellezza, toglier bellezza all'ambiente di vita dei vecchi è un furto di generosità.

Venezia è stata nei secoli la parte più ricca del mondo, dove chi lavorava o aveva lavorato all'Arsenale, il cuore industriale dell'epoca (a pensarci bene l'equivalente delle industrie belliche che hanno contribuito alla ricchezza americana), aveva diritto a una vecchiaia rispettata e ripagata. Non a caso la Tower Clock di Boston ha copiato le forme del Campanile di San Marco!"

**Babette Dijk**, come sempre molto attenta a quello che circonda la vita delle persone affette da demenza, **ci ha inviato il pezzo che segue sulla realtà delle persone molto anziane in carcere.**

"Vorrei focalizzare l'attenzione dei lettori della bellissima newsletter dell'AIP su un argomento molto interessante, oggetto anche di un seminario all'ultimo congresso AIP, ovvero l'invecchiamento dei pazienti nel sistema carcerario. Una settimana fa mi sono imbattuta in un articolo del *NYT* a firma di Katie Engelhart dal titolo 'Mi sono occupata di demenza per anni, ma non riesco a togliermi dalla testa l'immagine di un prigioniero'. In Massachusetts c'è in prigioniero di 89 anni che ha perso la memoria e tratta gli altri carcerati e le guardie come se fossero i suoi scagnozzi di quando faceva il boss, scatenando l'ilarità delle guardie carcerarie. Alle precise domande della giornalista se il paziente sapesse dove si trovava, la risposta è stata 'questa è una prigione'. Ma quando la giornalista gli ha chiesto perché si trovasse lì il paziente ha risposto 'non lo so'. All'interno delle prigioni americane c'è un'unità specializzata in pazienti che richiedono terapie mediche e sembra che il 90% dei detenuti abbia deficit mnesici e molti di loro non sappiano neppure dove si trovano. Un altro prigioniero si sveglia tutte le mattine e scopre di essere in prigione, si fa i bagagli e aspetta che la mamma lo vada a prendere. Non è chiaro quante persone siano affette da demenza e incarcerate nelle carceri americane (nessuno lo ha mai contate), ma secondo alcune stime si tratta di migliaia di persone, incarcerate negli anni 80 e 90 del secolo scorso e che stanno invecchiando in carcere. Negli

USA c'è stato un aumento degli over 55 nelle carceri pari al 280% dal 1999 al 2016, con un aumento invece del solo 3% della popolazione giovane. La vita carceraria contribuisce a un invecchiamento precoce e spesso la demenza non viene diagnosticata, perché la routine del carcere monotona e sempre uguale la maschera. Il rischio per questi prigionieri, come per i loro omologhi fuori, è di cadere e di avere una terapia errata perché seguiti da non specialisti oppure vagare fuori dalla cella o aver bisogno dell'assistenza di altri detenuti per le attività della vita quotidiana. In un report del 2022 è scritto che i disturbi comportamentali vengono spesso puniti, più che compresi all'interno del quadro della malattia. Anche a me è capitato di dover valutare come CDCD un paziente in un carcere vicino alla RSA dove lavoro: sembrava disinibito e agitato, ma ai test della memoria (pur svolti con difficoltà per barriera linguistica) non manifestava segni di disturbo cognitivo e anche se mi diceva di non sapere dove si trovasse, alla fine sono riuscita a farmi raccontare la sua storia e il suo passato da borseggiatore seriale. Negli USA cominciano a esserci centri dedicati a questo tipo di pazienti e almeno dal punto di vista etico ci si sta ponendo il problema di cosa fare nel caso che davvero il paziente non sappia perché si trova in carcere, anche se mi sembra che neanche loro abbiano ancora trovato una soluzione... L'opinionista Max Strasser commenta a proposito: è possibile riabilitare (perché questa dovrebbe essere la funzione del carcere) una persona che non sa che crimini ha commesso? Una fine con demenza in un carcere potrebbe essere un deterrente per non commettere crimini? Dato l'invecchiamento anche dei nostri criminali storici e quello che si legge sui giornali, non sembrerebbe che possa essere un gran deterrente, anche se pare che ci siano già stati anche nel nostro paese padrini di mafia con demenza!"

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

*NEJM* del 27 luglio pubblica un ampio contributo sul **ruolo dell'intelligenza artificiale nel sistema sanitario USA**. Riporto la frase conclusiva dell'articolo: "L'adozione dell'IA da parte del sistema sanitario è stata più tardiva rispetto ad altri settori della vita sociale, ma gli ultimi anni ne hanno mostrato il potenziale nel guidare l'organizzazione della sanità. Se le promesse si realizzeranno, la qualità e l'accesso ai servizi sanitari miglioreranno. La promessa rimane, ma la sua realizzazione pratica non sarà facile". [<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2204673>] Un atteggiamento prudente, ma aperto al futuro, che possiamo riconoscere come nostro.

