

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Gli auguri per il 2024
- Ricordo di Jaques Delors
- ChatGPT e la raccolta dei dati

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- Mauro Colombo e le sue elaborazioni scientifiche
- Un numero speciale di *Lancet*
- *JAMA Neurology* e i biomarker dell'Alzheimer
- *JAGS* e le cadute
- In allegato il contributo straordinario di Fabrizio Asiola

Amiche, amici,

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

**Iniziamo il nuovo anno con ottimismo e speranza**, guardando al futuro con la logica di chi conta sulle proprie forze per aiutare gli altri. So bene, e ne abbiamo spesso discusso nelle newsletter, che il quadro di riferimento sociale e organizzativo spesso non induce alla tranquillità; però, se penso alle migliaia e migliaia di medici, infermieri, Oss, psicologi, terapisti, educatori, assistenti sociali che, con ruoli diversi, ogni mattina affrontano i doveri della giornata, con il risultato di tenere in piedi tantissimi luoghi dove gli anziani fragili ricevono un adeguato supporto, allora mi impongo di cancellare i personali sentimenti di crisi e vado avanti. Mai vorrei essere da meno...

Ciascuno di noi deve pensare: io, come tanti miei concittadini, costruisco un pezzo di vita buona per chi non la può sperimentare da solo e attorno a questo pensiero vado avanti, senza volgermi indietro, senza pensare a quanto di male vi è nella nostra vita collettiva.

Cito una frase di Albert Camus che mi ha fatto pensare, anche se non sempre sono riuscito a ispirare il mio comportamento: **“Nel mondo c'è la bellezza e ci sono gli oppressi: per**

**quanto sia terribilmente difficile, vorrei essere fedele a entrambi”.** Ritengo che nel nostro mestiere dobbiamo davvero saper sostenere il duplice ruolo. Da una parte, quello di godere della bellezza che si accompagna alla generosità umana, ai progressi scientifici, alla vita che si esprime in forme sempre diverse e, dall'altra, quello di lavorare perché le persone più fragili, che la società spesso trascura e non aiuta, siano aiutate a sostenere le crisi di ogni giorno.

In questi giorni **è scomparso Jaques Delors, il grande costruttore dell'Europa.** È stato un padre dell'Occidente, cioè di quell'insieme di valori di libertà, liberalismo, giustizia sociale e solidarietà in cui oggi molti di noi si riconoscono. Purtroppo, però, sono valori sempre meno diffusi nella società dell'io, dell'egoismo diffuso, che non cerca riconciliazioni per costruire una società più giusta, che invece è sempre più fondata sul conflitto, sulla reciproca incomprensione. Anche i servizi per i più fragili risentono di questa atmosfera e non sono così pronti ad affrontare le sfide che ci pongono l'invecchiamento e la denatalità, le crisi economiche, il potere incontrollato delle tecnologie. Delors era un convinto socialista, che costruiva giustizia tra le classi, e cattolico, che poneva l'amore al centro delle relazioni.

Il fine anno è stato caratterizzato dalla **denuncia del New York Times contro Open AI e Microsoft.** Il giornale sostiene che il programma di AI generativa di Open AI, integrato nei motori di ricerca di Microsoft, sarebbe stato illegalmente allenato utilizzando migliaia di articoli pubblicati dal NYT. La denuncia sostiene che ChatGPT e simili hanno sviluppato modelli linguistici in grado di generare testi che ricopiano il giornale e quindi minano il rapporto con i lettori, gli inserzionisti, in generale la presenza nella società. Non siamo in grado di dare un giudizio sulla vicenda, ma possiamo ipotizzare che questi conflitti saranno sempre più gravi in futuro. Ad esempio, i nuovi programmi hanno il diritto di utilizzare le cartelle cliniche, anche se in modo anonimo, per costruire la base di dati per i programmi di intelligenza artificiale? Certamente andiamo verso eventi sempre più complessi, che richiederanno una politica in grado di governare l'evoluzione del progresso scientifico, per evitare che prevarichi la libertà umana. È necessario evitare che la prospettiva degli enormi vantaggi che potranno derivare dalle nuove tecnologie faccia trascurare il dovere di governo delle stesse. Ma quale governo sarebbe oggi in grado di esercitare un'adeguata autorità?

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

In questi giorni in una riunione informale di amiche e amici dell'AIP è stato espresso un giudizio ammirato per l'impegno di **Mauro Colombo**; ho provato grande soddisfazione, ma anche una punta di invidia per i complimenti espressi nei riguardi Mauro... anche oggi leggiamo il suo testo, come al solito di grande livello. Un rinnovato grazie, carissimo Mauro!

“Per inaugurare la serie 2024 dell'*angolo*, faccio un passo indietro, tornando su un argomento inevitabilmente già trattato, ma altrettanto inevitabilmente aperto a nuove conoscenze e

possibilità: un **indice predittivo di demenza e di ictus**. Gli elementi di novità si colgono sino dal titolo – che nomina la ‘cura del cervello’ – e dalla introduzione, dove si parla di una iniziativa in collaborazione con medici curanti e pazienti, finalizzata a promuovere cambiamenti nei comportamenti e nello stile di vita mirati a ridurre sostenibilmente il rischio di demenza ed ictus, tenendo anche conto di una ampia condivisione dei fattori di rischio per le due malattie [§]. Una simile iniziativa appare opportuna, dato che la prevenzione primaria delle malattie cerebrali non rientra ancora nella pratica medica abituale.

È pur vero che la attenzione alla prevenzione ha permesso di abbattere la mortalità cardiovascolare, ma è altrettanto vero che neppure le più aggiornate linee guida emesse dalla associazione dei cardiologi statunitensi (‘American Heart Association’) sono state stese senza contributi da parte dei pazienti; inoltre, le ‘Life’s Essential Eight’ del 2022 non prendono in considerazione la demenza #.

