

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- La salute del Papa
- La cura degli anziani in Liguria: le diapo di Palummeri
- I migranti e le demenze
- I disastri di Kennedy
- Una messa per le persone affette da demenza

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Mauro Colombo e la creatività

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Il nostro Congresso Nazionale AIP
- La presentazione del libro di Giorgio Pavan

Amiche, amici

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Le notizie sulla **salute del Papa** hanno suscitato in molti apprensione e preoccupazione. I bollettini medici hanno dato qualche notizia, però per molti aspetti non hanno fornito indicazioni precise sull'iter della malattia di Francesco, né su quanto è avvenuto prima del ricovero né durante. Restano molte incertezze, sulle quali però non ci permettiamo di interferire. Un'osservazione collaterale, ma non secondaria: per curare un paziente molto anziano e fragile non si è ritenuto di coinvolgere i geriatri del Gemelli, una scuola di alto livello internazionale.

-Allego le **diapositive del nostro collega Ernesto Palummeri**, geriatra di grande esperienza che sta dando un formidabile contributo al lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità sulle demenze. Sono state presentate nel corso di un convegno a Sanremo organizzato da don

Orione; descrivono in profondità **come la Liguria, la più “vecchia” regione italiana, ha organizzato i servizi per gli anziani**. Rappresentano un documento davvero molto utile per chi vuole fare i confronti con altre realtà.

-Di seguito riporto il **collegamento inviato da Nicola Vanacore** per documentare gli **studi dedicati alla diffusione delle demenze tra i migranti**. È un tema al quale AIP dedica attenzione nell’ambito dell’approfondimento delle patologie che affliggono i gruppi marginali: oltre ai migranti, gli homeless, i carcerati, i disabili che invecchiano, le persone sole, i poveri.

Colgo l’occasione per ringraziare Nicola per il formidabile lavoro di acculturamento che svolge nei nostri riguardi, oltre al suo impegno culturale e organizzativo per migliorare l’assistenza alle persone affette da demenza.

“Gentilissimi, oggi si è svolto il seminario dell’OMS sul tema demenza e migranti.

È stato presentato il report che si può acquisire dal seguente link

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240102224>

È motivo di grande soddisfazione sottolineare che l’autore principale di questo report dell’OMS è Marco Canevelli, responsabile in Italia del progetto ImmiDem. Ricordo che il progetto ImmiDem è finanziato dal Ministero della Salute nell’ambito della Ricerca Finalizzata e coinvolge circa 25 CDCC. Questa ricerca di grande valore in termini di sanità pubblica ha posto l’Italia all’avanguardia sul tema demenza e migranti.

Oggi, questa attività, iniziata circa 6 anni fa, si concretizza anche a livello europeo con la stesura di questo report. Il tema, come più volte preannunciato sarà incluso anche nell’aggiornamento del Piano Nazionale delle Demenze.

Infine ricordo che il prossimo 14 e 15 aprile si terrà in ISS la terza edizione del corso specifico su questo tema”.

-Sembrerebbe uno spreco di attenzione discutere ancora dei disastri compiuti dall’incredibile **Kennedy**. Fa, però, particolare impressione il fatto che **in USA accettino in silenzio le sue follie**. È forse l’inizio di uno stato di polizia? Mi permetto di ricordare ancora una come molti di noi abbiano una fortissima gratitudine per quello che gli USA hanno fatto per la nostra personale formazione e per quanto stanno ancora facendo attraverso collaborazioni di altissimo livello. Non siamo degli sfruttatori degli Stati Uniti, ma dei compagni di viaggio per il miglioramento delle condizioni di vita del mondo. Oggi, grazie al populista “uno vale uno”, dobbiamo mettere sullo stesso piano le bugie di Kennedy con il lavoro di migliaia di colleghe e colleghi che nei vari enti clinici e di ricerca contribuiscono al miglioramento della qualità della salute a livello mondiale. Però, siamo in molti a non essere disponibili ad accettare questa equazione.

-Nei giorni scorsi si è tenuta a **Bressanone una liturgia della parola dedicata alle persone affette da demenza**. Ringrazio il collega **Christian Wenter** per l'organizzazione di un evento che, oltre all'aspetto religioso, ha un'enorme importanza umana. Riporto di seguito il commento pubblicato sulla Voce del Popolo di Brescia riguardante la celebrazione.

"Un gesto di cura: la preghiera assieme con le persone ammalate di demenza"

Qualche tempo fa ho partecipato ad un evento di cura molto diverso da quelli ai quali siamo abituati come operatori sanitari o come cittadini; era diretto alle persone affette da demenza.

Il vescovo di Bolzano ha celebrato nella cattedrale di Bressanone una liturgia della parola dedicata alle persone affette dalle varie forme di demenza. Un'esperienza alla quale ho presenziato inizialmente con curiosità; progressivamente, però sono stato coinvolto nella cerimonia, anche perché ho capito che non si trattava solo di un'azione di preghiera, ma di una profonda azione di cura.

La cerimonia si è svolta per circa 45 minuti, in presenza di qualche decina di ammalati, accompagnati dai loro parenti o caregiver. Il duomo di Bressanone era pieno di luce, con tutta la solennità di una splendida architettura barocca. Il Vescovo ha guidato le preghiere e i canti con grande attenzione allo stile della comunicazione, al tono della voce, particolarmente empatico. È riuscito a bilanciare il tedesco e l'italiano (il sud Tirolo è, come è noto, bilingue) con equilibrio e senza forzature. I canti, anche questi bilingui, sono stati seguiti con vera partecipazione; osservando alcuni ammalati, ho notato che anche loro seguivano le armonie, almeno per brevi pezzi. Il Vescovo nella sua omelia piena di significati ha sostenuto che la preghiera rivolta al Signore voleva dimostrare che nella chiesa tutte le persone si devono sentire a casa, che nessuno era fuori dalla comunità cristiana, che le porte erano aperte, qualsiasi fosse il grado di compromissione delle funzioni cognitive. Nessuno deve esser lasciato solo; il Signore ha accolto tutti, qualsiasi sia la condizione di salute e ha ordinato alla sua chiesa che i comportamenti di ogni giorno si devono adeguare a questa scelta di fondo.

Alla fine di canti e preghiere, dopo la solenne benedizione, il Vescovo, vestendo sempre i paramenti liturgici solenni, ha personalmente abbracciato e accarezzato tutti i malati. Era molto significativo osservare le diverse reazioni; alcuni non hanno capito, ma hanno sorriso alla carezza amica; altri, invece, hanno reagito cercando di ricambiare l'abbraccio. Ho visto alcuni famigliari profondamente commossi. Durante l'intera cerimonia non ho notato atteggiamenti disturbanti da parte degli ammalati, solo alcuni tentativi di wandering, cioè di movimenti non finalizzati.

Assistendo alla preghiera nel duomo di Bressanone mi sono interrogato sul senso della cerimonia. La prima osservazione deriva dall'affermazione, alla quale aderisco completamente, che "L'Alzheimer non cancella la vita". La malattia cancella la memoria, la capacità di riconoscere e di riconoscersi, ma non cancella la capacità nel profondo degli ammalati di riconoscere gli spazi dell'amore, della vicinanza, della cura. La cerimonia

solenne, avvenuta in un luogo sacro, ma anche di enorme importanza civile, ha dimostrato concretamente che gli ammalati che hanno perso le capacità cognitive non perdono, al contrario, il diritto di cittadinanza, di essere considerati come cittadini assolutamente uguali agli altri. In un tempo ancora talvolta contaminato dal vizio ageistico, cioè dal rifiuto di fornire agli anziani, in particolare se ammalati, gli stessi diritti dei cittadini di ogni altra età e condizione, ha dimostrato l'assoluta uguaglianza di ogni figlio di Dio e quindi dei suoi diritti.

La **celebrazione officiata dal vescovo Muser** ha avuto una duplice funzione religiosa e laica: riaffermare che i malati di demenza hanno il diritto indiscusso di partecipare sia alla comunità religiosa che a quella civile.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo, come sempre originale, di **Mauro Colombo**.

“Nella necessità di preparare un ‘angolo’ [più] stretto £, in concomitanza con la trasferta padovana per il congresso AIP, cercando di rimanere se non attraente almeno in qualche modo utile per il lettore, occorre creatività. E manco a dirlo, JAMA Network Open del 13 febbraio 2025 pubblica sulla sezione neurologica un articolo sulla creatività [1]. Già le affiliazioni degli Autori da sole incutono ammirazione e rispetto: ‘Charité’ di Berlino; università di Harvard a Boston, e della Georgia; University College di Londra; Max Plank di Lipsia. L'argomento, poi, merita attenzione: **la creatività è importante per risolvere problemi, adattarsi a contesti mutevoli, ed innovare in ambito tecnologico, artistico e culturale.**

Il substrato neuro-anatomico della creatività è da tempo al centro dell'interesse degli studiosi; ma ciò nonostante, non si conosce ancora quale ne sia la regione cerebrale maggiormente coinvolta. Le ricerche sono state condotte mediante due linee metodologiche: neuroimmagini e casistica clinica. Il quesito di fondo è se siano chiamate in causa differenti regioni neuro-anatomiche, come suggerito dai risultati di soggetti sani impegnati in compiti diversi, oppure se possa esistere un substrato neuro-anatomico ‘a dominio generale’, eventualmente in abbinamento alle precedenti. La tendenza prevalente tra le indagini a neuroimmagini sembra orientarsi verso l'ipotesi delle reti [che coinvolgono entrambi gli emisferi e comprendono anche l'area frontale dorso-mediale e la corteccia visiva] piuttosto che verso quella di regioni specifiche isolate. Quanto all'approccio anatomo-clinico, viene proposto l'esempio della variante semantica della afasia primaria progressiva, caratterizzata da atrofia al lobo temporale antero-laterale sinistro, in cui si possono riscontrare incrementi nella creatività, così come quest'ultima è stata rilevata anche in malattie neurodegenerative che hanno interessato la corteccia prefrontale dorso-laterale destra.