*JAMA Network Open* del 10 luglio riporta uno **studio condotto nell'ambito dell'Irish Longitudinal Study on Ageing sui benefici nella prevenzione della depressione nell'anziano**. I dati mostrano l'utilità di un'attività fisica anche inferiore a quanto raccomandato dalle linee guida, in grado di indurre una rilevante riduzione della depressione. Gli autori commentano che sarebbe importante rilevare se anche un'attività fisica minimale sia in grado di ottenere significativi risultati sul tono dell'umore. [<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807113>] È un ulteriore interessante contributo sul rapporto attività fisica-salute; oggi si sa bene che è efficace, mancano però indicazioni precise sui livelli minimi di attività, in modo da poter coinvolgere un più ampio numero di persone anziane.

*JAMA Internal Medicine* del 31 luglio pubblica un punto di vista su: **"I nuovi farmaci per l'Alzheimer sono meglio di quelli più vecchi?"**. Il testo è negativo rispetto ai recenti progressi; il fatto che sia

pubblicato da una rivista importante solleva qualche dubbio sulla fiducia del mondo medico americano rispetto agli avanzamenti di questi ultimi anni. Il pezzo si conclude così: “Milioni di dollari spesi per apparecchi acustici, la cessazione di fumo, l’incoraggiamento ad adottare stili di vita salutari, e il trattamento di ipertensione, diabete ed altri fattori di rischio modificabili potrebbero indurre nei pazienti maggiori benefici rispetto allo spendere per i nuovi farmaci”. [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2807943>] Ci sentiamo di fare nostra una posizione così conservatrice? Mi piacerebbe se i lettori volessero prendere posizione...

*JAGS* di agosto pubblica una **ricerca sulle difficoltà che incontrano gli anziani che svolgono la funzione di caregiver**. I dati mostrano la diffusione di tensioni e di conflitti associati con il prendersi cura nei riguardi del partner, della famiglia e degli amici; sono significativi sul piano statistico, e mostrano anche una rilevanza sul piano dell’organizzazione sociale. Il lavoro si conclude con la consueta affermazione retorica sull’importanza di identificare modalità per ridurre il peso sociale del caregiving. [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18523>] Un problema che anche nel nostro paese non ha trovato risposte adeguate.

*JAMA Psychiatry* del 16 agosto pubblica utili **raccomandazioni per chi studia le alterazioni cognitive in conseguenza del Covid-19 e la loro evoluzione**. La prima suggerisce di approfondire con grande attenzione le dinamiche dell’alterazione cognitiva; la seconda di approfondire i fenotipi clinici, in modo da analizzare l’eterogeneità della presentazione clinica e dei meccanismi sottostanti; la terza raccomandazione invita a ad approfondire le condizioni psicosociali della persona colpita. [<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2808155>] Solo ulteriori studi da condurre nel prossimo futuro permetteranno un sensibile miglioramento delle possibilità di cura di un quadro clinico ancora incerto nelle sue dinamiche complessive.

Ultimo, ma primo per il valore dei contenuti, il pezzo di **Mauro Colombo**. Il testo **fa riferimento all’inizio alla Fondazione Golgi Cenci di Abbiategrasso**, luogo dove molti noi sognerebbero di lavorare. Se in Italia vi fosse un certo numero di centri di pensiero sulle problematiche degli anziani (biologiche, cliniche e psicosociali) simili a quello di Abbiategrasso, vi sarebbe una ricaduta di grande incisività sulla condizione anziana nel nostro Paese (e non solo).

“In un ambiente stimolante come la Fondazione Golgi Cenci non poteva passare sotto silenzio l’articolo pubblicato il 18 luglio dal *New England Journal of Medicine*, che si pone nella linea di critica sulla efficacia della dieta mediterranea nei confronti del declino cognitivo [§]. Più precisamente, gli Autori – affiliati a diversi istituti di Chicago e Boston – sono partiti dalla constatazione che gli studi di intervento basati sulla dieta mediterranea si sono concentrati principalmente sulla salute cardiovascolare, mentre i dati corrispondenti sulla salute del cervello sono limitati. Perciò, 604 volontari 70enni – circa 2/3 donne – sono stati selezionati se cognitivamente integri ma con anamnesi familiare di demenza, in sovrappeso, ed abituati ad un regime dietetico ‘non-ottimale’. Quindi sono stati assegnati a caso a due linee di intervento dietetico: una concepita appositamente per rallentare il declino cognitivo, come appare dal significato dell’acronimo ‘MIND’ {Mediterranean–DASH Intervention for Neurodegenerative Delay [un ibrido fra la dieta mediterranea e DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), finalizzata al controllo della

