

Newsletter AIP - 5 aprile 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La “poor memory” del presidente Biden
- L’articolo di Cembrani sulle politiche a favore degli anziani non autosufficienti
- 10 steps per aumentare la spettanza di vita
- La “Longevity Valley”

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- *Jama Neurology*: Come si sono modificati negli anni i volumi dell’encefalo
- *JAGS*: il rapporto tra risposta infiammatoria e disfunzioni cognitive dopo la chirurgia
- *Jama Int Med*: il medico e l’aiuto a morire
- *JAMA*: Lecanemab e i pazienti affetti da malattie cardiovascolari

ASPETTI DI VITA DELL’ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La settimana prossima ci vediamo a Firenze per il nostro Congresso Nazionale AIP
- Il Congresso regionale AIP dell’Emilia-Romagna

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Onore ai Caduti di World Central Kitchen. Uno dei coordinatori ha detto: “Il cibo non è solo calorie. È speranza, amore, è sapere che le persone si prendono cure gli uni degli altri”. Li ricordiamo con gratitudine e grande rispetto.

Sul *NYT* del 9 febbraio, Gina Kolata, grande esperta di problematiche cliniche, **critica in modo molto duro il documento del Dipartimento di giustizia americano che aveva espresso giudizi sul presidente Biden**, come “vecchio con poca memoria”, “non si ricorda nulla del periodo di vicepresidenza”. Giustamente Kolata afferma che questi giudizi erano privi di qualsiasi fondamento clinico serio. Due commenti: il primo si collega con la cultura “ageista”, per cui qualsiasi persona anziana avrebbe sempre dei più o meno gravi problemi cognitivi; secondo è il malcostume di utilizzare criteri di salute per offendere un avversario politico (o

un concorrente in qualsiasi questione). [<https://www.nytimes.com/2024/02/09/health/biden-memory-doj.html>] Su questo stesso tema il 16 marzo è stato pubblicato un editoriale di *Lancet*, che si conclude così: “Normalizzare le discussioni pubbliche sulla salute renderà immuni candidati, presidenti, e la democrazia americana dalla pestilenza della speculazione, dell’informazione falsa, della calunnia che rischiano di sopraffare la dialettica politica”. [[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00528-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00528-2/fulltext)]

Allego l’articolo del professore Fabio Cembrani che prende una **posizione molto netta sui recenti provvedimenti legislativi riguardanti le persone non autosufficienti**. Faccio notare che il pezzo è firmato dal presidente e dal past president di AIP; però, il testo ha lo scopo di stimolare la discussione, in modo libero, anche se il rinvio a tempi futuri è una dimostrazione che a certi livelli non si coglie l’urgenza di interventi di ampio respiro a favore di chi soffre e delle famiglie che di loro si fanno carico. In questi casi la pazienza non è una virtù e noi tecnici non possiamo chiudere gli occhi di fronte alle difficoltà di molti anziani che incontriamo ogni giorno e che sono vittime di inadeguati supporti alle loro condizioni cliniche e psicologiche.

In uno dei tanti siti americani che si occupano di longevità, recentemente ho letto l’indicazione di “**10 semplici gradini per aumentare la tua speranza di vita**”. Riporto in inglese i suggerimenti indicati, perché mi sono sembrati meno banali di quelli che normalmente compaiano sui mezzi di comunicazione: “Go outside, Hang Out with Friends, Get Daily Exercise, Floss Daily, Have More Sex, Embrace Vegetarianism, Lower Your Stress, Turn off Your TV, Avoid Risks, Get Health Screenings and Tests”. Tra tutti il consiglio più originale mi è sembrato quello di usare il filo interdentale, perché così si prevengono le periodontiti, che a loro volta aumentano il rischio di malattie cardiache acute e croniche. Però nel complesso tutti i consigli mi sembrano utili, anche se su alcuni si potrebbero esercitare delle obiezioni... [<https://www.verywellhealth.com/simple-steps-to-increase-your-life-expectancy-2223907>]

Corriere della Sera del 17 marzo pubblica un interessante reportage del bravo giornalista Massimo Gaggi sulla Silicon Valley californiana. L’articolo si apre con la frase: “Sappiamo da quasi vent’anni che è possibile ringiovanire le cellule del corpo, ma serve tempo per passare dal laboratorio al corpo umano”. L’impressione complessiva è che gli studi siano in grande sviluppo, condotti con enormi mezzi e grande libertà, ma che il traguardo sia ancora molto, molto lontano. Probabilmente irraggiungibile attraverso i percorsi fino ad ora delineati. Il rischio è quello, non infrequente nella ricerca, di continuare ad affinare dati già noti, mentre non si guarda altrove, dove invece si trovano le risposte per costruire un futuro di progresso. [<https://www.pressreader.com/italy/corriere-della-sera-la-lettura/20240317/281736979434679>]

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il contributo di **Mauro Colombo** ancora una volta è di grande interesse.

“**Tornare a parlare di Covid** in periodo pasquale, per giunta in un momento così drammatico per le circostanze in tante parti del mondo, può sembrare di cattivo gusto. Ma prendo atto di un ritorno di interesse a livello di riviste di primo grado in ambito di medicina generale, quali il *New England Journal of Medicine* [NEJM] ed il *Journal of American Medical Association* [JAMA] [§]. Difatti, il 29 febbraio, NEJM dedica un articolo originale [1] ed un editoriale [2] alle sequele cognitive del ‘long Covid’, dal momento che – come indicano gli Autori londinesi e di Oxford di [1] – scarseggiano le informazioni su dati oggettivi di persistenza di deficit cognitivi post-infettivi, sulla loro durata, e su quali siano gli ambiti cognitivi più vulnerabili.

Allo scopo, sono stati sfruttati i risultati di una indagine cognitiva condotta per via telematica su 112 964 adulti sia con sintomi da Covid – accertato – durati almeno 12 settimane, risolti o meno, sia in soggetti di controllo che non avevano contratto l’infezione, all’interno di una coorte inglese [‘REACT’ (Real-Time Assessment of Community Transmission)]. Si è verificato un modesto declino cognitivo con il virus originale e con ciascuna variante virale, incluso B.1.1.529 (omicron). Rispetto ai partecipanti non infetti (soggetti di controllo), era evidente un deficit cognitivo – corrispondente ad una perdita di 3 punti nel quoziente intellettivo [QI] - anche nei partecipanti che avevano avuto forme lievi di Covid-19 con sintomi risolti. Una perdita equivalente a 6 punti di QI era stata riscontrata nei partecipanti con sintomi persistenti non risolti, ed una equivalente a 9 punti in chi era stato ricoverato in terapia intensiva. È importante notare che questi deficit erano associati a molti degli altri sintomi segnalati da persone con ‘long Covid’. I maggiori deficit nella funzione cognitiva erano associati al ceppo originale del virus (prima del 1° dicembre 2020) ed alla prima variante B.1.1.7 (alfa). In generale, sono occorsi minori deficit cognitivi tra i partecipanti infettati dalle varianti più recenti rispetto a coloro che erano stati infettati con il virus originale o la variante alfa. Degenze ospedaliere e durate più lunghe della acuzie predicevano la persistenza di deficit globali. Gli esercizi di memoria, ragionamento e funzioni esecutive [per esempio, la pianificazione] erano gli indicatori più sensibili di compromissione, ed i relativi punteggi correlavano – sia pure debolmente – con la sintomatologia riferita di cattiva memoria recente e di ‘nebbia cerebrale’ [espressione comunemente adoperata per riferirsi alla difficoltà nella concentrazione], a prescindere dalla risoluzione o meno dei sintomi. Le vaccinazioni hanno fornito un piccolo vantaggio cognitivo. La reinfezione ha contribuito ad un’ulteriore perdita del QI di quasi 2 punti, rispetto alla mancanza di recidive.

Due passaggi nella discussione in [1] a mio avviso meritano di essere segnalati:

La osservazione che i partecipanti con sintomi persistenti risolti avessero deficit cognitivi globali simili a quelli con sintomi di breve durata suggerisce che le persone con sintomi persistenti irrisolti potrebbero andare incontro a qualche miglioramento cognitivo, una volta risolti i sintomi.

La correlazione tra prestazioni cognitive e sintomi soggettivi quali la dismnesia e la ‘nebbia cerebrale’ in chi ha sviluppato ‘long Covid’, a fronte della sua mancanza in chi non si è ammalato di SARS-CoV-2, depone a favore della possibilità che tali sintomi – per quanto imprecisi – riflettano deficit misurabili oggettivamente.

Quanto ai possibili meccanismi sottostanti alle problematiche cognitive, va segnalata la grafica che copre circa metà dello spazio nell’editoriale. A fianco a meccanismi usualmente chiamati in causa, vi spicca un disegno che riporta la fusione tra neuroni e tra neuroni e cellule gliali, capaci di compromettere le attività neuronali [#]. I due editorialisti statunitensi pongono una serie di quesiti, tra i quali il significato clinico dei 3 punti di QI, specialmente all’interno del contesto pandemico, ed in particolare verso situazioni che richiedono una piena integrità cognitiva, quali l’impegno scolastico o lavorativo.

A complicare la situazione, una recente osservazione pubblicata il 1° marzo su *JAMA Network Open* [3] secondo cui l’impatto negativo del Covid-19 sulla funzionalità quotidiana di veterani statunitensi 60enni – esaminata con scrupolosi accorgimenti metodologici - si produrrebbe a prescindere da una infezione documentata”.