In [1] è stata adottata una particolare tecnica meta-analitica di neuroimmagini su 857 partecipanti, rilevando che la mappa delle regioni cerebrali attivate durante compiti creativi era incentrata sul polo frontale destro. A prescindere dalle ipotesi generabili a partire dalle

specificità della metodica di neuroimmagini adottata, il ricorso alla neuropatologia è indispensabile per puntare ad inferenze causali.

La seconda tappa della ricerca è passata per la disanima di 7 malattie neurodegenerative: il collegamento tra atrofia cerebrale e creatività è stato rinvenuto in maniera assai più stretta in 2 malattie dove la creatività può emergere [variante semantica della afasia primaria progressiva, e variante comportamentale della demenza fronto-temporale] rispetto ad altre neuropatie, tra cui variante non-fluente/a-grammatica della afasia primaria progressiva, morbo di Parkinson e sclerosi laterale amiotrofica. Addirittura viene riferito un vantaggio, in alcuni esercizi di creatività, da parte di portatori di lesioni fronto-polari non solo rispetto a pazienti con lesioni cerebrali situate altrove, ma persino nei confronti di soggetti normali.

La disattivazione funzionale di questa regione durante le attività creative, e il danno a questa regione da lesioni cerebrali o in malattie neurodegenerative, possono portare a un incremento di creatività, un processo definito 'facilitazione funzionale paradossale'.

In discussione, viene ammessa la incertezza su perché il polo frontale sia il fulcro del circuito della creatività, né su quale passaggio specifico della creatività tale polo eserciti la propria influenza 'frenante', tra libera associazione e/o generazione di idee, loro selezione ed affinamento. Una voce bibliografica (la numero 54) è intitolata specificatamente al substrato neurologico delle prestazioni musicali spontanee, riferendosi ad una indagine in risonanza magnetica funzionale delle improvvisazioni jazzistiche.

E proprio il jazz facilita il collegamento con la vicenda artistica e clinica di Maurice Ravel, emblematica del rapporto fra neuropatologia e creatività. Le influenze del jazz nella musica dell'artista francese sono presenti in particolare nel 'Concerto per la mano sinistra', commissionato –anche ad altri compositori– da Paul Wittgenstein (fratello del filosofo Ludwig) che aveva perso il braccio destro durante la prima guerra mondiale. Amaducci e Grassi –a Firenze– e Boller –al Centro Paul Broca di Parigi– pubblicarono nel 2002 una indagine approfondita [2] sulla vicenda di Maurice Ravel, che sviluppò una perdita progressiva e grave nelle capacità di linguaggio e movimento, negli ultimi anni della sua vita. I sintomi e segni più importanti di cui –consapevolmente– soffrì furono afasia, agafia, alessia, aprassia ideomotoria. Ciò lo rese incapace tra l'altro di leggere uno spartito a prima vista, di suonare a memoria propri componimenti al di là delle prime battute, e di nominare o scrivere note che aveva ascoltato. Non fu più capace di nuotare, da ex valido nuotatore quale era; peraltro nel 1935 –2 anni prima della morte– fu inaspettatamente in grado di partecipare ad una trasferta in Spagna e Marocco, camminando normalmente e fungendo da cicerone. Ancora, conservò intatte la memoria semantica e visuo-spaziale, oltre alle competenze sociali. Riguardo alla musica, le sue conservate capacità percettive uditive gli permisero di cogliere anche minimi errori nella esecuzione di suoi lavori, a sottolineare il contrasto fra le severe difficoltà realizzative ed espressive a fronte di una affettività e sensibilità estetica mantenute.

Non è mai stato possibile venire a capo di una diagnosi precisa, nonostante l'impegno dei migliori neurologi francesi e svizzeri chiamati in causa: l'ipotesi meno improbabile è che si sia

trattato di una afasia primaria progressiva, quindi con interessamento dell'emisfero cerebrale sinistro. La comparsa dei primi segni neurologici può venire datata al 1927; le capacità di composizione musicale vennero conservate sino al 1932, declinando parallelamente § alla perdita nel linguaggio; il Concerto per la mano sinistra è datato al 1929-30; la prima esecuzione della sua composizione più famosa (il 'Boléro') risale al 1928.

Quanto a quest'ultimo, secondo Amaducci e Coll. 'nulla potrebbe essere più lontano dalla verità' che si tratti del 'lavoro di una mente patologica', ponendosi piuttosto come 'un test di buon funzionamento del sistema esecutivo'. Concepito inizialmente come balletto, con la sua orchestrazione elaborata –e perfettamente indicata sullo spartito– e la sua straordinaria complessità ritmica #, le sue presunte 'perseverazioni musicali' precedenti il finale fragoroso figuravano, nelle parole dello stesso Ravel, come 'un tessuto orchestrale senza musica', ispirato al valore simbolico delle macchine nella moderna società industriale. Semmai, una attenta analisi neuro-musicologica suggerisce che le opere composte a cavallo tra la fine degli anni '20 e l'inizio degli anni '30 testimonino uno squilibrio iniziale tra le capacità dei due emisferi. Il Concerto per la mano sinistra segna un cambio di stile, con frasi più corte e meno elaborate; al di là delle questioni legate allo spaziare di una sola mano sull'intera ampiezza della tastiera, il brano è caratterizzato da un ritmo # irregolarmente pulsatile e da una straordinaria ricchezza di timbri #. L'ipotesi avanzata da Amaducci, Grassi e Boller –sostenuta indirettamente anche da esperimenti neurofisiologici– è che l'Autore abbia evitato la difficoltà legata all'elaborazione di una complessa strutturazione tematica, orientandosi verso la scelta alternativa di una straordinaria ricchezza di ritmi #.

§ a differenza di altri musicisti, in cui si era realizzata una sorta di compensazione delle lesioni subite nell'emisfero sinistro da parte dell'emisfero destro

consapevole della grossolana semplificazione della dicotomia, si può dire che timbri e ritmi sono governati rispettivamente nell'emisfero destro e sinistro

PS: mi sono accorto che alla fine il presente 'angolo' non è sostanzialmente più 'stretto' del solito £, al di là delle mie intenzioni: temi, timbri e ritmi musicali hanno preso il sopravvento ..."

[1] Kutsche, J., Taylor, J. J., Erkinen, M. G., Akkad, H., Khosravani, S., Drew, W., Abraham, A., Ott, D. V. M., Wall, J., Cohen, A. L., Horn, A., Neumann, W. J., Kletenik, I., & Fox, M. D. (2025). Mapping Neuroimaging Findings of Creativity and Brain Disease Onto a Common Brain Circuit. JAMA network open, 8(2), e2459297. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.59297>

[2] Amaducci, L., Grassi, E., & Boller, F. (2002). Maurice Ravel and right-hemisphere musical creativity: influence of disease on his last musical works? European journal of neurology, 9(1), 75–82. <https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2002.00351.xn>

-Il nostro **Congresso Nazionale** è stato un vero successo. Dal punto di vista culturale e scientifico, e da quello umano, l'evento di Padova è stato **molto importante per la vita della nostra Associazione**. Grazie a tutti quelli che numerosi hanno partecipato; grazie anche allo staff organizzativo.

È impossibile fare un riassunto delle diverse comunicazioni, molte delle quali di altissima qualità (che peraltro troverete presto sul sito). Il congresso si è aperto con un'importante e approfondita relazione del Presidente sulla solitudine dell'anziano, argomento sul quale l'AIP continua ad esercitare una leadership a livello nazionale.

Mi permetto di allegare le **diapositive presentate al congresso dalla dottoressa Giovanna Cipriani** perché, a mio giudizio, rappresentano un contributo importante all'impegno "storico" dell'**AIP per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza nelle RSA**.

Certamente nei prossimi giorni la segreteria invierà l'esito delle elezioni al Consiglio direttivo AIP.

-A testimonianza dell'attenzione di AIP per la vita nelle residenze per anziani è stato **presentato a Treviso il volume a cura di Giorgio Pavan** (edito da Maggioli): **“La moderna assistenza alle persone anziane. Una storia organizzativa da manuale: ISRAA Treviso”**. Un utile documento di riferimento per chi volesse migliorare l'organizzazione del proprio lavoro nell'assistenza territoriale.