Qui invece, proprio per ingaggiare i pazienti, gli Autori – tutti affiliati ad università statunitensi o canadesi – hanno cercato di sviluppare uno strumento che rispondesse alle domande più ricorrenti di assistiti e familiari. Il ‘punteggio per la cura del cervello’ [Brain Care Score (BCS)] è stato concepito come uno strumento semplice, pragmatico e basato su prove, per motivare pazienti e curanti. Il BCS costituisce un forte cambio di paradigma: punta a passare dalla cura reattiva delle malattie, alla cura proattiva del proprio cervello. Allo scopo, ricorrendo al metodo Delphi, sono stati inclusi fattori di rischio per demenza ed ictus, modificabili e comuni, selezionati tra quelli più frequentemente e ripetutamente sostenuti dalle società professionali e dai gruppi di rappresentanza dei pazienti. È stato quindi sviluppato un sistema di punteggio che assegnava le pesature dei singoli fattori a seconda della rispettiva rilevanza nella associazione con demenza ed ictus. Viceversa, fattori quali età, assetto genetico, scolarità e stato socio-economico non sono stati presi in considerazione, in quanto non modificabili. I fattori di cui BCS si compone vengono raggruppati in 3 categorie, per un totale di 12 voci, che possono portare ad un punteggio compreso tra 0 e 21 punti: ad un punteggio più elevato corrisponde una migliore salute del cervello. La categoria ‘fisica’ comprende 4 componenti (pressione arteriosa, emoglobina glicata, colesterolemia, indice di massa corporea); la categoria ‘stile di vita’ comprende 5 elementi (abitudini dietetiche, assunzione di alcol, fumo, attività aerobica, sonno); la categoria socio-emotiva comprende 3 elementi (stress percepito, relazioni sociali, scopo nella vita). Un incremento di 5 punti [per esempio, da 0 a 5, o da 10 a 15 (comunque raggiunto, a prescindere dalle voci)] viene considerato riflettere un miglioramento sostanziale e nello stesso tempo raggiungibile, e perciò viene raccomandato a curanti ed assistiti come obiettivo per avere cura del proprio cervello.

È seguita una validazione, adoperando 3 ondate (2012-3, 2014 e 2019) di dati provenienti dalla biobanca del Regno Unito, escludendo la insorgenza di demenza o di ictus occorsa durante i primi 2 anni di ciascuna osservazione, come cautela verso *[l’eterno problema ( ndr)]* la ‘causalità inversa’. Su quasi 400.000 soggetti, BCS ha avuto un valore mediano di 12, con ambito interquartile 11 – 14. I risultati sono stati riportati aderendo alle linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

L'incidenza cumulativa di demenza è stata dello 1,3% [intervallo di confidenza 95% (95%CI) = 1,3 – 1,4], per una durata mediana di osservazione di 12,5 anni, ed un tempo mediano di insorgenza di 9,8 anni. L'incidenza cresceva nettamente nelle 3 fasce di età prese in considerazione: 0,1% sotto ai 50 anni / 0,4 tra 50 e 59 anni, e 2,7% sopra i 59 anni. Nelle medesime fasce di età, un incremento di 5 punti nel BCS basale si associava a diminuzioni nel rischio di demenza rispettivamente del 59% (95%CI: 40-72%) / del 32% (95%CI: 20-42%) e del 8% (95%CI: 2-14%).

L'incidenza cumulativa di ictus è stata dello 1,8% (95% CI: 1.8–1.9), per una durata mediana di osservazione di 12,5 anni, ed un tempo mediano di insorgenza di 8,6 anni. Anche l'incidenza di ictus cresceva nettamente nelle 3 fasce di età prese in considerazione: 0,6% sotto ai 50 anni / 1,2% tra 50 e 59 anni, e 3% sopra i 59 anni. Nelle medesime fasce di età, un incremento di 5 punti nel BCS basale si associava a diminuzioni nel rischio di demenza rispettivamente del 48% (95%CI: 39-56%) / 52% (95%CI, 47-56%) e del 33% (95%CI, 29-37%).

La discussione apre con la dichiarazione che il presente studio dimostra associazioni clinicamente rilevanti e statisticamente significative tra i punteggi basali al BCS ed incidenza di demenza ed ictus, riscontrando una maggiore forza nella associazione per i partecipanti più giovani della biobanca del Regno Unito, che può riflettere una durata di osservazione più breve per i soggetti più anziani. Le analisi di sensibilità – che hanno tenuto conto di rischi competitivi – hanno confermato le analisi principali.

Un vantaggio dello strumento consiste nel fornire a curante e paziente una informazione facilmente fruibile valida tanto per la demenza quanto per l'ictus, anche se al prezzo di una stima sub-ottimale per ciascuna singola componente. Una ulteriore limitazione relativa alla difficoltà ad attribuire un ruolo causale nel nesso tra esposizione ai fattori di rischio ed esiti va letta in una cornice di cure primarie, e non in un quadro di indagini epidemiologiche. Proprio per questo, gli Autori si sono astenuti da analisi predittive riferite ai singoli componenti di BCS, tenendo conto di fattori confondenti. Del resto, teniamo conto che le autorità sanitarie statunitensi attualmente raccomandano per le cure primarie 52 servizi di prevenzione basati su prove, non sempre premiati da risultati ...<sup>\$</sup> Invece, BCS punta a stimolare a prendersi cura del proprio cervello a prescindere dai livelli di partenza, evitando la stigmatizzazione che potrebbe derivare da misure della salute cerebrale di per sé stessa. In ogni caso, un strumento del genere va inteso come un prototipo, suscettibile di miglioramenti: gli estensori individuano 6 percorsi, monitorabili mediante repliche delle procedure Delphi a cadenze annuali.