[§] tutti i 3 articoli qui citati sono liberamente recuperabili in rete in versione estesa

[#] segnalo che non sono stato capace di ritrovare, nelle voci bibliografiche di riferimento [6,7,8 (ed una altra collegata a [6])], una qualche menzione ai meccanismi di fusione indicati nella illustrazione

[1] Hampshire, A., Azor, A., Atchison, C., Trender, W., Hellyer, P. J., Giunchiglia, V., Husain, M., Cooke, G. S., Cooper, E., Lound, A., Donnelly, C. A., Chadeau-Hyam, M., Ward, H., & Elliott, P. (2024). Cognition and Memory after Covid-19 in a Large Community Sample. *The New England journal of medicine*, 390(9), 806–818. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2311330>

[2] Al-Aly, Z., & Rosen, C. J. (2024). Long Covid and Impaired Cognition - More Evidence and More Work to Do. *The New England journal of medicine*, 390(9), 858–860. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2400189>

[3] Iwashyna, T. J., Smith, V. A., Seelye, S., Bohnert, A. S. B., Boyko, E. J., Hynes, D. M., Ioannou, G. N., Maciejewski, M. L., O’Hare, A. M., Viglianti, E. M., Berkowitz, T. S., Pura, J., Womer, J., Kamphuis, L. A., Monahan, M. L., Bowling, C. B., & VA HSR&D COVID-19 Observational Research Collaboratory (CORC) (2024). Self-Reported Everyday Functioning After COVID-19 Infection. *JAMA network open*, 7(3), e240869. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.0869>

JAMA Neurology del 25 marzo pubblica un’interessante ricerca sui **volumi dell’encefalo** basandosi sui dati forniti dal Framingham Health Study sui partecipanti nati dal 1930 al 1970. I volumi aumentano in modo significativo nel periodo di osservazione, dal 6.6%

del ICV al 14.9% per l'area della superficie corticale. L'origine di questo importante fenomeno viene attribuito dagli autori a **maggiori stimoli ricevuti dai nati nel 1970 nei primi tempi di vita**. Il dato spiegherebbe anche quanto pubblicato negli anni sorsi sul declino dell'incidenza di demenza. Resta però ancora senza risposta l'interrogativo sul rapporto tra volumi e funzione. [<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2816798>]

JAGS di marzo pubblica dati importanti sul legame tra la **precoce risposta infiammatoria indotta da interventi chirurgici e le alterazioni cognitive nel periodo post-operatorio**. Lo studio, condotto su 248 pazienti operati per malattia oncologica, ha dimostrato che il 17.7% presenta un'alterazione cognitiva post-operatoria. Non sono stati però rilevati collegamenti con la risposta infiammatoria, misurata con vari marker, mentre, come già noto, si conferma che i fattori predittivi più rilevanti sono l'età ultra 75, un MMSE inferiore a 26 e l'esecuzione di interventi di rilevante gravità.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18876>]

JAMA Internal Medicine del 4 marzo pubblica un editoriale del grande Kenneth Covinsky sul **dovere di ascoltare il paziente prima di prendere ogni decisione sulla sua vita**. “Sono stato da tanto tempo colpito dal problema dell'aiuto medico alla morte, poiché coinvolge alcuni miei valori tra loro in conflitto. Da una parte il rispetto per il paziente, i suoi valori e le sue scelte. Dall'altra io non credo che noi medici dobbiamo guardare agli ultimi giorni di vita come meno preziosi degli altri. Mentre capisco che i pazienti possano decidere che hanno raggiunto un punto nel quale la loro qualità della vita ha raggiunto livelli completamente inaccettabili, penso che i medici non possano mai presumere che la qualità della vita di qualcuno sia inaccettabile e che invece debbano combattere per aumentare la qualità della vita indipendentemente dallo stato di salute. Temo la china scivolosa nella quale l'aiuto medico alla morte possa diventare un'aspettativa e non una scelta. Il complesso di questi fattori mi ha convinto che i medici non dovrebbero fornire l'aiuto medico per morire”. Sono molto colpito dalle affermazioni di una persona che ritengiamo uno dei più grandi maestri nella cura degli anziani fragili. [<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2815821>]

JAMA del 15 marzo pubblica un punto di vista sulla prescrizione di **Lecanemab in pazienti con malattie cardiovascolari**. Gli autori sostengono la necessità che il trattamento sia deciso **solo dopo un'attenta valutazione dei rischi del paziente**, il Lecanemab rappresenta un significativo progresso nel trattamento delle fasi iniziali della malattia di Alzheimer; non è quindi opportuno rinunciare al trattamento per evitare il rischio di macro emorragie cerebrali, mentre è doveroso affidare la decisone a team multidisciplinari, in grado di ipotizzare, prima della decisone terapeutica, un adeguato bilancio del rapporto rischi-benefici.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2816612>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

La settimana prossima si terrà l'atteso **24° Congresso Nazionale della nostra Associazione**. Sono certo sarà un momento di grande partecipazione e di costruzione di legami tra di noi, oltre che di ponti sul piano scientifico. A presto.

Ricevo dalla dottoressa Francesca Neviani il seguente report molto significativo sul **Congresso regionale AIP Emilia-Romagna**, tenutosi il 9 febbraio, quest'anno organizzato in modo congiunto con la Società Italiana di Psichiatria e con la partecipazione attiva di oltre 150 professionisti. “È stata una bellissima occasione di incontro.

La voce protagonista di Stefano Garattoni, persona che vive con demenza, ha arricchito i saluti di apertura del congresso con una testimonianza attiva di chi dovrebbe trovarsi al Centro del percorso di cura. È stata sottolineata l'importanza del ruolo dei familiari di persone con demenza, rappresentate dalla presidente dell'Associazione Alzheimer Emilia Romagna, Emanuela Luppi.

Il tema del congresso, ‘Oltre i confini delle professionalità: la psicogeriatría come modello di collaborazione’, è stato scelto per affrontare la complessità dei casi di ‘patologia di confine’, in cui deficit cognitivo, disturbo affettivo e comportamentale si intrecciano. Questi casi sfidano quotidianamente i professionisti e richiedono risposte articolate per cui la rigidità dei protocolli e la separazione dei servizi e dei fondi di afferenza, portano i professionisti a schierarsi su fronti opposti anziché collaborare. Il tentativo di uscire dalla logica delle etichette e di entrare nella logica della cura rende i confini più labili e permette di lavorare su di un terreno di scambio e d'incontro, dove diverse figure professionali collaborano per trovare soluzioni utili al paziente ed al sistema di cura.

La Psicogeriatría rappresenta questo terreno comune, dove si incontrano e si integrano competenze diverse al servizio del benessere dell'anziano. La Psicogeriatría permette di approfondire numerosissime categorie diagnostiche in senso olistico utilizzando il comportamento come categoria di analisi, già nelle fasi precoci di patologia che devono essere considerate al fine di definire al meglio il percorso del paziente anche nella gestione delle direttive anticipate di trattamento e di fine vita. Inoltre, questa integrazione ha permesso di dare voce a modalità di valutazione e trattamento non convenzionali come la musica.

Il Congresso ha dimostrato il valore umano e scientifico del percorso di condivisione per affrontare le sfide complesse legate alla salute degli anziani con la necessità di coinvolgimento del paziente stesso e dei familiari nel percorso di cura”.

Newsletter AIP - 12 aprile 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'inizio del nostro 24° Congresso Nazionale
- Ancora discussioni sull'organizzazione delle cure all'anziano
- La Carta di Firenze contro l'ageismo

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- Una messa a punto sul ruolo delle statine di Maria Luisa Barbaccia
- *JAMA Int Med*: Il rischio di cadute e il trattamento con oppiacei
- *JAMA Int Med*: La diagnosi inappropriate di polmonite negli anziani ospedalizzata
- *JAGS*: Il personale nelle RSA: non è sempre questione di numeri
- *JAGS*: La morte con demenza nelle RSA
- *JAMA Network Open*: Una meta-analisi su attività fisica e declino cognitivo

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Oggi, venerdì 12 aprile è in pieno svolgimento il **24° Congresso Nazionale AIP**. Mercoledì e giovedì si sono svolti i corsi precongressuali di neuropsicologia, di psicogeriatrica forense e quello dedicato agli educatori professionali; inoltre, è stato presentato il volume: “Le parole che non ti aspetti. Il lento svenire della mente: le demenze fra dimensione biologica, clinica, sociale e spirituali” a cura della Fondazione Maratona Alzheimer. Ieri si è svolta la seduta inaugurale del Congresso, dedicata alle ricadute dell'intelligenza artificiale sul mondo della psicogeriatrica. Il tutto si è tenuto in un'atmosfera di impegno e di serenità, con i numerosi iscritti profondamente coinvolti nelle problematiche trattate. Nella newsletter di venerdì 19 riferiremo gli eventi più significativi di queste giornate.