-Desidero ancora una volta ringraziare le colleghe e i colleghi che hanno voluto contribuire alla vita della **nostra newsletter**. Non sono molti, ma certamente sono amici della cultura in ambito psichiatrico e credono nell'impegno per difendere la libertà e la dignità delle persone fragili. Grazie davvero!

Un saluto ed un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- L'IA e la cura dei disturbi psichici
- L'evento della Fondazione Maratona Alzheimer
- Sempre più vecchi e sempre più soli
- I disastri di Kennedy

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il consueto angolo di Mauro Colombo
- JAMA e i danni indotti al sistema sanitario dalle politiche migratorie di Trump

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Le diapositive di Silvia Vettor sulla nostra bellezza

Amiche, amici,

*Abbiamo appreso con costernazione che **Luigi Ferrucci, direttore scientifico del National Institute on Aging, è stato licenziato da Trump**. L'individuo che governa il paese che per decenni ha collaborato con noi, valorizzando il contributo di molti italiani e ricevendone grandi vantaggi (altro che sfruttatori!), forse non si rende nemmeno conto dei danni che sta provocando agli USA.*

Antonio Guaita scrive: "Quale commento fare se non che speriamo qualcuno gli dia un ruolo nella ricerca in Italia?". Chi conosce e stima Ferrucci da decenni lo deve ringraziare per i suoi grandissimi contributi alla condizione degli anziani e alla loro salute: la geriatria e la psicogeriatría di tutto il mondo gli devono molto!

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Il *NEJM* del 27 marzo presenta i dati di uno studio randomizzato sugli **effetti della cura guidata dall'intelligenza artificiale generativa di alcuni disturbi psichici**. I risultati hanno dimostrato che il software ha indotto un miglioramento significativo nella condizione di salute dei partecipanti. Riporto un brano dell'importante **commento di Paolo Benanti**, pubblicato su *Avvenire* del 3 aprile: "La capacità dell'IA di fornire supporto accessibile e personalizzato potrebbe colmare il divario tra la domanda e la disponibilità di servizi di salute mentale. Tuttavia, è imperativo che lo sviluppo e l'implementazione di tali sistemi siano guidati da solide considerazioni algoritmiche e da una rigorosa supervisione clinica per garantire la sicurezza e il benessere degli utenti". Il commento di Benanti è assolutamente condivisibile; si deve guidare con attenzione il passaggio alle nuove metodologie di cura, chiedendosi però se a breve dobbiamo o meno auspicare una totale autonomia clinica dell'approccio con l'IA. [<https://ai.nejm.org/doi/full/10.1056/Aloa2400802>]

-In questi giorni si è svolto a **Mercato Saraceno**, con grande partecipazione di studiosi di tutta Italia, l'**incontro annuale della Fondazione Maratona Alzheimer**. Gli argomenti trattati sono stati di particolare rilievo: dal valore dell'arte nella cura (argomento sul quale torneremo in una prossima newsletter), al ruolo in continua modificazione delle residenze per anziani, alla creazione di un forte gruppo di Alzheimer Caffè, in grado di elaborare sempre nuovi contenuti operativi.

-Il **presidente dell'ISTAT Chelli** ha recentemente dichiarato in un'intervista al *Corriere della Sera* del 6 aprile: "**In Italia ci sono 9 milioni e mezzo di famiglie unipersonali**, il 36.2% di tutte le famiglie. Delle attuali famiglie single, 4 milioni e mezzo sono composte da persone con più di 65 anni. Inoltre, gli over 75 pesano per 2.8 milioni, pari al 10.8%. Spesso le persone con più di 75 anni si trovano in una condizione di solitudine, non per scelta, ma perché costrette. Tipico il caso delle vedove senza figli o con un figlio che vive lontano. Quando incominciano ad avere problemi di autosufficienza, precipitano in una condizione di debolezza. Anche se hanno la fortuna di avere un figlio o una figlia che può occuparsi di loro, questi figli sono anche loro anziani". L'ISTAT svolge un ruolo importantissimo nel metterci davanti alla nuova pesantissima realtà; cosa possiamo fare? Cosa riesce a suggerire la politica? Dobbiamo aspettare senza speranza l'evoluzione drammatica dei trend demografici? Come sempre ripetiamo, il pessimismo non porta ad alcun risultato, ma chi pensa davvero al futuro?

-Continuano i **disastri di Kennedy**. Un importante direttore della Food and Drug Administration si è dimesso, dichiarando di non poter più accettare le bugie del nuovo ministro della salute, perché l'**atteggiamento verso i vaccini** "è irresponsabile e **pone gravi**

rischi per la popolazione. Questo signore non si preoccupa dell'evidenza, ma solo di crearsi dei seguaci". In questi giorni giungono anche altre notizie allarmanti sui mancati rifornimenti di materiale ai laboratori del NIH. Il problema più grave è la mancanza di indicazioni sulle linee del governo americano: verso dove vuole dirigersi? Purtroppo, però, la posizione di Kennedy trova ascolto anche in altri paesi...

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-Il consueto angolo di **Mauro Colombo** su un argomento di grande interesse clinico e speculativo.

“È noto da tempo il **legame tra sintomatologia depressiva e declino cognitivo nelle persone anziane**. La incertezza riguarda il meccanismo alla base di tale legame, con particolare riguardo al ruolo della patologia amiloide: i sintomi depressivi potrebbero costituire un araldo prodromico di una neurodegenerazione, oppure – specialmente nelle forme più severe, come in caso di depressione maggiore – costituire un fattore di rischio indipendente di deterioramento cognitivo; od ancora, quest'ultimo e la sintomatologia depressiva potrebbero condividere elementi patogenetici comuni. Peraltro, la depressione in età avanzata potrebbe basarsi su una neuropatia non-amiloide, di cui la depressione vascolare è la forma emblematica £.

A complicare la questione, sulla eterogeneità nei risultati degli studi hanno influito aspetti metodologici, quali la dimensione dei campioni, la severità ed il tipo di sintomi depressivi presi in considerazione, le modalità diagnostiche adottate, la base genetica – in particolare quella legata agli alleli APOE ε4 -.

Allo scopo, un nutritissimo gruppo di studiosi \$ - tra cui Dubois e Frisoni - ha compiuto una indagine trasversale che ha reclutato, presso 95 centri sparsi pressoché in tutto il mondo, 9746 soggetti cognitivamente integri [NC] e 3023 partecipanti con deterioramento cognitivo lieve [Mild Cognitive Impairment (MCI)], di età compresa fra 34 e 100 anni. L'articolo – di libero accesso - è stato pubblicato sul numero di marzo 2025 di *JAMA Psychiatry* [1]. L'ipotesi di ricerca era che la sintomatologia depressiva fosse associata alla patologia amiloide in entrambi i gruppi.

Il gruppo NC comprendeva un sottogruppo [NCa] # di 2648 partecipanti con patologia amiloide, rilevata mediante tomografia ad emissione di positroni [PET] od analisi del liquor; il gruppo NC aveva una età media di $68,6 \pm 8,9$ anni, ma il sottogruppo NCa era circa 3 anni più vecchio della controparte scevra da patologia amiloide [$70,6 \pm 8,3$ contro $67,8 \pm 9$ anni]; la differenza principale consisteva nella quota di portatori di alleli APOE ε4, quasi doppia in NCa: 56% verso 26,1% in NC senza amiloide; vengono riportate altre differenze, che però - a mio avviso – al di là della significatività statistica distinguono poco il sottogruppo NCa dai NC non portatori di patologia amiloide. In dettaglio, le analisi di sottogruppo hanno rivelato che la

presenza di sintomatologia depressiva in NC era associata ad una frequenza più alta di presenza di patologia amiloide nei non-portatori di alleli APOE ε4 che nei portatori.

Sono state trovate analogie con il gruppo MCI, dove pure qui il sottogruppo con patologia amiloide [MCIa # (1688 partecipanti)] è di nuovo più vecchio di circa 3 anni: $71,5 \pm 8,2$ vs $68,7 \pm 9,1$, a fronte di una età media complessiva di $70,2 \pm 8,7$ anni. La sproporzione nei portatori di alleli APOE ε4 è qui ancora maggiore: 60,2% per MCIa contro 24,3% in MCI senza amiloide. Il punto saliente però è la inattesa minore proporzione di soggetti con presenza di sintomatologia depressiva in MCIa (23,5%) rispetto alla controparte MCI libera da patologia amiloide (32,1%). Inoltre, a differenza che in NC, la severità della sintomatologia depressiva vedeva uno sbilanciamento verso le forme più lievi proprio nei portatori di patologia amiloide.

Nelle ‘analisi di sensibilità’, quando la associazione fra sintomatologia depressiva e patologia amiloide veniva basata sui terzili della distribuzione, piuttosto che § su soglie prestabilite della prima, la associazione è stata trovata nei partecipanti con NC ma non in quelli con MCI.

I grafici offrono un valido contributo alla illustrazione dei risultati.