pressione arteriosa]], l'altra limitata ad una restrizione calorica quotidiana di 250 chilocalorie. Dopo 3 anni, in entrambi i gruppi è stato ottenuto un lieve e simile miglioramento in un indice cognitivo composito, che sommava i punteggi standardizzati di 12 test, mirati a memoria episodica e semantica, a funzioni esecutive ed a velocità di processazione. Anche rispetto all'obiettivo secondario, non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi, riguardo alle iperintensità alla sostanza bianca [cresciute] ed ai volumi ippocampali e cerebrali totali [diminuiti]; peraltro, non era stato possibile raggiungere la quota prefissata di risonanze nucleari magnetiche. Anche il calo ponderale è stato sovrapponibile tra i due gruppi.

Personalmente, avevo trovato più interessante – in termini di premesse, metodo [in particolare, statistico] e discussione – l'articolo pubblicato, circa 2 anni prima, da *Neurology* [5]. Sulla base degli effetti favorevoli della dieta mediterranea, rilevati in studi precedenti, sia a livello clinico che neurobiologico, gli Autori – quasi tutti appartenenti ad istituzioni tedesche, con un apporto da Inghilterra e Portogallo – hanno fatto ricorso allo studio longitudinale tedesco sul deterioramento cognitivo e la demenza. L'aderenza alla dieta mediterranea è stata indagata su 512 soggetti di età  $69,5 \pm 5,9$  anni, quasi ugualmente ripartiti tra maschi e femmine, di cui 169 cognitivamente normali [secondo requisiti CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)], mentre i rimanenti erano ad alto rischio per malattia di Alzheimer: 53 parenti di malati, 209 con declino cognitivo soggettivo, ed 81 con deterioramento cognitivo lieve [MCI].

Dopo correzione per età, sesso, scolarità, indice di massa corporea, apporto calorico quotidiano e stato APOE  $\epsilon 4$ , una aderenza più stretta alla dieta mediterranea è risultata associata a volumi più elevati di materia grigia temporo-mediale, migliore memoria, e – nel liquido cerebrospinale – minori livelli di carico  $\beta$ -amiloide [indicato dal rapporto  $A\beta 42/40$  (più sensibile che  $A\beta 42$ )] e Tau [indicato dalla concentrazione di tau 181 fosforilata (pTau181)]. È stato possibile anche quantificare tali associazioni in termini di 'ringiovanimento' [rispettivamente morfometrico, cognitivo e neurobiologico] in ragione del punteggio in aderenza alla dieta mediterranea. Allo scopo di analizzare il substrato fisiopatologico che può sottostare al rapporto tra alimentazione e cervello, adoperando la ipotesi della 'cascata amiloide', viene introdotta una analisi di mediazione [a] e di mediazione moderata [b]. In sintesi, mediante tale approccio statistico, è risultato che l'effetto della dieta sulla memoria è completamente mediato [a] dall'effetto della dieta sul volume di ippocampo e paraippocampo: questo rapporto indiretto rende conto del 40% dell'effetto totale. Ancora, la concentrazione di tau 181 fosforilata mediava totalmente [a] l'effetto del rapporto  $A\beta 42/40$  [entrambe misurate nel liquor] sul volume cerebrale, spiegando il 34% della variabilità di quest'ultimo. Tale effetto indiretto [di  $A\beta 42/40$  sul volume cerebrale, attraverso pTau181] veniva moderato [b] dalla quota di aderenza alla dieta mediterranea: era più marcato per basse aderenze [&], e viceversa più contenuto per alte aderenze [@]; la quota di variazione del volume cerebrale spiegata tramite tale 'mediazione moderata' [b] scendeva rispettivamente dal 39% [&] al 23% [@]. Scandagliando il ruolo dei singoli componenti della dieta mediterranea, è emerso che solo i cereali erano associati statisticamente alla memoria, e – marginalmente – al volume temporo-mediale; rapporti più elevati tra grassi monoinsaturi e saturi erano associati a livelli più alti nel rapporto  $A\beta 42/40$  e più bassi di pTau181, nel liquido cerebrospinale.