Ho avuto l'onore di introdurre il corso di neuropsicologia con una relazione dal titolo: “Affrontare il cambiamento: la complessità e l'ottica multidimensionale”. L'argomento mi ha permesso di descrivere il ruolo e i compiti della nostra Associazione, che è strutturalmente interdisciplinare (coinvolge neurologi, psichiatri, geriatri, psicologi), interprofessionale (dedica infatti una particolare attenzione agli operatori sociosanitari), ha interessi accademici e di ricerca di alto livello, ma è anche un'Associazione di popolo (vedi l'Alzheimer Fest, il

collegamento con la Fondazione Maratona Alzheimer, il rapporto con le associazioni dei familiari). Infine, l'AIP non è neutrale né rispetto alla politica (non quella dei partiti) e nemmeno rispetto al dolore nelle sue molte espressioni e quindi alla fatica di vivere di molti nostri connazionali.

Ancora una volta ho letto con grande dispiacere alcune affermazioni di mons. Paglia, che in un articolo sulla Stampa del 6 aprile, avvicina la condizione di non applicazione della legge Basaglia a quella della legge 33. L'accostamento **fa pensare che “gli ospedale e gli istituti” oggi trattino gli anziani come i cittadini erano curati nei vecchi manicomì**. Perché, caro Monsignore, non pensa al dolore che questi avvicinamenti storici provocano in tanti operatori (dai medici agli oss), che lavorano con professionalità e dedizione nei servizi che si prendono cura degli anziani fragili? Perché non pensa allo sgomento degli stessi anziani e dei loro familiari, che così temono di non essere affidati a luoghi di cure appropriate? Ritengo che abbiamo responsabilità condivise nel sollecitare una consapevolezza collettiva sul tema delicatissimo delle cure alle persone anziane.

Accludo alla newsletter un articolo uscito su *Quotidiano Sanità* che presenta le motivazioni che hanno portato alla stesura e alla pubblicazione della Carta di Firenze, testo che **indica le modalità per combattere l'ageismo**, una delle piaghe più gravi che caratterizzano oggi la nostra convivenza civile in tutto il mondo. AIP ringrazia la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e, in particolare il suo presidente Andrea Ungar, per essersi fatta promotrice di questa importante azione di civiltà. L'ageismo è un atteggiamento che coinvolge in modo pesante e talvolta specifico le modalità di cura dedicate alle persone con problematiche psicogeriatriche.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il contributo di **Mauro Colombo**, che ringrazio ancora una volta per la sua disponibilità e accuratezza.

“La **letteratura sulla ‘età biologica’ cerebrale sta crescendo**: la tecnologia – in particolare la intelligenza artificiale – sta affinando le possibilità che gli algoritmi determinino per ciascun individuo la differenza tra età del cervello, rispetto a riferimenti nomativi, ed età cronologica. Un differenziale [‘delta’] di età cerebrale più elevato (cioè un cervello che appare più vecchio per una data età cronologica) è risultato associato a fattori di rischio modificabili per demenza e ad una peggiore capacità cognitiva. A questa tendenza in crescita della letteratura sull'argomento, offrono un contributo a mio avviso rilevante un articolo originale [1] ed un editoriale di accompagnamento [2], pubblicati sul numero di aprile di *Lancet Healthy Longevity*. Gli Autori dell'articolo originale avevano recentemente constatato, in una indagine trasversale, che tale differenziale è associato positivamente a biomarcatori e fattori di rischio di Morbo di Alzheimer ed a marcatori di neurodegenerazione, in individui di mezza età o più anziani (45-90 anni), che non presentano deficit cognitivi. Gli Autori – tutti affiliati ad istituzioni catalane – hanno ora mirato a studiare l'effetto di mediazione del delta in età cerebrale (cioè

la differenza tra età cronologica ed età cerebrale derivata dalla risonanza magnetica) sulla relazione tra fattori di rischio per la malattia di Alzheimer e declino cognitivo in individui di età compresa tra 45 e 65 anni (l'età in cui sono probabili gli interventi per essere più efficaci) che erano cognitivamente intatti. In precedenza, solo una ricerca pubblicata nel 2022 - aveva seguito una traccia simile. I risultati di quello studio hanno mostrato un effetto solo marginalmente significativo per il delta di età cerebrale basato sulla materia grigia. Le altre ricerche, invece, rapportavano separatamente l'età cerebrale con la cognitività, o con i fattori di rischio modificabili per la demenza. Lo studio catalano in questione, invece, introduce la prospettiva longitudinale - più sensibile ai cambiamenti cognitivi precoci - nella relazione fra fattori di rischio, età cerebrale e prestazioni cognitive, esplorandola mediante una vasta gamma di variabili ulteriori: vengono infatti messi in campo, tra l'altro, anche la presenza – od assenza – di patologia alzheimeriana, e misurazioni della β-amiloide (Aβ)42 e Aβ40 nel liquido cerebrospinale.

Allo scopo, sono stati indagati 302 partecipanti alla coorte barcellonese 'ALFA+', di età compresa tra 45 e 65 anni, cognitivamente integri, seguiti per poco più di 3 anni, su cui sono state eseguite risonanze magnetiche nucleari [RMN], e condotte valutazioni neuropsicologiche relative a 5 domini [memoria episodica, attenzione, funzioni esecutive, processazione visiva e linguaggio], oltre alla attribuzione di un punteggio per un test cognitivo composito specifico per le situazioni di malattie di Alzheimer pre-clinica. Per la analisi statistica, è stata adottata una particolare modalità di modello ad equazioni strutturali {Modellazione parziale del percorso dei minimi quadrati [Partial Least Squares Path Modelling (PLS-PM)]} che ottimizza i rapporti tra le variabili osservate e quelle 'latenti' [concettuali]: una tecnica robusta, particolarmente adatta a basi di dati altamente multidimensionali e correlati.

La ricerca ha colto l'effetto mediante della età cerebrale nel rapporto tra fattori di rischio e prestazioni cognitive: precisamente, è stato trovato che una parte sostanziale (28 %) del rapporto tra fattori di rischio modificabili e declino cognitivo legato all'età [misurato con PACC] può essere spiegato dal delta dell'età cerebrale, pure nell'ambito di una osservazione di durata relativamente breve. Questo effetto di mediazione, determinato principalmente dal declino nel dominio cognitivo della memoria episodica, era significativo solo negli individui senza patologia di Alzheimer (Aβ-negativi). Viceversa, non è stato riscontrato alcun effetto statisticamente significativo per i partecipanti con patologia di Alzheimer (Aβ-positivi). Questi risultati suggeriscono che i fattori di rischio per demenza modificabili esercitino un impatto maggiore sul declino cognitivo legato all'età in assenza della neuropatologia della malattia di Alzheimer.

Sebbene caratterizzati da una piccola dimensione dell'effetto, questi risultati suggeriscono anche che il delta dell'età cerebrale potrebbe costituire un promettente indicatore dell'invecchiamento cerebrale, che può essere utilizzato per studiare il declino cognitivo non correlato alla malattia di Alzheimer, in particolare nelle prestazioni di memoria, nel contesto di interventi preventivi rivolti ai fattori di rischio modificabili. In precedenza, i medesimi Autori avevano rilevato che il delta dell'età cerebrale cattura i cambiamenti strutturali legati all'età in

regioni come l'amigdala, la corteccia entorinale e l'ippocampo. Pertanto, i risultati attuali sono coerenti con la letteratura che mostra associazioni tra prestazioni in memoria episodica e volumi del lobo temporale mediale. Inoltre, è stato trovato un effetto diretto dei fattori di rischio modificabili sui cambiamenti negli indicatori compositi dell'attenzione e delle funzioni esecutive presso i soggetti A β -negativi. Viceversa, non sono state rinvenute associazioni tra fattori di rischio modificabili ed indicatori compositi relativi al linguaggio ed alla processazione delle immagini. Ciò collima con la nozione che il declino dell'attenzione e delle funzioni esecutive è più evidente nell'invecchiamento normale, mentre alcuni aspetti della funzione linguistica e del riconoscimento visivo rimangono in gran parte intatti con l'avanzare dell'età.

I due editorialisti –entrambi di Cambridge – rilevano che gli autori catalani dell'articolo originale hanno basato le loro analisi su fattori di rischio modificabili per la demenza per tutte le cause, come identificati dalla *Lancet Commission* del 2020. Ma per il declino cognitivo legato all'età potrebbero sussistere fattori di rischio differenti, distinti dai fattori di rischio della demenza, compresi quelli non-modificabili, come per esempio fattori genetici. In ogni caso, l'età cerebrale potrebbe risultare promettente per la diagnosi precoce dei casi di neurodegenerazione, la programmazione di trattamenti personalizzati, e la stratificazione dei partecipanti all'interno della pianificazione di sperimentazioni, nel contesto di strategie preventive e di nuovi trattamenti capaci di modificare le malattie dementogene. Al riguardo, è opportuno ricordare da un lato che la variabilità delle misure derivate dalle RMN sono inferiori a quella legata ai test cognitivi, e dall'altro che il differenziale in età cerebrale può tornare utile a selezionare gli individui a maggior rischio di declino cognitivo. Entrambe le ultime due considerazioni indicano modalità valide per ridurre la numerosità dei campioni necessari per raggiungere un adeguato potere statistico”.