[§] Singh, S. D., Oreskovic, T., Carr, S., Papier, K., Conroy, M., Senff, J. R., Chemali, Z., Gutierrez-Martinez, L., Parodi, L., Mayerhofer, E., Marini, S., Nunley, C., Newhouse, A., Ouyang, A., Brouwers, H. B., Westover, B., Rivier, C., Falcone, G., Howard, V., Howard, G., ... Rosand, J. (2023). The predictive validity of a Brain Care Score for dementia and stroke: data from the UK Biobank cohort. *Frontiers in neurology*, 14, 1291020. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1291020>

# il termine ‘demenza’ vi appare una sola volta su 26 pagine, citato in modo del tutto generico; il termine ‘stroke’ viene invece nominato 37 volte: almeno 3 ictus su 5 potrebbero venire prevenuti mediante la diminuzione dei fattori di rischio, inclusi i cambiamenti comportamentali

\$ si pensi alla spaventosa prevalenza dell’obesità tra gli adulti statunitensi”

Il numero speciale di fine anno di *Lancet* riporta 81 pagini di fotografie da 32 paesi, nell’impegno per **presentare un’immagine diversa, più individuale e più umana della salute**. La redazione invita i lettori a compiere assieme una carrellata attraverso salute e umanità in un mondo che cambia. L’editoriale che apre il numero della rivista è intitolato: “Seeing the humanity in health”. Questa attenzione della grande rivista a collegare cura e compassione e a mostrare l’impegno in varie parti del mondo degli operatori sanitari in circostanze spesso straordinarie e difficili è un esempio straordinario per tutti noi quando siamo tentati di dare un’interpretazione chiusa del nostro lavoro.

[\[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02837-4/fulltext\]](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02837-4/fulltext)

Ritorniamo sul problema dei **biomarker della malattia di Alzheimer**, che rappresentano una grande progresso sul piano clinico, anche se suscitano alcuni aspetti di criticità. Tra i molti lavori scientifici sull’argomento degli ultimi mesi, ritorno su *JAMA Neurology* del 6 febbraio che pubblica uno studio secondo il quale il P-tau217 plasmatico predice il declino cognitivo in persone affette da Alzheimer preclinico. Il dato è particolarmente significativo, perché il parametro può essere associato alle rilevazioni liquorali e alla PET per identificare i possibili candidati ai trial sui nuovi trattamenti disease-modifying.

[\[https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2801289\]](https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2801289) In prospettiva l’utilizzazione clinica di queste rilevazioni può indurre problematiche complesse, come sollevato, ad esempio, su *JAMA Neurology* del 18 dicembre. Vi è infatti il rischio che il singolo possa utilizzare i biomarker per testare il suo personale rischio, esponendosi così a crisi psicologiche, a problematiche sociali e organizzative, tra le quali possono comparire anche aspetti assicurativi. Vi è anche il rischio che si inneschino problematiche discriminative. In questa prospettiva gli autori definiscono “premature e irresponsabile” permettere il marketing e la commercializzazione di “market direct-to-consumer biomarker per l’Alzheimer”. I cittadini, qualora desiderassero sottoporsi alla rilevazione, devono essere informati e preparati sulle conseguenze del test, che potrebbe rappresentare un problema per le decisioni future e, in genere, per la serenità della vita.

[\[https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2812950\]](https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2812950)

*JAGS* di dicembre pubblica un lavoro di revisione della letteratura, eseguito su 74 studi, riguardante la **specificità di sesso e di genere delle cadute dell’anziano**. La maggior parte

degli studi esaminati ha identificato significative differenze legate al sesso e al genere. Gli autori affermano quindi l'importanza di inserire la specificità di sesso e genere sia nell'analisi dei dati sulle cadute per offrire specifiche indicazioni sul piano preventivo. La gravità delle conseguenze delle cadute sulla salute delle persone impone di identificare in maniera sempre più precisa e accurata le circostanze che le provocano; si deve, infatti, constatare che negli ultimi anni non si sono compiuti significativi progressi per limitarne i danni a carico delle persone che invecchiano, in particolare quelle più fragili per le quali la caduta spesso porta a conseguenze pesantemente negative.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18730>]

Abbiamo chiesto un contributo a **Fabrizio Asoli** per iniziare con il nuovo anno a pubblicare articoli importanti in ambito psicogeriatrico. Il pezzo allegato è un esempio di come il pensiero di un grande studioso sia utile a tutti per meglio **capire i fenomeni legati all'invecchiamento, come base per adeguate azioni di cura ai vari livelli, da quello strettamente clinico a quello psicosociale.**

Considero Fabrizio la persona che negli ultimi 20 anni ha maggiormente contribuito alla mia personale crescita culturale; lo ringrazio per averci permesso la pubblicazione del suo testo.

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

Qualcuno avrà notato che questa newsletter è più breve del solito; chi scrive e la segretaria, che ogni settimana con perizia è responsabile degli aspetti redazionali, hanno preso qualche giorno di vacanza. Però non abbiamo voluto rinunciare all'invio, anche pensando che forse nel tempo del riposo qualche amica o qualche amico avessero maggiori spazi concreti e mentali per leggere e pensare. Grazie in ogni modo per la comprensione.

Un rinnovato augurio per un Buon 2024,

Marco Trabucchi

Past President AIP

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Il documento di Alzheimer Europe sui farmaci
- Biden e Trump dimostrano che “invecchiare non è una malattia”?
- Le 7 chiavi per la longevità
- Il lavoro povero produce pensioni povere

## **QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

- L'angolo di Mauro Colombo
- *Lancet*: contro l'anti-scienza
- *NEJM* e i devices indossabili
- *Jama Ophthalmology*: inibitori colinesterasi e degenerazione maculare
- *Science*: illusoria generabilità dei modelli predittivi

Amiche, amici,

## **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Il recente **documento di Alzheimer Europe sui farmaci per le demenze** apre ancora una volta il dibattito, da una parte sulla reale importanza clinica delle molecole contro l'amiloide e dall'altra sul peso che possono avere gruppi di interesse sulle decisioni delle autorità regolatorie rispetto ai nuovi farmaci.

Il documento chiede alle autorità tra l'altro: a) di approvare i trattamenti dei quali si sia dimostrato un rapporto rischio-beneficio positivo; b) di supportare lo sviluppo di registri di pazienti per la raccolta a lungo termine di evidenze nel real world sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci anti amiloide, compresi dati su risultati ritenuti importanti dai pazienti e dai loro caregivers; c) sviluppare chiare politiche per il rimborso dei farmaci anti amiloide, dei biomarker, dei test diagnostici e dell' imaging richiesti per identificare, trattare e monitorare i pazienti trattati; d) assicurare che il rimborso dei farmaci anti amiloide non impatti sulla copertura dei farmaci sintomatici e dei trattamenti non farmacologici ritenuti molto positivi dai malati e dai loro pazienti.