In sintesi, gli autori concludono – in linea con molta letteratura – per un effetto protettivo della dieta mediterranea, che, specificatamente, favorirebbe la memoria – attraverso la mediazione del

mantenimento di maggiori volumi temporali mediali; aderire alla dieta mediterranea comporta una attenuazione nei livelli dei biomarcatori liquorali di amiloidosi e taupatia; infine la aderenza alla dieta mediterranea contribuisce alla protezione dell'integrità cerebrale mitigando l'effetto del carico amiloide e tau sulla atrofia.

La natura osservazionale dell'indagine ne preclude una interpretazione causale; va però detto che le abitudini alimentari sono tendenzialmente stabili, almeno per 15 anni, così da poter assimilare una rilevazione trasversale a quella di un effetto cumulativo duraturo. Se è poi vero che anche altri regimi dietetici sono risultati favorevoli, e che lo studio ha preso in considerazione la aderenza relativa alla dieta mediterranea, e non gli apporti assoluti in nutrienti potenzialmente benefici, va peraltro sottolineato che la ampiezza in variabili, la robustezza e la natura dell'impianto statistico hanno consentito di esplorare possibili fenomeni neurobiologici – come avrebbe poi auspicato l'articolo sul *NEJM*, circa 2 anni dopo. In questo senso, ripetendo la analisi dopo avere escluso i partecipanti con MCI – per una verifica di generalizzabilità, mettendo da parte i soggetti a rischio più elevato di demenza – la sola associazione residua della dieta mediterranea rimane quella con il volume cerebrale temporale mediale, suggerendo che la aderenza a tale regime alimentare è maggiormente protettivo su cognitivtà e neurobiologia nelle fasi prodromiche della malattia di Alzheimer.

Per chiudere il triangolo, a proposito di MIND, *JAMA Psychiatry*, nel maggio di quest'anno [#], ha pubblicato un ampio lavoro epidemiologico su oltre 8 000 persone appartenenti a 3 coorti importanti [Whitehall II study, Health and Retirement Study e Framingham Heart Study Offspring], comprensivo di una meta-analisi su oltre 200 000 partecipanti ad altre 11 coorti. La aderenza più stretta alla dieta mediterranea [Mediterranean–Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND)] è risultata associata ad una diminuzione di circa il 17% del rischio di sviluppare demenza, rispetto ai livelli più bassi di aderenza.

PS) dei 3 articoli, nessuno ha citato in bibliografia quelli/quello che li hanno/ha preceduto

[§] Barnes, L. L., Dhana, K., Liu, X., Carey, V. J., Ventrelle, J., Johnson, K., Hollings, C. S., Bishop, L., Laranjo, N., Stubbs, B. J., Reilly, X., Agarwal, P., Zhang, S., Grodstein, F., Tangney, C. C., Holland, T. M., Aggarwal, N. T., Arfanakis, K., Morris, M. C., & Sacks, F. M. (2023). Trial of the MIND Diet for Prevention of Cognitive Decline in Older Persons. *The New England Journal of Medicine*, 389(7), 602–611. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302368>

[§] Ballarini, T., Melo van Lent, D., Brunner, J., Schröder, A., Wolfsgruber, S., Altenstein, S., Brosseron, F., Buerger, K., Dechent, P., Dobisch, L., Duzel, E., Ertl-Wagner, B., Fliessbach, K., Freiesleben, S. D., Frommann, I., Glanz, W., Hauser, D., Haynes, J. D., Heneka, M. T., Janowitz, D., ... DELCODE study group (2021). Mediterranean Diet, Alzheimer Disease Biomarkers and Brain Atrophy in Old Age. *Neurology*, 96(24), e2920–e2932. Advance online publication. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000012067>

[#] Chen, H., Dhana, K., Huang, Y., Huang, L., Tao, Y., Liu, X., Melo van Lent, D., Zheng, Y., Ascherio, A., Willett, W., & Yuan, C. (2023). Association of the Mediterranean Dietary Approaches to Stop Hypertension Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diet with the Risk of Dementia. *JAMA Psychiatry*, 80(6), 630–638. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0800>

## ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

Ricordo che lunedì 4 e martedì 5, cioè tra tre giorni, si terrà a Cesenatico il **“2° Forum Nazionale dei Caffè Alzheimer”** progettato dalla Fondazione Maratona Alzheimer, dedicato a discutere due argomenti: come è possibile organizzare le vacanze delle persone affette da disturbo cognitivo e quello dei Caffè Alzheimer. Già vi sono molte iscrizioni, ma è sempre possibile aggiungersi, anche all’ultimo momento. Sono due temi di forte interesse per chi si preoccupa della qualità della vita e delle possibilità assistenziali delle persone affette da demenza.