[1] Cumplido-Mayoral, I., Brugulat-Serrat, A., Sánchez-Benavides, G., González-Escalante, A., Anastasi, F., Milà-Alomà, M., López-Martos, D., Akinci, M., Falcón, C., Shekari, M., Cacciaglia, R., Arenaza-Urquijo, E. M., Minguillón, C., Fauria, K., Molinuevo, J. L., Suárez-Calvet, M., Grau-Rivera, O., Vilaplana, V., Gispert, J. D., & ALFA study (2024). The mediating role of neuroimaging-derived biological brain age in the association between risk factors for dementia and cognitive decline in middle-aged and older individuals without cognitive impairment: a cohort study. *The lancet. Healthy longevity*, 5(4), e276–e286. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00025-4)

[2] Montagnese, M., & Rittman, T. (2024). Bridging modifiable risk factors and cognitive decline: the mediating role of brain age. *The lancet. Healthy longevity*, 5(4), e243–e244. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00042-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00042-4)

La professoressa Maria Luisa Barbaccia ha inviato questo interessante commento attorno alla **prescrizione delle statine**, argomento sul quale ci siamo soffermati nella newsletter del 29 marzo.

“Commento a ‘*Statin Use and All-Cause Mortality in Nursing Home Residents With and Without Dementia. A Retrospective Cohort Study Using Claims Data*’ (Neurology 2024;102:e209189. doi:10.1212/WNL.0000000000209189).

Non affronto le problematiche interpretative che concernono tutti gli studi osservazionali, in particolare se retrospettivi e basati su dati amministrativi (in questo caso le prescrizioni o meno del farmaco nel periodo di tempo considerato). Gli autori, impiegando diversi metodi statistici, hanno cercato di minimizzare, ma non hanno potuto eliminare, eventuali confondimenti inerenti al disegno dello studio.

La popolazione inclusa nell’analisi ha un’età media di 82,9 anni (circa 2/3 di sesso femminile), include circa il 65% di soggetti affetti da demenza, con associate diverse patologie (aterosclerotiche-cardiovascolari-cerebrovascolari-ipertensione-iperlipidemia-malattia renale cronica-diabete) che sembrano deporre per un sostanziale (sebbene non quantificato) rischio cardiovascolare.

I risultati indicano che l’uso di statine di moderata/elevata intensità (documentato nel periodo di osservazione 2016-2019) riduce (circa 20-25%) il rischio di morte per tutte le cause sia nelle persone affette che in quelle non affette da demenza. In mancanza di una quantificazione del rischio cardiovascolare non è chiaro se la statina sarebbe giustificata per prevenzione secondaria, come indicato dalle linee guida. D’altro canto, non è noto se vi siano stati motivi per la non prescrizione di statine (sia nei gruppi affetti che non affetti da demenza) a causa di precise controindicazioni (ad es. dovute alla possibilità di interazioni con farmaci concomitanti o a causa di effetti indesiderati).

In ogni caso, pur con il caveat che i dati a disposizione non permettono di avere un quadro chiaro sulla correttezza della diagnosi di demenza (anch’essa definita sulla base di dati amministrativi/prescrizioni) né sulla gravità della compromissione funzionale (desunta dal livello di autonomia e di bisogno di assistenza della persona), è di particolare interesse la riduzione di mortalità associata all’uso di statine anche in questa popolazione molto anziana e particolarmente fragile.

Purtroppo il disegno dello studio non permette di analizzare se alla riduzione del rischio di mortalità corrisponde anche un guadagno/mantenimento della qualità di vita e/o un eventuale interferenza delle statine sul decadimento cognitivo nelle persone affette da demenza.

Quindi, è lecito concludere che si debbano offrire statine anche agli ultraottantenni?

Nell’ambito della controversia circa il beneficio del trattamento con statine per la prevenzione primaria nella popolazione molto anziana (> 75 anni), questi risultati sembrerebbero a favore di una risposta positiva, sebbene in contrasto con le raccomandazioni di diverse linee guida, secondo cui

il rapporto beneficio/rischio non sarebbe favorevole. D’altro canto, diversi studi hanno dimostrato che la sospensione dell’uso di statine è fattore di rischio per malattie/mortalità CV

e per mortalità da tutte le cause (ad es. *JAMA Network Open* 2021;4(6):e2113186. doi:10.1001/jamanetworkopen. 2021.13186; *JAGS* 2023, doi:10.1111/jgs183629).

Quindi, non sembra neppure giustificato sospendere un trattamento con statine in soggetti anziani solo per motivi di età.

A questo proposito, dallo studio in questione non si evince se i gruppi (con e senza demenza) che non assumono statine non le abbiano mai assunte o le abbiano sospese e, in questo caso, da quanto tempo.

Dai dati oggi disponibili (vedi *JAGS* 2023, doi:10.1111/jgs183629), se il rischio di morbidità/mortalità sembra massimo nei primi 5-6 mesi dalla sospensione per poi attenuarsi dopo 12 mesi nella popolazione generale, poco si sa negli ultraottantenni. Difficile dire se questo ‘dettaglio’ potrebbe avere influito sul risultato dello studio”.

JAMA Int Med del 19 febbraio presenta i risultati di uno studio di coorte nel quale si dimostra che la **prescrizione di oppiacei è associato con un aumentato di rischio di cadute** con gravi conseguenze, in particolare negli individui con più di 85 anni (adjusted incidence ratio 6.35). L’incidenza di cadute aumenta con l’aumentare dell’età, con il dosaggio dell’oppiaceo, ed è particolarmente accentuata nei primi 28 giorni di trattamento. I dati richiamano l’attenzione del medico a quando deve prescrivere gli oppiacei. Infatti, anche se i pazienti in trattamento spesso sono allettati, è necessario concentrare l’interesse su quelli che mantengono ancora una certa mobilità nonostante il dolore e le oggettive condizioni di salute. Peraltro, è necessario concentrare l’attenzione sulle persone affette da demenza, la cui possibilità di cadute è oggettivamente aumentata.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2815009>]

Su *JAMA Int Med* del 25 marzo è stato pubblicato un lavoro particolarmente interessante, perché richiama l’attenzione sul **rischio di diagnosi inappropriate di polmonite nel corso del ricovero ospedaliero di persone anziane**. Su oltre 17.000 ospedalizzati per polmonite acquisita in comunità, il 12% presenta i criteri per diagnosi inappropriate (età media 71 anni). Questi erano più vecchi (AOR 1.08) e affetti da demenza (AOR 1.79). Anche in questo caso si potrebbe ipotizzare un atteggiamento ageistico (però alla rovescia!); chi è vecchio e affetto da demenza è “necessariamente” bisognoso di una copertura antibiotica, anche se non possiede i criteri per la diagnosi di polmonite.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2816759>]

JAGS del 29 marzo pubblica un lavoro dal titolo stimolante: “**Le infermiere nelle case di riposo. Non è sempre questione di numeri**”. Il testo sostiene che se non si dedica una particolare attenzione all’organizzazione, anche l’aumento della disponibilità di personale non raggiunge i risultati attesi. I punti chiave, secondo gli autori sono: a) stimolare il gruppo di

lavoro a condividere obiettivi e percorsi; b) garantire una forte interazione del personale attorno a precise informazioni; c) assicurare la continuità assistenziale di residenti. Queste considerazioni hanno una ricaduta anche sull'organizzazione del lavoro nelle nostre residenze per anziani; infatti, il ruolo degli infermieri, peraltro di numero sempre più ridotto, dovrebbe essere concentrato sulla guida strategica dell'equipe, lasciando agli oss maggiore autonomia nella realizzazione concreta dei piani di cura.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18898>]

JAGS del 2 febbraio dedica un articolo a meglio definire il **ruolo critico giocato dalle famiglie nella cura di fine vita dei residenti nelle case di riposo**. Lo studio, condotto su oltre 18.000 residenti in casa di riposo e affetti da demenza, dimostra che vi sono forti differenze rispetto ai determinanti sociali della salute tra i deceduti con demenza che hanno ricevuto o meno assistenza da parte di famigliari di primo grado. Considerando che negli ultimi anni si è molto ridotta la potenziale disponibilità da parte delle famiglie verso gli anziani affetti da demenza, lo studio sollecita l'attenzione dei responsabili delle residenze a predisporre adeguati piani di assistenza specifici, tenendo conto delle effettive disponibilità di supporto familiare. Un aspetto di importanti ricadute anche per il nostro Paese.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.18770>]

JAMA Network Open del 1 febbraio pubblica una review sistematica e meta-analisi sul **rapporto tra attività fisica e declino cognitivo**, condotta su 104 studi con 350mil partecipanti. L'analisi conferma che vi è uno specifico effetto dell'attività fisica nel posporre il declino cognitivo, però di dimensioni molto limitate. Il dato non deve comportare scetticismo sui risultati indotti dall'attività fisica, perché anche azioni limitate possono avere una certa utilità nei tempi lunghi. Inoltre, è stata dimostrata un'efficacia certa sulle malattie cardiovascolari, per cui nell'insieme resta l'opportunità di diffondere l'indicazione per l'attività fisica. Saranno peraltro necessari ancora studi, in particolare di lunghissima durata (10-20 anni), per rilevare eventuali effetti benefici; quindi oggi non è opportuno trarre delle conclusioni definitive.