Si tratta di affermazioni rilevanti, che aprono un dibattito di importante rilievo culturale e clinico; resta sullo sfondo la problematica della reale efficacia delle nuove molecole. Le associazioni dei famigliari fanno giustamente la loro parte, mentre le autorità regolatorie devono avere l'indipendenza e la preparazione per un'analisi approfondita dei dati disponibili. <https://www.alzheimer-europe.org/policy/positions/alzheimer-europe-position-anti-amyloid-therapies>

Sono iniziate le primarie americane in attesa del voto **per la presidenza degli Stati Uniti**. Sono in gioco **due persone anziane**; Trump ha oggi 77 anni, Biden ne ha 81 e avrebbe 86 anni alla fine del nuovo mandato se vincerà le elezioni. Quali sono i possibili indicatori per capire se potranno eventualmente ricoprire la carica di Presidente in buone condizioni di salute? Biden proviene da una famiglia modesta, Trump da una famiglia ricca. Entrambi hanno parenti longevi, con genitori ottantenni e novantenni. Trump però è svantaggiato rispetto a Biden per il sovrappeso e perché non fa esercizio. Però, secondo alcuni calcoli, considerando anche i dati che sono pubblici sulla loro condizione di salute, entrambi hanno una possibilità superiore alla media dei loro coetanei di sopravvivere per i prossimi 4 anni, cioè il periodo dell'eventuale presidenza. Olshansky, noto studioso dei processi di invecchiamento, ha recentemente affermato: "Oggi Biden ha il 75% di possibilità di portare a termine il nuovo mandato, mentre Trump avrebbe possibilità lievemente inferiori". Auguri ad entrambi... il loro stato di benessere è la dimostrazione concreta che "invecchiare non è una malattia". <https://www.economist.com/science-and-technology/2024/01/09/heart-attacks-strokes-dementia-can-biden-and-trump-beat-the-odds>

Recentemente il *New York Times* ha pubblicato un articolo nel quale sono indicate **"le 7 chiavi per la longevità"**, basate su evidenze scientifiche, per invecchiare bene. È opportuno ritornare sull'argomento, perché in questi ultimi anni siamo stati investiti da una enorme mole di indicazioni per un "invecchiamento di successo", frase mal tradotta dall'inglese "successful aging", che peraltro ha un significato meno commerciale. Oggi troppi interessi stanno crescendo attorno a questo argomento, creando false illusioni e spese inutili da parte di molte persone. Ritengo sia, invece, doveroso offrire indicazioni precise; l'obiettivo non è tanto evitare lo speco di denaro (ogni cittadino, fortunatamente, è libero di decidere come investire i propri soldi!), ma evitare le attese frustranti, le delusioni, il rischio di non separare correttamente ciò che è una speranza, più o meno fondata, da ciò che invece è cura di eventuali malattie, con la precisa esigenza di trattamenti. Infine, l'obiettivo più importante è suggerire alle persone di ogni età le misure che realisticamente permettono un migliore invecchiamento, senza inseguire indicazioni prive di fondamento (il NYT nel titolo scrive: "ignora le camere iperbariche e i raggi infrarossi"). È invece davvero possibile ridurre gli effetti dell'età, con realismo, ma anche un po' di generosità verso sé stessi, senza ricorrere ad atti che non offrono nessun vero supporto. <https://www.nytimes.com/2024/01/04/well/live/live-longer-health.html>



Il NYT del 6 gennaio dedica un pezzo ad un argomento che mi ha particolarmente impressionato: “The Income Gap Jeopardizing Retirement for Millions”. Infatti, ha messo in luce come **i bassi salari (o in generale i bassi guadagni) di oggi mettano in crisi la possibilità di avere domani delle pensioni decenti**. Anche in Italia si è iniziato a dedicare attenzione al “lavoro povero”, come problema sociale rilevante, anche in considerazione della diffusione della condizione tra gli occupati di oggi. Però il richiamo del giornale alle difficoltà future sul piano pensionistico apre nuove prospettive critiche. Dobbiamo essere consci che andremo incontro a convivenze caratterizzate da un numero sempre più elevato di anziani che ricorrono ai servizi di assistenza e per la salute; tra questi vi sarà una quota sempre più ampia di cittadini fruitori di pensioni povere, che quindi non potranno supportare con le proprie finanze nemmeno una parte dei servizi dei quali hanno bisogno. Ritengo che le nostre previsioni sul futuro debbano tener conto anche di questa realtà; il tutto desta ulteriori forti preoccupazioni sulla possibile organizzazione del welfare in futuro. Molti analisti continuano ad insistere sulla necessità di una partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.... (vedi, ad esempio, il *Corriere della Sera* del 16 gennaio) Ma come sarà possibile se molti di loro disporranno di pensioni povere, appena sufficienti per la stretta sopravvivenza? Anche l'enfasi sulla Silver Economy rischia di diventare un'ipotesi con scarso fondamento se la base sulla quale si fonda si riduce in modo rilevante. <https://www.nytimes.com/2024/01/06/health/retirement-income-middle-class.html>

## QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto contributo, come sempre di grande interesse, di **Mauro Colombo**.

“Ancora nel giorno di Santo Stefano, *JAMA Neurology* [#] ci fa presente che, **dei circa 50 milioni di persone con demenza stimati nel mondo al 2020, 3,9 milioni hanno meno di 65 anni**: una quantità di persone che spesso sono coinvolte in responsabilità lavorative, familiari [*magari come ‘generazione a sandwich’ (ndr)*], sociali. Da qui, l'importanza di approfondirne la investigazione dei fattori di rischio, che sinora si è focalizzata sui fattori genetici, oppure ha esaminato i fattori modificabili uno per volta, e trascurandone le interazioni.

Allo scopo, studiosi della Università di Maastricht – in Olanda – e di varie istituzioni britanniche hanno sfruttato i dati della biobanca del Regno Unito, in particolare di 356.052 infra65enni [età media 54,6 ( $\pm$  7) anni, 55,3% donne], arruolati tra il 2006 ed il 2010, e seguiti sino al 2021 per l'Inghilterra e la Scozia (2018 per il Galles). Nel corso di 2.891.409 persone-anno di osservazione, sono stati identificati 485 casi di demenza ad esordio precoce, di cui 51,8% femmine, delineando un tasso di incidenza del 16,8 per 100.000 persone-anno, con intervallo di confidenza al 95% = 15.4 - 18.3. A partire da una analisi della letteratura, sono

stati identificati 39 potenziali fattori di rischio, distribuiti in 8 categorie: socio-demografica, genetica, stile di vita, ambientale, biomarcatori ematici, cardiometabolica, psichiatrica, altro.