In discussione, si sottolinea come – nonostante la mancata associazione fra sintomatologia depressiva e patologia amiloide in NC vada presa con cautela, stante il relativamente basso carico della prima in tale gruppo (9,6%) – sia ragionevole supporre che la patologia amiloide [espressione di una condizione pre-clinica di malattia di Alzheimer] non giochi un ruolo di primaria importanza nella genesi di una depressione sub-sindromica o paucisintomatica in anziani con punteggi normali ai test cognitivi.

Per contrasto, il riscontro che sia la presenza che la severità dei sintomi depressivi fosse associata a minori probabilità di patologia amiloide suggerisce non solo la dissociazione tra questi due elementi, ma anche la loro indipendenza nel contributo alla genesi del declino cognitivo. Verso quest’ultimo, poi, la sintomatologia depressiva sembra agire secondo una gradazione di tipo ‘dose/risposta’ [2].

Addirittura, il riscontro di amiloide in vivo è stato proposto come elemento utile a differenziare la sintomatologia depressiva collegata alla demenza di Alzheimer dal declino cognitivo associato alla depressione maggiore, spesso chiamato ‘pseudo-demenza’ [3]. Peraltro, in [1] non sono stati presi in considerazione né i deficit cognitivi gravi né le depressioni maggiori. Ampi studi su base autoptica hanno sottolineato il ruolo della patologia non-amiloide, in particolare quella vascolare £.

La discussione termina con una annotazione importante per la pratica clinica. È pur vero che la sostituzione delle soglie predefinite con la distribuzione in terzili della sintomatologia depressiva ha portato ad una associazione di quest’ultima con la patologia amiloide nei NC (ma non negli MCI), e che ciò potrebbe dipendere dal numero limitato di partecipanti NC con sintomatologia depressiva di livello moderato o severo, secondo le soglie consuete. Tuttavia, questo rilievo implica che, nei partecipanti con NC, l’uso di soglie cliniche di routine potrebbe

non identificare livelli di sintomatologia depressiva che magari sarebbero degni di nota per predire una futura patologia o declino cognitivo.

Note metodologiche

1) La associazione di patologia amiloide e sintomatologia depressiva nei soggetti cognitivamente integri (NC) è stata riscontrata solo quando l'amiloide veniva rilevata sul liquido cerebrospinale, e non mediante PET. La spiegazione può consistere in una maggiore precocità del segnale liquorale nel cogliere alterazioni in senso amiloide, oppure in termini biologici, di una maggiore patogenicità delle fibrille solubili presenti nel liquor, rispetto alla staticità della componente fibrillare indicata dalla tomografia.

2) Nelle analisi 'a posteriori', in entrambi i gruppi (NC e MCI), la associazione di patologia amiloide e sintomatologia depressiva dipendeva dallo strumento di valutazione adottato per quest'ultima: nel complesso, valeva per la Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS], la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS], la Brief Symptom Inventory, la Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D], e la versione a 15 voci della Geriatric Depression Scale [GDS15] ma non per quella a 30 voci del medesimo strumento [GDS30]. Una possibile spiegazione potrebbe essere che le scale di depressione adoperate misurano diversi aspetti dello spettro dei sintomi depressivi e che questi ultimi possono essere correlati in modo differenziale alla patologia amiloide. Alcune delle scale di valutazione utilizzate potrebbero anche essere più adatte alla popolazione specifica inclusa nello studio rispetto ad altre. Ad esempio, la GDS15 potrebbe essere più sensibile ai sintomi di depressione che sono specificamente correlati al deterioramento cognitivo o più diffusi nella popolazione anziana in generale. La differenza di risultato tra GDS15 e GDS30 nei partecipanti con MCI è sorprendente, ma è stato notato in precedenza che ciascuna di queste scale non è semplicemente una versione più lunga o più corta dell'altra.

£ in ambito AIP la persona di riferimento sul tema è il neurologo Carlo Serrati, simpaticamente definito in assemblea dal nostro presidente Diego De Leo 'starlet senza competitori' delle ultime recenti votazioni per il rinnovo del consiglio direttivo AIP.

\$ l'elenco di affiliazioni, contributi specifici e ringraziamenti occupa 2/5 dell'articolo (6 pagine su 15!).

le sigle NCa e MCla non figurano nel testo originale: le ho coniate all'occasione, per comodità

§ mi sono divertito a verificare la correttezza dell'uso di tale locuzione in quel contesto, secondo le indicazioni della Accademia della Crusca, stimolato dal dibattito recentemente acceso sui mezzi di comunicazione”.

[1] Wiels, W. A., Oomens, J. E., Engelborghs, S., Baeken, C., von Arnim, C. A. F., Boada, M., Didic, M., Dubois, B., Fladby, T., van der Flier, W. M., Frisoni, G. B., Fröhlich, L., Gill, K. D., Grimmer, T., Hildebrandt, H., Hort, J., Itoh, Y., Iwatsubo, T., Klimkiewicz-Mrowiec, A., Lee, D. Y.,

... Zettergren, A. (2025). Depressive Symptoms and Amyloid Pathology. *JAMA psychiatry*, 82(3), 296–310. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4305>

[2] Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A., & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*, 75(1), 35–41. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181e62138>

[3] Emsell, L., Vanhaute, H., Vansteelandt, K., De Winter, F. L., Christiaens, D., Van den Stock, J., Vandenberghe, R., Van Laere, K., Sunaert, S., Bouckaert, F., & Vandenbulcke, M. (2022). An optimized MRI and PET based clinical protocol for improving the differential diagnosis of geriatric depression and Alzheimer's disease. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 320, 111443. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2022.111443>

-JAMA del 3 aprile pubblica una lettera di ricerca intitolata: **“Deportare gli immigranti indurrà un’ulteriore riduzione dalla forza lavoro in ambito sanitario”**. I dati sono drammatici; riporto un commento: “La deportazione comprometterà in particolare le cure a lungo termine, quelle dove gli immigrati giocano un ruolo particolarmente importante. Inoltre, le difficoltà rischiano di estendersi anche ai dipartimenti di emergenza e agli ospedali, che si troveranno nell’impossibilità di dimettere i pazienti”. Fortunatamente noi siamo molto più civili di Trump; questi numeri, però, devono convincere il nostro governo a impostare politiche di specifica attenzione verso i potenziali immigranti con preparazione e competenze in ambito assistenziale e sanitario. [<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2832246>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-Allego le bellissime **diapositive presentate dalla dottoressa Vettor al recente Congresso Nazionale AIP**.

Un saluto e un augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Trump e il MoCA: score (per chi ci crede) del 30/30
- Le difficoltà economiche delle RSA
- L'ageismo al potere

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- L'angolo di Mauro Colombo
- Lancet Public Health* e le disparità di salute in Italia
- JAMA Neurology* e il rapporto tra demenza e consumo di cannabis

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- Fermo: ricordo di Isabella Paolino
- Il 5° Summit della Fondazione Maratona Alzheimer
- Cura e arte di Federica Falzone

Signore, Signori,

Buona Pasqua!!

Prendo l'augurio più caldo da Patti Smith: "Make Love Great Again".

Un augurio particolarmente grato a Mauro Colombo e a chi ha dato in questi mesi la propria collaborazione alla newsletter. Grazie anche alle amiche e agli amici che hanno inviato un supporto concreto al nostro lavoro. Non sono molti, ma sono gli unici veri amici.

Una buona notizia prima di Pasqua: Luigi Ferrucci è stato reintegrato nelle sue funzioni. Gli auguro, a nome di tutti coloro che in Italia si occupano della salute degli anziani, di continuare a lavorare con generosità e successo, come ha fatto negli ultimi 20 anni (almeno!).

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-**Trump** ha dichiarato trionfante di aver raggiunto 30/30 ad un testo cognitivo (il MoCA?). Non sappiamo se abbia detto la verità, però il fatto indica quanto sia **limitato il valore di certi test per conoscere le reali capacità intellettive di un individuo** e quanto, invece, sia **necessaria una completa osservazione clinica**, che potrebbe portare a conclusioni diverse...

Sono interessanti anche altre dichiarazioni dei responsabili della sanità americana: chi mangia ciambelle non viene rimborsato dal sistema sanitario americano. Lo stato di polizia ci protegge: possiamo considerarci contenti. Nel Settecento era attiva la polizia sanitaria che indagava sui buoni costumi dei cittadini... i secoli non cancellano lo stile di chi è irrispettoso delle libertà!

-Continuano ad arrivare notizie sulle **difficoltà sul piano economico di molte RSA**. Si assiste allo stillicidio di aumenti delle rette; alcuni pensano che 1-2 al giorno in più non provochino troppo danno e così si procede senza ansia ad adottare le nuove tariffe. Dobbiamo invece avere la sensibilità per metterci dalla parte delle famiglie, per le quali anche 30-50 euro al mese in più pesano. Che fare?