Allego anche la locandina delle **“Le 50 sfumature di cura”**, che si terrà a Treviso il 12-13 ottobre. Penso che in un momento molto critico per le RSA, a causa dell’abbandono da parte della politica di qualsiasi seria attenzione verso il settore, il ritrovarsi per mettere a punto i fondamenti del lavoro nelle residenze possa rinforzare la nostra certezza di rappresentare un pilastro nella cura degli anziani fragili. Pilastro criticabile per molti aspetti, ma certamente non sostituibile. Ed è importante che gli operatori siano coscienti della nobiltà della loro fatica professionale.

Allego infine l’avviso per la **“6° Giornata Nazionale contro la solitudine dell’anziano”** che, come di consueto, si svolgerà a Padova il 15 novembre.

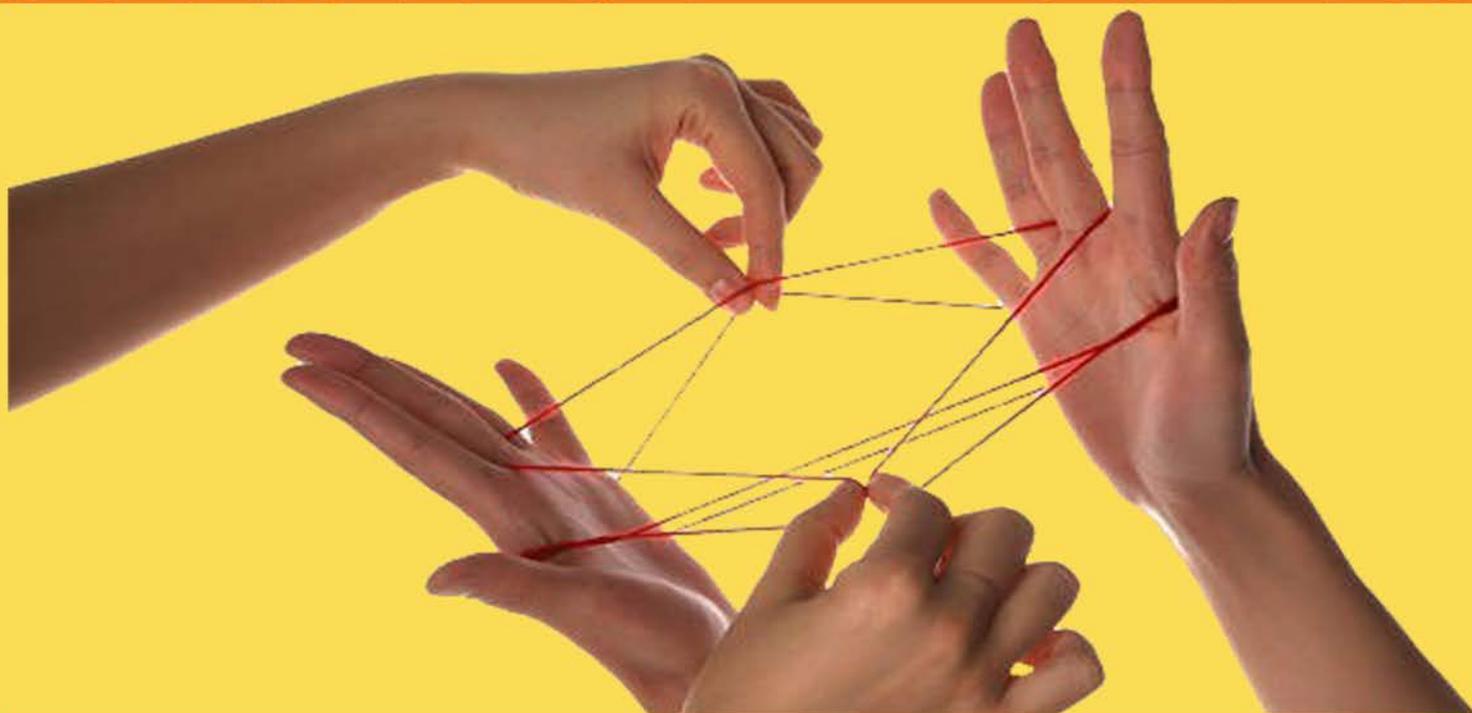
Un cordiale saluto e l’augurio di una serena ripresa,  
Marco Trabucchi

*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



# Solitudine, nemica mortale

Padova - 15 Novembre 2023

## SAVE THE DATE

**Presidente del Congresso**

**Prof. Diego De Leo**

**Segreteria Scientifica AIP**

**Dott. Angelo Bianchetti**

**Per iscrizioni contattare: [eventi@deleafundonlus.org](mailto:eventi@deleafundonlus.org)**