Dopo 8 passaggi di analisi statistica, il modello finale ha filtrato 15 fattori di rischio: bassi livelli di scolarità e di stato socio-economico, alcolismo, condizione di astemio e di portatore di 2 alleli  $\epsilon 4$  della apolipoproteina E, isolamento sociale, deficit in vitamina D, alti livelli di Proteina C Reattiva (PCR), scarsa forza nella stretta di mano, ipoacusia, ipotensione ortostatica, ictus, diabete, cardiopatia e depressione.

Estendendo l'indagine in modo da includere anche i casi con esordio tra i 65 ed i 70 anni, i risultati non cambiano. Invece, restringendo l'analisi escludendo i casi con esordio entro i primi 3 anni dall'inizio della osservazione, viene meno la significatività per lo stato APOE, l'alcolismo, i livelli di PCR, e l'ipotensione ortostatica. Questa specifica 'analisi di sensibilità' è stata motivata dal desiderio di escludere il rischio di 'causalità inversa'. Una altra estensione importante delle analisi consiste nel confronto dei fattori di rischio tra esordio precoce e tardivo, all'interno della medesima banca di dati: l'ipoacusia, la ipotensione ortostatica e la concentrazione di PCR non sono risultate associate alla demenza ad esordio tardivo. Nei confronti di queste ultime, invece, l'associazione con lo stato APOE e con la scolarità è più stretta che rispetto alle demenze ad esordio precoce.

La ricerca ha messo in evidenza fattori di rischio non presi in considerazione in precedenza per le demenze ad esordio precoce, come l'isolamento sociale, l'ipotensione ortostatica, l'ipovitaminosi D e gli alti livelli in PCR. Passando in rassegna alcuni singoli fattori, viene precisato che l'isolamento sociale – considerato un fattore socio-comportamentale collegato alla riserva cognitiva – è correlato alla depressione, ma quest'ultima non media l'associazione tra isolamento sociale e demenza ad esordio precoce, suggerendo un ruolo diretto per entrambi i fattori. Quanto alla ipotensione ortostatica – segnalata come fattore di rischio per la demenza ad esordio tardivo in una 'rassegna ad ombrello' [§] – può costituire un segno precoce di malattia di Parkinson. O di demenza a corpi di Lewy, comparando talvolta anni o decenni prima della diagnosi.

Sono state infine discusse le differenze rilevate tra i fattori di rischio per la demenza ad esordio precoce e tardivo. Solo un numero limitato di fattori correlati allo stile di vita (assunzione di alcol, carenza di vitamina D, isolamento sociale) sono risultati associati alla prima, mentre molti di più lo sono nei confronti della seconda: i livelli di attività fisica, le abitudini dietetiche ed il fumo hanno perso significatività statistica, dopo che altri fattori socio-demografici o relativi allo stile di vita sono stati inseriti nella analisi inerenti la demenza ad esordio precoce, sulla quale pesano invece le cardiopatie. I fattori di rischio legati allo stile di vita potrebbero essere associati solo indirettamente alla demenza ad esordio precoce, oppure potrebbero non avere avuto tempo a sufficienza per agire.

La ricerca presenta anche limiti espliciti, perché alcuni fattori potenzialmente importanti non sono stati presi in considerazione: è il caso, per esempio, della anamnesi familiare positiva

per demenza, o dell'abuso di farmaci – in particolare neurolettici – che altre analisi hanno invece indicato.

Ma un pregio dello studio consiste nel rimarcare che i fattori genetici rendono conto solo del 5 – 10% di tutti i casi di demenza ad esordio precoce”.

[#] Hendriks, S., Ranson, J. M., Peetoom, K., Lourida, I., Tai, X. Y., de Vugt, M., Llewellyn, D. J., & Köhler, S. (2023). Risk Factors for Young-Onset Dementia in the UK Biobank. *JAMA Neurology*, e234929. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.4929>

[§] Zhang, Y. R., Xu, W., Zhang, W., Wang, H. F., Ou, Y. N., Qu, Y., Shen, X. N., Chen, S. D., Wu, K. M., Zhao, Q. H., Zhang, H. N., Sun, L., Dong, Q., Tan, L., Feng, L., Zhang, C., Evangelou, E., Smith, A. D., & Yu, J. T. (2022). Modifiable risk factors for incident dementia and cognitive impairment: An umbrella review of evidence. *Journal of affective disorders*, 314, 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.008>

*Lancet* del 13 gennaio presenta il profilo di **Peter Hotez, il grande combattente contro l'anti-scienza**. Nel 2018, quando sua sorella Rachele ricevette la diagnosi di autismo, si sentì in dovere di scrivere un libro intitolato: “Vaccines did not cause Rachel’s autism”. Facendo così, Hotez divenne il nemico numero uno dei gruppi antivaccini; non fu però indotto a rinunciare alle sue idee e nel 2023 ha scritto: “La crescita mortale dell’anti-scienza”. Hotez è protetto dall’FBI; noi non corriamo gli stessi rischi, però abbiamo il dovere di non rinunciare mai a far valere le nostre idee sul valore del progresso e della ricerca nel campo della salute. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00007-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00007-2/fulltext)

*NEJM* del 30 novembre riporta un editoriale di presentazione di **una serie di articoli dedicati a “Wearable Digital Health Technology”**. Il pezzo si conclude così: “Speriamo che i nostri numerosi lettori siano motivati ad esplorare e a sviluppare gli strumenti digitali indossabili nell’assistenza ai loro pazienti. La valutazione e la cura dei pazienti grazie a questi strumenti non sarà più basata solo sull’ospedale o sull’ambulatorio a renderà effettivamente possibile il care anywhere dei pazienti”. Siamo di fronte a grandi progressi tecnologici, però nessuno di questi potrà apportare reali vantaggi se non sarà inserito in una logica di rete digitalica e umana. Noi siamo ancora lontanissimi da questa prospettiva e ci dilettiamo litigando su come dovranno essere le case della salute, cioè il punto nevralgico perché la cura “anywhere” sia realmente possibile. Lo stesso fascicolo di *NEJM* riporta il primo articolo della nuova serie, intitolato “Digital Technology for Diabetes”. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2303219>