[<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2814503>]

Con viva simpatia e stima,

Marco Trabucchi

Past President AIP

Newsletter AIP - 19 aprile 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Il 24° Congresso Nazionale AIP
- La relazione di Fabio Cembrani
- La discussione sull'IA
- La crisi demografica
- Le nonne di Greta

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo a commento delle diapositive di Antonio Guaita presentate al Congresso Nazionale
- *The Lancet. Healthy Longevity* e le connessioni sociali
- *The Lancet. Healthy Longevity*: una review sistematica su multimorbidità e polifarmacia
- *JAGS*: la morte delle persone affette da demenza nella RSA e il ruolo delle famiglie

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

La settimana scorsa abbiamo tenuto il nostro **24° Congresso Nazionale AIP**. Un successo di partecipazione, ma soprattutto per la qualità delle relazioni; molti di noi si sono trovati in difficoltà nel dover scegliere tra le tre sale congressuali, perché gli argomenti trattati erano tutti di grandissimo interesse. Ma è sempre meglio soffrire per il troppo che per il troppo poco! Un vivo grazie al presidente De Leo che è stato il programmatore attento e colto di queste giornate.

Nella newsletter iniziamo la pubblicazione di alcune presentazioni al Congresso di maggiore interesse. In questa prospettiva volevo allegare le diapositive presentate dal **professor Cembrani sull'attualità dei provvedimenti per l'anziano non autosufficiente** però purtroppo abbiamo incontrato gravi problemi tecnici che ce l'hanno impedito (provvederemo con nuovi mezzi). La cultura e la sensibilità umana e organizzativa di Cembrani sono l'utilissima base per analizzare i percorsi che si dovrebbe seguire per migliorare le condizioni delle persone anziane fragili. Speriamo solo che le nostre giuste osservazioni trovino un

minimo di ascolto nelle sedi dove si decide.... ma non abbiamo forse dichiarato in una recente newsletter che il pessimismo impedisce qualsiasi vero cambiamento?

Il Congresso ha vissuto molti momenti di alto livello culturale e professionale che presenteremo nelle prossime newsletter; ricordo in particolare il contributo offerto del gruppo degli psicologi (psicologhe), sia nell'ambito del corso di neuropsicologia sia nelle varie tavole rotonde congressuali. Ho in particolare constatato con grande piacere la partecipazione di studiose di alto livello culturale e la caduta delle barriere tra il mondo della clinica somatica e quello della psicologia; in ambito psicogeriatrica la compenetrazione tra le due competenze e sensibilità è premessa indispensabile per qualsiasi progetto di cura.

L'inaugurazione del Congresso è stata particolarmente interessante, anche perché condotta tra l'informativo e lo speculativo, con ottime relazioni di esperti. Mi permetto di riportare di seguito alcune righe conclusive di un articolo di Paolo Benanti uscito su *Avvenire*, perché riassume in chiave problematica le dinamiche che si dovranno affrontare e che ci riguardano direttamente: “Rendersi conto del salto nella **realtà definita dal software ci serve per capire le sfide che viviamo, anche nella medicina**. Questa prospettiva ha risvolti metafisici, dato che in fin dei conti cambia l'arredo del mondo. Dal punto di vista politico-economico questo cambiamento ha risvolti importanti da gestire: il software rende la materialità quasi una commodity dell'eseguibilità e ci fa chiedere cosa vuol dire oggi possedere un oggetto definito dal software. Ne siamo veramente padroni o siamo solo affittuari di funzioni che dobbiamo ogni volta pagare? Ora che anche i devices medici sono sempre più definiti dal software, cosa rimane delle capacità cliniche e delle figure dei medici? L'algoretica ci chiede di indagare anche in questa prospettiva”. Oggi è senza futuro chi pensa di rallentare il progresso; è quindi necessario che la cultura clinica più evoluta affronti senza rifiuti a priori le diverse tematiche, discutendone nella prospettiva di garantire la superiorità dell'umano. Una sfida enorme per chiunque di noi senta il dovere di pensare.

In questi giorni si è aperto nel nostro Paese (finalmente) un serio dibattito sulla **crisi demografica**. In ambito sanitario e assistenziale soffriamo in modo particolare dell'intersezione tra due fenomeni dalle conseguenze negative: da una parte il prolungamento della spettanza di vita, accompagnato dalla sopravvivenza di cittadini con un pesante carico di malattie croniche, dall'altra la riduzione del numero delle persone che nelle famiglie e nei servizi possono accompagnare la vita di chi ha bisogno di assistenza (riduzione del numero assoluto e invecchiamento di chi svolge il servizio sia in ambienti di cura sia nella casa). Ovviamente a noi interessano in modo più diretto le problematiche assistenziali, ma non possiamo chiudere gli occhi di fronte alle dichiarazioni di persone responsabili che prevedono conseguenze gravi delle dinamiche demografiche sulla finanza pubblica, e quindi con ricadute certe anche sui sistemi di cura. In questi giorni abbiamo avuto notizie di imprese lanciate, ad esempio, dall'Associazione industriali del Friuli e dalla Comunità di sant'Egidio, per la formazione in loco di cittadini africani che possono venire a lavorare con una buona

preparazione professionale in Italia, garantendo loro un'accoglienza dignitosa, nel comune interesse delle imprese e dei potenziali lavoratori. Quando anche la sanità italiana si farà promotrice di progetti simili? Riusciremo a superare i mille ostacoli della burocrazia, come farebbe qualsiasi stato moderno e meno miope? Saremo capaci su superare pregiudizi a sfondo razzista? Perché il sistema sanitario è meno coraggioso di quello delle imprese?

Tutti i giornali ne hanno parlato: 2.500 74enni svizzere hanno conquistato un **risultato storico per il movimento ambientalista**: la Corte europea per i Diritti dell'Uomo ha sentenziato che il contrasto al cambiamento climatico è un diritto umano e la tutela della salute del pianeta va di pari passo con la salute della nostra specie. Uno dei giudici della Corte ha dichiarato che il governo svizzero ha disatteso i suoi stessi obiettivi climatici: "Le generazioni future avranno probabilmente un fardello sempre più pesante, dato dalle conseguenze degli attuali fallimenti e omissioni nella lotta al cambiamento climatico". Ci eravamo abituati alle legittime rivendicazioni di Greta e dei suoi coetanei, che riguardano il loro personale futuro; adesso, per la prima volta assistiamo invece alle battaglie di persone che combattono non per se stesse (per ovvi motivi anagrafici), ma per le generazioni future. Un atto di grandissima generosità civile!

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Il consueto pezzo di **Mauro Colombo** è dedicato al **commento delle diapositive presentate da Antonio Guaita**, dedicate al futuro delle RSA (allegate a questa newsletter).

"Questa volta, l'angolo si presenta sotto forma insolita: ma la occasione lo merita. L'argomento, infatti, è la lettura tenuta da Antonio Guaita venerdì 12 aprile mattina al 24° Congresso Nazionale AIP, intitolata 'Quale futuro per le residenze per anziani?' La attribuzione a Guaita – veterano AIP – di una simile presentazione ricopre un significato importante: come direttore medico dell'Istituto Geriatrico 'Camillo Golgi' di Abbiatorre (Milano), Guaita ha guidato la transizione da II.PP.A.B. [Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza] di Milano ad Azienda di Servizi alla Persona (A.S.P.) 'Golgi Redaelli'. Tale evoluzione istituzionale ha portato alla trasformazione della ASP in un affermato centro di erogazione di servizi integrati per gli anziani non solo di Milano e dintorni. L'impegno clinico ed assistenziale è sempre stato sostenuto dalla attenzione agli aspetti bio-gerontologici e di fisiopatologia dell'invecchiamento. Viceversa, una attenzione al versante assistenziale è stata conservata quando dal 2007 Guaita ha fondato e diretto la Fondazione Golgi Cenci, nata dalla cooperazione tra l'ASP Golgi Redaelli (pubblica) e la Fondazione Cenci Galliani (privata), con lo scopo di studiare la popolazione anziana ed in particolare il processo di invecchiamento cerebrale e le demenze. Non a caso, la Fondazione si trova ad Abbiatorre, di fronte all'Istituto Golgi ..."

La lettura si è articolata in 4 punti [di cui il 2° è sdoppiato (2a e 2b)]:

1. le residenze nel tempo sono più volte cambiate
2. la legislazione attuale non le aiuta o le ignora:
 - a. *Il decreto attuativo della legge delega sulla non autosufficienza (marzo 2024)*
 - b. *Proposte del patto per la non autosufficienza per la legge di bilancio 2024 del 13 settembre 23*
3. Raccomandazioni per i residenti con demenza dalle «*Linee guida nazionali per la diagnosi e la gestione delle demenze e del Mild Cognitive Impairment versione 1.0 del gennaio 2024*»
4. Gli elementi critici delle RSA nel post COVID, in relazione ai bisogni dei residenti indicano quali adeguamenti sono necessari per il futuro delle RSA: spazi, persone, attività

Qui verranno brevemente commentati alcuni passaggi per ciascun punto, con l'intento di facilitare la lettura delle diapositive dell'intera presentazione, allegate [§].