Sullo stesso argomento rispetto all'estrema delicatezza umana e politica delle difficoltà economiche della famiglia si colloca l'informazione che in alcune strutture private del nostro sistema sanitario si praticano trattamenti con i nuovi anticorpi per la cura dell'Alzheimer al costo di 40.000 euro. Lasciando da parte la correttezza di un trattamento con farmaci ancora non definitivamente studiati, è preoccupante sul piano civile l'offerta di cure costosissime, che solo i ricchi possono permettersi. **Dove va la sensibilità della medicina per ogni cittadino?** Non si pensa alla desolazione provocata all'interessato e ai suoi cari da un trattamento che ha imposto enormi sacrifici e che però produce effetti limitati o nulli?

-Noi continuiamo a impegnarci **contro l'ageismo**, anche quando ci scontriamo con posizioni di potere. Ad esempio, la responsabile dell'ufficio stampa di Trump ha recentemente dichiarato, in risposta ad alcune dichiarazioni di Biden date di sera: "A quell'ora pensavo che un vecchio dormisse". Come possiamo fare di fronte a dichiarazioni così vergognose? Certo possiamo dimostrare che il nostro grandissimo presidente Mattarella a 83 anni va incontro ad un impianto di pacemaker senza alcun problema: ma a cosa vale la logica e la razionalità di fronte alla volgarità e alla bugia? **L'ageismo è prima di tutto una testimonianza di ignoranza** e la nuova portavoce ne è un vessillo! Non possiamo rinunciare a studiare per affinare gli strumenti utili per demolire atteggiamenti verbali e concreti che danneggiano la popolazione anziana.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

Di seguito il pezzo, molto interessante, di **Mauro Colombo**:

“Certe ricerche [mi] piacciono per la loro consequenzialità: individuano nella letteratura una questione da chiarire, ed offrono spunti per risolverla, tra possibili spiegazioni e limiti consapevoli.

È il caso di uno studio pubblicato da Autori \$ di Chicago e californiani sul numero dell'11 marzo 2025 di *JAMA Network Open* [1], intitolato **‘Salute cardiovascolare e biomarcatori di malattie neurodegenerative in persone anziane’**.

Sembrerebbe inutile a tutta prima ribadire la apparente tautologia che la salute cardiovascolare sia benefica per il cervello; ma gli Autori già nell'introduzione del riassunto sottolineano la incertezza sugli effetti della salute cardiovascolare [Cardiovascular Health (CVH)] nei confronti dei biomarcatori di malattie neurodegenerative, in una prospettiva longitudinale, ed in un confronto fra etnie.

Gli Autori si sono rifatti ai ‘7 semplici della vita’: 7 elementi che – se ottimizzati [come studiato anche dai medesimi Autori] - sono associati a ridotto rischio di malattia cardiovascolare, ictus, declino cognitivo, malattia di Alzheimer, ed iperintensità alla sostanza bianca. I ‘Life’s Simple 7’ sono: non fumare; mantenere un indice di massa corporea (BMI) normale; praticare regolarmente attività fisica; seguire una dieta sana; e gestire dislipidemia, diabete e ipertensione.

L'indagine è stata condotta su 1018 partecipanti allo studio sull'invecchiamento a Chicago, di età media $73,1 \pm 6,1$ anni, 61,4 % donne, 3/5 neri od afro-americani. La dieta è stata analizzata mediante un questionario validato, che prende in considerazione 5 componenti: frutta e verdura, pesce, cereali integrali, cautela nella assunzione di sodio e bevande zuccherate – ma non menziona l'alcol [ndr]-. L'indice di massa corporea [Body Mass Index (BMI)] è stato tripartito nelle categorie ‘normale’ [BMI < 25] / ‘sovrappeso’ [25 < BMI < 30] ed ‘obeso’ [BMI ≥ 30]. Nel complesso, il punteggio CVH dei ‘Life’s Simple 7’ varia tra 0 e 14 punti, dove a punteggi più alti corrisponde una migliore stima di salute cardiovascolare. Il punteggio è stato adoperato sia come variabile continua che suddiviso in 3 gruppi: 0 – 6 / 7 – 9 / 10 – 14. I due biomarcatori misurati erano le concentrazioni sieriche in neurofilamenti leggeri [Neurofilaments Lights (NfL)] e tau totale [t-Tau]. I partecipanti sono stati seguiti ogni 3 anni, a partire dal 1993 fino al 2012.

In questo studio prospettico di coorte su ultra65enni, i soggetti con CVH migliore [prevalentemente bianchi (2/3) e più istruiti ($13,6 \pm 3,7$ anni di scolarità, contro i $12,6 \pm 3,6$ della media complessiva)], secondo la definizione del Life's Simple 7 dell'American Heart Association, presentavano concentrazioni sieriche inferiori di NfL, un biomarcatore di neurodegenerazione. Questa associazione era indipendente dall'età del partecipante ed era simile tra uomini e donne, così come tra individui neri e bianchi. L'associazione tra CVH e concentrazioni sieriche più basse di NfL non era modificata dalla presenza di malattie

cardiovascolari al basale ϵ . Tra gli individui con un rischio genetico di malattia di Alzheimer, ovvero portatori # dell'allele APOE e4, una migliore CVH era significativamente associata a livelli sierici più bassi di NfL.

I medesimi Autori \$ avevano già riscontrato [2], nella porzione della stessa popolazione coi parametri migliori, una riduzione del 60 % nella incidenza di demenza nel corso di 18 anni, parallelamente a minori volumi di iperintensità alla sostanza bianca, segnale di sofferenza vascolare.

Nel presente studio, migliori punteggi CVH erano abbinati anche ad una crescita più lenta nelle concentrazioni di NfL nel corso dei 10 anni di osservazione longitudinale, come bene illustrato in una figura a colori che delinea i profili secondo le 3 classi di punteggi CVH. Questo risultato si allinea con quanto rilevato nello studio 'Health and Aging Brain Study-Health Disparities' (HABS-HD), che coinvolgeva americani di origine messicana e bianchi non-ispatici, adoperando un differente schema di valutazione per la salute cardiovascolare (Framingham Risk Score) [3].

A differenza di NfL, non è stata trovata nessuna associazione coi livelli sierici di tau totale. Ciò verosimilmente perché i due biomarcatori corrispondono a fattori di rischio ed a percorsi neurodegenerativi differenti. Mentre NfL è un marcatore di danno neuronale – assonale, sensibile alla sofferenza vascolare, tau totale riflette le aggregazioni ed i grovigli neurofibrillari caratteristici della malattia di Alzheimer e di altra taupatie, non altrettanto sensibili allo stato CVH. Va poi detto che, pur senza raggiungere la significatività statistica, gli orientamenti di t-tau – come bene illustrato nel medesimo grafico a colori citato prima - ricalcano qualitativamente quelli di NfL, così come avvenuto in [3].

Concludendo coi pregi ed i difetti di [1], gli Autori annoverano tra i primi l'impianto longitudinale dello studio, che ha impiegato strumenti validati, comuni ad altre ricerche, adoperati da personale allenato alle ricerche. I principali limiti consistono invece nella natura autoriferita di apporto dietetico, attività fisica, abitudine al fumo; nella limitazione al tempo basale della stima del CVH, che preclude la possibilità di tenerne in conto la eventuale dinamica; la non automatica trasferibilità ad altre etnie; la possibilità che le concentrazioni plasmatiche di NfL possano essere state alterate da eventuali neuropatie periferiche compresenti. Quest'ultima possibilità – la 'contaminazione' dei dosaggi sierici da polineuropatie o da altre fonti periferiche - vale anche per tau totale, che comunque viene considerata il marcatore meno affidabile di malattia di Alzheimer.

La ricaduta pratica dello studio, comunque, consiste nella promozione della salute cardiovascolare negli anziani, allo scopo di alleviare il carico delle malattie neurodegenerative, con particolare vantaggio per le persone particolarmente esposte alla cardiovasculopatia.

\$ una osservazione personale: scorrendo i cognomi degli Autori di [1] e di [2], ne trovo pochi di palese origine anglosassone; penso al licenziamento di Luigi Ferrucci dal National Institute of Health, con la cui notizia il prof. Trabucchi ha iniziato la newsletter dello 11 aprile 2025 ...

£ Nota metodologica: nelle persone libere da malattie cardiovascolari al basale, 1 punto in più in CVH era associato ad un livello significativamente inferiore in NfL; ma in chi era affetto da malattie cardiovascolari al basale, questa associazione sfiorava la significatività statistica, al punto che il confronto fra tabella e testo risulta fuorviante

Nota metodologica: anche la associazione fra migliore CVH e livelli sierici più bassi di NfL nei non portatori dell'allele APOE e4 sfiorava la significatività statistica, così che anche qui si ripeteva la ambiguità fra testo e tabella”.