*JAMA Ophthalmology* del 4 gennaio discute la **possibile azione degli inibitori delle colinesterasi somministrati per il trattamento dell'Alzheimer sul rischio di degenerazione maculare degli anziani**. Infatti, è stato ipotizzato che la malattia sia causata, almeno in parte, da reazioni infiammatorie. Poiché gli inibitori delle colinesterasi dispongono di attività antinfiammatoria si è voluto studiare in un elevato numero di veterani se il trattamento con i farmaci potesse modificare l'incidenza della degenerazione maculare. I risultati dello studio della durata di 4 anni hanno indicato una riduzione del 6% del rischio della degenerazione maculare. Il dato, benché modesto, si inserisce tra i numerosi studi che dimostrano l'importanza clinica degli inibitori delle colinesterasi, oltre al loro ben noto effetto clinico sulle funzioni cognitive. <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/2813353>

La letteratura scientifica in ambito clinico continua a **discutere con grande attenzione sui problemi posti dall'intelligenza artificiale**. Nei prossimi mesi rappresenterà l'aspetto centrale rispetto a qualsiasi altra problematica.

*Science* del 11 gennaio entra nella problematica con un articolo dal titolo significativo: **“L'illusoria generabilità dei modelli di predizione clinica”**. La promessa più rilevante dell'IA in medicina è quella che sulla base di grandi database è in grado di predire e identificare i migliori trattamenti per i possibili pazienti. Sfortunatamente, non sappiamo come questi modelli si comportano su nuovi pazienti, perché non sono stati testati su campioni di pazienti indipendenti. Secondo gli autori del lavoro, quando le nuove modalità sono testate in studi clinici realmente indipendenti, i risultati sono casuali. Ovviamente questi dati stanno suscitando grande attenzione e preoccupate discussioni: Il futuro è ancora tutto da costruire! <https://www.science.org/doi/10.1126/science.adg8538>

Un saluto ed un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*

## **Newsletter AIP - 26 gennaio 2024**

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

- Richiesta rinnovata di un supporto
- Giornata della Memoria
- La telemedicina: un servizio innovativo
- Le grandi apparecchiature ospedaliere

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

- Mauro Colombo e le demenze vascolari
- *JAGS* e la mortalità tra le caregiver donna
- *JAGS* e la cura del delirium
- *JAMA* e la professione di geriatra
- *Delirium*: il trattamento del delirium
- *JAMDA*: i farmaci palliativi nel long-term care

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

- XIII Congresso regionale AIP Calabria

Amiche, amici,

### **ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

Nella newsletter del 5 gennaio avevo inserito la richiesta che riproduco di seguito: “Chi desiderasse supportare le spese per il nostro lavoro redazionale potrebbe inviare un contributo di 30 euro a favore del Gruppo di Ricerca Geriatrica (IBAN IT82S050341120000000003421 Banco BPM spa, via Gramsci 12, 25121 Brescia). Ovviamente non è un abbonamento, perché la newsletter continuerà ad esser inviata gratuitamente a chi lo richiede. È solo un modo per aiutarci a coprire le spese (riviste

scientifiche, segreteria, ecc.), senza gravare su AIP. Grazie”. Solo tre persone hanno aderito. Ne ho tratto l'impressione che a nessuno interessi la newsletter; a breve deciderò se risparmiare tempo, fatica e soldi dedicati a questo impegno. Solo una risposta corale, benché tardiva, e concreta potrebbe indurmi a cambiare idea.

Domani è la **Giornata della Memoria**. Dolorosa come sempre, ma quest'anno accompagnata da comportamenti indegni da parte di alcuni gruppi.

L'antisemitismo è un atteggiamento da barbari; quanto è avvenuto il 7 ottobre è troppo simile alla Notte dei Cristalli del '38 per non angosciarci. Però non possiamo rinunciare a pensare alla pace; la guerra non danneggia i potenti, ma soprattutto i più fragili, i bambini e i vecchi.

**Il PNRR ha previsto 1.5 miliardi per la telemedicina.** Entro giugno saranno attive 90mila nuove postazioni, con l'ipotesi di raggiungere 300mila pazienti entro il 2025. Grande entusiasmo da parte di chi sta organizzando i diversi servizi. Mancano però serie e strutturate indicazioni su quali potranno essere i fruitori dei nuovi servizi. Ad esempio, sarebbe utilissimo un piano di collegamento delle RSA, in grado di compensare la progressiva riduzione del numero dei medici, e quindi riducendo anche il ricorso ai PS ospedalieri, dove gli ospiti si trovano sempre in condizioni di grave disagio, con l'elevato rischio di risposte inadeguate. Ma quale sarebbero i punti di riferimento: gli ospedali? E come organizzare risposte a richieste multiple, che possono andare, ad esempio, dall'ECG alla spirometria, alla presentazione di sintomi inattesi, al delirium, alle cadute e moltissime altre? Si ha l'impressione che ancora una volta ci si riempia la bocca di riferimenti alla tecnologia, la quale poi concretamente resterà nei sottoscala. Perché non studiare il collegamento tra i sistemi di telemedicina e l'intelligenza artificiale, in grado di rispondere a molti interrogativi senza l'intervento del medico. Su questo argomento Agenas aveva pubblicato sul numero 47 di *Monitor* un'interessante serie di articoli.

A proposito di tecnologia, grande preoccupazione suscita il **rinvio a giugno 2026 dell'utilizzo dei 1.2 miliardi di euro previsti dal PNRR per sostituire grandi apparecchiature ospedaliere**, metà delle quali già vecchie. Le apparecchiature più vecchie di 10 anni sono il 30.5% delle risonanze magnetiche chiuse (fino a 1.5 Tesla), il 96.6% delle TAC di base (quelle con meno di 16 slice), il 92% dei mammografi convenzionali. Perché si è scelto di posporre questo ambito della spesa, che riveste grande importanza per dare ai cittadini risposte precise e “moderne” alle loro difficoltà?

**QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

**Mauro Colombo** descrive in questo “angolo” una problematica di grande interesse clinico. Ancora una volta, il nostro collega riesce a **collegare il dato di ricerca con la pratica clinica**, in una sintesi di grande interesse.

“Demenze vascolari... a volte ritornano”: così Carlo Serrati ha intitolato il suo apprezzatissimo webinar AIP del 24 novembre 2022. E *Lancet Healthy Longevity* lo dimostra, a buon motivo, sottolineando, fin dal titolo di un editoriale, la volontà di ‘svelare le cause del deterioramento cognitivo dovuto ad ictus’ [1]. Infatti, la connessione tra declino cognitivo ed ictus cerebrale, che l’editorialista – della Università John Hopkins di Baltimora, nel Maryland – attribuisce ai clinici come elemento ben noto, in realtà presenta vistose lacune in termini di studio e ricerca. L’articolo originale – sempre su *Lancet Healthy Longevity* [2] - cui l’editoriale fa riferimento rimarca che solo 4 dei lavori vagliati nella raccolta bibliografica tengono conto dello stato cognitivo precedente l’evento acuto. Oltre a non tenere conto della riserva cognitiva, la maggior parte degli studi presenta altre severe limitazioni: un ribaltamento nella sequenza temporale [per cui l’ictus sussegue ad un deterioramento cognitivo precedente (al punto che sino al 9% dei pazienti con ictus aveva già una demenza)]; la mancata considerazione della ospedalizzazione di per sé stessa, nonché di fattori di rischio vascolare; la difficoltà a generalizzare dati raccolti in una sola nazione. Una vasta cooperazione che ha raccolto studiosi di varie nazioni (Regno Unito, Stati Uniti, Israele, Canada) e competenze (neurologica, epidemiologica, cardiologica, riabilitativa, geriatria, internistica) si è impegnata ad affrontare codesti limiti.

È stata effettuata una meta-analisi su 6 studi randomizzati interventistici, che rispondevano a requisiti stringenti. L’oggetto della osservazione consisteva nella evoluzione di due strumenti semplici e diffusi quali il ‘Mini Mental State Examination’ (MMSE) ed il ‘Montreal Cognitive Assessment’ (MoCA), nella consapevolezza che entrambi sono soggetti ad effetti di apprendimento e ‘soffitto’. Standardizzando ed assommando MMSE e MoCA, è stata calcolata la entità del declino cognitivo legato all’età, e quanto è dovuto ad eventi acuti. Sono stati studiati 64.106 partecipanti, 29% femmine, di età media  $67 \pm 7,9$  anni, dei quali oltre 2 su 5 avevano una scolarità di almeno 12 anni, e residenti in 55 paesi. Al momento dell’arruolamento, 1 partecipante su 10 riportava di essere già andato incontro ad un ictus [più 1 su 40 ad attacco ischemico transitorio], quasi 1 su 2 ad un infarto miocardico, circa 2 su 5 ad angina di petto o diabete mellito, 8% ad uno scompenso cardiaco; quasi 3 su 4 erano ipertesi, 1 su 6 erano fumatori.

Al termine di una osservazione di durata mediana 4,4 anni [con ambito interquartile 1,9 – 5,2 anni], 6,2% dei partecipanti aveva subito un ictus cerebrale, 3,1% un attacco ischemico transitorio, 7,3 ad un infarto miocardico, 93,4% ad ospedalizzazione. 84,7% degli ictus era di natura ischemica, 6,4% emorragica; secondo la scala di Rankin modificata, 43,9% degli ictus era stato inabilitante. In sintesi, i partecipanti che hanno avuto un ictus hanno peggiorato il loro livello cognitivo rispetto a quelli che hanno avuto un attacco ischemico transitorio od un infarto miocardico, o che sono stati ospedalizzati. L’effetto dell’ictus è risultato indifferente per età e sesso, mentre è stato più pesante per chi aveva una peggiore cognitività precedente

all'ictus, nelle forme emorragiche e disabilitanti. Va specificato che l'infarto miocardico e la ospedalizzazione non hanno implicato peggioramenti cognitivi statisticamente significativi. L'ictus ha comportato un peggioramento cognitivo pari a 18 anni di declino legato all'età [con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 10 e 28 anni]; l'attacco ischemico transitorio un equivalente di 3 anni [con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0 e 6 anni]. L'effetto deteriorante delle forme emorragiche persisteva anche dopo correzione statistica per la severità dell'ictus. Il rischio di scendere al di sotto dei livelli soglia per i due test cognitivi [MMSE < 24 / MoCA < 26] ricalcava lo schema generale degli effetti dei diversi eventi acuti presi in esame.

In conclusione, l'articolo originale pone due considerazioni:

- per i ricercatori: viene indicato come possano venire sfruttati al meglio anche strumenti semplici e di ampio uso, per quanto ovviamente di per sé insufficienti per porre diagnosi di demenza
- per la pratica clinica: viene ribadita l'importanza di prevenire gli eventi cerebrovascolari acuti, anche ai fini della preservazione della cognitività. Mantenere la funzione cognitiva costituisce una priorità per le persone colpite da ictus, che sono esposte ad un raddoppio nel rischio di deterioramento cognitivo o demenza. In effetti, in alcune coorti, più di 1/3 dei partecipanti va incontro a demenza post ictale, ed una simile proporzione dopo un evento cerebrovascolare acuto esperisce un deterioramento cognitivo, anche se non di livello tale da venire classificato come demenza.”