1. Occorre guardare al nostro passato, per capire il nostro presente e proiettarci al futuro, dato che le trasformazioni delle residenze rispecchiano quanto accade nella società intera. Si parte dalla prevalenza dei bisogni sociali su quelli sanitari fino agli anni '60, per passare alla crescita dei residenti non-autosufficienti degli anni '70, all'abbinamento della comorbosità a fianco della disabilità negli anni '80, dopo di che il quadro è stato dominato – dagli anni '90, e come lo è tuttora – dalla disabilità psichica, finché la sindemia da coronavirus ha sparigliato le carte, sottoponendo le RSA [Residenze Sanitarie Assistenziali] ad un durissimo test da sforzo. In quella fase tragica, le RSA sono state drammaticamente lasciate sole, al punto che i due Presidenti AIP [di allora ed attuale (Trabucchi e De Leo)] intitolarono significativamente la loro lettera a *The Lancet Psychiatry* ‘Strutture di ricovero o castelli assediati: il COVID-19 nell’Italia del nord’ [#]. Una risposta fu il libro intitolato ‘RSA, oltre la pandemia’, edito da Maggioli, a cura di Carla Costanzi ed Antonio Guaita.
2. Il secondo punto ha un sapore amaro, per due motivi. Il primo vede la persistenza di pregiudizi verso le RSA, nonostante lo sforzo da parte di queste ultime per continuare a ‘svolgere un’assistenza socio-sanitaria sempre più complessa, coerente con l’approccio gerontologico e geriatrico, per preservare la qualità di vita della persona anziana sotto il profilo psicofisico, cognitivo, spirituale, sociologico e culturale’, adempiendo a quanto dichiarato nel ‘Manifesto per le RSA’. Il secondo – e più grave – motivo di amarezza sta nell’iter legislativo. Le idee stese dal ‘Patto per la non-autosufficienza’ – [2b] che ha radunato 60 organizzazioni di varia estrazione, tra cui SIGG [Società Italiana di Gerontologia e Geriatria] ed AIP – avevano inizialmente ispirato la legge N° 33 del 23 marzo 2023, ma le successive proposte, avanzate al governo subentrato, per la legge di bilancio 2024, al momento di venire tradotte all’interno dei decreti attuativi [2a], sono state ‘mancate, tradite, stravolte’ [parole del

prof. Costanzo Ranci, professore ordinario di Sociologia economica al Politecnico di Milano, dove coordina il Laboratorio di Politica Sociale (*citazione da parte dello scrivente*).

3. Le ‘Linee guida nazionali per la diagnosi e la gestione delle demenze e del Mild Cognitive Impairment versione 1.0 del gennaio 2024’ – inserite nel sistema nazionale delle Linee Guida, a cura dell’Istituto Superiore di Sanità [ISS], ed alla cui fase di revisione pubblica AIP ha contribuito formalmente – sono state di fatto richiamate in più interventi, nel corso del congresso. Nella sua presentazione, Guaita ha evidenziato le raccomandazioni ‘forti positive’ pertinenti alla pianificazione e coordinamento della assistenza [raccomandazione 42] ed agli interventi non farmacologici per i sintomi cognitivi [115 e 117] e non cognitivi della demenza [dalla 132 alla 135].
4. Nell’ultima serie di diapositive, Guaita ha condotto un ‘esame di realtà’ come necessità preliminare per guardare al futuro. Si parte dalla constatazione della minore % di ricoveri in residenza tra gli anziani italiani rispetto allo scenario internazionale, che ha portato ad una selezione ‘in negativo’ dei casi più gravi [per dipendenza totale, intensità sanitaria, demenza grave (a fronte di un inquadramento specifico tarato al 40% del fabbisogno)]. Viene poi sottolineata la caratteristica di mobilità mal consapevole di molte persone con demenza, 2/3 delle quali deambulano indipendentemente a 4 anni dalla diagnosi, pur con Mini Mental State Examination < 15/30: questa particolare forma di disabilità – che può estendersi al vagabondaggio – porta al conflitto tra libertà e sicurezza [leggi: contenzioni] all’interno di un paradigma oscillante fra assistenza e sorveglianza, dove le due attività presentano profili contrastanti di gratificazione. Si passa poi agli aspetti logistici ed architettonici, e gestionali, rispetto ai quali il Covid ha drammaticamente evidenziato il peso sfavorevole dell’affollamento, oltre a quello della dotazione di personale, in termini di contagi e decessi. Ancora, stride il contrasto fra compiti assegnati alle RSA – quanto a necessità di adeguare personale di cura, ambienti ed organizzazione – e supporto concreto derivante dai decreti attuativi della legge N° 33 del 23 marzo 2023. Ma nonostante simile trascuratezza, un cambiamento è già in atto, autonomamente: dai risultati – pur parziali – della indagine compiuto dall’Osservatorio Demenze dell’Istituto Superiore di Sanità, emerge la tendenza delle RSA a porsi come un ‘punto della rete per l’autonomia degli anziani e non come meta finale’, grazie ad una trasformazione – sia pure lenta, faticosa e non supportata da leggi ed ordinamenti – ‘da luogo di ricovero a protesi di sostegno del benessere (dei residenti, dei famigliari e del personale di cura) ed a centro erogatore di servizi (per il sostegno dell’autonomia)’. Viene portato un esempio positivo di una simile trasformazione, nella consapevolezza che ‘le RSA avranno un futuro se investiranno su sé stesse e sulla capacità di adeguarsi ai nuovi bisogni’. In questo modo potrà accadere – come illustrato nel disegno di Boccioni [1911] che chiude la presentazione – che ‘la strada entra nella casa’.”

[#] Trabucchi, M., & De Leo, D. (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *The Lancet. Psychiatry*, 7(5), 387–388. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30149-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30149-8)

[§] si rimanda anche al volumetto “LE RSA LUOGHIDELLA CURA PSICOGERIATRICA. Le proposte di AIP”, edito da Maggioli, sotto l’egida di AIP [e presentazione di Marco Trabucchi], col sostegno della Fondazione Serpero, di Antonio Guaita e Mauro Colombo

The Lancet. Healthy Longevity di aprile presenta i **dati di un importante studio sul rapporto tra connessioni sociali e il fine vita**, con attenzione particolare alla condizione clinica, all’utilizzazione dei servizi e al luogo di morte. I dati, ottenuti in 19 paesi con lo studio “Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”, smentiscono che nelle fasi finali dell’esistenza vi sia un declino generalizzato delle traiettorie sociali. Dimostrano, inoltre, che la solitudine nei mesi finali è un fattore di rischio per la comparsa di sintomi gravi, come dolore, dispnea, ansia e tristezza. Gli autori però dichiarano che non vi sono modelli interpretativi adeguati per il collegamento tra l’isolamento sociale la qualità delle fasi finali della vita.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00011-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00011-4/fulltext)]

Sempre sullo stesso numero della rivista sopramenzionata viene presentata una **revisione sistematica della prevalenza di multimorbidità e polifarmacia negli ultra 65enni**, esaminando 87 diversi studi. La prevalenza di multimorbidità varia da 4.8% a 93.1%, mentre la prevalenza di polifarmacia varia da 2.6% a 86.6%. L’estrema variabilità dei dati indica che la loro raccolta avviene con metodologie inadeguate; di conseguenza si deve considerare la ridotta utilità degli studi come premessa ad interventi mirati, mentre è sempre più evidente a scopi programmati la necessità di disporre di dati precisi e realistici.

[[https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(24\)00007-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(24)00007-2/fulltext)]

JAGS di febbraio analizza il **ruolo delle famiglie di fronte alla morte di ospiti delle residenze per anziani affette da demenza**, comprendendo uno spazio poco studiato, nonostante l’importanza umana e organizzativa della tematica. I dati indicano che le persone che muoiono senza il supporto di un familiare di primo grado sono più vecchi, femmine, non bianchi, senza un partner, meno scolarizzati e titolari di Medicare e Medicaid. Nel loro complesso mostrano come le condizioni sociali incidano sulla qualità della vita e della morte; indicano anche che è necessario offrire ai cittadini meno fortunati un supporto che supplisca alla mancanza della famiglia.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.18770>]

Un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro. Per molti di noi dell’AIP il Congresso Nazionale costituisce una specie di spartiacque. Adesso inizia quindi un tempo nuovo di studio, impegno, servizio, che cercheremo di onorare.

Newsletter AIP - 26 aprile 2024

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Le diapositive del professor Cembrani
- Un volume che insegna la vita
- La presentazione del volume “I Caffè Alzheimer in Italia: manuale operativo”
- Sette comuni per la “Città amica della demenza”

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto, pregevolissimo contributo di Mauro Colombo sulle complessità della lettura
- JAMA e la prevenzione delle cadute
- JAMA tra cura e compassione, assistenza, rispetto e empatia
- JAMDA e il supporto ai caregiver delle persone con demenza per evitare atti inutili e costosi
- JAGS e la complessità delle determinanti di fragilità

Amiche, amici,

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Allego le **diapositive presentate dal professor Cembrani al nostro Congresso Nazionale** e che la pur bravissima Signora Liz, che cura la parte editoriale della newsletter, non era riuscita a inserire venerdì scorso, perché “pesavano troppo”. Qualche lettore giovane si scandalizzerà per questo linguaggio infantile... ma così stanno le cose e ho già chiesto scusa all’amico Fabio per il disguido. Se i nostri lettori ci avessero aiutato (oltre ai 48 carissimi amici che hanno risposto all’appello), forse avremmo potuto dotarci di strumenti di lavoro meno artigianali!

Poi, a dir la verità, ritengo che le idee più nuove non abbiano sempre bisogno della carta patinata e talvolta nemmeno di soldi.

Domenica scorsa al Castello di Agazzano vicino a Piacenza è stato presentato il libretto **“Qualsiasi cosa accada, tu scrivi”** (Oligo Editore), nel quale la dottessa **Federica Falzone**, psicologa di grandi capacità professionali e umane, descrive la prima parte della propria esperienza dopo la diagnosi di sclerosi multipla che l’ha colpita. Riporto di seguito la presentazione del volume scritta da **Giovanna Ferrandes, decana delle psicologhe dell’AIP**. Ancora una volta esprimo la mia soddisfazione per il contributo che la cultura psicologica e neuropsicologica offre all’AIP.