[1] Dhana, A., DeCarli, C. S., Dhana, K., Desai, P., Ng, T. K. S., Evans, D. A., & Rajan, K. B. (2025). Cardiovascular Health and Biomarkers of Neurodegenerative Disease in Older Adults. *JAMA network open*, 8(3), e250527. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0527>

[2] Dhana, A., DeCarli, C. S., Dhana, K., Desai, P., Holland, T. M., Evans, D. A., & Rajan, K. B. (2023). Cardiovascular health and cognitive outcomes: Findings from a biracial population-based study in the United States. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(10), 4446–4453. <https://doi.org/10.1002/alz.13421>

[3] Jiang, X., O'Bryant, S. E., Johnson, L. A., Rissman, R. A., Yaffe, K., & Health and Aging Brain Study (HABS-HD) Study Team (2023). Association of cardiovascular risk factors and blood biomarkers with cognition: The HABS-HD study. *Alzheimer's & dementia* (Amsterdam, Netherlands), 15(1), e12394. <https://doi.org/10.1002/dad2.12394>

-La lettura su *Lancet Public Health* di aprile delle **disparità di salute nel nostro paese** pone un interrogativo primario molto delicato: i dati dimostrano che il sistema sanitario italiano fondato sulle Regioni è un fallimento o, al contrario, i dati dimostrano l'importanza di interventi mirati e specifici come le Regioni sanno fare al meglio? Non ho la competenza storico-gestionale per scegliere tra le due visioni; i dati estrapolati da the Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2021 sono drammatici da ogni punto di vista (basti un dato tra i molti forniti dal lavoro, precisi e accurati: dal 2000 al 2021 la speranza di vita alla nascita è aumentata di 4.9 anni in Valle d'Aosta, del 3.9 a Trento e di 2.5 in Puglia e 2.2 in Calabria). Secondo gli autori, le grandi differenze nei risultati di salute sono provocate da fattori demografici, qualità dei servizi, diseguaglianza socioeconomiche; propongono interventi sia sul piano preventivo che dell'efficienza dei servizi. Una problematica rilevante è posta dalla relazione tra dati di salute e condizioni socioeconomiche: che ruolo riveste in questa correlazione la qualità/quantità dei servizi sanitari e assistenziali?

[[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00045-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00045-3/fulltext)]

-*The New York Times* del 14 aprile riporta i dati di uno studio canadese pubblicato su *JAMA Neurology* nel quale **si dimostra che i consumatori di cannabis sono a rischio di sviluppare demenza**, con un aumento del 23% rispetto ad altri cittadini ricorsi al sistema sanitario. Lo

studio, che ha preso in esame 6 milioni di persone in Ontario dal 2008 al 2012, non indica la quantità di cannabis utilizzata; inoltre non sostiene un ruolo causale. Però i dati destano preoccupazione e hanno bisogno di ulteriori approfondimenti, senza pregiudizi.

[<https://www.nytimes.com/2025/04/14/health/cannabis-marijuana-dementia.html>]

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-L'11 aprile si è tenuta a Fermo una riunione scientifica di alto livello dedicata alla memoria di **Isabella Paolino**, scomparsa mentre era presidente della sezione marchigiana di AIP. Il ricordo commosso di alcuni oratori ha permesso di tracciare un profilo di Isabella, **medico e studiosa** di valore tecnico e umano. Allego le diapositive presentate nell'occasione.

-Il 10 e l'11 aprile si è tenuto a Mercato Saraceno il **5° Alzheimer Summit** annuale della **Fondazione Maratona Alzheimer**. Tra gli argomenti trattati, il tema della complessità come metro interpretativo delle demenze, le residenze per anziani e il loro futuro, i caffè Alzheimer. Argomenti profondamente diversi tra loro; hanno indotto discussioni che hanno messo in luce quanto sia ancora necessario un ampio lavoro di approfondimento su queste tematiche per affrontarle in modo originale e approfondito. La pressione epidemiologica impone a tutti studio e sperimentazione, senza pregiudizi. Su alcune tematiche sarebbe necessario un maggiore impegno unitario, perché solo mettendo insieme diversi punti di vista scientifici, clinici, psicologici, socio-economici si potrà raggiungere un vero progresso. La Fondazione Maratona Alzheimer si colloca al centro di culture e sensibilità plurime, nella speranza che dalla lettura delle diverse dinamiche nella prospettiva della complessità possa derivare una migliore comprensione delle possibilità di cura. Con potenziali grandi vantaggi per gli ammalati.

-La lettura dell'allegata mail, ricevuta dalla **dottoressa Federica Falzone**, provoca un **effetto molto positivo su chi predispone questa newsletter**. Infatti, dimostra che i contenuti sono in grado di suscitare idee, pensieri, elaborazioni: quello che deve fare qualsiasi testo, se non vuole essere solo carta e inchiostro! Falzone ha in pubblicazione un nuovo libro molto incisivo dal titolo: "Ventisei giri di luna". Grazie dottoressa Federica per aver scritto in forma romanzata sentimenti forti e sulla cura che lenisce la sofferenza.

Venerdì Santo 2025

Marco Trabucchi

Past President AIP

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

- Sul ruolo dell'AIP
- Trapianto di fegato da una donna di 99 anni
- La testimonianza da una RSA
- I disastri gestiti bene aumentano la coesione

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

- Il contributo di Mauro Colombo
- JAMA discute le scelte scellerate di Trump

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

- La responsabilità (il dovere) di incontrare la “gente”

Amiche, amici,

La morte di Papa Francesco è stato un evento che ha fatto soffrire molti. Il pensiero più diffuso: “Era l’ultimo potente al mondo che ci difendeva dalla violenza e dalle ingiustizie. I poveri, gli immigrati, le vittime delle guerre, i vecchi fragili sentiranno più di tutti il dolore per la perdita del loro difensore”. Ha detto: “Vecchio non vuol dire da buttare. Significa esperienza, saggezza, sapienza, discernimento, ponderatezza, ascolto, lentezza”. Nella prossima newsletter raccoglierò alcuni suoi pezzi sulla vecchiaia: un grande maestro!

La morte di Francesco dopo aver celebrato la Pasqua mi ha ricordato un vecchio articolo di JAMA del 1990 che descriveva in termini epidemiologici un evento particolare: nella comunità ebraica le morti prima delle celebrazioni della Pasqua ebraica si riducevano, mentre dopo le feste la mortalità aveva un picco. Allora avevamo commentato come la forza della vita vinceva sulla biologia; potremmo dire così di Francesco, scomparso dopo aver celebrato la Pasqua con la sua gente. Un’interpretazione “clinica” che nulla sminuisce della forza morale di Francesco e, per i credenti, dell’accondiscendenza del Signore verso di Lui.

Riporto dal Giornale di Brescia un pezzo molto interessante di **Renzo Rozzini** nel quale discute alcuni aspetti clinici della morte di papa Francesco. Il titolo “**Prognosi ineludibili**” è di per sé carico di significato clinico:

“Il 22 febbraio ho condiviso questo messaggio nella chat di colleghi medici ospedalieri:
‘Aiutatemi ad affrontare questo caso clinico:

-Paziente di 88 anni, celibe, vive con un’assistente domestico.

-Ricoverato otto giorni fa per insufficienza respiratoria globale da polmonite multifocale.

- Il paziente ha avuto accessi in Pronto Soccorso ed è stato ospedalizzato più volte negli ultimi sei mesi (dato rilevante per valutare la stabilità clinica e il ricorso frequente a cure ospedaliere).

- È autonomo nell’assunzione dei farmaci (quindi cognitivamente integro), ma ha bisogno di assistenza per alzarsi dal letto (quindi disabile).

- Ha un adeguato supporto sociale.

- L’indice prognostico all’ingresso in ospedale è di massima gravità.

-Il paziente non ha risposto alla terapia antibiotica empirica iniziata al momento del ricovero (e, probabilmente, già al domicilio) ed è in ventilazione non invasiva fin dal 14 febbraio, giorno del ricovero.

Secondo voi, qual è la prognosi? ’

Un collega ha chiesto informazioni sulle comorbidità, ovvero se il paziente soffre di altre patologie oltre a quella per cui è stato ricoverato. Ho risposto che ‘il carico di comorbidità è elevato: in gioventù ha subito una resezione polmonare, soffre di artrosi (soprattutto alla colonna vertebrale e alle ginocchia), ha avuto una resezione del colon a causa di una complicanza da malattia diverticolare, è ipoacusico e cade frequentemente’.

Un giovane medico scrive allora: ‘Secondo Lei?’

Ho risposto che, a mio parere, la prognosi è inevitabilmente sfavorevole a breve termine.

Nella mia esperienza clinica, non mi è mai capitato di vedere un paziente di 88 anni, fragile, disabile, ricoverato per una grave insufficienza respiratoria – tanto severa da richiedere ventilazione meccanica – riuscire a superare la malattia e uscire indenne dopo circa dieci giorni di terapia intensiva.

Naturalmente, mi riferivo a Papa Francesco.

Le informazioni cliniche che ho utilizzato sono quelle rese pubbliche dai bollettini medici del Policlinico Gemelli, dove era ricoverato.