[1] Johansen M. C. (2023). Unravelling the cause of stroke-induced cognitive decline. *The Lancet. Healthy Longevity*, 4(12), e653–e654. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00235-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00235-0)

[2] Sherlock, L., Lee, S. F., Katsanos, A. H., Cukierman-Yaffe, T., Canavan, M., Joundi, R., Sharma, M., Shoamanesh, A., Brayne, C., Gerstein, H. C., O'Donnell, M. J., Muniz-Terrera, G., Yusuf, S., Bosch, J., & Whiteley, W. N. (2023). Cognitive performance following stroke, transient ischaemic attack, myocardial infarction, and hospitalisation: an individual participant data meta-analysis of six randomised controlled trials. *The Lancet. Healthy Longevity*, 4(12), e665–e674. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00207-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00207-6)

Un editoriale di *JAGS* del 7 dicembre affronta una problematica dolorosa e complessa: **la mortalità tra le caregiver donna**. In questi anni è cresciuto moltissimo il loro ruolo, anche in conseguenza della riduzione dei tempi di degenza ospedaliera. In questa prospettiva diventa sempre più importante conoscere gli effetti dell'impegno sulla loro salute, in modo da predisporre interventi adeguati. L'articolo sostiene che riconoscere la complessità del caregiving è importantissimo, perché i caregiver non sono un gruppo monolitico, ma sono dediti ad una grande varietà di atti di cura, che cambiano nel tempo, essendo loro stessi in grado di compiere prestazioni di diversa intensità. Conoscere la loro vita è quindi



indispensabile per mettere in atto azioni di supporto, per aiutarli nel loro impegno, evitando che la stanchezza, la fatica e le malattie possano incidere sulla qualità del lavoro a favore degli anziani bisognosi di cure. E in Italia? Purtroppo, non abbiamo sviluppato attenzioni né studi che permettano di intervenire in modo mirato su questo gruppo di cittadini. Sarà però un compito dal quale non dovremo sottrarci come professionisti. Forse in futuro la politica farà qualche cosa, ma da subito dobbiamo muoverci noi. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18693>

Su *JAGS* di novembre un articolo a firma, tra gli altri, di Sharon Inule, discute di **come ottimizzare la cura del delirium in una epoca di sistemi sanitari particolarmente “age friendly”**. È un modello di intervento efficace per prevenire e trattare il delirium, sindrome particolarmente critica quando colpisce gli anziani fragili. Il delirium è ancora un problema aperto sul piano clinico; è quindi importante identificare percorsi che possano ridurre sia l'incidenza sia le conseguenze a lungo termine. Si deve constatare che, come dimostrato da una ricerca dell'AIP, la prevalenza negli ospedali è di oltre il 20%, a dimostrazione di una scarsa capacità di adeguare la prassi assistenziale alla realtà della condizione dei pazienti e dei rischi per la loro salute. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18631>

Su *JAMA* del 9 gennaio il geriatra francese Jean-Pierre Michel e Fiona Ecartot criticano un editoriale di *JAGS* dell'anno scorso, che abbiamo presentato anche in questa newsletter, nel quale **si affermava che i geriatri sono sempre meno di numero e mal utilizzati**. Michel contesta le affermazioni, sostenendo che in alcune zone del mondo la realtà è diversa. “Molti ospedali europei hanno dipartimenti di emergenza dedicati agli anziani e alcuni hanno programmi di oncogeriatría, ortogeriatría e psicogeriatría. Mentre la maggioranza delle scuole di specializzazione è dotata di programmi specifici dedicati alla cura degli anziani. Anche se il prof. Michel ha ragione, resta la preoccupazione perché gli Stati Uniti sono sempre un modello e quindi vi è il rischio che nel prossimo futuro anche noi ci adeguiamo ai loro standard. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2813787>

La rivista *Delirium* pubblica online il 12 gennaio un articolo firmato da 37 studiosi di tutto il mondo, tra loro il nostro Alessandro Morandi, nel quale **si descrivono alcuni algoritmi per il trattamento del delirium**. Il testo è stato definito con il metodo Delphi, utilizzando una piattaforma on line.

Il risultato sono tre algoritmi per il trattamento del delirium, uno per i pazienti ricoverati, uno per i soggetti sottoposti a chirurgia cardiaca, un terzo per le unità di cura intensiva. Sarebbe di grande interesse misurare nei prossimi mesi il tasso di adozione delle linee guida nei reparti degli studiosi che hanno steso le linee guida; per tutte, infatti, in ogni campo si registrano

bassi tassi di adozione. Perché questa sfiducia da parte della medicina in generale per la standardizzazione dei trattamenti? <https://deliriumjournal.com/article/90652-the-delphi-delirium-management-algorithms-a-practical-tool-for-clinicians-the-result-of-a-modified-delphi-expert-consensus-approach>

*JAMDA* di gennaio pubblica uno studio retrospettivo sulle prescrizioni di **farmaci palliativi nel long-term care**. Si dimostra un'elevata differenza nella prescrizione, per cui il 64.7 delle persone riceve un trattamento sottocute nelle ultime due settimane di vita, in particolare oppiacei, ma solo il 37.3 viene trattato nel più basso percentile di trattamento, mentre la percentuale è del 82.5% nel percentile più elevato. Gli autori commentano con preoccupazione la grande disparità di trattamento, anche all'interno di un territorio omogeneo, l'Ontario, realtà che indica una cultura della palliazione ancora poco diffusa. Temo che se la stessa rilevazione fosse compiuta nel nostro Paese comparirebbero differenze ancora più vistose. Perché queste criticità nel trattamento dei nostri concittadini negli ultimi 14 giorni di vita, quando non si sono più dubbi sull'utilità delle cure palliative? In particolare, alcuni dati sui trattamenti palliativi nelle nostre RSA durante la pandemia confermano quanto sia stata critica la diffusione di queste prassi nei luoghi di cura a lungo termine. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861023010319>

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

Si è tenuto la settimana scorsa il **XIII Congresso regionale AIP Calabria** dal titolo: **“La complessità della diagnosi tempestiva di demenza: importanza della multidisciplinarietà”**. L'evento è stato molto partecipato e le relazioni di alto livello. Gli organizzatori, Giusy Zannino, presidente della sezione calabrese della nostra Associazione, e Luigi Muraca hanno giustamente riaffermato il ruolo della sanità regionale nell'attenzione alle persone anziane fragili, in particolare quelle affette da demenza. L'evento di Corigliano Rossano è stato una dimostrazione che è possibile sempre migliorare; è questo l'augurio che facciamo, anche come AIP, alla sanità delle regioni del sud.

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

*Past President AIP*