“Qualsiasi cosa accada, tu scrivi”: un piccolo/grande libro che vorrei qui presentare. Può sembrare a prima vista cosa semplice e leggera, mentre più desidero farlo, più ne colgo la complessità e la responsabilità.

Si legge tutto d'un fiato, ma in più momenti ti *toglie* il fiato, ti entra dentro, ti inchioda con le parole e le emozioni che evoca. La narrazione di una storia di vita e di malattia, un racconto veloce e lento, un andamento a onde, come la Sclerosi Multipla vissuta dall'autrice. *La scrittura si sta rivelando ancora essenziale in questo caos; ho riordinato su righe emozioni contrastanti, ho cambiato punto di vista al mio romanzo personale perché questa è solo una storia, la mia, in cui qualcuno potrebbe trovare un riflesso, un respiro simile, il bandolo della matassa ma “ogni storia merita un romanzo” e per comporlo, leggerlo, occorre tempo, lentezza, assaporarne ogni passaggio, stupirsi a ogni snodo, quando viene voltata pagina, cambiare idea sui personaggi, sul destino dei fatti, aver voglia di sapere come si conclude, ma non troppa perché dobbiamo ricordarci dell'atto di “carpere”.*

Per me già questo ha significato vedere riapparire volti, storie di vita, spesso solo frammenti, ormai dopo anni relegati in un angolo della memoria, che mi auguro non mi abbandoni, almeno ancora per un po'. Persone conosciute e accolte nelle corsie o nel mio studio in ospedale, ognuna con il suo romanzo.

Perché scrivere su questo libro?

Perché è contagioso: dopo qualche minuto di lettura compare pian piano il desiderio di narrare, appuntare, memorizzare, scrivere, contagiati dalla passione per le parole che l'autrice – appunto – trasmette; contagiati dall'attitudine a osservare sé stessi e gli altri ed elaborare, dare senso, costruire futuro; contagiati da quella che potremmo chiamare resilienza; contagiati anche dalla rabbia, presente e pur sempre sorvegliata perché non diventi distruttiva.

Perché è formativo: il romanzo di Federica si realizza anche nella sua professione, nella suo essere psicologa in una RSA. Scorrano le immagini della struttura stessa, si impara a riconoscere i luoghi e le persone che qui vivono, si incontrano e scontrano. Si impara cosa vuol dire la fragilità, l'angoscia della demenza e al tempo stesso la forza accogliente che può avere una struttura, al di là delle facili generalizzazioni. Si impara a dare valore ai diversi ruoli e professioni, dalla direzione agli operatori. Si impara a capire il lavoro clinico e formativo dello psicologo in RSA, attraverso le immagini che l'autrice descrive a sé stessa: *“Incontro volti familiari di pazienti affetti da demenza, operatori in cerca di una più forte motivazione, giovani donne con grandi personalità soffocate dall'ansia percorrono un pezzo di strada insieme a me, fidandosi della mappa che leggo per loro, con loro.”*. Ed è formativo per i medici e gli infermieri, che possono toccare attraverso un semplice racconto il potere dei loro sguardi e delle loro parole sulla vita delle persone che incontrano nelle corsie e negli ambulatori. Il valore delle relazioni.

Perché è commovente: quasi rassegnati a coltivare la mente - come è giusto che sia - con articoli, saggi, manuali e quant'altro significhi studio e rigore, la partecipazione emotiva

evocata dal racconto di Federica ci fa bene, ci rende pensanti. È commovente perché nel libro ci sono la famiglia, gli amori, le amicizie, le relazioni professionali, gli incontri, ci sono persone ed emozioni, ci sono le contraddizioni. È commovente perché ritrovi e provi paura, angoscia, rabbia, gioia e speranza. Con questa lettura si può essere un po' bambini e adulti al tempo stesso.

Concludo con le parole dell'autrice, nelle pagine finali: “...allora continuo a tenere saldo quell'equilibrio tra la possibilità di sfogare sensazioni di pancia e la necessità di ancorarmi agli obiettivi e alla realtà, inserendo il limite non come ostacolo ma come boa che segnala l'acqua alta”.

Nei giorni scorsi si è tenuto a **Mercato Saraceno** il seminario annuale della Fondazione **Maratona Alzheimer** dal titolo: “I Caffè Alzheimer: un luogo di cura nella comunità”.

Nell'occasione è stato presentato il volume “I Caffè Alzheimer in Italia: manuale operativo”, Maggioli editore, che costituisce una linea guida e un testo di appoggio a chi volesse intraprendere l'impresa di istituire un Caffè Alzheimer nel proprio territorio. Raccoglie le metodologie e le attività da adottare per strutturare i Caffè Alzheimer e formare i caregiver.

Allego per chi fosse interessato **l'indice del volume**, assieme alle **diapositive di presentazione predisposte da Stefano Boffelli** (stefano.boffelli@poliambulanza.it), collega al quale è possibile rivolgersi per chiarimenti utili per la diffusione di un modello assistenziale che si è rivelato di grande utilità in supporto delle famiglie e alle persone affette da demenza. “Il Caffè Alzheimer rispetta la sussidiarietà dei livelli di intervento, con l'aggiunta della ricchezza intrinseca costituita dalla capacità del lavoro volontario di essere paziente, inclusivo, sereno, lontano da problematiche formali, pur importanti, che coinvolgono gli operatori dei servizi. I Caffè Alzheimer per definizione pongono al centro la famiglia e cercano di supportarla, in particolare quando i caregiver, e il caregiver principale soprattutto, entrano nel tunnel e del dolore. Mettendo al centro la famiglia, i Caffè si pongono in una posizione controcorrente rispetto alla realtà sempre più drammatica della crisi dell'istituzione base della società” (dall'introduzione del volume).

Recentemente è stato **firmato un protocollo che coinvolge sette comuni della provincia di Treviso** (Arcade, Breda di Piave, Maserada sul Piave, Ponzano Veneto, Povegliano, Spresiano, Villorba) **riguardante l'adesione al modello di “Città amica della demenza”**. È un evento di grande significato, perché sancisce l'impegno delle comunità aderenti per rispondere alla fragilità dell'individuo e della sua famiglia. In un tempo di assoluta centralità dell'io rispetto al noi, l'adesione al modello della Città Amica rappresenta un esempio perché tutte le povertà che oggi si diffondono nelle comunità (solitudine, malattie croniche, povertà economica, mancanza di strumenti culturali) possano trovare comprensione, accompagnamento, risposte adeguate sul piano organizzativo. Particolare interesse hanno provocato le dichiarazioni dei sette sindaci coinvolti riguardo alle motivazioni che hanno portato alla firma del protocollo, a testimonianza di una grande maturità civile delle rispettive comunità e di una

non comune sensibilità politica. Forse la crisi che stiamo vivendo del nostro sistema sanitario sarebbe meno drammatica se invece della retorica delle “aziende non aziende” fosse stato dato un ruolo non formale ai municipi, che rappresentano le comunità con i loro bisogni più veri, ma anche con le loro generosità e disponibilità.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il contributo di **Mauro Colombo**; ne amo la capacità di affrontare sempre argomenti originali. Grazie anche questa volta per discutere della **complessità della lettura negli anziani**.

“Per combinazione, a metà strada tra la giornata nazionale della lettura (24 marzo) e la giornata mondiale del libro e dell'autore (23 aprile), e poco prima della fiera del libro per ragazzi – avvalorata dall'intervento del Presidente Mattarella (8 aprile) - presso la Fondazione Golgi Cenci è stata presentata e discussa una pubblicazione, derivata da una tesi, recentemente apparsa su *Brain Sciences*, ed intitolata [tradotta in italiano] ‘la complessità della lettura rivelata da uno studio su anziani sani’ [1].

Lo studio dei rapporti tra invecchiamento e lettura – con particolare riguardo alle problematiche visive – data da alcuni decenni, anche se le ricerche longitudinali risultano relativamente scarse. In generale, si può affermare che le prestazioni nella lettura peggiorano nell'invecchiamento, particolarmente in termini di velocità, e che la attenzione visuo-spaziale [suddivisa nelle sue componenti di focalizzazione e di orientamento] peggiora con l'età #. Viceversa, i risultati sono contrastanti riguardo al rapporto tra età ed ‘affollamento’: la difficoltà a distinguere uno stimolo visivo in presenza di altri nello spazio contiguo. In ogni caso, non si conosce il peso della attenzione visuo-spaziale e dell'affollamento sulla lettura nelle persone anziane.

Se da un lato l'invecchiamento porta ad un declino della ‘intelligenza fluida’ {funzioni esecutive, compreso il ragionamento, risoluzione dei problemi, pianificazione e flessibilità mentale – al punto che è stata individuata (in una analisi genetica ‘a posteriori’) una analogia tra la rigidità mentale dell'anzianità con quella della schizofrenia ... [2]}, è anche vero che le componenti della ‘intelligenza cristallizzata’ [conoscenza lessicale e semantica] rimangono pressoché inalterate nel tempo.