Il 23 marzo, in modo per me del tutto inaspettato, il Papa viene dimesso: ancora in ossigenoterapia, rientra nella sua residenza dove avrebbe dovuto continuare le cure e

affrontare una lunga convalescenza. I medici dell'ospedale hanno chiaramente affermato che il recupero sarebbe stato lento. E infatti, da quanto si è saputo, il miglioramento c'è stato, seppur graduale. Tanto che, in almeno tre occasioni, ha lasciato la sua residenza – attrezzata per l'assistenza sanitaria – per partecipare a brevi ma significativi eventi pubblici: un saluto ai fedeli in piazza San Pietro, una visita al carcere di Regina Coeli, e infine, la domenica di Pasqua, la presenza sulla papamobile in piazza San Pietro, dopo la benedizione Urbi et Orbi.

Poi, lunedì 21 aprile, giorno dell'Angelo, alle 7.35, arriva l'annuncio della sua morte.

Nei giorni di malattia del Papa, mi sono chiesto più volte quale forza, fisica e mentale, lo abbia sostenuto al punto da permettergli di riprendere – anche solo in parte – le attività di prima, e di vivere attivamente un altro mese.

Chi fa il mio lavoro si confronta spesso con i limiti della medicina. Quando diventa evidente che le cure non porteranno al risultato sperato, può emergere un'intuizione che ti spinge a insistere. Non si trova nei manuali, né nei risultati degli esami. A volte è nello sguardo del paziente, nel suo modo di muoversi, nelle parole di un familiare che conosce bene quella persona e sa come affronta le difficoltà.

Ma è vero anche il contrario: la medicina ha costruito un sapere solido, da cui non si può prescindere. E solo un miracolo – che raramente si verifica – può smentire ciò che i dati oggettivi ci dicono”.

*-Il 25 aprile di quest'anno celebra l'**80° anniversario della Liberazione**. Nell'onorare i morti per la libertà dell'Italia dalla dittatura e dalla violenza nazista, ci impegniamo per allontanare nuove guerre e nuove violenze contro il nostro paese e contro le nazioni dell'Europa. La cosa più importante che possiamo fare con le nostre forze è studiare e operare per migliorare la condizione delle persone fragili che ci sono affidate. Così testimoniamo concretamente, attraverso “la cura”, il nostro impegno per il bene del mondo; siamo infatti convinti della sua unità e dell'efficacia planetaria di atti di generosità per combattere ogni azione irrispettosa delle persone fragili.*

ANNOTAZIONI DI CARATTERE GENERALE

-Ho ricevuto da una collega le parole che riporto con viva gratitudine per chi le ha inviate: “**L'AIP** ha avuto per me, professionista e persona, un **ruolo significativo negli anni**. Mi ha insegnato sopra ogni cosa il potere dell'appartenenza e dei legami, oltre al valore della cura. Colgo l'occasione per augurare una Pasqua ricca di speranza, una Pasqua di attraversamenti e di rinnovamento, che ci ricordi di andare sempre oltre, con fiducia”. Grazie, gentilissima collega, per questa integrazione così incisiva all'augurio che venerdì scorso avevamo rivolto ai nostri lettori attraverso questa newsletter.

-La notizia sul **trapianto di fegato da una donna di 99 anni** effettuata dall'**Azienda Ospedale-Università di Padova** è formidabile e fa pensare, per vari motivi:

1. “Invecchiare non è una malattia”; 2. La ricerca sui trapianti ha fatto enormi progressi in sintonia con i molti altri della biomedicina di questi anni; 3. Se il trapianto è avvenuto da una persona molto anziana che ha concretamente indicato la sua scelta, ciò indica che l'età non cancella la generosità.

Penso che per tutti coloro che ci seguono sia una notizia bellissima, che riempie il cuore, ma fa anche pensare: il progresso concreto spesso supera le nostre stesse aspettative. Siamo preparati per collocarci attivamente in questo mondo nuovo?

-Un mio carissimo amico infermiere si è dimesso dal suo ruolo in una RSA. Gli ho chiesto in via informale i motivi della decisione. Riporto schematicamente alcuni pezzi della sua risposta: 1. “siamo a posto con la legge”: la burocrazia e l'io al centro, invece che il benessere dell'ospite; 2. “gli ospiti piangevano perché non accompagnati in bagno per le loro esigenze”: sinceramente pensavo che questo atteggiamento di mancato rispetto della persona appartenesse al lontano passato delle RSA... invece purtroppo...!; 3. “nessuno sorride”: è mai possibile che il lavoro con gli anziani fragili sia percepito come una condanna? Non si è capito che il sorriso è la chiave della relazione, per il bene dell'ospite, dei famigliari e degli operatori; 4. “gli operatori non hanno mai guardato il mondo esterno e alla sua evoluzione”: così rispondono con continue chiusure alle novità e con rifiuti; 5. “le RSA sono mondi chiusi, dove il direttore è il sovrano assoluto”: così la partecipazione alle decisioni è impossibile e tutto viene trasmesso per via gerarchica: **come si può lavorare bene in questo ambiente?** Mi auguro che qualche nostro lettore ci scriva per descrivere situazioni diverse...

-La dottoressa **Silvia De Rizzo** descrive nella mail che segue la **drammatica situazione di Villa Serena di Valdagno, dopo il nubifragio**. Ho deciso di pubblicare in sequenza i due ultimi spunti, quello dell'infermiere che si è dimesso e quello della dottoressa Silvia De Rizzo. Non è la logica perversa di “un colpo al cerchio e uno alla botte”, ma il tentativo di far capire che vi è un modo solo per gestire le RSA: quello dell'intelligenza, della cultura e della generosità.

“Qui a Valdagno stiamo vivendo giorni difficili. Al netto dei danni provocati dall'alluvione, la comunità è sconvolta per la morte di due concittadini molto conosciuti e attivi nella vita della città. La beffa del destino ha voluto che il sacrificio fosse loro, esperti in assetto del territorio e volontari della Protezione Civile.

A Villa Serena abbiamo spalato acqua e fango nella notte tra il 17 e il 18 aprile; il 18 gli uffici sono stati chiusi e con tutto il personale amministrativo abbiamo svuotato e pulito gli ambienti disastriati: oltre alle cucine, alla cella, ai magazzini, agli spogliatoi del seminterrato, si è allagato un nucleo e alcuni ospiti hanno passato la notte in ambienti diversi. Stiamo

inoltre ospitando in via emergenziale una coppia di anziani la cui casa in contrada è inagibile. Un compleanno particolare, nella mestizia dell'accaduto, ma nell'unità concreta.

Quell'azione di pulizia e riordino è stata un'ottima attività di team building. Rimane lo sgomento per la tragedia del ponte dei Nori: chiunque di noi lo ha percorso migliaia di volte, e ci sentiamo tutti parte dell'accaduto.

Oggi il contegno e la commozione sono grandi anche per la scomparsa del nostro caro Papa Francesco, che ci ha protetti con la Sua vicinanza durante la pandemia e per il quale i nostri ospiti nutrono una speciale vicinanza. Credo sia lo stesso per Voi, ci sentiamo tutti un po' più soli oggi”.

QUALCHE SPUNTO DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA

-L'angolo di **Mauro Colombo** come sempre di grande interesse.

“Il prof. Trabucchi ha – correttamente – datato la newsletter del 18 aprile 2025 come ‘Venerdì Santo’: nel mio piccolo, mi rifaccio al giovedì santo, giornata ‘in spirito di servizio’. Nel pomeriggio del 17, infatti, mentre stava reciprocamente illustrandoci le diapositive che di lì a poco avremmo presentato ad operatori e familiari nella RSA ‘Delfinoni’ di Casorate Primo (PV), col prof. Stefano Govoni – emerito di farmacologia presso l’Università di Pavia (la città elettiva della mia giovinezza...) – abbiamo accennato ad una discussione, che magari le righe seguenti potrebbero avviare.

Quattro Autori/Autrici della Università di Tucson, in Arizona, hanno pubblicato una ricerca longitudinale che ha confrontato, **in persone con demenza di Alzheimer lieve, l’evoluzione – fino a 10 anni – del declino cognitivo** tra a) quelle trattate farmacologicamente per comorbidità cardiocircolatorie / metaboliche / infiammatorie, b) quelle scevre da tali comorbidità [e pertanto non trattate specificatamente (gruppo di controllo)] e c) un sottogruppo di soggetti ugualmente comorbidi ma non trattati farmacologicamente [1]. Ciò per andare oltre alla documentata capacità dei trattamenti farmacologici per tali patologie nel ridurre il rischio di sviluppare demenza di Alzheimer, per la quale costituiscono importanti fattori di rischio.

L’indagine principale è compiuta su 7653 partecipanti al ‘National Alzheimer’s Coordination Center’ [NACC], perfettamente bilanciati per sesso, di età media 73,5 anni, prevalentemente bianchi (85%); la validazione dei risultati è stata condotta su 411 pazienti con demenza di Alzheimer di pari gravità derivati dall’archivio ‘Alzheimer’s Disease Neuroimaging Initiative’ [ADNI].

Le misure di interesse erano il Mini Mental Status Examination [(MMSE) al basale, sulle intere popolazioni: $21,7 \pm 5,7$ per NACC / $23,1 \pm 2,2$ per ADNI] e la Clinical Dementia Rating – Sum of Boxes [(CDR-SB) al basale, sulle intere popolazioni: $5,4 \pm 3,4$ per NACC / $4,4 \pm 1,7$ per ADNI].

Sono state esplorate le prescrizioni di farmaci ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti, ipotensivi e anti-infiammatori non-steroidi (FANS), singolarmente od in svariate combinazioni, con particolare attenzione verso le prescrizioni contemporanee in tutte le 4 categorie [‘terapia quadrupla’].

Come illustrato anche in figure impresse, si notano drastiche differenze nei profili di come MMSE e CDR-SB evolvono nel tempo. Nei soggetti NACC scevri dalle comorbidità sopra indicate, il MMSE calava da 20,7/30 al basale a 11,4/30 a 5 anni e poi a 2,7 a 10 anni; i valori corrispettivi per il caso della ‘terapia quadrupla’ erano rispettivamente 22,8/30, 17,7/30 e 13,3/30. Ciò corrispondeva ad un rallentamento nel declino del 46% a 5 anni, e del 47% a 10 anni; alla fine dei 10 anni di osservazione, il calo era 1,7 volte ($22,8 : 13,3 = 1,7$) per la ‘terapia quadrupla’, contro le quasi 7,7 volte della controparte non trattata ($20,7 : 2,7 = 7,6666$).

Per CDR-SB, nei soggetti NACC scevri dalle comorbidità sopra indicate, si passava da 5,8 al basale a 12,1 a 5 anni, a 18 a 10 anni, mentre i valori corrispettivi per il caso della ‘terapia quadrupla’ erano rispettivamente 4,8, 9,1 e 12,9. Ciò corrispondeva ad un rallentamento nel declino del 32% a 5 anni, e del 33% a 10 anni; alla fine dei 10 anni di osservazione, il calo era 2,7 volte ($12,9 : 4,8 = 2,7$) per la ‘terapia quadrupla’, contro le quasi 3,1 volte della controparte non trattata ($18 : 5,8 = 3,1$).

Tabelle e figure riportano l’efficacia intermedia delle varie combinazioni di farmaci sia sul calo di MMSE che sulla crescita di CDR-SB, diminuendo progressivamente dalla ‘terapia quadrupla’ fino alle mono - terapie, per arrivare ai risultati peggiori ed equivalenti per la assenza di trattamento, dovuta sia alla mancanza di indicazioni alla terapia, che al caso di mancati trattamenti farmacoterapeutici (non prescritti).

I risultati valevano sia per gli uomini che per le donne, tanto a distanza di 5 che di 10 anni. La ‘terapia quadrupla’ mitigava l’effetto di accelerazione che il genotipo APOE ε4 apportava al declino cognitivo.

La eventuale assunzione di farmaci specifici approvati per la demenza era ripartita in modo simile tra chi riceveva una ‘terapia quadrupla’ ed il gruppo di controllo, così da non influenzare l’effetto delle terapie oggetto di attenzione.

I risultati della indagine principale condotta sulla popolazione NACC sono stati sostanzialmente replicati durante la validazione sulla popolazione ADNI, presso la quale la ‘terapia quadrupla’ era associata ad un significativo rallentamento del 60% nel calo dei punteggi al MMSE ad 1 ed a 2 anni.

La discussione dell’articolo apre ribadendo quanto affermato in introduzione, cioè che il trattamento con farmaci delle categorie qui adottate, quando somministrati a chi non è portatore della condizione per cui sarebbero deputati [condizioni cardiocircolatorie / metaboliche / infiammatorie], non hanno modificato il decorso della demenza di Alzheimer, salvo alcune eccezioni #.

La ricerca [1], condotta ‘nel mondo reale’, evidenzia che 3/4 della popolazione NACC – costituita da persone con demenza di Alzheimer lieve - venivano trattati per patologie di ordine cardiocircolatorio, metabolico od infiammatorio, e 3/5 assumeva combinazioni varie di tali farmaci: entrambe le % risultano coerenti con la prevalenza di questi fattori di rischio per la malattia di Alzheimer.

Sorprende semmai che l’effetto protettivo risulti proporzionale alla varietà del trattamento messo in atto: sia in NACC che in ADNI chi assumeva terapie combinate era sì meglio prestante a livello cognitivo all’inizio della osservazione, ma, per converso, era anche più anziano.

La mortalità più bassa [38,7%, a fronte di un 61,3% complessivo, del 57,1% per la ‘terapia quadrupla’ e di un 59,6% nel gruppo b) di controllo] era quella nel sottogruppo c), verosimilmente a motivo della scarsa severità delle condizioni di cui erano portatori, tale da non indurre a trattamenti farmacologici. In ogni caso, le differenti mortalità non si sono tradotte in modificazioni nei risultati principali, nelle analisi secondarie.

Da questo lavoro – liberamente reperibile in rete @ – si possono trarre insegnamenti a livello sia biologico [A] che clinico [B]

[A] i trattamenti per le principali comorbidità possono rallentare, ma non arrestare né tantomeno invertire, la progressione della demenza di Alzheimer, che verosimilmente è sottoposta a propri meccanismi specifici ancora da identificare.

[B] l’effetto frenante delle farmacoterapie implicate in [1] risulta di entità almeno pari – se non superiore – a quello di anticorpi monoclonali approvati per il trattamento della demenza di Alzheimer, anche nella prospettiva del prolungamento della capacità di vivere indipendentemente. Non ultime, le considerazioni circa il confronto sui numeri delle rispettive popolazioni candidate, e sulla relativa facilità di gestione [2] §.

in sintonia con la raccomandazione ‘forte negativa’ espressa dalle Linee Guida formulate dall’Istituto Superiore di Sanità su ‘Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment’, relativamente al quesito 16a, circa il ‘Riposizionamento di trattamenti farmacologici’ [appunto quelli antidiabetici ed antipertensivi, statine e FANS, quando appunto riferiti ‘esclusivamente alla situazione in cui i suddetti trattamenti sono prescritti allo specifico scopo di rallentare la progressione della demenza’]

@ per la cui segnalazione ringrazio nuovamente la dr.ssa Elena Rolandi, neuropsicologa coordinatrice presso la Fondazione Golgi Cenci

§ Angelo Bianchetti e Diego De Leo hanno recentemente pubblicato un editoriale che riprende questo argomento, sul primo numero 2025 della rivista internazionale che costituisce l’organo ufficiale della AIP [3]”.

[1] Shang, Y., Torrandell-Haro, G., Vitali, F., Brinton, R. D., & Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) (2025). Combination therapy targeting Alzheimer's disease risk factors is

associated with a significant delay in Alzheimer's disease-related cognitive decline. *Alzheimer's & dementia* (New York, N. Y.), 11(1), e70074. <https://doi.org/10.1002/trc2.70074>

[2] Rosenberg, A., Öhlund-Wistbacka, U., Hall, A., Bonnard, A., Hagman, G., Rydén, M., Thunborg, C., Wiggenraad, F., Sandebring-Matton, A., Solomon, A., & Kivipelto, M. (2022). β -Amyloid, Tau, Neurodegeneration Classification and Eligibility for Anti-amyloid Treatment in a Memory Clinic Population. *Neurology*, 99(19), e2102–e2113. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000201043>

[3] Bianchetti, A., and de Leo, D. (2025). The EMA Approves Lecanemab for the Treatment of Alzheimer's Disease: The Lights and Shadows of This Decision. *GeroPsych*, 38 (1), 1-2. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1662-9647/a000342>

-Abbiamo ricevuto dall'inesauribile intelligenza di Mauro Colombo anche le due citazioni che seguono:

Nel momento in cui lo psicolabile ed i suoi lacchè ripropongono le accuse a Fauci & Biden per la origine della pandemia Covid, una secca accusa di *JAMA* del 9 aprile sul **discredito portato alla scienza tramite vergognose menzogne**, con lo scellerato Kennedy.

Ad Harvard (vedi *JAMA* del 17 aprile) se la devono passare proprio male, se, al confronto della malattia psichica, nell'ottica della nuova commissione sulla "salute americana", **per la malattia di Alzheimer** - in piena atmosfera ageistica, come appena evidente nelle parole della sciacquetta - **valgono "sympathy and concern"** ... come sono lontani i tempi rimpianti di Edward Moore Kennedy...

ASPETTI DI VITA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOGERIATRIA

-La settimana scorsa sono stato in una parrocchia di Modena a **parlare ad un gruppo di anziani**. Ho accettato l'invito perché rivoltomi da persona amica, mentre di norma non ho il tempo materiale per rispondere positivamente, come ho fatto in passato centinaia di volte. Dall'incontro ho tratto molte indicazioni preziose, in particolare sul pensiero medio della gran parte dei nostri concittadini rispetto alla salute, alle malattie e ai servizi sanitari. Mi permetto di invitare colleghe e colleghi di ogni professionalità a partecipare ogni tanto ad incontri fuori dal luogo di lavoro, dove non sempre è possibile cogliere il sentire diffuso delle persone. Buon lavoro!

Un rinnovato augurio di buon lavoro,

Marco Trabucchi

Associazione Italiana di Psicogeriatría