Anzi, la lettura rientra nel novero delle attività cognitive piacevoli associate alle capacità cognitiva in età avanzata. Questo rapporto è emerso anche all'interno della coorte dei funzionari pubblici britannici arruolati nella ricerca della serie ‘Whitehall II’ [3]. In uno studio longitudinale su 574 70enni (4/5 maschi), seguiti per 15 anni, che collegava sia i livelli basali che i cambiamenti nelle capacità cognitive con misure volumetriche cerebrali, l'associazione positiva tra i livelli di attività cognitiva e la memoria sembrava essere più forte tra gli individui con deterioramento cognitivo, indicando che gli individui con deterioramento cognitivo possono trarre beneficio da interventi progettati per migliorare l'impegno cognitivo. Già in precedenza, era stato constatato che l'aumento delle attività cognitive nel tempo era

associato a migliori prestazioni nei test di conoscenza semantica, memoria, fluidità linguistica e ragionamento. All'interno di relazioni complesse, aumenti nelle attività cognitive svolte durante la mezza età, sostenuti o lievemente ridotti negli anni successivi sono stati associati a successive prestazioni più elevate nei test di cognizione globale e nei sottodomini (ad esempio, funzione esecutiva, memoria e velocità di elaborazione). Similmente, queste traiettorie erano anche associate a un maggiore volume totale della materia grigia.

Sulla base di queste premesse, lo studio presentato in Fondazione ha indagato il funzionamento cognitivo generale, l'attenzione, la lettura, l'acuità visiva e lo 'affollamento' in 58 partecipanti neurologicamente integri, di età compresa fra 65 e 75 anni (media 69.36 ± 3.37), e buona scolarità (11.33 ± 3.89 anni). La batteria dei test era piuttosto impegnativa, e comprendeva, oltre ad una capacità di lettura 'ecologica', anche esami di lettura di parole e non-parole - spaziate e non spaziate -, ed una prova di velocità di lettura di parole sintatticamente slegate. I soggetti intervistati erano di fatto lettori accaniti, che preferivano i testi stampati rispetto a quelli digitali, e che giudicavano sostanzialmente stabili negli ultimi cinque anni il tempo dedicato alla lettura, e le relative facilità, capacità visive e di concentrazione.

I risultati dello studio si possono sintetizzare come segue:

- i tempi di lettura si allungano con l'avanzare dell'età solo per il testo di giornale e le liste di parole;
- affollamento, acuità visiva ed attenzione inaspettatamente non peggioravano con l'avanzare dell'età;
- fa eccezione il "Symbol Digit Modalities Test", che anzi, in un modello di mediazione statistica, spiega completamente la relazione tra età e prestazione di lettura del testo di giornale. Va precisato che tale test indaga la velocità di elaborazione, la capacità di inibizione stimoli concorrenti, e la memoria di lavoro: meccanismi di base che spiegherebbero i cambiamenti legati all'età nelle prestazioni cognitive negli anziani.

Quali conclusioni si possono trarre da questo lavoro?

Il fatto – inaspettato – di non aver trovato un declino legato all'età nella lettura di non-parole e di parole sintatticamente slegate [compiti che non richiedono l'integrazione di meccanismi, ad esempio, lessicali o semanticci, con processi visivi e attentivi (richiesta, invece, dalle parole)] potrebbe essere spiegato con un maggiore impegno in risorse attentive impiegate.

Viceversa, mentre in compiti semplici interverrebbero efficacemente meccanismi compensativi, in compiti di lettura più complessi – dove conta la integrazione di svariati meccanismi fisiologici – gli effetti dell'invecchiamento si renderebbero più evidenti.

alcune premesse riguardanti l'invecchiamento del sistema visivo ed i suoi rapporti con le capacità di lettura, riportate nella introduzione dell'articolo presentato alla Fondazione Golgi Cenci, contrastano con voci di letteratura precedente, di cui si riportano alcune conclusioni

sintetiche, a partire dalla constatazione che ‘molto di ciò che percepiamo, abbiamo imparato a percepirllo’ [4]:

Le funzioni visive sono molto complesse; esse includono, tra l’altro: acuità visiva, sensibilità a contrasti, adattamento al buio, difesa dallo abbagliamento, percezione della profondità, visione periferica, discriminazione dei colori, ricerca visiva, velocità nell’analisi delle informazioni.

I diversi processi visivi mutano con l’invecchia-mento secondo ritmi ed a partire da età differenti.

Per ogni singola funzione visiva, sussiste una ampia variabilità interindividuale tra persone della medesima età anagrafica.

Si hanno poche informazioni sui rapporti tra invecchiamento delle funzioni visive e prestazioni nelle abilità del vivere quotidiano. Senz’altro, però, la restrizione del campo visivo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per gli incidenti stradali.

L’età di per sé non influenza le capacità di comprensione né la velocità di lettura.

La velocità di lettura è condizionata dalla acuità visiva (che generalmente si riduce con l’età) e dall’intelligenza.

La riduzione nelle capacità percettive induce gli anziani, durante la lettura, a fare maggiormente conto sul contesto e sull’esperienza”.

[1] Pegoraro, S., Facchin, A., Luchesa, F., Rolandi, E., Guaita, A., Arduino, L. S., & Daini, R. (2024). The Complexity of Reading Revealed by a Study with Healthy Older Adults. *Brain sciences*, 14(3), 230. <https://doi.org/10.3390/brainsci14030230>

[2] Ling, E., Nemesh, J., Goldman, M., Kamitaki, N., Reed, N., Handsaker, R. E., Genovese, G., Vogelsgang, J. S., Gerges, S., Kashin, S., Ghosh, S., Esposito, J. M., Morris, K., Meyer, D., Lutservitz, A., Mullally, C. D., Wysoker, A., Spina, L., Neumann, A., Hogan, M., ... McCarroll, S. A. (2024). A concerted neuron-astrocyte program declines in ageing and schizophrenia. *Nature*, 627(8004), 604–611. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-07109-5>

[3] Anatürk, M., Suri, S., Zsoldos, E., Filippini, N., Mahmood, A., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M., Mackay, C. E., Ebmeier, K. P., & Sexton, C. E. (2020). Associations Between Longitudinal Trajectories of Cognitive and Social Activities and Brain Health in Old Age. *JAMA network open*, 3(8), e2013793. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13793>

[4] Bouwhuis, D.G. (1992). Aging, perceptual and cognitive functioning and interactive equipment. In *Gerontechnology*, Herman Bouma and Jan A.M. Graafmans Editors, IOS Press

JAMA del 27 marzo presenta una revisione della letteratura riguardante 59 trial clinici randomizzati sul **risk assessment e la prevenzione delle cadute negli anziani che vivono in comunità**. Qualcuno potrebbe pensare “Ancora sulle cadute!”; si tratta invece di un lavoro

molto accurato, particolarmente utile per chi vuole impostare seri piani di approccio ad una condizione in grado di provocare gravi conseguenze nella vita degli anziani. Forse nulla di nuovo, ma le modalità con le quali i dati sono presentati sono davvero interessanti. E poi siamo sicuri di sapere già tutto sull'argomento?

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2816808>]

JAMA del 3 aprile riporta un punto di vista molto significativo dal titolo: “**Medicine: both a science (care) and an art (CARE)**”. L'apparente gioco di parole nasconde affermazioni importanti: mentre la medicina come scienza si fonda sulla presa in carico e la cura (care), la medicina come arte è caratterizzata da compassione, assistenza, rispetto, empatia (CARE). Non sono due condizioni separate l'una dall'altra, ma, come indica la stessa sequenza di parole, due atteggiamenti che insieme caratterizzano il fare bene medicina. Il dualismo non ha ragione di essere praticato; il progresso tecnologico e scientifico migliora infatti ogni giorno l'approccio clinico, che però si deve concretamente esprimere attraverso le caratteristiche di una relazione calda e compassionevole.

[<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2816705>]

JAMDA di aprile pubblica un lavoro nel quale si mette in luce **l'associazione bidirezionale tra il caregiver burden e lutto anticipatorio rispetto all'utilizzazione di servizi per acuti in pazienti affetti da demenza**. È interessante, come dimostrato nel lavoro, che il disagio di chi assiste, causato dalla fatica psicofisica e da pensieri di morte induca un aumento dell'utilizzazione dei servizi e quindi l'aumento dei relativi costi. Si dimostra che l'ambiente di vita della persona affetta da demenza è chiuso all'interno di barriere affettive e di dolore, con un continuo aggravarsi delle dinamiche, accompagnate dallo sviluppo di forte ansia nei caregiver, che si ritiene di tamponare con il ricorso ai servizi. Ne consegue l'indicazione da parte degli autori di sviluppare forme di assistenza mirate ai caregiver. “La comunità amica della demenza” (vedasi i paragrafi precedenti) è un modello possibile per coinvolgere i cittadini nella protezione delle persone più bisognose, come sono i caregiver di una persona affetta da demenza. [[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00205-6/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00205-6/fulltext)]

JAGS di febbraio dimostra come **la fragilità degli anziani sia multifattoriale e come gli eventi psicosociali stressanti contribuiscano alla sua evoluzione**. Il genere, la razza, e l'educazione sono associati con una differente sensibilità agli eventi stressanti (solitudine, condizione sociale ritenta bassa, problemi finanziari, e bassa coesione sociale). Il dato conferma la complessità delle interazioni tra condizioni diverse nel determinare la salute e, in particolare, la fragilità degli anziani.

[<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.18821>]